

# **TESIS DOCTORAL**

2021

**EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO. UNA  
REVISIÓN A LAS CONTRADICCIONES DEL  
DERECHO HUMANO A LA SALUD A PARTIR DE  
LOS PROCESOS SOCIOPOLÍTICOS DE LA  
CIUDADANÍA 2000 – 2019.**

**LAURA ELIZABETH BENHUMEA GONZÁLEZ**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN DERECHO  
Y CIENCIAS SOCIALES**

**DIRECTOR: DR. RAFAEL JUNQUERA DE ESTÉFANI**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A quienes de algún modo permitieron con su consejo, tiempo, dedicación,  
comprensión y cariño alcanzar la meta de concluir este trabajo.*

*Gracias al Doctor Rafael Junquera de Estéfani por su atinada y paciente guía.*

## ÍNDICE

<b>LISTADO DE TABLAS</b>	<b>6</b>
<b>LISTADO DE IMÁGENES</b>	<b>6</b>
<b>LISTADO DE GRÁFICOS</b>	<b>7</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD</b>	<b>19</b>
<b>1. Elementos teóricos sobre la concepción histórica de la salud y la enfermedad</b>	<b>19</b>
1.1. Una aproximación analítica a la salud y a la enfermedad	21
1.2. Aproximaciones teórico – conceptuales sobre la concepción de la salud	42
1.3. Implicaciones actuales de la sociología política de la salud	46
1.4. Elementos teóricos sobre la sociología política de la salud pública	52
<b>CAPÍTULO II. LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD. CASO MÉXICO</b>	<b>69</b>
<b>1. El derecho a la protección de la salud</b>	<b>71</b>
1.1. Noción de salud en el derecho internacional	71
1.1.1. El derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud	79
1.1.2. Derecho a la salud, sus características, elementos y alcance	80
1.1.3. La protección de la salud como parte del derecho	86
<b>2. El Estado y los derechos humanos</b>	<b>92</b>
2.1. El Estado y los derechos económicos, sociales y culturales	94
2.2. El Estado y el derecho a la salud	95
<b>3. Evolución del derecho a la protección de la salud en México</b>	<b>100</b>
<b>CAPÍTULO III. LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO DE 2000-2019: AVANCES Y RETROCESOS SOCIOPOLÍTICO DESDE LA CIUDADANÍA</b>	<b>108</b>
<b>1. Los modelos sanitarios y sus contrasentidos</b>	<b>108</b>
1.1. Los modelos sanitarios en el mundo	112
1.2. Contrasentidos que afectan el cumplimiento del derecho a la protección de la salud	121

<b>2. Origen, organización y dinámica del Sistema de Salud</b>	<b>130</b>
2.1. El Pacto por México y el Sistema de Salud. Una esperanza fallida	133
<b>3. Problemáticas y retos de los servicios de salud en México</b>	<b>145</b>
3.1 Las crisis de los servicios de salud en México	157
3.1.1. La crisis financiera	158
3.1.2. La crisis de equidad	159
3.1.3. La crisis de la calidad	162
3.1.4. La crisis de la cobertura	167
3.1.5. La crisis laboral y política	169
<b>4. El Derecho a la Protección de la Salud en México</b>	<b>170</b>
4.1. Desde el ámbito jurídico	170
4.2. Desde los indicadores de salud	174
4.3. Desde la inversión pública	189
<b>5. Las propuestas de reforma del Sistema de Salud Mexicano</b>	<b>192</b>
<b>CAPÍTULO IV. UNA MEDICIÓN DE LA PROTECCIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO A TRAVÉS DE INDICADORES DEL DESEMPEÑO</b>	<b>198</b>
<b>1. Metodología en la investigación del Sistema de Salud Mexicano</b>	<b>198</b>
1.1. La importancia y dificultad de la evaluación a los sistemas de salud	199
1.2. La perspectiva del Enfoque Basado en los Derechos Humanos	200
1.3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación número 14	203
1.3.1. Elementos medibles propuestos en el ámbito internacional	204
<b>2. Abordaje teórico-metodológico</b>	<b>207</b>
2.1. El método del Análisis Crítico del Discurso (ACD)	208
2.2. El Método de la Teoría Fundamentada (TF)	209
<b>3. Especificaciones del estudio</b>	<b>210</b>
3.1. Dimensiones de análisis	211
3.2. Delimitación, objetivo y enfoque	215
3.3. Los instrumentos de obtención de datos	218
3.3.1. Instrumento Cuantitativo: La encuesta	218
3.3.2. Instrumento Cualitativo: Las entrevistas	219
<b>4. Avances, contradicciones y retrocesos del Sistema de Salud Mexicano desde el cumplimiento del derecho a la salud 2000-2019.</b>	<b>223</b>
4.1. Evaluación de los servicios de salud en México desde la garantía del derecho	223
4.2. El Derecho a la protección de la salud en México	224
4.2.1. Análisis crítico desde los indicadores de accesibilidad	225
Accesibilidad física	226
Accesibilidad económica	230
Accesibilidad a la información	233

Balance	236
4.2.2. Análisis crítico desde los indicadores de disponibilidad	238
Infraestructura física y servicios médicos	239
Recursos humanos	250
Servicios básicos determinantes de la salud	253
4.2.3. Análisis crítico desde los indicadores de calidad	255
Seguridad	256
Efectividad	261
Atención centrada en la persona	266
<b>5. Reflexiones acerca de las contradicciones sobre la garantía del derecho humano a la salud.</b>	<b>270</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>280</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>288</b>

## **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. Principales regulaciones en torno al derecho a la salud.

Tabla 2. Retos del Sistema de Salud en América Latina.

Tabla 3. Tipología de modalidades de organización de los sistemas de salud.

Tabla 4. Modelos de Sistemas Sanitarios.

Tabla 5: Consideraciones en torno al derecho a la salud.

Tabla 6. Reformas constitucionales al artículo 4° constitucional 1974 – 2020.

Tabla 7. Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud.

Tabla 8. Indicadores sobre utilización de los servicios del Sistema de protección social en salud.

Tabla 9. Enfermedades con más prevalencia durante 2019 en la población mexicana.

Tabla 10. Principales Elementos de las Propuestas de Reforma.

Tabla 11. Dimensiones a tomar en cuenta al momento de cualificar la garantía del derecho a la salud.

Tabla 12. Tipo de unidades de consulta externa.

## **LISTADO DE IMÁGENES**

Imagen 1. Gasto en salud contra gasto militar 2018 en el mundo.

Imagen 2. Estructura del sistema de salud en México al 2018.

Imagen 3. Prohíben venta y entrada de comida chatarra en el IMSS.

Imagen 4. Recursos para Protección Social en Salud Pagados por Entidad Federativa 2017-2018.

Imagen 5. Función de la salud por institución.

Imagen 6. Histórico de población con acceso a los servicios públicos de salud.

Imagen 7. Farmacias privadas con consultorio médico en México 2018.

Imagen 8. Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por institución (2010 y 2017).

Imagen 9. Denuncias interpuestas por usuarios de los servicios de salud durante 2019.

Imagen 10. Principales causas de muerte en México durante 2018.

Imagen 11. Campaña de Vacunación contra la Influenza estacional.

Imagen 12. Recomendaciones contra enfermedades respiratorias.

Imagen 13. Gasto público en salud 2010-2020.

Imagen 14. El derecho a la salud.

Imagen 15. Ejemplo de parámetros acorde a los elementos de los DH.

Imagen 16. Instituciones de Salud.

Imagen 17. Número de consultas médicas por entidad federativa.

## **LISTADO DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Porcentaje de usuarios satisfechos.

Gráfico 2. Afiliación de población encuestada y entrevistada.

Gráfico 3. Porcentaje de población consultada que cree que cada factor es un obstáculo para su atención médica en el sector público.

Gráfico 4. Percepción de porcentaje de garantía del derecho a la salud.

Gráfico 5: Factor con mayores opiniones favorables.

## ABREVIATURAS

Afore	Administradora de Fondos para el Retiro
AMM	Asociación Médica Mundial
ACP	Atención centrada en la persona
ASF	Auditoría Superior de la Federación
BM	Banco Mundial
CEPF	Centro de Estudios de Finanzas
CIEP	Centro de Investigación Económica y Presupuestaria
CIREN	Centro Internacional de Restauración Neurológica
CDMX	Ciudad de México
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COFEPRIS	Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios en México
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
CONADE	Comisión Nacional del Deporte
CONSAR	Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro
CDI	Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
COESPO	Consejo Estatal de Población
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONAPO	Consejo Nacional de Población

CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CAF	Consultorios Adyacentes a Farmacias
COVID-19/ SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo
CNCSS	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
DH	Derechos Humanos
DOF	Diario Oficial de la Federación
DGIS	Dirección General de Información en Salud
ENESS	Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2017
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EBDH	Enfoque Basado en los Derechos Humanos
ENES	Escuela Nacional de Educación Superior
EE. UU	Estado Unidos de Norte América
EUM	Estados Unidos Mexicanos
FCE	Fondo de Cultura Económica
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
FMI	Fondo Monetario Internacional

FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GCE	Gabinete de Comunicación Estratégica
GEM	Gobierno del Estado de México
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IFIS	Instituciones Financieras Internacionales
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
ISEM	Instituto de Salud del Estado de México
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IFT	Instituto Federal de Telecomunicaciones
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
CNCSS	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
LGS	Ley General de Salud
TF	Método de la Teoría Fundamentada
ACD	Método del Análisis Crítico del Discurso
ONU	Organización de las Naciones Unidas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PAN	Partido Acción Nacional
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PA	Población Activa
PEA	Población Económicamente Activa
PNA	Población no asegurada
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
SS	Secretaría de Salud
SEDENA.	Secretaría de la Defensa Nacional

SEMAR	Secretaría de Marina
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SAR	Sistema de Ahorro para el retiro
SSM	Sistema de Salud Mexicano
SNS	Sistema Nacional de Salud
SCJN	Suprema Corte de Justicia de la Nación
TF	Teoría Fundamentada
UNIBA	Universidad de Barcelona
UDG	Universidad de Guadalajara
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## INTRODUCCIÓN

Estudiar el tema de la salud desde un enfoque diferente al biomédico resulta un gran reto, sin embargo, la incorporación en los años 80's del siglo pasado de un modelo biopsicosocial para entender el comportamiento del cuerpo humano, ha ayudado a que disciplinas diferentes a la biología y la medicina colaboren en el abordaje de un asunto tan importante como lo es la vida y la salud de los seres humanos. Y es que queda claro que cada día los organismos vivos coexisten con diferentes estímulos, condiciones y acciones que determinan en gran medida su funcionamiento. Abordar a la salud desde una visión multidisciplinaria ha permitido no sólo conocer más acerca de ella, sino encontrar mecanismos que permiten explicar ciertos hechos y trabajar en la prevención y cura de diversas enfermedades, lo cual durante siglos ha exigido del trabajo arduo de las ciencias y los científicos.

Estudiar desde las ciencias sociales a la salud y el entorno que la explica y en cierta medida la determina, ha sido un gran aporte para el ser humano. No únicamente ha permitido conocer más acerca del organismo en sí mismo, sino de su funcionamiento en conjunto a través de la salud pública, ha permitido atender la enfermedad desde diversos puntos de vista y prevenirla contando con mayor información; conocer de las responsabilidades personales y las del Estado en su protección y atención, así como saber de la implementación de asuntos administrativos, políticos y financieros que permiten operar los sistemas responsables de ella; las ciencias humanísticas como el derecho, nos han aportado saber acerca de los derechos y garantías de los que las personas gozan para tener/exigir una vida con el mayor nivel de bienestar posible.

El interés por abordar el tema de la garantía al derecho a la salud en cuanto a la operación de los sistemas sanitarios en el mundo y en específico en México, surge de la experiencia observacional y pública de que la prevención y atención de las enfermedades no parecen ser asunto público prioritario en la planeación y el ejercicio de los gobiernos de los Estados, y que su operación está colmada de intereses políticos y económicos que impiden cumplir su objetivo central a pesar de que el bien que se intenta proteger es el más valioso, la vida.

En este sentido, el presente trabajo de investigación está desarrollado en tres partes fundamentales, la primera de ellas intenta construir un soporte y posicionamiento teórico

que a partir de diversos autores se construye sobre los conceptos de salud y enfermedad, ya que ha quedado claro que no se trata únicamente de conceptos aislados que impactan en lo individual, sino que permiten construir un imaginario colectivo para poder exigir el cumplimiento de la garantía a la protección de la salud y el combate a las enfermedades.

Este abordaje conceptual se construye en el marco de la sociología política como enfoque de las ciencias sociales que se preocupa por el análisis sociológico de fenómenos o hechos de carácter político que involucran al Estado y la sociedad civil, así como a los ciudadanos y sus diversas formas de organización; concluyendo que la salud es un estado dinámico que guarda el cuerpo humano y se ve influenciado por una serie de elementos que pueden ser controlados si se atienden desde la esfera privada, pero principalmente desde lo público y lo gubernamental.

Dentro de la misma construcción teórica se disertan los conceptos de derechos humanos y del derecho a la salud, describiendo sus orígenes, alcances e implicaciones al ser la salud parte del derecho. Así mismo, se debate acerca de las expresiones derecho a la salud y/o derecho a la protección de la salud, considerando que en sí misma la salud no puede ser garantizada por ningún medio ni organismo, no así la protección de esta a través de mecanismos como la política social de los Estados y la prestación de servicios médicos a través de sistemas sanitarios. En esta misma categoría se describe la evolución del derecho a la protección de la salud en México, ya que este ha recorrido un largo camino para ser positivizado en las leyes mexicanas en un sentido de universalidad, lo cual representó un claro principio de discriminación.

En la segunda parte del trabajo se llevó a cabo un proceso de recopilación de información empírica a través de medios documentales impresos y electrónicos, con la intención de presentar datos mixtos que permitieran construir un escenario de la situación por la que ha atravesado la prestación de los servicios de salud en México. En primer lugar, se hace un recuento de los modelos sanitarios en el mundo y los contrasentidos globales que afectan el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, haciendo énfasis en el caso mexicano, brindando datos que permitieron contrastar la situación real del país durante los últimos 19 años con otros modelos sanitarios.

En este apartado además se describen y analizan los elementos que se considera han permitido el funcionamiento del sistema sanitario, así como las crisis de servicios de salud

que se han enfrentado en México, es decir, aquellas conductas, prácticas, carencias y abstenciones que el Estado ha vivido respecto a temas financieros, laborales, políticos y de equidad, calidad y cobertura. En esta misma segunda parte del trabajo se realiza un recorrido sustentado en diversos datos e indicadores que nos permiten conocer el estado que guarda en derecho a la protección de la salud en México desde tres aspectos fundamentales: *el ámbito de lo jurídico* (avances y retrocesos del trabajo legislativo así como órganos e instrumentos que observan su cumplimiento), *los indicadores de salud* (cifras reveladoras respecto a salud pública, enfermedades crónicas, infraestructura física y humana, entre otros datos que nos permiten medir el tamaño y dinámica del sistema de salud) y la inversión pública (es decir los recursos que el Estado destina a la operación y funcionamiento del sistema para garantizar servicios médicos de calidad). La información vertida en esta sección permite construir un diagnóstico general de la funcionalidad del sistema de salud, así como las debilidades que se han traducido no solo en la falta de calidad de servicios médicos, sino ausencia de ellos para algunos sectores y/o altos gastos de bolsillo tras el uso de servicios privados, lo cual se concluye ha incidido en el incumplimiento recurrente de la garantía de protección de la salud de que gozan todos los seres humanos sin distinción.

En la última y tercera parte se realiza una medición de la protección al derecho a la salud a través de una técnica cualitativa de indicadores de desempeño. Para esta tarea, al inicio del último capítulo se hace una explicación de la metodología utilizada para la medición mencionada, señalando la importancia y complejidad de la evaluación a los sistemas sanitarios, así como una valoración del Enfoque Basado en los Derechos Humanos EBDH, una perspectiva de investigación propuesta por la Organización de las Naciones Unidas que pretende cumplir dos objetivos principales, proponer mecanismos de acción para que los sistemas sanitarios planeen y operen para garantizar el derecho a la salud, y medir con base en indicadores ad hoc el desempeño de los sistemas sanitarios teniendo como prioridad el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. En el mismo apartado se justifica brevemente el uso del método del análisis crítico del discurso y el de la teoría fundamentada, herramientas que permiten dar valor científico a los datos hallados en el trabajo empírico utilizado en la medición de la protección del derecho a la salud, así como a su interpretación.

Finalmente, con datos obtenidos tras la aplicación de una encuesta entre usuarios de los servicios de salud en México y entrevistas a actores institucionales y personas involucradas en el tema desde la sociedad civil, se conocieron más allá de los datos oficiales, las experiencias ciudadanas con relación a la política que priva en el sistema de salud mexicano y sus percepciones en torno a la operación de este, asimismo se vislumbró el proceso por medio del cual se conforma la política de salud en términos de la garantía de un derecho humano y la capacidad de respuesta a la demanda de la población. Esta medición se ordenó con base a la propuesta del EBDH considerando como indicadores la accesibilidad (física, económica y de información), la disponibilidad (de infraestructura física y servicios médicos, recursos humanos y servicios básicos determinantes de la salud) y la calidad (seguridad, efectividad y atención centrada en la persona), realizando un análisis crítico que permitió elaborar un balance objetivo de la realidad en que opera el sistema de salubridad de México en relación a las responsabilidades asumidas en torno al reconocimiento del derecho a la salud.

Los hallazgos centrales en esta investigación permiten afirmar que el diseño, planeación, operación y resultados del sistema de salud mexicano en los últimos 20 años están alejados del cumplimiento del derecho a la protección de la salud y que históricamente estos servicios se han brindado a la población mexicana en dos sentidos, el primero, como una dádiva a la población de más escasos recursos económicos que después se capitaliza políticamente (los programas sociales gubernamentales en México, incluidos los de salud, tiene un claro fin clientelar) y; favorecer la privatización de servicios médicos que ofrezcan servicios de mayor calidad, acceso y disponibilidad, amén de los altos costos de bolsillo. Sin duda, ambas respuestas son altamente violatorias de la garantía de protección de la salud reconocida por el Estado mexicano.

De forma concluyente se destaca que la *hipótesis* inicial del trabajo de investigación se ha probado a través de la presentación de los datos recabados y analizados, en virtud de que la rectoría estatal del sistema de salud mexicano está marcada por claras contradicciones entre su objetivo central y las acciones emprendidas para lograrlo, en virtud de que no es el principio de garantía del derecho humano a la salud el que se antepone en las acciones y decisiones económicas, administrativas y políticas con que opera dicho sistema.

Así mismo, el *objetivo central* que se persiguió fue aplicar un método mixto para evidenciar con mediciones cuali/cuantitativas las contradicciones del sistema de salud en México, discutiendo en los resultados el discurso político del gobierno frente a la crítica de diversos actores en torno a la política de salud que se instrumenta, a fin de identificar propuestas alternas desde la perspectiva social. Si bien el Sistema de Salud Mexicano (SSM) ha pretendido funcionar durante muchos años en México en aras de conformar un servicio de acceso público, este se encuentra plagado de contradicciones que, no obstante, lo han llevado a presentar algunos avances, también presenta varios retrocesos, en medio de un debate inacabado sobre la naturaleza de la salud como “quehacer público”, que a la vez asiste a un derecho humano y, por otro lado, es operado bajo una racionalidad economicista.

En el proceso de elaboración de esta investigación se encontraron algunas dificultades principalmente con la veracidad de datos, es una premisa ética en las investigaciones científicas exponer información cierta y comprobable, sin embargo, la mayoría de los informes, estadísticas y datos públicos con los que se contaba provenían de instancias públicas que tienen sus propias metodologías que sobrevaloran resultados de instancias de las administraciones públicas, de ahí la importancia de la información y datos obtenidos en la encuesta aplicada y las entrevistas realizadas a personal de salud con experiencia tanto en el sector público como en el ejercicio privado de la medicina. La información ha sido utilizada exclusivamente para la presente investigación, lo que se convierte en una fortaleza de esta.

**CAPÍTULO I**  
**APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD**  
**Y ENFERMEDAD**

## CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

### 1. Elementos teóricos sobre la concepción histórica de la salud y la enfermedad

*“Para cultivarse con mayor libertad, un pueblo necesita estar exento de la esclavitud de sus propias necesidades corporales”*  
*Karl Marx (1980, p.61).*

La finalidad de este capítulo es construir un abordaje analítico sobre la concepción de la salud y su vinculación con la enfermedad vista desde una perspectiva multidimensional y multifactorial propia de la sociología política, en función de lo que implica el desarrollo del ser humano frente al cuidado, la prevención y la protección ante cualquier estado negativo o enfermedad en el ambiente. Ello debido a la necesidad de reconocer la complejidad de dicho concepto desde la investigación social y particularmente desde el enfoque de la sociología política como un campo interepistémico que logra establecer una relación entre los actores del Estado, considerando al gobierno, el mercado/sector privado y la sociedad civil.

La necesidad de abordar la salud más allá del enfoque médico significa asumir una postura que pone en comunicación el contenido sociocultural e institucional donde está inmerso el desarrollo de los sistemas de salud, puesto que lo que implica la enfermedad vista como un estado de salud negativo, como se verá más adelante, influye radicalmente en la dignidad del ser humano. En el presente apartado se describe la importancia de garantizar un sistema de salud eficiente, consolidado y estructural que permita brindar un servicio de calidad coherente con las necesidades de la sociedad, entendiendo las dinámicas propias del sector público/privado, y la capacidad de movilizar intereses por parte del gobierno en el manejo de los recursos y la estructura en el modelo político–económico que existen en un determinado país.

El reconocimiento por la sociología política del derecho a la salud, parte de identificar la existencia de un derecho social y la obligación del Estado, lo que se articula a una lógica discursiva de la “universalización”, así como lo esencial de este servicio al momento de ser prestado u operacionalizado por el sector público/privado; a su vez, considera la

responsabilidad pública del gobierno, el cual debe garantizar el servicio de la salud conforme a la demanda y problemáticas en los diversos sectores de la sociedad civil, algunas de las cuales se identifican dentro de la falta de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

Para ello se realiza una descripción de la salud y su vínculo analítico con la enfermedad y sus determinantes, el cuidado y los principios básicos que forman parte de esta categoría multidimensional. Igualmente, el análisis de los componentes jurídico, político, institucional y gubernamental que están reflejados en el ámbito de la salud pública y la sociedad civil desde una perspectiva de la sociología política de la salud.

La importancia de reconocer la dimensión del derecho a la protección, la obligación estatal y la finalidad del sistema de salud, integra aquellos temas que configuran la concepción de la “universalización” del servicio, visto desde la lógica de los derechos humanos. Lo que constituye un antecedente que permite aplicar acciones que sean conducentes al interés estatal y la necesidad de la sociedad civil (Prieto y Badia, 2001 p.207).

Al mismo tiempo, se realiza un análisis del conjunto de obligaciones que asumen el Estado y el sector privado en función de concebir la salud como un derecho humano de naturaleza “universal” y un servicio de interés público por parte de los gobiernos nacionales, lo que debe articularse con las condiciones socioeconómicas que constituyen la realidad de los grupos sociales de una nación.

El capítulo está compuesto por el siguiente orden: primero, se realiza una breve descripción sobre la sociología política de la salud a partir de una perspectiva de la enfermedad, en donde se mencionan las características que constituyen la generación de dicho fenómeno sociocultural y su incidencia en el desarrollo humano. Segundo, se mencionan las implicaciones que constituye la salud en medio de la dinámica a gran escala de la sociedad contemporánea y los efectos que existen al interior del sistema mundo capitalista. Por último, se señala la dimensión de la protección de la salud en su significado y responsabilidad entre el sector público y privado, argumentando así la relación entre los derechos económicos, políticos, sociales y culturales sobre el sistema de salud en el marco de un enfoque propio de la sociología política. Se observa que en la esfera institucional existe una guía sobre la capacidad de propiciar acciones coherentes con la demanda de la

sociedad civil, con el fin de garantizar un escenario de estabilidad y eficiencia, tanto en su diseño como en su funcionamiento.

### **1.1. Una aproximación analítica a la salud y a la enfermedad**

El término “salud” es tan escuchado en nuestros tiempos que definirlo de forma objetiva resulta una tarea compleja tanto en la dimensión epistémica/teórica como ontológica/conceptual. La primera aproximación del concepto se encuentra asociada a su constitución etimológica, Soriguer (2018, p.74) sostiene que la palabra salud se origina del latín “saluus” o “salvus” que está vinculada al hecho de salvar o conservar y al término griego “hólos” que significa en su totalidad o integralidad. Es visible, desde esta arista, que el término ha tenido una connotación general y poco clara al intentar una definición que abarque todos los elementos que constituyen la noción de la salud y la enfermedad, lo que obliga revisar otras concepciones del término “salud” en el campo social, político, cultural e identitario (Lips, 2017).

La necesidad de establecer un concepto holístico que caracterice los elementos que constituyen el sentido analítico de la salud, se encuentra atravesado por una serie de factores sociales, económicos, culturales, biológicos y ambientales entre otros. Los cuales permiten explorar la distinción entre el ser humano y la naturaleza en el marco de constituir un equilibrio que refleje la integridad del ser (físico, armónico, espiritual, emocional y afectivo). La salud simboliza una categoría sociocultural de largo alcance en el campo de la medicina social, de ahí las diversas concepciones del cuerpo y su funcionamiento a través del tiempo y las culturas. Es concebida como un tema estructural que pone en juego los componentes afectivo, emocional, sensorial y de sentido del ser humano en su relación con la otra naturaleza no humana y con la comunidad. Un aspecto de gran importancia consiste en reconocer la perspectiva multidimensional como un punto de referencia para analizar las variables que influyen en el cuidado, la protección, la atención y la prevención de las enfermedades.

Pensar el concepto de la salud nos lleva a reconocer los cambios estructurales que se han venido gestando en torno al tiempo, el crecimiento demográfico, las prácticas alimenticias, el cuidado y autocuidado, el modelo económico y los sistemas de salud en su dimensión pública–privada, entre otros. Parte de ello se configura como un marco en donde el estado

físico, mental, anímico, social y afectivo son constitutivos al momento de reconocer la ausencia o no de enfermedades, patologías y afecciones que aquejan la integridad del ser humano.

La capacidad de reconocer la salud más allá de un enfoque biológico radica en reflexionar desde el sentido de la vida y los objetivos que se desprenden en medio de los ciclos del desarrollo humano. Así pues, emerge el escenario sobre lo que representa estar sano o enfermo, según sea la situación del sujeto en su respectivo contexto subjetivo, parte de esta cuestión ha constituido una serie de debates teórico–conceptuales que demandan la incorporación de categorías propias de las ciencias sociales orientadas a fortalecer la dimensión de investigaciones en este campo epistémico. Tal como lo hizo en 1977 George Engel citado por Borrell (2002, p.175) quien reconoció la necesidad de postular un modelo integral de la salud al que denominó biopsicosocial, como contraparte del tradicional enfoque biomédico que consideraba casi exclusivamente al funcionamiento del cuerpo como ente blindado sin injerencia alguna y que dominaba hasta entonces en las sociedades de mitad del siglo XX.

Tal como sucede con enfoques que se encargan de analizar la complejidad de la salud, ya sea desde la sociología, la antropología, la psicología y la ciencia política, entre otras disciplinas, aquí toma relevancia la capacidad de construir un objeto/sujeto que logre agrupar los elementos que configuran el significado de la salud a partir de dimensiones como lo biológico, lo físico, lo emocional y la experiencia del individuo en su contexto comunitario. A su vez, se reconoce la importancia que implican los estilos de vida, las prácticas alimenticias y los procesos sociales que pretenden influir en un imaginario reflexivo y crítico en diálogo desde la dimensión de los estudios sociales sobre la salud (Vergara, 2007).

Kleinman (1980), Torres (2005) y Vergara (2007) exponen sobre la salud y la enfermedad que, al ser dos ámbitos propios de las ciencias médicas, se presenta una dimensión social que permite reflexionar sobre las costumbres, las creencias y los imaginarios que constituyen el sujeto en comunidad, siendo un aspecto que instituyen las prácticas sobre el cuidado, la prevención y el estado de salud del ser humano en su cosmovisión intersubjetiva al interior de los espacios comunitarios. De tal manera, la capacidad de integrar nociones

en el concepto de salud radica en reconocer un posible estado patológico, el padecimiento y la enfermedad como situaciones que configuran dicho concepto en una concepción amplia del mismo. El sentido de articular esta serie de aspectos propios de las ciencias médicas reside en identificar una dimensión socio afectiva sobre la salud, dado que se pretende ir más allá de la perspectiva del estructuralismo de los procesos biológicos, psicológicos y clínicos para darle oportunidad a comprender las anormalidades funcionales o sistémicas que simboliza la construcción del hecho social de la salud en el sujeto.

La salud históricamente ha sido concebida como un estado relacionado con la enfermedad, siendo un aspecto que marcó una visión tradicional de asumir que el enfermo requería de mejorar su condición para estar/tener un mayor desarrollo. Sin embargo, con el paso del tiempo este concepto ha sido relacionado con elementos sociales, culturales, políticos y económicos que promueven examinar la calidad de vida, la dignidad y el bienestar como esferas que hacen parte de la lógica multidimensional de la salud, teniendo en cuenta un enfoque integral que intenta superar la visión hegemónica de los estudios clínicos y médicos. Con el surgimiento de la evidencia científica de esta multidimensionalidad, diversas disciplinas, sobre todo las pertenecientes al campo de las ciencias sociales, se complementan para dar explicaciones plausibles en torno a la salud. Prueba de ello es la aparición de las escuelas que buscan explicaciones culturales e históricas, donde la subjetividad e intersubjetividad emergen, transitando desde un paradigma positivista hacia la validación de paradigmas más bien culturalistas (Muñoz, 2011, p.170).

La capacidad de tener un estado físico, mental y social se constituye como un punto de referencia sobre el significado de la salud. La importancia de reconocer que un estado favorable del ser humano debe ir en consonancia con una visión que reúna aspectos económicos, sociales y culturales, repercute en la calidad de vida del ciudadano, por esta razón, el enfoque integral parte de asumir el contenido jurídico, institucional, político, humanitario e ideológico de la importancia de la salud como un derecho fundamental e inalienable de todo ser humano (Torres *et al.*, 2005). Por tal motivo, la perspectiva histórica de la salud se encuentra asociada a una serie de cambios estructurales en torno a la dinámica del término, lo que significa identificar la concepción de la enfermedad teniendo presente los aspectos que instituyen una construcción propia sobre la salud, es decir, que la relación entre estos dos términos (enfermedad–salud) responden a un carácter reflexivo

multidimensional que refleja la elaboración de un hecho social que coexiste con una serie de dinámicas propias de un modelo o sistema que se reproduce en la sociedad.

La concepción de la salud tiene que ver con un término dinámico, activo y por ello subjetivo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época, ya que su lugar en la vida personal y social de innumerables generaciones es de extraordinaria importancia. Así pues:

Nadie podrá negar que el estado de salud sea una constante preocupación de la humanidad después de la vida misma, es lo que más se cuida y debe preservarse y protegerse. La consecución de formas de vida saludables se ha convertido en un objetivo al que muchas personas consagran parte de su energía y de su tiempo (Sánchez y González, 1993, p.47).

Lograr este objetivo en materia de salud implica la participación-cooperación de un número importante de agentes sociales, a veces con intereses opuestos y desde perspectivas muy diversas. Por tanto, es preciso realizar el recorrido histórico en el marco de la sociología política sobre el concepto, para así resignificar y recuperar los elementos que pre-existen en la dimensión de la salud como una construcción sociocultural del sujeto.

El mirar a las enfermedades como una respuesta meramente biológica del cuerpo y que puede identificarse simplemente a través de recursos técnicos o investigaciones científicas, es limitarlas a una sólo forma o mecanismo de atención; las enfermedades deben ser vistas reconociendo otros procesos físicos y sociales que inciden en el funcionamiento de los organismos. Sigmund Freud fue quien por vez primera reconoció la importancia de la influencia psíquica en el origen de muchas enfermedades.

La noción moderna se encuentra asociada a tres dimensiones: la médico–asistencialista, la biológica/empírica y la social–comunitaria. Esta serie de perspectivas han permitido comprender que la salud se encuentra en medio de la dimensión curativa, preventiva y pragmática en donde la atención debe ser integral al reconocer la parte clínica, restaurativa y social para poder buscar rutas que permitan superar la enfermedad y dar respuesta al padecimiento teniendo como referencia la dimensión humana (Gavidia y Talavera, 2012).

Sin duda, los conceptos de salud y de enfermedad o de salud-enfermedad como uno solo, han tenido diversas significaciones a través del tiempo. Inicialmente, en la era paleolítica la concepción del proceso salud–enfermedad era “mágica”. En esta época los brujos tenían gran influencia sobre el pensamiento y las actitudes de las personas y todo proceso “anormal” (ahora descrito como desconocido) era atribuido a una causa sobrenatural, inexplicable. Otra figura importante en esta concepción era el sacerdote o aliado de los dioses, quien ahuyentaba los malos espíritus o el demonio que producían la enfermedad (Fraguas, 2007).

Posteriormente, con la cultura griega se produjo el inicio de una “visión racionalista y naturalista del cosmos y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones mítico–religiosas” (Sánchez, 2014, p.19). La salud era el bien máspreciado en la sociedad griega. Además, sin salud no podía haber belleza. Para los griegos, la enfermedad simbolizaba desequilibrio, la desviación de la norma y la sanación pasaba por un retorno a la naturaleza. Una situación que demandaba concebir las deidades como un ente responsable de la enfermedad del individuo o facilitadora para lograr un ambiente estable sobre la salud del sujeto.

Desde un marco histórico en el campo de la salud, los aportes realizados por Empédocles alrededor de los años 430 a.C., respondían a concebir el estado del ser humano como el reflejo de un desequilibrio que compone la esencia del ser humano a través de los elementos (agua, aire, tierra y fuego), aquí la existencia de un desequilibrio generaría un estado negativo de salud como la muestra de una externalidad en el ambiente del sujeto. Dicha lógica se constituye como un espacio que refleja una visión de la enfermedad basada en la pérdida de las fuerzas que instituyen los verdaderos cambios entre el amor y la discordia del ser humano (Barragán, 2016, p.5).

Así pues, la salud debe concebirse como un acto vinculado a prácticas y costumbres culturales, inmerso de aspectos y conductas sociales, ya que en torno a ella se han desarrollado formas vernáculas de prevención y cuidados (Barragán, 2016, p.6). Lo que implica en la actualidad cuestionar la noción clásica de la salud, y dar un espacio epistémico a los diferentes ámbitos que permiten caracterizar el sistema de salud que está encargado

de atender, promover y construir una serie de actividades que refleje los estudios de vida del sujeto en comunidad.

La medicina hipocrática es el nacimiento de la medicina como un *saber técnico*, es el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina. La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos *medicina hipocrática*, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C. Esta hazaña consistió en eliminar en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Esta idea constituye el origen de una concepción científica de la medicina natural, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Por ello, Ariensen (1999, p.40) señala que Hipócrates recurrió al uso de recursos del mismo cuerpo como los sentidos y la mente para entender a las enfermedades y poder atacarlas en colaboración con el propio enfermo; el antiguo médico griego consideraba que la alimentación era fundamental tanto para el enfermo como para el sano en el equilibrio del organismo.

Con menor trascendencia que la hipocrática, Platón menciona que las causas y origen de las enfermedades son el desequilibrio humoral, las influencias externas contra su orden, las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. La ideología platónica sostenía entonces que la dualidad entre el cuerpo y el alma era fundamental en la salud, y que incluso el alma podría ser superior al cuerpo ya que aquel era el que podía enfermar. En el fondo de su pensamiento, encontramos una importante influencia de los estados emocionales en la salud física, lo que de manera incipiente descubre las conexiones exteriores del organismo con su medio ambiente, su sentir y su pensar (Sánchez, 2014, p.20). Para algunos estudiosos, las aportaciones de Platón permitirían asumir su rol como el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica, dado que utiliza la purificación del alma por la palabra, una catarsis verbal. La Croce (1981, p.290-291) por ejemplo, señala que la obra de Platón recoge el uso de una curación por la palabra y por su parte Pedro Laín (2001) defiende que Platón fue el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> “El elemento racional [de la epodé], incipiente como pura e indiferenciada acción sugestiva en la epodé arcaica adopta la forma de logos kalós («bello discurso») y se hace psicoterapia técnica” (Laín, 2001, p.149).

Aristóteles por su parte, afirmaba que el alma y el cuerpo se enferman juntos, y utilizó una psicoterapia basada en la catarsis verbal energética. La visión expuesta por Aristóteles sobre la salud se fundamenta en reconocer que debe existir un estado de justa media, es decir, un espacio para que el ser humano pueda lograr un equilibrio entre la enfermedad y la sanación. Por esta razón, emerge la importancia de encontrar los límites que influyen a un posible estado negativo del ser humano, ya que el sentido del cuidado responde a la capacidad de encontrar un estado de armonía que se convierte en sinónimo de una buena salud en general.

Una de las particularidades que se encuentran en la dimensión de la medicina helénica, consiste en reconocer que el cuerpo del ser humano debe estar en un ambiente de integridad, es decir, que no es posible concebir un buen estado físico si no se tiene un componente anímico, afectivo, emocional y espiritual conectado con el desarrollo del individuo. La perspectiva de considerar la salud como un fenómeno sociocultural en comunicación con la dimensión biológica, responde a una mezcla de la dimensión corporal, orgánica y física que constituye el ser humano en su conjunto, tal como sucede con la posibilidad de encontrar un equilibrio entre la armonía–salud y el dolor–sufrimiento, al ser reconocidas como factores que existen al interior del ambiente del desarrollo humano en sociedad.

Otro personaje vinculado con la medicina es Galeno, cuyas aportaciones de corte fisiológico marcaron el pensamiento médico durante varios siglos. Este, recopiló el saber previo a su existencia y propuso una diferente forma terapéutica de enfrentar la enfermedad; sus aportaciones indicaban que los desequilibrios del cuerpo obedecían a los humores y emociones (Guerrero y León, 2008, p.15).

Por ende, el desarrollo de la medicina científica propia del contexto europeo se muestra como una actividad hegemónica del imaginario eurocéntrico en el marco de los estudios de salud en la biología. Parte de la dinámica contribuyó a que la salud estuviera inmersa en dos tiempos específicos: el antiguo/tradicional y el moderno/nuevo. La dinámica sociocultural del mundo occidental estuvo vinculada al progreso de una medicina que se fue constituyendo de diversas culturas antiguas preexistentes que heredaron un cuerpo de

saberes teóricos y prácticos, entre ellos los Pueblos griego, romano, persa, chino, islámico entre otros que concebían al cuerpo de formas distintas pero complementarias.

El tránsito de la edad antigua a la edad media significó entonces el gran salto para la cientificidad de la próxima disciplina, sin abandonar ciertas creencias y misticismos que daban explicación de fenómenos personales. De acuerdo con Guerrero y León (2008, p.15), la edad media significó la puesta en marcha de procedimientos curativos y terapéuticos basados en conocimientos de antiguos médicos y estudiosos del cuerpo y la enfermedad. Se practicaban procedimientos invasivos y el estudio de remedios a base de sustancias vegetales, animales y de minerales proliferó tanto para su aplicación como en la investigación científica.

De la preponderancia de uno de estos humores, proceden las diferentes disposiciones temperamentales, el triste melancólico, se haya dominado por la hiel negra; el tedioso flemático acusa el predominio del mucus. La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de la enfermedad. Aunque Hipócrates había desterrado de la ciencia médica a los antiguos dioses y malignos demonios, en la edad media cristiana, la maldad y los pecados de la gente y las mañas de Satán, el adversario de Dios, eran los culpables de las enfermedades, y sólo podía procurar la salud la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos.

En la edad media el hombre era el responsable de su salud y podía por ello influir sobre la duración de la vida. Se daban distintos consejos: reforzar las fuerzas naturales por medio de los alimentos, así como las fuerzas espirituales a través de los buenos olores.

Con la evolución en las formas de vida y socialización, los padecimientos de las personas fueron cambiando; los siglos XVIII y XIX caracterizados por el crecimiento de núcleos poblacionales enfrentaron enfermedades venéreas, de la piel y fiebre tifoidea, las condiciones de higiene eran deficientes y por lo tanto la presencia de padecimientos era común. Adicionalmente afecciones emocionales estaban asomándose en los estilos de vida de entonces (Battistella, 2016, p.5).

Según el analista Thomas Sydenham (1676), se pueden dividir las enfermedades en agudas y crónicas. En el caso de las enfermedades crónicas son originadas por el régimen de vida del hombre, mientras que las agudas, en cuya sintomatología predomina la fiebre, intervenían la influencia del medio ambiente sobre la especie morbosa, la localización del humor exaltado en la sangre, la constitución del enfermo y la mayor gravedad de los morbos agudos (Gómez, 2008).

Así pues, es necesario reconocer que el proceso histórico de la salud/enfermedad se encuentra vinculado a una serie de etapas en donde la edad antigua carga con todo un desarrollo sobre la medicina griega y romana, aquí los conocimientos estaban basados en la capacidad del ser humano en constituir hábitos y producir saberes que reflejaban su estilo de vida en la polis, siendo un aspecto central dado que la salud era una cuestión pública que implicaba un ejercicio de reflexión individual.

Con el paso del tiempo, se logra concebir un espacio epistémico distinto al tradicional de las ciencias clínicas, aquí entra la dinámica proveniente de la medicina social, la cual partió de promover logros importantes en salud pública y pasó a primer plano la idea de prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad. Se mejoraron las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales y de la canalización de las aguas.

El filósofo y escritor Jean-Jacques Rousseau en las primeras décadas de los años 1700 se enfrentó a los pretendidos avances de la civilización de su época y a los enciclopedistas que confiaban toda la felicidad del hombre en el progreso y la cultura, él aboga por un retorno a la naturaleza y a la sencillez. Rousseau decía que “el arte de la medicina de su época era peligroso y lo hace responsable de muchas muertes. Opinaba que la única parte válida o aprovechable del arte de curar son los cuidados o medidas destinadas a fomentar la salud” (Rousseau citado por Battistella, 2016, p.6). Comienza entonces a hablarse de salud, aunque íntimamente vinculada con la enfermedad, pero reconociéndola como un estado independiente al que se debe procurar.

Muchos han sido los cambios producidos durante estos siglos en el concepto de salud-enfermedad. La medicina actual se ha tecnificado. Los estudios complementarios han invadido la práctica médica. Estas prácticas muchas veces dejan de lado el contacto del

médico con el enfermo. Se ha avanzado en la adopción de modelos preventivos, pero todavía hace falta trabajar más en este campo y quizás tener bien arraigado lo que decía Thomas Alva Edison: “El doctor del futuro no dará medicinas, sino que interesará a sus pacientes en el cuidado de su estructura humana, en la dieta y en la causa y prevención de la enfermedad” (Battistella, 2016, p.6).

En resumen, y destacando los principales elementos aportados por esta revisión histórica sobre el concepto de salud, podemos decir:

- a) el hombre ha tratado de explicarla desde una visión mágica, inexplicable y asociada con deidades,
- b) la salud es valorada como “el bien máspreciado”,
- c) se asocia con desequilibrios o desordenes en las diversas esferas del ser humano,
- d) se ha desarrollado un saber científico alrededor de ella,
- e) se ha aceptado influencia del entorno (factores externos) a la salud del individuo; asumiendo que existen condiciones sociales que causan la enfermedad, y
- f) se ha identificado la importancia de la prevención de enfermedades.

En años más recientes se han agregado varias nociones para la definición de la salud. Una de ellas sugiere que es un estado físico o anímico estable de la persona en relación con diversos elementos ajenos a la corporalidad como medioambientales, biológicos, sociales, culturales y simbólicos; elementos que sin duda coadyuvan no únicamente al crecimiento de la persona, sino a potenciar sus cualidades, sin embargo, cuando uno de estos elementos cambia, influye en otros y generan una alteración transitoria o permanente en el organismo, pudiendo traducirse en una enfermedad (Orozco, 2006).

Esta idea rescata los elementos que han sido parte de la historia del concepto de salud y los complementa con aspectos de gran resonancia en la actualidad, tales como los socioculturales o los asociados al medio ambiente, logrando así establecer que la salud no

sólo es un tema biológico, sino que está relacionado con una gran diversidad de factores y áreas de estudio.

La salud más que un estado, es un

Proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida (Orozco, 2006, p.126).

Esta concepción propone que conservar ese equilibrio requerirá el mantenimiento de ciertos factores socioeconómicos, ambientales, biológicos y asistenciales, lo cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que diferencia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento consideran a la salud como un estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales, para autores como Barro, la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin en 1962 y Grossman en 1972, establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión (Gavidia y Talavera, 2012).

En la segunda mitad del pasado siglo XX se comenzó a señalar una perspectiva de la salud que trascendía el binomio de la salud y la enfermedad, y es en 1956 cuando René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado" (Grupo Curie, 2008, p.36). En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En la década de 1950, Herbert Dunn aportó una descripción que incluye tres grandes aspectos de la salud: 1) el orgánico o físico, 2) el psicológico y 3) el social (cabe señalar

que la Organización Mundial de la Salud [OMS] también incorporó el aspecto social en la conceptualización de salud desde su constitución en 1948). Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos, autores como Edward S. Rogers (1960) y John Fodor *et al.* (1966), citados por Rachida, *et al.* (2019), son ejemplo de este enfoque del concepto de salud el decir que es: “[...] un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte” (Rachida, *et al.*, 2019, p.453). Dichos autores presentan que la salud es una escala continua, es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

Un autor más que precisa la dimensión social de la salud es Milton Terris (1980) al decir que la salud es "el estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" (Terris, 1980 citado por Gavidia y Talavera, 2012, p.170). Otro ingrediente importante que destaca en esta definición es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades, lo que significa romper con la barrera de lo exclusivamente físico. Por tanto, es contrario a lo propuesto por el modelo médico del concepto de salud, el cual puntualiza que la salud es la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente). De igual manera, Alessandro Seppilli en 1971 señala que salud es "[...] una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social" (Grupo Curie, 2008, p.42).

Un examen de las distintas concepciones prevalecientes de la salud no deberá dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el Xè Congrés de metges i biòlegs en llengua *catalana*:

La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa... Se puede entender “autónoma” como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término “solidaria”, mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades (Orozco, 2006, p.92).

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es indudablemente la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades (Orozco, 2006). Se trata de una definición que resultó innovadora en el momento de su publicación, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos “normativa” de entender la salud. Por supuesto que intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres elementos básicos del desarrollo humano: el físico, el mental y el social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es menor la que considera que se equipara a la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Entre algunas de ellas encontramos la de Navarro (1998, p.53) quien acotó que la definición tiene un problema epistemológico importante, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud.

Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa ya que, por ejemplo, todo aquel afectado incluso aunque no sea personalmente por la tiranía, la injusticia, la desigualdad o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano, condición muy común en nuestro entorno actual. Algunas voces críticas, como la de Milton Terris (1980), han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra “completo”, al argumentar que, tanto en la salud como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica.

En los años sesenta se constituye un movimiento teórico encargado de plantear que la crisis de la salud se encuentra referida a problemáticas sociales, políticas, culturales y económicas en un respectivo Estado. Dicha distinción se configura como un antecedente encargado de considerar un pensamiento médico crítico que pudiera superar la noción predominante de la concepción biológica, negativa y normativa del sufrimiento del paciente,

es decir, no desconoce esta corriente, pero sí da un salto hacia la existencia de un proceso salud–enfermedad en donde confluye la construcción y representación de hechos sociales de la misma.

La lógica de reconocer la existencia de una concepción de la salud desde el marco sociocultural, tiene que ver con la superación más no la negación del carácter empírico–biológico de la enfermedad y los estudios clínicos, debido a la incapacidad analítica de comprender la condición humana como un componente genérico en donde la salud también responde a los procesos en sociedad, es decir, la importancia de asumir el coexistir en comunidad para dar solución a las problemáticas en un espacio en común.

En este sentido, la enfermedad analizada desde el componente de los estudios sociológicos simboliza abrir una ruta en donde lo clínico dialogue con lo social y se constituye como un espacio encargado de asumir alternativas que complementen los problemas patológicos comunes en sociedad. Para el marco de la perspectiva instrumental de la ciencia política y la administración, el asumir la enfermedad desde un rol sociocultural posibilita la creación de políticas públicas, programas, proyectos y modelos que sean congruentes con la necesidad de la población y la demanda de un servicio de calidad en la prestación y eficiencia en materia de resultados.

La evidencia de reconocer la parte técnica (instrumental) del tratamiento y cuidado de la salud desde el marco de la enfermedad, tiene que ver con la implementación de procesos intersectoriales e interdisciplinarios que puedan ser funcionales a la generación de soluciones concretas para la población. Lo que significa la necesidad de asumir la patología no solamente desde el marco clínico, biológico y médico, sino permitir la interacción de elementos de hábitos alimenticios, educación para la prevención, la generación de imaginarios del cuidado de la vida entre otros.

La historia de la enfermedad como se ha venido describiendo en su totalidad ha sido vinculada a la noción biológica del ser humano. Una razón que ha imperado en las ciencias clínicas, y que por escuelas han tomado una postura negativa de reconocer el componente socio-humanístico, proveniente de las ciencias sociales en el marco de procesos dialógicos. Parte de esta discusión ha permitido en las últimas décadas del siglo XX una apertura

paulatina para describir el carácter histórico, comunitario y social de la salud–enfermedad desde el sujeto en sociedad.

Debido a esta apertura por algunos centros e institutos de investigación, la idea normativa y clínica de la vida ha dado pasos hacia la interacción con la dimensión sociocultural, asimismo, el proceso de salud–enfermedad ha podido contemplar que la parte biológica es de gran importancia para la aplicación de tratamientos encaminados a dar soluciones efectivas a las patológicas, aunque la determinación de múltiples factores sociales, demográficos, culturales e identitarios instituyen la influencia de enfermedades específicas y compartidas en un respectivo ambiente comunitario, territorial y espacial.

De esta manera, la necesidad categórica de reconocer que la conceptualización de la relación salud-enfermedad no puede ser vista solamente desde el marco epistémico de los estudios clínicos/biológicos, lo que resultaría ser una dimensión que desconocería el ámbito sociocultural del sujeto en comunidad. Aunque es de suma importancia analizar las formas que determinan ciertas enfermedades en el marco de la salud pública y comunitaria, las cuales están vinculadas a las prácticas y estilos de vida que influyen en la reproducción de situaciones patológicas en sociedad.

Una propuesta alternativa, respetuosa con los méritos de esta definición, propugnaría por una definición de la salud como: un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Según Orozco (2006, p.11), hay diversas interpretaciones del concepto de salud, incluso aquella que la conceptualiza como el más alto nivel de bienestar integral de un organismo y de su capacidad de funcionamiento y adaptación a los factores inmersos en el medio que le rodea.

Dentro del tratamiento del tema, no debemos olvidar que la salud contribuye adicionalmente al desarrollo social y económico de la misma manera en que dicho desarrollo favorece la salud. Esta constituye también uno de los componentes básicos del bienestar de la población, por lo que deberá ser, a su vez, uno de los elementos esenciales para definir y evaluar el desarrollo social en su propósito de alcanzar mejor calidad de vida a nivel individual y colectivo.

Siguiendo la posición de Gavidia y Talavera (2012), aceptamos que el término salud debe ser diferenciado de acuerdo con el contexto en el que se implementa:

- 1) *Desde el contexto médico biológico.* Este contexto presta especial atención a las acciones y necesidades de los profesionales sanitarios, de la ciencia médica y a los servicios asistenciales de la salud. Se sobreponen los fines de curación pragmáticos. Su modelo de acción es la asistencia médica personalizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con signos y síntomas corporales evidentes, idea fundamental de este enfoque. La salud se resume a la idea negativa de la ausencia de enfermedad.
- 2) *Desde el contexto cultural de los pacientes.* El concepto central es “la dolencia” de aquella persona que dice sentirse o estar enfermo, determinado por los estereotipos culturales en los que se desenvuelve. La principal búsqueda de este enfoque es conseguir la normalidad y los objetivos sanitarios culturales son: la recuperación de la normalidad y la adaptación para mantener la vida comunitaria.
- 3) *Desde el contexto sociológico:* Se fundamenta en que la sociedad es un “único todo”, por lo que su acción y entendimiento será sobre el conjunto de la sociedad. Un individuo será saludable cuando su estado de bienestar le permita cumplir con el rol que la sociedad le ha asignado, y así cubrir las expectativas que el colectivo tenga sobre él.
- 4) *Desde el contexto económico y político:* Desde la perspectiva económica, la salud estará relacionada con algunos factores económicos como: el nivel de ingreso, el precio del servicio médico o la demanda asistencial. Y con respecto a lo político, la salud será la idea central al hablar de temas como: libertad, seguridad, contexto internacional o estabilidad política.
- 5) *Desde el contexto filosófico y antropológico.* Este enfoque interpreta la salud desde la concepción más profunda del ser humano. Según la idea antropológica que se priorice, la salud puede referirse a autonomía y responsabilidad, o a la realización humana en un entorno moral.
- 6) *Desde el contexto ideal y utópico:* Este ámbito parece inalcanzable al referir ideas como la felicidad plena o la calidad integral de vida, que versan desde aspiraciones terrenas hasta obtenciones espirituales (Gavidia y Talavera, 2012, p.163).

Como se ha intentado evidenciar a lo largo de las páginas antecedentes, la indefinición y al mismo tiempo multidefinición del concepto central de análisis de este apartado resultan ilustrativas para comprender las posiciones diversas y divergentes relacionadas con el tema de la salud, pero no únicamente con su concepto, sino con el tratamiento del proceso que implica estar sano que, por cierto, involucra no sólo al individuo que pretende buscar o mantener ese estado, sino a todos los actores que deben desde su responsabilidad, garantizar condiciones para que la salud sea una constante en el diario caminar.

Algunos puntos quedan claros tras el análisis de los conceptos:

1. Por salud deberá entenderse como una condición plena del ser humano enfocado en su diario vivir.
2. La salud no sólo es vista desde la perspectiva de su íntima relación con la enfermedad.
3. La salud es un tema de importancia social, y no sólo objeto de interés y estudio de la medicina.
4. La generación de condiciones para el cuidado y la garantía de la salud es corresponsabilidad del individuo, la sociedad civil y el Estado.
5. La garantía de un estado óptimo de salud no está en las manos del Estado, al cual le corresponde generar las condiciones adecuadas para cuidarla y preservarla.
6. El estado de salud adecuado es reconocido como una característica necesaria para el desarrollo del individuo y sus sociedades.
7. La salud, por su nivel de importancia, ha sido reconocida como una prerrogativa del ser humano, para lo cual se aborda el derecho a la protección de la salud.

Es ineludible la relación que existe entre salud y enfermedad, pareciera que uno sucede ante la ausencia del otro, es por eso importante comprender el vínculo que mantienen y por qué su estudio puede y debe ser diferenciado. Siendo de gran necesidad lograr concebir que, a pesar de su profundo y ancestral manejo, la edificación de los términos de salud y enfermedad siguen evolucionando, ya que aquella idea de que la presencia de un desequilibrio era causado por un único factor o estímulo ha sido superada por la relevancia de aspectos emocionales y la influencia de múltiples factores externos al cuerpo como el entorno físico y social (Gavidia y Talavera, 2012, p.170).

Por ende:

es común que la gente defina la salud como la ausencia de enfermedad: como si en ella estuviera arraigada la idea de una vivencia fugaz dentro de una secuencia continua de padecimientos [...] No en vano Henri-Francois Becque opina que la libertad y la salud son condiciones semejantes: el hombre sólo percibe su presencia cuando están ausentes (Vega-Franco, 2002, p.259).

La conexión que existe entre el concepto de la salud vista desde la enfermedad responde a una dimensión fundamentada en la existencia de un estado positivo que no puede estar desligado de cualquier tipo de negatividad (enfermedad), debido a la complejidad de lo que simboliza la condición humana. Así pues, no se trata de ver la enfermedad como un aspecto contrario, sino que es el punto paralelo de tener un desarrollo armónico para el ser humano.

La enfermedad pasó a ser asumida como un estado negativo de la salud, la cual debe ser intervenida para salvaguarda la vida del ciudadano, aquí la mirada biologicista, individualista, pragmática y económica tomó fuerza dada la articulación con el papel que debe asumir el gobierno de lograr conectar las instituciones, los programas sociales, el sector privado y la demanda de la sociedad civil, aquí entran en juego los procesos que repercuten en los distintos enfoques de la medicina orientados a garantizar un estado de salud equilibrado (tradicional, doméstica, alternativa).

Los conceptos de salud y enfermedad son aceptados como contrapuestos en gran parte de la literatura. Sin embargo, esta relación puede analizarse desde diversas perspectivas.

Ante esto, es preciso evitar problemas de interpretación entre estos conceptos que se suscitan de suposiciones u obviedades. Por ello, vale la pena revisar la propuesta construida por Hofmann y citada por Orozco Africano (2006), sobre los diferentes modelos de relación entre salud y enfermedad, sus características y sus límites: a) el modelo ideal, b) el modelo global y c) el modelo médico.

- a) *El modelo ideal* que señala la salud como ausencia de enfermedad. Este es quizá de los tres el modelo más sencillo. Siguiendo a Hofmann, "si un individuo está sano no padece entonces ninguna enfermedad, y reciprocamente, si está enfermo no puede estar sano. El modelo ideal es el que domina entre los profesionales de la salud. Las enfermedades son desarreglos de las estructuras o las funciones de algunas partes del cuerpo humano. En ausencia de estos desarreglos, la situación es de salud. Se cree que un manual de anatomía o psicología es una imagen de la

salud humana. La normalidad es la ausencia de alteraciones. El carácter anómalo de la enfermedad se expresa en el lenguaje ordinario, cuando se habla de disfunción, des-orden, dis-capacidad” (Orozco, 2006, p.11). En inglés uno de los términos más comunes para referirse a la enfermedad, es algo bastante parecido a nuestro “mal-estar”. En tal sentido, ya afirmaba Aristóteles en su “Metafísica” que la enfermedad existe por la ausencia de salud.

- b) *El modelo global.* Hace referencia a la salud como más que ausencia de enfermedad. La definición de salud de la OMS, revisada en párrafos anteriores, ejemplifica claramente este modelo. La diferencia de esta clasificación radica en introducir criterios de salud que van más allá de la ausencia de enfermedad, tales como bienestar, felicidad, capacidad de logros vitales, entre otros. Desde esta óptica, la ausencia de enfermedad es una condición necesaria, pero no suficiente para gozar de salud. Este modelo acepta la compatibilidad entre no padecer una enfermedad y no disfrutar de salud al mismo tiempo. Por lo que, un individuo que no ha sido diagnosticado con alguna enfermedad identificada no necesariamente posee un estado saludable e ideal.
- c) *El modelo médico.* Sugiere que la enfermedad es más que ausencia de salud. Es decir, para estar enfermo no basta el criterio de “no estar sano”, sino que se requiere cumplir algunos otros diagnósticos con pruebas o métodos estandarizados y por medio de exploraciones médicas (lograr un dictamen médico que confirme la enfermedad) (Orozco, 2006, p.12).

Este último modelo afirma que la falta de los elementos que conceptualizan la salud no necesariamente significa tener una enfermedad, por ello no es imposible estar el mismo tiempo sano y enfermo, ya que una enfermedad desde el criterio médico es la presencia de determinados síntomas, alteraciones, niveles de sustancias presentes en el organismo y sensaciones, si ello no se cumple es posible que no se esté enfermo, pero tampoco sano porque existe una alteración.

A partir de la clasificación de Hofmann citado en Orozco (2006), es posible identificar que las perspectivas de diferenciación entre salud y enfermedad clarifican la necesidad de distinguir los términos como conceptos independientes, lo que exige como prerrequisito superar esquemas clásicos y considerar la salud y la enfermedad como contrarias, pero parcialmente dependientes. Sin duda son conceptos interrelacionados y no condicionantes.

La visión moderna de la salud responde a un estado relativo de equilibrio entre la forma, funcionamiento y desarrollo del ser humano en su entorno social, aquí toma relevancia la necesidad de obtener una armonía entre el discurso, la acción y el pensamiento del sujeto

con el fin de que pueda influir positivamente en su parte biológica. La lógica es reconocer una interrelación entre el cuerpo, las prácticas alimentarias y los estilos de vida como ámbitos que generan una respuesta activa y placentera acorde al cuidado de la salud.

Así, encontramos la relación interna y externa de la salud como proceso sociocultural en donde la enfermedad simboliza el espectro negativo de la misma. La razón de ser se encuentra asociada a la necesidad de contar con una interacción plena entre las células, fluidos, estructuras y organismos que conforman el cuerpo humano, pero a su vez, la dimensión política, económica y cultural generadora de un desarrollo humano en sociedad. Una corriente de la sociología política de la salud reconoce que el Estado tiene la responsabilidad de promover campañas acordes a las necesidades de la población en términos de enfermedades generadas en dichos espacios. Lo que implica, analizar los movimientos producidos en una población determinada y cómo a partir de dicha situación, es posible construir alternativas provenientes de los entes institucionales y los sectores que constituye el sistema sanitario de un país.

Entre las dimensiones que forman parte del binomio salud–enfermedad se encuentran: lo biológico (edad, genética, patología, fenotipo), lo ambiental (la existencia de enfermedades causadas por la contaminación, el clima, el entorno social y las infecciones), las prácticas, hábitos y estilo de vida (alimentación, consumo de sustancias psicoactivas, la actividad física, modos de convivir), y cómo dichas acciones repercuten en el desarrollo de la persona, sin dejar a un lado, el espacio social que permite la creación de estrategias funcionales a la consolidación de programas de salud pública, el cual se caracteriza por asumir la prestación del servicio de salud a través de un sistema sanitario y un modelo eficiente que pueda canalizar las demandas de la población en sus distintos contextos.

De esta manera, la conceptualización de la salud se identifica con las necesidades de las personas que habitan en un territorio, quienes se enfrentan a diferentes enfermedades producto de la afectación directa o indirecta que repercute en su vida. Igualmente, en el plano del contexto del paciente se reconoce la salud como un estado de “normalidad” y la capacidad de asumir hábitos saludables que contribuyan a la calidad de vida de la persona.

El sentido sociológico de la relación salud–enfermedad está marcado por la importancia de integrar conocimiento y diferencias, dimensiones que no logran dar respuestas concretas a las patológicas que se presentan de forma individual y colectiva. Así pues, la influencia

del campo social influye en la generación de procesos de cuidado y prevención o, por el contrario, es un ambiente propenso a la ampliación, contagio y contaminación de enfermedades de toda cualquier naturaleza.

Para el plano económico y político de la salud existe una discusión en donde la forma de financiamiento y gestión del sistema sanitario se convierte en un factor que determina el tipo de servicio que presta el sector público y privado en la sociedad. La importancia es darle una carga valorativa a la salud como un bien económico que repercute en los factores, movimientos y acciones, como son la utilidad, el gasto, la inversión y el desarrollo del modelo de salud de un Estado.

Una visión de salud de forma vertical e impuesta de acuerdo con el interés de grupos políticos refleja contradicciones concretas a la hora de complejizar la enfermedad y darle solución desde dentro y por medio de la capacidad del individuo en comunidad. Así pues, la noción de la salud como una unidad social y moral que debe ser garantizada por el Estado bajo la racionalidad de intereses privados, hace parte de la idea de una obligación basada en la solidaridad universal de un sistema de salud en particular.

Hasta ahora, hemos realizado primero un abordaje fundamentalmente médico-biológico del término de salud, el cual expone que es el individuo el que mayor responsabilidad tiene en la preservación de su salud. Sin embargo, el apartado anterior nos brindaba la oportunidad de identificar una noción más, en la que es visible que existen factores más allá de la voluntad del individuo (factores exógenos) que interfieren en su salud. Esta visión nace de la perspectiva jurídica, puesto que “alguien” debe velar porque el común mantenga un estado saludable y no sólo algunos cuantos.

Como se mostró en párrafos anteriores, hablar de derechos nos obliga a pensar en ¿quién es el responsable de hacer cumplir este derecho? o ¿qué significa el derecho a la salud? Ante estas interrogantes es necesario recurrir a la materia jurídica, y desde este enfoque precisar aspectos como: salud pública, derecho social y garantía individual, necesidad y justicia social, servicios públicos y finalmente, derechos humanos, derecho a la salud y derecho a la protección a la salud, lo cual se aborda a lo largo de los siguientes apartados.

Para concluir este apartado, debemos aclarar que para los fines de esta investigación compartimos en cierta medida, el concepto declarado por la OMS sobre salud, el cual

versa: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2008). Sobre este concepto se acepta su dificultad operativa, pero se propone prestar mayor atención a la operacionalización del término "derecho a la protección de la salud", el cual será abordado de manera específica más adelante.

## **1.2. Aproximaciones teórico – conceptuales sobre la concepción de la salud**

El proceso de superar la brecha de cobertura en salud que existe en los países subdesarrollados, la baja calidad en materia de prestación de servicio y la renta son parte de los factores que van en contravía de un posible desarrollo social, económico y político coherente con un sistema sanitario integrado, el cual permita superar la relación entre salud y pobreza para dar el salto hacia la prestación de servicios sanitarios de calidad, que sean percibidos como eficientes y coherentes con los procesos de enfermedad que se enfrentan en las comunidades.

Así pues, la falta de un sistema coherente de salud que permita la universalización del mismo significará poner en cuestión las dimensiones social, cultural, afectiva y emocional para contribuir a la constitución de los procesos interdisciplinarios entre la dimensión biológica y la concepción socio-humanística, proceso encargado de hacer peso a la corriente hegemónica y lineal de los estudios de la salud, enfocados a la desigualdad social y la precariedad del sistema sanitario de cada nación.

Por ende, el enfoque multisectorial y epistémico de asumir de forma crítica la relación salud–enfermedad, se articula al reconocimiento de la política, la cultura, lo social y lo pedagógico como dimensiones que deben estar equilibradas, con el fin de contemplar un sistema integrado de salud que vea al paciente como un ser humano, el cual goza de las mínimas condiciones para su desarrollo integral y en sociedad. En efecto, aparecen narrativas orientadas a cuestionar la lógica lineal y dar paso a una visión amplia de las enfermedades, lo que exige la evolución de un campo de conocimientos teóricos y empíricos que tome en cuenta la heterogeneidad de causas físicas, ambientales, psicológicas y de otro tipo que pueden ocasionar la presencia de malestares. Esta tendencia ha llevado al diseño y creación de sistemas de salud complejos formados de

creencias, costumbres, investigación científica y recursos técnicos que ayudan a prevenir, diagnosticar, atender y curar los padecimientos.

La noción de salud recogida en la Constitución de la OMS, y pese a los problemas derivados de su amplitud, permite delimitar el contenido normativo del derecho internacional de la salud como subsector normativo de la lógica del derecho internacional público. Su desarrollo ha sido estimulado por la labor de numerosas organizaciones internacionales que, si bien mayoritariamente no son de estricto carácter sanitario, desarrollan su acción en ámbitos con implicaciones directas sobre la salud. Asimismo, es importante reconocer la participación de la comunidad como una actividad que permite potencializar la socialización de los principales problemas que se enfrenta el sistema de salud, y que permite generar espacios de comunicación y deliberación para hacer peso a la inequidad de la salud y los vacíos de la prestación del servicio, cobertura y calidad.

El sentido teórico de reconocer que el concepto de la salud no es unívoco, universal y homogéneo, implica partir de asimilar la dinámica de las sociedades en una época de globalización, sus demandas culturales y territoriales, a su vez, el conjunto de prácticas populares que influye en el *modus* de vivir del sujeto en su respectiva comunidad. Una razón de esta discusión versa en asumir que la salud no está planteada simplemente desde una perspectiva normativa, lo que significa superar el tipo de investigación dominante y dar paso a una interacción inter-subjetiva entre los actores y el ambiente que instituye los sistemas sanitarios en su respectivo contexto nacional (Flores-Guerrero, 2004).

Así pues, las discusiones en este plano del conocimiento versan en proponer que la salud y la enfermedad, en tanto hechos biológicos, tienen inmersas causas socioculturales y que, por lo tanto, la enfermedad es lo opuesto a la salud. Esta última es la ausencia de síntomas o malestares. El mismo ejercicio de la medicina asocia la enfermedad a un cúmulo de síntomas influenciados por prácticas y creencias sociales, que auxilian el diagnóstico e identificación de distorsiones del cuerpo.

La crítica que se ha realizado a la dimensión de la salud desde la enfermedad recae en el amplio consenso de teorías, enfoques y conceptos provenientes de las ciencias médicas y biológicas sobre dicha discusión (Morin, 1991). Por ello, es de interés resaltar la concepción sociocultural y política que implica la salud, al estar instrumentalizada por un sistema o

modelo propio de un gobierno, el cual está en amplia sincronía con los intereses del capital privado y la globalización de la sociedad neoliberal.

El sentido teórico de superar dicha dimensión estructural de la salud–enfermedad, no consiste en desconocer sus avances o demeritar dichos estudios. Por el contrario, se articula como un eje complementario en el marco de investigaciones provenientes de la sociología, la ciencia política, la antropología y los estudios culturales, entre otros. Una razón que demuestra por qué la salud infiere una experiencia subjetiva de los actores que está mediada por la dinámica sociocultural de las comunidades en sus respectivos territorios. Por tal motivo, el uso de alimentos, prácticas higiénicas y asuntos domésticos están ligados a los modos de vivir que se instituyen en un momento histórico y espacial del individuo en lo social, lo político y lo comunitario.

En consecuencia, se puede reconocer que la salud se constituye en un tema de gran interés por la dinámica de nuestros tiempos, y en particular los cambios que vive la sociedad inmersa en una globalización. La razón reside en superar la visión de definir *per se* para dar el salto hacia la elaboración de una concepción que integre los distintos elementos políticos, sociales, culturales y económicos que influyen en su dimensión de derecho y servicio, para así establecer un enfoque que sea holístico y congruente con los procesos de los grupos sociales en sus respectivos contextos.

Cuando partimos de reconocer que coexistimos en un entorno complejo donde la salud se ha convertido en un valor fundamental de las personas, el concepto de esta se diversifica acorde a múltiples factores con incidencia en las diversas formas de conducirse y concebir la vida. En este sentido, de acuerdo con Gavidia y Talavera (2012), el concepto de salud tiene tres elementos que complejizan la construcción de una universal y acabada percepción de ella, a saber: se aplica en diferentes contextos y con características muy diversas, para entenderla se parte de presupuestos muy diferentes, y concreta ideas y aspiraciones con relación a un estado de vida a alcanzar.

Se propone una visión consensual sobre la concepción de la salud, implica reconocer el uso y el contexto del sujeto en su dimensión humana, social, comunitaria y personal. Lo que denota plantear una discusión que integra las prácticas socioculturales, la racionalidad económica del sector privado y la responsabilidad/obligatoriedad del Estado, al garantizar

un derecho humano, pero a su vez, dar participación a la dinámica de la economía de mercado frente a la asistencia del servicio.

Al discutir la concepción de la salud es importante tener en cuenta la siguiente clasificación, en donde la existencia de una realidad biológica, social, humana y comunitaria influye en la construcción de una discusión amplia sobre la misma. Parte de esta narrativa responde a la siguiente tipificación:

1. En el contexto biológico, se logra identificar que la salud parte de una dimensión en donde los estudios clínicos/médicos hacen referencia a la dinámica de investigación desde la enfermedad, siendo una razón orientada a la lógica de las necesidades de los profesionales sanitarios, de la medicina y de la salud. En este sentido, predominan los objetivos curativos y pragmáticos. Su paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes, en donde el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos entre otros. Por ello, estas enfermedades responden al conjunto de las especies naturales definidas por la ciencia médica, conllevando a que la salud tienda a ser concebida negativamente o como mera ausencia de enfermedad, es decir, la visión clásica de este tema de investigación.
2. En el ámbito de la perspectiva cultural de los pacientes, encontramos cuáles son los sentidos, experiencias y testimonios que aportan los pacientes en sus respectivos casos particulares, es decir, se parte de darle sentido a la subjetividad y a la lógica narrativa producto de la vivencia, aquí el concepto primario es el de dolencia, interpretada según los estereotipos culturales del sujeto, en donde los objetivos sanitarios rompen con la visión normativa para darle paso a la construcción de un ambiente y tratamiento enfocado a la dignidad humana del actor y su familia.
3. La discusión sociopolítica de la salud está orientada a reconocer los procesos que emanan de la comprensión del sujeto y su rol al interior del sistema, aquí toma sentido la capacidad de movilizar recursos o construir una agenda en función de las necesidades propias de la comunidad. A su vez, se propone la capacidad del proceso que constituye el desarrollo de la salud del ser humano en lo social.

La complejidad de establecer una concepción analítica de la salud cobra sentido cuando esta se opone a la enfermedad. Entre ambos conceptos existe un continuo de condiciones con diferentes magnitudes, Elison desde 1967 describió que entre ambos estados encontramos al descontento, el malestar y la inadaptación, para encontrar después de la enfermedad a la muerte; por lo tanto, aunque la enfermedad se entienda contraria a la salud, se aspira acercarla más a la vida que a la muerte, una de las tareas del ejercicio de la medicina (Gavidia y Talavera, 2012).

Por tal motivo, se ha podido constatar que realizar una definición sobre el concepto de salud infiere un ejercicio epistémico de larga duración, siendo un factor que demuestra superar la visión de los estudios tradicionales y reduccionistas propios de las ciencias clínicas, para dar el salto a una serie de investigaciones que reconocen el componente socio-cultural como un factor que incide en las construcciones de teorías alternas que son complementarias, al momento de asumir procesos institucionales o informales, acciones desde la ciudadanía y proyecto desde el gobierno para lograr un servicio eficiente y congruente con los derechos humanos.

### **1.3. Implicaciones actuales de la sociología política de la salud**

La sociología política se ha constituido como un campo interepistémico que ha logrado establecer relaciones teóricas de largo alcance en temas concretos de distintas áreas del saber entre la sociología y la ciencia política. En este sentido, la importancia de reconocer la salud como una categoría sociocultural que implica una relación entre el Estado, el gobierno y la sociedad civil se instituye en una perspectiva que permite tener una interpretación más profunda sobre la complejidad de la salud, al tener una lógica intersubjetiva, sistémicas y analítica del saber (Bottomore, 1993).

Plantear un ejercicio de conceptualizar la salud desde la sociología política nos implica tener en cuenta los elementos que influyen en la dinámica del Estado, el gobierno y la sociedad civil frente a dos grandes dimensiones: La primera que denota la salud como derecho fundamental, humano y universal; y la segunda, que constituye reconocer la faceta de servicio de racionalidad pública/privada en donde existen múltiples intereses en función de fortalecer discursos propios del mercantilismo, el corporativismo y la privatización del derecho a la salud.

La sociología política permite conceptualizar estas dos dimensiones señaladas, a partir de diversos enfoques: racionalistas, empiristas, instrumentalistas, sistémicos y estructuralistas entre otros. Para los efectos de la presente investigación, se parte de reconocer la importancia de una perspectiva crítico-interpretativa sobre el sentido de la salud tanto en su lógica de derecho social como servicio público/privado a mando del Estado o terceros en sus respectivos casos (Nash, 2009). Por tal razón, es necesario plantear un análisis que tenga la capacidad de contextualizar la salud desde la *praxis* de la realidad en comunicación con los intereses de los grupos hegemónicos y los actores subalternos que coexisten en el escenario sociocultural de la salud.

Por lo anterior, se retoma la narrativa expuesta por Lucia Montiel (2004), la cual reconoce que entre los determinantes básicos de la salud se pueden identificar dos grandes grupos: 1) los determinantes básicos de la salud, que son los factores exógenos que influyen en la salud de los individuos, y 2) los determinantes para el cuidado de la salud, que incluyen todos los bienes y servicios establecidos para el mejoramiento o recuperación del desarrollo humano desde el sistema sanitario.

Los primeros se pueden dividir en seis subgrupos:

- 1) condiciones sanitarias del entorno (agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación),
- 2) condiciones biológicas (epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas, etc.),
- 3) condiciones socioeconómicas (nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza),
- 4) condiciones ecológicas (emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales),
- 5) acceso a la educación y a la información (difusión de aspectos relacionados a la salud),
- y 6) condiciones de violencia y conflictos armados (Montiel, 2004, p.298).

Esta clasificación fue requerida por las modificaciones que ha sufrido el concepto ante las necesidades que se han suscitado en la escena internacional, por ejemplo, la perspectiva de género.

Por su parte, “los determinantes para el cuidado de la salud se pueden clasificar en dos grupos. El primero sobre **sistemas de salud**, que refiere a todos los bienes e insumos materiales/humanos que requiere la atención de dicho derecho/servicio (medicamentos,

médicos, seguros, clínicas, etc.). Y el segundo sobre las **políticas públicas** dirigidas al cuidado de la salud” (Montiel, 2004, p.298), programas de asistencia y distribución de recursos públicos, participación del sector privado entre otros.

Tal como lo señala la Observación General No. 14 “*El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”, publicado en agosto del 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), la garantía del derecho humano a la salud no debe únicamente operarse brindando atención médica, ya que la salud misma implica una serie de factores sociales, ambientales y económicos que propician condiciones mediante las cuales las personas pueden mantener una vida saludable (Montiel, 2004).

Es importante subrayar que, al interpretar los determinantes básicos, pueden llegar a superponerse a otros derechos, como la educación, la vivienda, el trabajo o la alimentación, entre otros. Sin embargo, hay que tener claro que los determinantes básicos sólo se vinculan con otros derechos en los elementos que conllevan claros riesgos a la salud. Siendo una razón que demuestra el sentido multidimensional que implica la salud como derecho y servicio, razones que ameritan una coparticipación u obligación de ciudadano, al tener un cuidado de su cuerpo, y la responsabilidad de la racionalidad estatal, al poner medidas que restrinjan las prácticas indebidas en el ámbito de la industria alimenticia, farmacéutica y clínica entre otras.

La dinámica de una sociedad globalizada y un Estado inmerso en la economía de mercado, ha generado una serie de transformaciones entre las instituciones, el gobierno y la ciudadanía, dichos cambios han afectado de forma directa e indirecta la dimensión de la salud (derecho/servicio), dicha razón responde a la incursión de medidas internacionales establecidas bajo un carácter obligatorio que asumen los grupos hegemónicos, al tomar un compromiso con las instituciones financieras internacionales (IFIS), las cuales exponen un catálogo de requerimientos como la liberación, la privatización y la no regulación del Estado en términos de los servicios fundamentales (educación, salud, seguridad y bienes públicos entre otros) (Robledo, 2007, p.69).

En este sentido, la salud pasa a ser un servicio que debe ser concebido por la racionalidad instrumental del sector privado, dicha lógica de enunciación implica que el Estado pierde su soberanía frente al sentido del derecho mismo, para dar el salto a la dinámica interna del mercado que responde a las demandas externas de un tipo de globalización

(neoliberal). La experiencia de la sociedad mexicana no es ajena a dicha situación, la cual se articula con un panorama donde se propicia el papel protagónico del mercado sustentado con capitales fuertes, despertando una competencia por el otorgamiento de servicios que si bien es cierto responden a una demanda social, el costo para los ciudadanos es muy alto, considerando además que el paraíso de la mano de obra barata resulta atractivo a estos capitales que no brindan condiciones laborales dignas. Este entramado económico impacta sin duda no sólo en las condiciones de vida de la población en general, sino en el ejercicio del gobierno que ha permitido una injerencia excesiva de capitales extranjeros en detrimento del sistema nacional (Robledo, 2007).

Ante este panorama se concibe que la garantía del derecho a la salud por parte del Estado se torna una tarea compleja y que lograr las metas establecidas en esta materia por parte del PIDESC<sup>2</sup> que consisten resumidamente en lograr el grado máximo de salud para los individuos y su conjunto, no es responsabilidad sencilla. Los Estados deben considerar en su planificación, operación y actuación el cúmulo de factores expuestos para poder garantizar el derecho (Montiel, 2004).

La apertura de un paradigma emergente en el marco de la sociología política de la salud permite reconocer la importancia de los procesos económicos, políticos, institucionales y sociales que sean funcionales a la necesidad de llegar a procesos concretos que sean conducentes con el cuidado de la vida, se ha convertido en uno de los elementos que ha marcado el inicio del siglo XXI. La lógica expuesta por la OMS a partir de los años 90 reconoce la responsabilidad política/pública de llevar a cabo políticas sustentables y saludables encargadas de contemplar la garantía del derecho a la salud o la aplicación de los marcos normativos del Estado de derecho, para que sean funcionales a disminuir los índices de desigualdad y brecha de servicios presentes en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe.

Lo que refleja una razón en donde el Estado no logra tener la capacidad de controlar, garantizar y promover un servicio/derecho congruente con las necesidades de los grupos sociales. Dicha razón se articula en el plano de dos racionalidades en contravía, la primera, que responde a la exigencia de un derecho universal en condiciones dignas, humanitarias

---

<sup>2</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

y estructurales; la otra tiene que ver con el servicio a partir de la dinámica regulada y controlada por el sector privado logrando ser funcional a los intereses sistémicos de los grupos corporativos inmersos en la globalización (neoliberal) (Suárez, 2003).

Los estudios de salud se constituyen en un campo de investigación de gran importancia para las ciencias médicas en primera medida, y luego el interés despertado en el ámbito de la sociología política de la salud, la ciencia política y administración en el sistema sanitario, y la dimensión cultural del cuidado, entre otros, simboliza un campo de reflexión para proponer alternativas a problemáticas concretas que se viven en sociedad.

Lo expuesto por González de Haro (2011) cuando señala que uno de los principales objetivos de la Asamblea Mundial de la Salud consiste en superar la brecha de negación de la salud como derecho y prestación de servicio por parte del sector público/privado en un país, es una tarea que representa aumentar la calidad de vida, desarrollo y justicia social para los ciudadanos que forman parte de una sociedad en particular.

La apuesta de superar el déficit de cobertura, prestación y calidad, al ser algunos de los problemas que más determinan la precariedad de la salud como derecho y servicio, se configura en uno de los factores concretos que deben ser superados según los requerimientos de los organismos internacionales. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha logrado desmitificar esa visión en donde el Estado no ha podido subsanar los vacíos que se generan en la actualidad y dar soluciones a las problemáticas en materia de procesos, cuidado, prevención y tratamientos a los distintos tipos de patologías que constituyen el panorama de una sociedad.

El marco contemplado por la OMS (2011) señala que es menester apuntar por una senda de inversión y planificación institucional entre el Estado y el sector privado, que permita concretar una mejora en la calidad de vida y superar la amplia desigualdad entre los países desarrollados y/o subdesarrollados. Entre dichas exigencias se encuentran acorde a González de Haro (201, p.25), contar con un sistema de salud estable que promueva la prevención y protección de la salud pública; reconocer y garantizar el derecho a la participación ciudadana en la planificación, atención y funcionamiento de la política sanitaria; crear programas centrados en la promoción de la atención primaria de la salud sustentados en un contexto de investigación clínica, uso de tecnologías modernas y con

una cobertura universal; e, integración de diversas instancias públicas que apoyen la atención y solución de los principales problemas sanitarios de salud pública.

Otra implicación de los retos de la salud en la actualidad tiene que ver con la capacidad de garantizar el derecho, servicio y calidad del sistema sanitario que pueda entrar en comunicación con los distintos sectores de la sociedad civil. Al mismo tiempo, impulsar los procesos de modernización institucional y la ampliación de la cobertura bajo la finalidad de lograr la universalización de un modelo integral en función de las dimensiones del desarrollo humano.

La tarea de construir un proceso estructural en donde se tuviera en cuenta un paradigma de salud, que sea congruente con las demandas de las comunidades, serviría como un antecedente positivo para generar procesos de sensibilización de la salud, el cuidado y la prevención de las enfermedades a través de un estilo de vida y prácticas en común que hagan peso a los diversos tipos de patologías que pueden ser prevenidas con el paso del tiempo.

La salud es tema de la agenda internacional y organismos como la OMS, que velan por su reconocimiento como una necesidad básica y una condición indispensable para una vida plena y el progreso como sociedad. En este sentido, una necesidad será aquello por lo que los humanos sufrirían un daño si no tienen el acceso a los medios para satisfacerlo, en cualquier tipo de condiciones humanas y naturales como lo ha señalado Wiggins (1985). En el debate teórico sobre este concepto se han generado dos posturas: el primer grupo de pensadores considera que las necesidades son universales y por lo tanto inherentes a cualquier ser humano, eliminando las barreras espaciotemporales, mientras que el segundo sector las considera como consecuencia del contexto cultural e histórico del individuo (Ariansen, 1999).

Plantear una discusión sobre la sociología política de la salud radica en lograr reconocer las dimensiones macroscópicas que instituye las problemáticas de dicho campo de investigación, aquí toma sentido analizar la dinámica del Estado, el gobierno, el sector privado/mercado y la ciudadanía (Benedicto y Morán, 1995), para conocer los modos en cómo se procede a ejercer o luchar por la existencia de un derecho en contraposición a la mentalidad mercantilista y hegemónica que establece los grupos corporativos sobre el sector de la salud en los respectivos Estados.

La visión consiste en comprender los límites que deben existir entre ambos espacios de lo público y lo privado, sin conllevar a construir una posición que excluya, por el contrario, representa realizar una propuesta que integre y busque un equilibrio entre este tipo de racionalidad siendo de gran favorabilidad para los intereses de los grupos sociales. La apuesta a establecer un proceso político de larga duración en donde la ciudadanía exija a través de distintos medios un derecho a la salud en óptimas condiciones y con todas las garantías necesarias, no significa una postura que niegue la dinámica económica del sector privado, ya que se convierte en un ejercicio político enfocado a democratizar el servicio mediando por las demandas reales de los actores en los diversos contextos médico/clínicos de las entidades prestadores del derecho a la salud.

El interés epistémico de proponer una investigación que aborde la salud desde la perspectiva de la sociología política, se convierte en un campo teórico que logra generar una apertura de largo alcance dado que reconocer la importancia del Estado, los movimientos del sector privado y la acción política de la ciudadanía en el marco de construir, desde diversas concepciones, lo que implica la salud más allá del marco normativo e institucional para dar el salto hacia los procesos socioculturales del sujeto político en su respectivo contexto comunitario.

Por tal razón, partimos de reconocer la sociología política como un campo interepistémico que logra tener un abordaje más profundo sobre la complejidad de la salud, así como de interés en la presente investigación comprender la dinámica del sistema de salud mexicano, a partir de las reflexiones entre el Estado y el sector privado en el marco de los procesos sociopolíticos de la ciudadanía del 2000-2018, siendo un escenario que emerge la alternancia política como un clivaje teórico que posiciona otra discusión sobre el imaginario de la salud que empieza a configurarse en la sociedad civil mexicana.

#### **1.4. Elementos teóricos sobre la sociología política de la salud pública**

La importancia de preguntarse qué es salud pública implica partir de algunas corrientes que se han encargado de teorizar dicho concepto en el campo de las ciencias de la salud. La perspectiva de Charles Wislow (1920, citado por Moreno, 2001 y Orozco, 2006), dice que la salud pública es la ciencia y el arte de potenciar las cualidades del ser humano fomentando la salud física y mental, así como previniendo enfermedades, lo cual debe

lograrse a través de esfuerzos organizados de la misma comunidad bajo la orquesta del Estado y los sistemas sanitarios. Ello implica involucrarse en el control de ciertas enfermedades, el saneamiento del medio ambiente, la educación para la salud, organización y operación de servicios médicos y la conservación de la salud (Cardona, 1998).

De estas líneas es preciso destacar que la esfera de la salud pública implica un trabajo organizado de las comunidades (que deberán ser dirigidas por alguien) para alcanzar las condiciones que consideren necesarias para lograr su bienestar o una vida saludable. Los procesos que configuran la noción jurídica de la salud como un derecho humano, inalienable y universal en el discurso, responden a la capacidad que tiene el Estado de garantizar un servicio acorde con las demandas/necesidades de la sociedad civil, ya que aparecen variables como la desigualdad social, los bajos niveles de educación, la carencia económica y la falta de cultura enfocada al cuidado, la protección y prevención de enfermedades que van apareciendo en el desarrollo humano.

Por ende, en el siglo XX los Estados nacionales de naturaleza socialdemócrata en Europa, consideraron necesario articular salud con recursos, derechos y necesidades básicas del ser humano en sociedad, parte de esta discusión permitió la interacción entre el sector privado y las instituciones sociales enfocados a establecer las mínimas condiciones para la inversión, regulación y prestación de los servicios sociales básicos en salud que solventaran la responsabilidad política que debe asumir el gobierno en el marco de los programas sociales para el desarrollo humano y el progreso nacional.

La construcción de una política estatal de salud a finales del siglo XX, se configuró como una tarea de larga discusión debido a la imperativa necesidad de buscar un programa estructural que pudiera dar soluciones a los distintos fenómenos de enfermedad que afectaba, directamente a la calidad de vida de los ciudadanos, parte de esta situación responde a la lógica del *modelo médico hegemónico* que estaba fundamentado en los principios de una economía capitalista y un Estado de economía liberal, por ello, la salud pasó a convertirse en un servicio que el gobierno debe garantizar pero el sector privado puede administrar e implementar de forma eficiente partiendo de las demandas y el control ciudadano.

En efecto, en la dinámica del sistema capitalista según analistas como Laurell (1994) consideran que las enfermedades son situaciones patológicas que responden al esfuerzo inhumano que ha dejado la contradicción del capital y el trabajo, dado que afecta directamente el desarrollo humano y su vida en comunidad. Parte de esta concepción de asumir la crisis del sistema de salud tiene que ver con la mercantilización del servicio y los intereses privados que tienen grandes corporativos/transnacionales sobre la misma, los cuales dilatan los tratamientos y hacen que las enfermedades se prolonguen como un factor que repercute en un mayor gasto por parte del cliente/individuo.

Por su parte Frenk (1992) dice que la salud pública investiga los procesos sociales, políticos y económicos que determinan las modalidades «adoptadas por la respuesta social organizada» en salud, en donde la investigación en políticas de salud se enfoca en la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o influyen en él (Frenk, 1992).

La discusión de la salud pública implica desarrollar una serie de procesos político institucionales en el marco de las demandas comunitarias, es decir, no significa un constructo meramente burocrático, sino que se concibe como una reflexión colaborativa en donde el sujeto colectivo emerge como un actor fundamental en la elaboración de los programas sociales en salud propuestos desde las comunidades en el marco de sus demandas propias de la prevención, el cuidado y la resolución de las enfermedades.

Por ende, la perspectiva de la salud pública en el marco de la sociología política parte de reconocer la importancia de generar la prestación de servicios de salud con cobertura universal, sin distinción y con la misma calidad, de tal forma que las personas obtengan de los sistemas de salud el máximo beneficio posible tanto en la atención como la prevención de enfermedades, aunque esto pueda representar en algún momento una erogación financiera personal que permita servicios con accesibilidad, disponibilidad, utilidad y calidad. Aunque el principio básico de prestación de estos servicios argumente que es una responsabilidad del Estado (Montiel,2004).

Con base en estas definiciones, la salud pública será una ciencia que permitirá emprender acciones de cambio en la prevención y recuperación de la salud, así como de un entorno que favorezca una vida saludable para los individuos. En estas acciones deberán involucrarse agentes sociales, políticos y económicos que por medio de las diferentes

instituciones puedan interferir en el sistema sanitario, con el objetivo de procurar el bien común en términos de salud.

En suma, hablar de salud pública exige pensar en la misma desde el nivel colectivo o social, puesto que en última instancia nosotros como ciudadanos determinamos en gran medida la salud de nuestro pueblo. Este sentido colectivo implica un trabajo conjunto entre sociedad y gobierno, este último encargado de velar por el cumplimiento de los derechos de su población. Entre las acciones que se pueden y deben implementar para favorecer la salud de los habitantes están: 1) control de factores medio ambientales nocivos para el ser humano, 2) desarrollo de proyectos preventivos sobre enfermedades infecciosas, 3) trabajar por la eficiencia y la eficacia de los sistemas sanitarios (desde el diagnóstico hasta el tratamiento), y 4) el involucramiento de la sociedad civil en el tema sanitario, desde la prevención hasta el enfrentamiento de enfermedades (Grupo Curie, 2008).

Sin embargo, antes de reconocer a la salud como un derecho y como una garantía individual, debemos comprender que un estado de bienestar es imprescindible para que los individuos se desarrollen, en este sentido es importante cuestionar ¿qué tan necesaria es la salud de un individuo?, ¿La salud es una necesidad de la persona? o ¿Cómo es que el tema ha escalado hasta la agenda pública?

Un primer acercamiento es cuando el Estado identifica que la población vive una situación de escasez de algún bien o servicio, lo cual le impide desarrollarse plenamente dentro de la sociedad, en ese momento surge la pregunta ¿qué de todo lo que carece la sociedad es una necesidad pública? Aunque existen muchas perspectivas, será la teoría económica neoclásica la que nos brindará luz para comprender esta temática “[...] la atención a la salud constituye uno de los casos más representativos de fallas de mercado, lo que explica por qué el gobierno tiene que intervenir para mitigar muchos de los problemas que caracterizan la provisión de bienes y servicios sanitarios” (Flamand y Moreno, 2015, p.217).

Una de las maneras de actuación del Estado ante estas fallas es por medio de los servicios públicos. No obstante, esta decisión se toma en el marco de los escenarios específicos que rodean a la población, desde características sociales, políticas, económicas, ambientales, hasta cuestiones o normas culturales (usos y costumbres), preferencias y juicios de valor que predominen en los habitantes.

Según Maslow (1991, p.38), autor de una perspectiva más humanista propone una categorización de las necesidades en tres grupos fundamentales: “1) de sobrevivencia (alimento, vestido, vivienda), 2) de seguridad (protección social), y 3) de afecto y pertenencia (convivencia social, relaciones personales y comunicación)”. Al sumar ambas aportaciones, que conjugan aspectos filosóficos y psicosociales, podemos concluir que una necesidad será aquella condición, fuertemente vinculada con las actividades básicas que ejecuta el individuo, que en caso de no ser satisfecha llevará al sujeto a un estado de malestar o de frustración por no alcanzar su realización personal. Por tanto y con lo hasta ahora revisado, la salud del ser humano (como individuo, y como parte de una sociedad, salud pública) es una necesidad básica que debe satisfacerse, colocándose así en la agenda pública de los gobiernos, quienes serán responsables de llevar a cabo los programas, proyectos y propuestas necesarios para satisfacer tal demanda, al mismo tiempo que se enfrentarán con interrogantes como: ¿a quién atendemos?, ¿eficiencia *versus* equidad? o ¿cantidad *versus* calidad?

Para la evaluación y definición de las necesidades es posible identificar cuatro métodos: 1) las normas ideales que hacen referencia a aquello que es imprescindible para alcanzar un ‘nivel aceptable’ de vida para la sociedad, 2) el estándar mínimo que es plenamente cuantitativo, ya que establece un ‘punto mínimo’ aceptable y en función de este, define los déficits sociales permitidos, 3) el análisis comparativo que implica aceptar la igualdad social aun cuando esto pueda suponer un riesgo al llegar a una igualdad negativa (pobreza, por ejemplo) y, finalmente, 4) las necesidades sentidas que estipula que serán los individuos quienes deberán presentar y jerarquizar sus necesidades<sup>3</sup>.

En estas líneas los autores explican claramente la importancia del análisis del concepto de necesidad y el papel del Estado, y también nos invitan a la revisión de otros términos estrechamente vinculados: derecho universal, garantía y, tácitamente, justicia social y servicios públicos.

---

<sup>3</sup> “[...] Si bien la perspectiva neoclásica es una referencia obligada para los analistas de políticas públicas preocupados por la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios; la prioridad que ha adquirido el tema de la protección de la salud en la agenda internacional se explica mejor por una segunda perspectiva, según la cual la salud es un derecho fundamental del ser humano cuyo ejercicio debe ser universal y en cuya garantía el Estado tiene una responsabilidad central” (Flamand y Moreno, 2015, p.224).

Al mismo tiempo se desprende todo un proceso de la salud pública que reconoce los derechos humanos como una dimensión que constituye la integridad de esta, tal como sucede con la verdadera responsabilidad del Estado en manos del gobierno, al establecer pautas mínimas que logren concretar una agenda en donde los procesos, los tratamientos y las demandas sean parte de un servicio en el marco de una prestación holística de la salud más allá del ámbito clínico.

En este sentido, la salud pública ha sido reconocida como la dimensión de las ciencias médicas encargada de estudiar la enfermedad y la salud de las poblaciones en sus respectivos contextos, en donde se involucran aspectos como la epidemiología, la responsabilidad del Estado, la comunidad y el sujeto, sin desconocer la capacidad de recursos materiales e inmateriales encargados de tratar de forma integral la salud y la enfermedad en los respectivos casos.

La noción de la salud pública responde al estudio de la salud como interacción de aspectos sociales y de poder, teniendo como objeto central a la salud individual reproducida en varios sujetos bajo un principio y método científico, tendencia que algunos interpretan como innecesaria en virtud de la idea de que, al ser colectiva, la salud pública puede explicarse en el campo del poder y los actores sociales (Franco, 2006, p.122). Este marco epistémico asume la necesidad de reconocer los problemas, dinámicas y valoraciones que se producen con el paso del tiempo en un ambiente determinado y exige asumir acciones para contrarrestar dichos fenómenos. Esta situación se configura como una estrategia que tiene en cuenta aspectos como: lo comunal, lo biológico, lo sociocultural, lo ecológico-político y la economía societal, que también debe abordarse desde una perspectiva científica.

El conocimiento de la salud pública requiere tener en cuenta la presencia de establecer programas, rutas y proyectos que contrasten a las enfermedades existentes en una respectiva población. Un aspecto de suma importancia tiene que ver con no caer en la lógica asistencialista del sujeto enfermo/sano, y la aplicación o promoción de tratamiento, por el contrario, se constituye como una propuesta que tiene en cuenta lo colectivo, la comunidad, las dimensiones y la estructura que hacen parte del estilo de vida, la cultura y la forma de organización del sujeto, es decir, objetos de estudios para el campo de las ciencias sociales.

Una manera de reconocer esta condición tiene que ver con las diversas formas de abordar la presencia de la salud-enfermedad, ya que históricamente se han sucedido evolutivamente teorías y modelos en salud pública que no necesariamente son complementarios, sino que incluso pueden contradecirse en las concepciones, tratamientos y formas de prevención, pero pretenden la construcción de un cuerpo de conocimientos en la materia, para que además del uso empírico que va creando experiencia, la salud pública sea un área de abordaje académica (Franco, 2006).

La concepción de la salud–enfermedad en una comunidad con una respectiva trayectoria, contexto y temporalidad, emerge como una situación que requiere de la intervención del Estado, la recepción de la ciudadanía y el esfuerzo técnico por contrarrestar las distintas patologías por medio de métodos estadísticos propios de la epidemiología. Debido a esta situación es posible generar rutas de bienestar general, de desarrollo humano, de prácticas de salud ocupacional y atención médica. Esta serie de recursos deben ser evaluados con el fin de conocer el impacto positivo y negativo en la sociedad.

La dimensión del cuidado de la enfermedad se ve ligada a la posibilidad de intervenir y tener un cuidado con el fin de obtener un estado de armonía para el ser humano. Por ello, la salud pública se convierte en una dimensión encargada de promover prácticas, diagnósticos y tratamientos para los pacientes en los respectivos espacio y tiempos de la vida social, así como la importancia de conocer los antecedentes del paciente, todo ello como instrumentos encargados de ofrecer alternativas al momento de establecer un procedimiento adecuado, eficiente y acorde a las necesidades del paciente.

De esta manera, la visión expuesta por Winslow (2006) sobre la salud pública responde a “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”<sup>4</sup>.

El sentido, la necesidad de impulsar la salud pública como un campo de interés para la reflexión e investigación en los distintos programas académicos, sociales y médicos, se ha constituido como una exigencia para los gobiernos de América Latina y el Caribe. La

---

<sup>4</sup> Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) arguye que está asociada al “esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter” (Franco, 2006, p.122).

tendencia de la salud pública se ha compuesto por la dimensión de la promoción, la protección, la mejora y la restauración de la salud en la población que comparten enfermedades en común o tiene una preponderancia de estar más expuestas a las mismas. Existen otros enfoques que señalan que una tarea trascendental de este campo de las ciencias médicas tiene que ver con el uso de instrumentos y prácticas que respondan a las demandas de las comunidades y puedan generar resultados en un ambiente en particular.

La acción de la salud pública tiene en cuenta la responsabilidad de la práctica profesional y los movimientos de las comunidades en función de dar solución a los problemas de salud de sus integrantes. Lo que implica tener como presente los aspectos que influyen y/o determinan el tipo de patologías que se encuentran en dicha región para saber cuáles son las rutas adecuadas para promover soluciones a la salud en la dimensión individual y colectiva.

De este modo, es posible reconocer la salud pública como una repuesta organizada y planificada que tiene como finalidad construir procesos de promoción, protección y restablecimiento de la salud en la población, una tarea que simboliza esfuerzos organizados por parte del sector público, privado y la sociedad civil orientados a desarrollar políticas propias de su campo que sean acordes a las metas que forman parte del campo de la seguridad social que conforma el sistema de salud de una nación.

El esfuerzo colectivo de fomentar estilos de vida saludable y promoción del bienestar de la población representa una dimensión de la salud pública que busca restaurar a un estado positivo el cuerpo y dar paso a los diferentes procedimientos: tratamiento, rehabilitación, reinserción del enfermo a su contexto familiar y social. Parte de estas acciones conforman la razón de constituir un ambiente de integración del paciente en el mundo comunal, laboral, cultural y personal para así contribuir a un equilibrio societal.

Es importante señalar la importancia de la presente investigación que reconoce la salud pública desde la dimensión político–institucional y social-cultural, simbolizando tomar distancia de la corriente predominante de los estudios médicos en este campo. Por ello, partimos de nociones y prácticas que reconocen la evidencia (patología) pero también la capacidad de generar procesos de distintas índoles que sean complementarios a la configuración de políticas propias de la salud pública en una sociedad.

Parte de este asunto responde a los retos derivados de la actual interdependencia sanitaria global, los Estados han articulado cauces jurídicos e institucionales tendentes a mejorar, proteger y promover la salud humana. En un lapso de tiempo escaso, la comunidad internacional se ha dotado de un vasto cuerpo normativo sanitario internacional.

Sin embargo, pese al marcado componente internacional de buena parte de los problemas sanitarios contemporáneos, y pese también a la importancia otorgada a la protección de la salud, tanto por parte de los Estados como por parte de las organizaciones internacionales, se constata que existe todavía una escasa atención académica a dicho cuerpo normativo. En consecuencia, es perceptible una sistematización básica en el derecho internacional de la salud como campo de estudio, lo que se traduce en dificultades para su seguimiento e implementación. Ante los desafíos sanitarios actuales (numerosos y muy diversos), y frente a la consolidación de los factores que los originan, resta promover el análisis de este emergente régimen normativo internacional.

México se ha sumado a los esfuerzos de la comunidad internacional en materia sanitaria, y prueba de ello es la modificación del texto constitucional en 1983. La Carta Magna en el artículo cuarto dice “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general” (CPEUM, 2017). De acuerdo con Flamand y Moreno (2015), así quedó consagrada la salud como garantía individual y la obligación del Estado mexicano por protegerla, con las siguientes notas definitorias:

- a) Carácter de igualdad. Al tratarse de un derecho universal se buscó la cobertura total de los servicios sanitarios y la calidad en la protección de la salud.
- b) Amplitud del concepto de salud. Incluyendo desde los servicios de atención médica hasta prevención, rehabilitación y regulación de alimentos, medio ambiente e incluso la cultura en general.
- c) Papel activo del Estado. Lo considera como agente también en la protección, la prevención y el fomento de hábitos saludables.
- d) Eficacia progresiva del derecho. Reconoce que los avances en materia de salud no son inmediatos, pero que las acciones gubernamentales deben encaminarse a la mejora, eficiencia y eficacia en el sistema sanitario.
- e) La exigibilidad del derecho. Plantea la corresponsabilidad de una sociedad saludable: Estado y población (Flamand y Moreno, 2015).

El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud son tanto un derecho como una necesidad, además de una condición imprescindible para el crecimiento y desarrollo de una nación, con una sociedad saludable y con un nivel de bienestar aceptable. Con este contexto, se acepta que el Estado tiene una gran responsabilidad en la prestación de los servicios sanitarios que su población requiera, por lo que su análisis puede realizarse también desde una perspectiva de servicios públicos.

Si los servicios de salud son de carácter público, entonces es necesario analizar cuáles son las implicaciones de esta característica y sus principales atributos. Por bien o servicio público se puede entender aquel que se encuentre disponible para todos los habitantes de un mismo territorio (municipio, Estado o país) bajo las mismas características de calidad y de modo simultáneo, con el objetivo central de cubrir ciertas necesidades sociales definidas y jerarquizadas previamente por el sector público (contempladas en la agenda pública), que permite su manejo o distribución.

Los atributos elementales de los servicios públicos puros son: 1) la no exclusión, no se puede limitar el consumo del bien o servicio por parte de toda la población, 2) la no rivalidad, nadie puede evitar que alguien disfrute o utilice el bien/servicio, y además ofrecerlo a un individuo más no implica ningún costo adicional, y 3) el no rechazo, cuando el bien/servicio se encuentre disponible, todos tendrán la misma oportunidad de gozarlo o consumirlo, uno de los ejemplos más famosos es el de la defensa nacional. La oferta de un servicio público debería estar determinada por el consenso social y la aceptación pública, es decir, el colectivo debería ser el eje central en la toma de decisiones sobre la redistribución de los recursos, valoradas en términos de 'eficiencia' o de 'equidad', y de acuerdo con los objetivos del gobierno en turno. Sin embargo, esto no sucede así en la realidad, ya que las ideologías políticas y sociales (de grupos específicos y/o grupos de poder) son los que definen la "jerarquía de necesidades sociales" en función de sus propios intereses.

Se acepta que con dificultad los servicios o bienes públicos logran ser puros. De acuerdo con Pinch (1985), algunos elementos que influyen son: de jurisdicción entre diferentes áreas geográficas (delimitadas por aspectos políticos o administrativos), de accesibilidad, por los costos de llegar al lugar de los servicios públicos (costos de transporte, tiempo, desgaste físico, comodidad, etc.), y finalmente las externalidades positivas o negativas. Además, lo cierto es que distintos mecanismos jurídicos como los que ya se han

mencionado abarcan una multitud de cuestiones sanitarias y de salud pública. Tan solo cabe abordar asuntos que van desde el reconocimiento y alcance del propio derecho a la salud, hasta problemáticas con la experimentación con seres humanos.

Como se mencionó anteriormente, con base en la teoría económica neoclásica, uno de los objetivos de la participación del Estado en donde se encuentre la dinámica del mercado (ante fallas de mercado), es la disminución de las desigualdades sociales, aunque puede tener dos efectos: por un lado una limitada o insuficiente mejora en las condiciones de vida de los grupos más vulnerables de la población, y por otro la preservación y la legitimación del estatus de los más poderosos incrementando la brecha social entre los grupos.

La salud individual se entiende como responsabilidad propia del sujeto en donde se reconoce la importancia de establecer hábitos subjetivos propios del cuidado de la vida, aunque es de gran necesidad la presencia de programas sociales del Estado enfocados al ámbito del cuidado y la prevención de la salud en la comunidad. Así pues, asume sentido el proponer proyectos de salud pensando y ejercidos de forma comunitaria en el marco de una mirada horizontal, es decir, en donde el Estado no tenga que realizar una intromisión, pero sí sea un canal comunicativo que permita la articulación de las necesidades reales con el fin de darles viabilidad por medio de los recursos necesarios y la movilización de escenarios adecuados para la ciudadanía.

En efecto, la salud es una necesidad y es un derecho universal: el derecho a la salud. Al referirnos a universal diremos que no sólo en su carácter geográfico, es decir, que es un derecho reconocido a nivel internacional, sino también a la titularidad del derecho. Todos los seres humanos deben gozar del derecho a la salud, es decir, todo ser humano debe poder acceder a todos los elementos indispensables para obtener el máximo grado posible de salud, independientemente de su condición social, política, religiosa, género, inclinación sexual, raza o etnia, entre otras (Battistella, 2016).

Como antecedente se tiene que en el año de 1948, la Organización de Naciones Unidas (ONU) declara en el artículo 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos publicada por el Departamento de Información Pública de la ONU, 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 asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 2017). Cabe mencionar que esta Declaración se ha aceptado

como marco de referencia para el establecimiento de las políticas de todos los países integrantes, independientemente de su estatus económico, cultural, político, geográfico o de cualquier otra índole. Y en específico, en materia de salud la ONU ha desarrollado una sustancial actividad normativa del tema, la principal, la constitución de la OMS en 1946 como organismo especializado en materia sanitaria.

Consecuentemente, siguiendo el proceso de integración entre el sector público y privado para que sean actores que aporten elementos y soluciones a los problemas que enfrenta el sistema de salud en sus distintos niveles (nacional, estatal y municipal), emerge toda una lógica que se identifica con la perspectiva reformista de concebir la acción estatal como un instrumento y la capacidad privada como un fin sobre el servicio/derecho a la salud.

De esta manera, la dimensión de evaluar bajo los resultados simboliza asumir que el proceso debe estar supeditado a la calidad del servicio y la coherencia con determinados patrones socioculturales de un sector de acuerdo con su contexto en particular. La concepción reformista propia de la economía neoliberal enmarcó la salud como una dimensión empresarial que podría ser asumida de manera eficiente por la empresa privada, buscando hacer de la acción estatal un proceso mixto y acorde debido a la incapacidad del gobierno de responder a las demandas de la sociedad civil de un país.

La noción de ganar o invertir se sustentó en reconocer al ciudadano como un “cliente y/o consumidor” para poder superar las fallas del sector público y dar un paso a canalizar de manera anticipada los procesos, tratamientos y resultados necesarios para superar paulatinamente cualquier tipo de enfermedad, siendo así que el Estado se encargaría de gestionar una gerencia del riesgo social con el fin de aplicar estrategias que puedan superar el ambiente de pobreza, vulnerabilidad y precariedad en la que vive el paciente en su entorno social.

El esfuerzo de establecer comunicación entre el individuo, la familia, las comunidades, la empresa privada, el sector público, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los trabajadores, sindicatos, empresarios y el gobierno, entre otros, forma parte de la finalidad de modernizar el sistema de salud de un país y dar paso a un diálogo social administrado por la esfera privada incorporado en el sistema económico de una nación.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) se considera como el documento con mayor contenido en materia de salud, incluso se le concibe como el instrumento fundamental para la protección del Derecho a la salud en la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En dicho instrumento se define objetivamente, sin cargas axiológicas el concepto de salud y la relación que esta guarda con otros derechos fundamentales. Se reconoce que toda persona debe gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, y puntualiza acciones a emprender para coadyuvar en su logro.

Algunos instrumentos internacionales contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada. En ellos se destaca que ningún Estado tiene la capacidad para garantizar la salud de toda su población, ya que existen factores con una influencia (visible o no) en el goce o no de salud de la población que son incontrolables. Algunas otras declaraciones y tratados sectoriales que referencian el derecho a la salud, en la mayoría de casos con enfoque a los grupos vulnerables en el tema son algunas que incluyen específicamente la salud de la mujer, del niño(a) y del adulto mayor, aunque no definen específicamente el concepto de salud, si proponen observaciones generales sobre este derecho y las cuestiones relacionadas con ella, que resultan en una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados. Destacan en el tema instrumentos jurídicos.

Entre los instrumentos jurídicos con carácter regional que destacan el derecho a la salud podemos hablar de Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador (1988), y la Carta Social Europea (1996). Incluso en el área laboral, por medio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se han tratado cuestiones de salud, sobre todo lo referente a la Convención de protección a la maternidad. A estas deben sumarse como mínimo otras setenta convenciones y recomendaciones que han tratado la relación entre trabajo, salud y grupos vulnerables, por mencionar algunos.

Sentadas estas bases, cabe preguntarse si es posible delimitar el alcance del Derecho Internacional de la salud. Como se ha observado, el propio concepto de salud es muy

amplio, y en paralelo se ha expandido también el derecho a la salud. Así, si bien no hay una definición de Derecho Internacional de salud aceptada de modo general, si es posible identificar un cuerpo de normas vinculado con el propósito de proteger, promocionar y mejorar la salud.

Al analizar el vínculo entre el derecho internacional y cuestiones en el tema de salud surge de la identificación de una densa gama de normas que persiguen la protección, promoción y mejora de la salud en muy diversos ámbitos. Por ejemplo, el vínculo entre la protección de la salud y la dignidad humana sobresale en el Derecho Internacional como fundamento de la protección a la salud pública.

La mirada de una sociología política en el ámbito de la salud pública se enfoca en buscar alternativas que permitan comprender la enfermedad del sujeto desde una dimensión múltiple, aquí temas como la pobreza, la desigualdad social, la corrupción, la privatización y la precariedad de la presentación del servicio, se constituye en un ejercicio que conlleva a establecer procesos no convencionales en donde el Estado tiene el deber ético-político de respetar los procesos autónomos de las comunidades en el contexto de constituir una salud comunitaria desde abajo.

La responsabilidad del Estado es compartida bajo la acción económica del sector privado y la racionalidad política de la ciudadanía, en el marco de lograr constituir proyectos coherentes con las demandas de los grupos en sus contextos particulares. La razón radica en establecer mínimos acuerdos que logren superar las amplias brechas de la existencia de un servicio de salud precario que no responde a las demandas de los actores, pero si genera fuentes de riqueza producto de los recursos públicos del ciudadano.

Por tal motivo, la salud pública se convierte en un componente de instrumentalización de la política por parte del Estado, al asumir estrategias, acciones y procesos que puedan llevar la salud como derecho en sus distintos niveles a los grupos sociales en particular los más desfavorecidos de la sociedad civil. Aunque en muchos casos se convierte en un escenario propicio para la burocratización y el control político por parte de los grupos hegemónicos, los cuales instrumentalizan los derechos de la salud en función de los intereses privados y economicistas.

La tarea de lograr construir un sistema de salud coherente en materia de acceso universal, cobertura, calidad, eficiencia y eficacia (resultados), se constituye en una bandera que demanda un compromiso estatal con el fin de promover un derecho amplio y concreto, pero en la realidad existen diferencias sustanciales que demuestran caminos en contravía entre la racionalidad del mercado y el gobierno, siendo en el fondo la ciudadanía la afectada por los altos costos, la inoperatividad y la poca eficiencia de contemplar tratamientos congruentes que puedan salvaguardar la vida del paciente en su respectivo momento.

La salud pública instituye todo un proceso de voluntades políticas, sociales, culturales y económicas tanto en el plano individual y colectivo y a su vez, implica asumir un rol donde el Estado tenga el compromiso de buscar la paz, la justicia social y la dignidad del ser humano en comunicación con el sector privado, buscando que la ciudadanía tenga un derecho integral y un servicio completo acorde con los momentos en que se requiera. Por el contrario, la realidad en México demuestra un panorama contrario a lo expuesto, sobre el sentido práctico de un sistema salud y la aplicabilidad de los instrumentos públicos para la consolidación del mismo.

A lo largo del este capítulo se realizó una serie de planteamientos orientados a comprender las siguientes dimensiones, la necesidad de conocer el sentido histórico-social sobre la salud y la enfermedad en distintos momentos del desarrollo en la antigüedad, la edad media y la moderna. A su vez, se construyó un análisis sobre los elementos que constituyen una perspectiva de la sociología política de la salud, y particularmente en el ámbito de la salud pública.

Se elabora una mención sobre la salud vista desde el plano epistémico de la sociología política, para así señalar los elementos teóricos, conceptuales y analíticos que influyen en una propuesta de investigación como la presente. Al mismo tiempo, la propuesta de contextualizar más allá del ámbito de las ciencias médicas/biológicas el dilema conceptual entre la salud y la enfermedad facilitó comprender el por qué es importante asumir un proceso de investigación pensando desde el marco de la sociología política de salud.

Teniendo en cuenta las realidades concretas que serán expuestas a lo largo del texto en torno a la relación del Estado y el sector privado en el marco del sistema de salud, el cual ha sido cuestionado a través de los procesos/demandas sociopolíticas de la ciudadanía de 2000-2018, al tener presente un escenario de posible alternancia en la cultura política,

partidista e institucional de México, lo que implica conocer si existieron cambios sustanciales o reformas estructurales que hayan aportado elementos para las alternativas reales que reclama la ciudadana frente al modelo sanitario mexicano.

La apuesta radica en lograr concebir estas dos amplias dimensiones del Estado y el sector privado, con el fin de analizar los cambios que ameritan un sistema de salud que cumpla con condiciones como universalidad, accesibilidad, calidad, eficiencia y cobertura en los distintos grupos que configuran la sociedad civil, teniendo en cuenta las amplias desigualdades que caracteriza la realidad política mexicana. Parte de este fenómeno socio-político responde a los intereses temáticos de la presente investigación.

**CAPÍTULO II**

**LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA  
SALUD. CASO MÉXICO**

## **CAPÍTULO II. LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD. CASO MÉXICO**

*“La medicina moderna es una negación de la salud. No está organizado para servir a la salud humana, sino sólo así mismo, como institución. Tiene más gente enferma que sana”  
Iván Illich (1975, p.21).*

A raíz de la vivencia de la Segunda Guerra Mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó en diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), firmada por todos los representantes de las naciones integrantes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre ellas México. Tal documento persigue el ideal de proteger los derechos de las personas en el mundo entero "... sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía" (DUDH, 1948, p.2). Por si no fuese así, el artículo 7 enfatiza que: "Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación" (DUDH, 1948, p.3). Desde entonces se han creado instituciones mundiales y otras nacionales para concretar el mandato de la ONU; asimismo reglamentos y normatividad, como se verá en adelante.

Para el tema que ocupa esta investigación, resulta indispensable analizar en específico el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que dice: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (ONU, 1948). Es así como la asistencia y los servicios médicos están contenidos en dicho articulado, lo que resalta fundamental comprender para el abordaje central de la presente investigación.

En términos institucionales la OMS es el organismo encargado de gestionar las políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial, y entró en vigor en abril de 1948, ocho meses antes que la Declaración Universal, por lo que su participación en la misma se considera decisiva. En el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo interamericano afiliado a la OMS desde diciembre de 1902, y tiene como misión: "Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas" (OPS, 2017), de tal suerte que promueve el derecho de todas las personas a la salud en el ámbito continental.

Delimitando la problemática a México, los derechos humanos son superlativos en el orden jurídico constitucional mexicano a partir de la reforma a la Carta Magna del 2011, por lo que es obligación del Estado tutelar y hacer que se respeten, así como establecer los medios y mecanismos para el pleno ejercicio de los mismos, acorde a los tratados internacionales, que están al mismo nivel que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos<sup>5</sup>.

Para que ello se lleve a buen fin, en 1990 se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)<sup>6</sup>, con el objetivo de promover y proteger los derechos humanos, en especial ante la perpetración de abusos por parte de funcionarios públicos o del Estado, ello no exime a los ciudadanos. Entonces, la CNDH clasificó los derechos humanos atendiendo a diferentes criterios, pero en términos pedagógicos los agrupó siguiendo un desarrollo histórico, quedando tres grupos: 1) civiles y políticos, 2) económicos, sociales y culturales, y 3) de personas o colectividades con intereses comunes. Así, la Comisión define el Derecho a la salud como:

---

<sup>5</sup> "El Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos que establezca la ley" (art. 1). La institución encargada de hacer cumplir la obligación del Estado en torno a la salud es la Secretaría de Salud, acorde al Artículo cuarto de la CPEUM: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución" (CPEUM, 2020).

<sup>6</sup> La CNDH se creó a través de la reforma constitucional del 28 de enero de 1992 (artículo 102° apartado B), con carácter de agencia descentralizada con personalidad jurídica propia, y en septiembre de 1999 adquirió su actual autonomía presupuestaria y de gestión, desvinculándola definitivamente del poder ejecutivo. Ver [https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n\\_Nacional\\_de\\_los\\_Derechos\\_Humanos\\_\(M%C3%A9xico\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Comisi%C3%B3n_Nacional_de_los_Derechos_Humanos_(M%C3%A9xico)) [Fecha de consulta: 10-03-2020].

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. El Estado otorgará servicios de salud a través de la Federación, Estados y Municipios de acuerdo con lo establecido en la ley (CNDH, 2018-2019).

No obstante, lo asentado por los representantes de la nación en su momento y por los diferentes *ombúdsman* desde el año de la fundación de la Comisión, en México se viola el derecho a la protección de la salud en tanto la atención y los servicios médicos.

## **1. El derecho a la protección de la salud**

### **1.1. Noción de salud en el derecho internacional**

A finales del siglo XVIII se entendió el concepto de salud como un bien individual, siendo su preservación una responsabilidad personal. Además, la salud se acotó a la ausencia de enfermedad. El siglo XIX fue testigo de grandes cambios sociales y de espectaculares avances del saber médico. Dichos cambios y *avances* posicionaron al Estado como garante de servicios sanitarios y llevaron a entender que la protección de la salud debía atenderse de manera integral. De hecho, en el período de entreguerras se produjeron importantes desarrollos relativos al concepto de salud y a cómo procurarla. Se comprendió que de la contención de la enfermedad debía pasarse a su tratamiento y erradicación; fue así como empezó a asumirse en el ámbito internacional que la salud no sólo era un asunto personal, sino un tema en el que debían estar inmersos los gobiernos desde la implementación de políticas y servicios adecuados y suficientes, a lo cual se debía prestar especial atención.

La incorporación del tema a las constituciones y los instrumentos internacionales se producen en fechas relativamente tardías; de hecho, se podría afirmar que hasta hace apenas cuatro décadas atrás el estudio del Derecho internacional de la salud como régimen jurídico había recibido escasa atención. Se está por tanto frente a un escenario normativo internacional a veces confuso y relativamente inexplorado, y ello pese a la importancia que se concede a la salud por parte de multitud de organizaciones y tratados internacionales.

Sin embargo, ello no ha sido impedimento para que se haya identificado la introducción de la noción de salud al régimen jurídico internacional.

Al abordar las nociones del derecho internacional, es necesario remitirnos a las fuentes de producción normativa del Derecho internacional en materia de salud; el análisis de las normas internacionales en congruencia con la definición ofrecida por la OMS resulta en un amplio abanico de fuentes y un rico contenido de ellas. Así, tanto los tratados internacionales como la costumbre y los principios generales del derecho han incidido en el nacimiento, la modificación o la extinción de concepto de salud en el Derecho Internacional.

En el ámbito internacional sobresale sin duda la ONU, que desde 1945 como institución pionera en el tema, ha desplegado una prolífica actividad normativa relacionada con la salud; de hecho, desde su creación tuvo como uno de sus objetivos la promoción y protección de la salud en todo el mundo. A la cabeza de este trabajo dentro del Sistema de las Naciones Unidas se encuentra la OMS, institución desde la cual se ha desempeñado un papel fundamental sobre todo en lo referente a la creación de un consenso internacional sobre las medidas que han de adoptarse con respecto al tema de la salud (OMS, 2006).

La OMS define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. También se afirma que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social” (OMS, 2006, p.1).

En el artículo primero de la Constitución de la OMS se plantea que el objetivo de la organización es la “consecución por parte de todas las personas del más alto nivel posible de salud” (OMS, 2006, p.1), para lo que impulsa toda una serie de actividades, entre las que se encuentra la acción normativa por medio de convenciones, reglamentos y recomendaciones. No obstante, pese a los poderes normativos conferidos y la responsabilidad encomendada, lo cierto es que hasta recientemente la OMS ha concedido escasa atención al derecho como herramienta de promoción y protección de la salud.

Ciertamente la Constitución de la OMS es un tratado internacional de alcance general, pero se dedica principalmente a la regulación de la organización y no es, por el contrario, un marco para la protección y promoción de la salud global. Si bien en el *Informe sobre la salud*

en el mundo de la OMS, la propia organización se preguntaba sobre la posibilidad de existencia de un cuerpo de derecho Internacional, y en el mismo respondía: “Si salud se interpreta en el sentido entendido por los redactores de la Constitución de la OMS, la respuesta debe ser rotundamente que sí” (WHO, 1980, p.58-59). A pesar de ello, debido al amplio alcance de la definición ofrecida por la OMS, la respuesta del Informe sobre la Salud en el mundo implica la existencia de un régimen internacional de protección a la salud.

A pesar de las limitaciones con respecto al marco para la protección y promoción de la salud, la definición de la OMS ha sido una de las mayormente usadas y reconocidas, al mismo tiempo ha servido de referente para instituciones internacionales que posteriormente incorporaron el tema de la salud al marco jurídico de los Estados miembros.

La constitución de la OMS afirma que “la salud de todas las personas es esencial para alcanzar la paz y la seguridad” (OMS, 2006, p.1). También órganos como el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas han planteado la estrecha relación entre salud y paz, supeditando la segunda a la consecución de la primera. Lo mismo se observa en las diferentes concepciones de salud que se integran en los documentos jurídicos que refieren el tema de la salud.

En la Carta de las Naciones Unidas se hace mención del tema de la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado<sup>7</sup>. Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar a la Declaración de Derechos Humanos un carácter efectivo, la guerra fría ya los había relegado a un segundo plano y los había separado en dos categorías: derechos civiles y políticos, por una parte, y derechos sociales y económicos por otra. Según la visión de cada uno de los bloques enfrentados, unos derechos adquirirían mayor prioridad frente a los otros, de ahí que finalmente en 1966 se crearan dos tratados distintos: *el Pacto*

---

<sup>7</sup> El artículo 25 dispone que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (ONU, 1948).

*Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)*<sup>8</sup>.

Estos dos pactos internacionales de derechos humanos constituyen la piedra angular de una larga serie de tratados internacionalmente vinculantes que abarcan múltiples cuestiones en la esfera de estos. Los tratados definen derechos y libertades fundamentales y fijan normas básicas que han servido de inspiración a más de 100 convenios, declaraciones, conjuntos de normas y principios en materia de derechos humanos de alcance internacional y regional y entre los cuales se incorpora el tema de la salud.

Cabe mencionar que el PIDESC se considera el documento con mayor contenido en materia de salud. De hecho, se le concibe como el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, pues contiene el artículo más completo sobre este derecho en toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párrafo uno de su artículo 12, se establece que los Estados nación firmantes del Pacto reconocen el derecho que todo individuo posee para gozar del más alto nivel de salud posible y que para poder asegurar la efectividad en su aplicación, se deberán tomar medidas para inhibir la mortalidad infantil, propiciar un sano desarrollo de la niñez, el mejoramiento de condiciones de higiene medioambiental, prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas y de otra índole, y específicamente la creación y operación de la asistencia y servicios médicos que atiendan las enfermedades y propicien la salud (PIDESC, 1966).

Estas últimas medidas se establecen para alcanzar la efectividad del derecho a la salud.

---

<sup>8</sup>Cabe señalar, que no se ahondará en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pues como su nombre lo indica, es un tratado multilateral general que reconoce solo este tipo de derechos y establece mecanismos para su protección y garantía, lo cual no es tema de investigación.

**Tabla 1. Principales regulaciones en torno al Derecho a la Salud**

<b>Declaración /Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Concepción sobre el derecho a la salud</b>	<b>Contenido del derecho a la salud</b>
<b>OMS Carta de Constitución</b>	1946	Salud como completo estado de bienestar Goce del grado máximo de salud como derecho fundamental sin discriminación	Lucha contra la desigualdad Sano desarrollo de la infancia Política del Estado: medidas socioeconómicas, promoción y protección a la salud.
<b>Declaración Universal de los Derechos Humanos</b>	1948	Derecho a un nivel de vida adecuado: alimentación, vestido, vivienda, servicios sociales y de asistencia médica Seguridad social	-Considera igualdad y universalidad como principios del derecho a la salud No incorpora la definición de salud de la OMS
<b>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)</b>	1966: se formula 1976: entra en vigor	Principal herramienta del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. Establece compromisos estatales respecto al derecho a la salud	Reducción de mortalidad y mortalidad infantil Mejoramiento de higiene del trabajo y medio ambiente Prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas Asistencia médica y servicios

Fuente: Sommer, Christian (2017) "Declaración y pactos internacionales de derechos humanos". Recuperado de: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/26>

Como se puede apreciar, una de las regulaciones más completas del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos es todavía hoy, la que está prevista en el artículo citado, el cual ha sido objeto de una extensa y muy rigurosa observación general, sobre la cual vale la pena detenerse.

Se subraya que el derecho a la salud debe ser entendido como un derecho muy amplio, a partir del cual se genera no solamente la posibilidad de contar con atención médica en caso de enfermedad, sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Esto evidencia la amplitud del concepto el cual se aleja de posturas reduccionistas, lo que le permite, entre otras cosas, señalar la vinculación que existe entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales. La salud de los seres humanos desde una visión jurídica entraña derechos y libertades. Entre los primeros encontramos la necesaria pertenencia a un sistema sanitario que bajo criterios de universalidad e imparcialidad ofrezca oportunidades de un alto nivel de salud, el no ser sometido a torturas, injerencias,

tratamientos o experimentos científicos. Y entre las libertades de decisión individual podemos detectar la autodeterminación de control del cuerpo, el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, el uso o rechazo de ciertos tratamientos o estilos de vida (Garay, 2017).

En este sentido, la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de vida.

Cabe reconocer que tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos como el PIDESC, retoman gran parte de la definición de salud que establece la OMS, sobre todo en el sentido de otorgarle una definición integral, además de reconocer a la salud como derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Europea de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada. En ambos documentos se reconoce que ningún Estado tiene la capacidad para asegurar que toda su población esté sana, puesto que hay una serie de factores que son imposibles de controlar y que influyen en el goce o no de salud. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) define a la salud como “el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar los más altos niveles de bienestar” (CESCR, 2010, p.3).

Algunas declaraciones y tratados sectoriales también hacen referencia en sus textos al derecho a la salud; sobre todo han estado enfocados a grupos tradicionalmente más vulnerables en relación con su condición de salud, tales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>9</sup>, los cuales si bien no definen de manera específica el concepto de

---

<sup>9</sup> Obtenido respectivamente de: CEDAW (1979), *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>. Consultado el 26 de febrero de 2018. UNICEF (1989), *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>. Consultado el 02 de marzo de 2018.

salud, sí han formulado observaciones generales sobre el derecho a la salud y las cuestiones relacionadas con ella, que constituyen una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados.

Además, los órganos creados en virtud de tratados que realizan un seguimiento de la aplicación del PIDESC y las Convenciones antes mencionadas han formulado observaciones o recomendaciones generales sobre el derecho a la salud y las cuestiones relacionadas con ella, que constituyen una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados. Muchas conferencias y declaraciones, por ejemplo, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (en la que se aprobó la Declaración de Alma-Ata) se establece que “el acceso a la atención primaria de salud es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva (art.5) y contribuir al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Asimismo, el tema de la salud también se reconoce en varios instrumentos jurídicos, regionales, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador (1988) y la Carta Social Europea (1996). La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Convención Europea de Salvaguardia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada.

Además, no debemos olvidar que numerosas convenciones y recomendaciones adoptadas por la Organización Internacional del Trabajo han tratado cuestiones relacionadas con la salud, sobre todo lo referente a la Convención de protección a la maternidad. A estas deben sumarse como mínimo otras setenta convenciones y recomendaciones que han tratado la relación entre trabajo y salud, salud y grupos vulnerables, por mencionar algunos.

Sentadas estas bases, cabe preguntarse si es posible delimitar el alcance del derecho internacional de la salud. Como se ha observado, el propio concepto de salud es muy

amplio, y en paralelo se ha expandido también el derecho a la salud. Así, si bien no hay una definición de derecho internacional de salud aceptada de modo general, sí es posible identificar un cuerpo de normas vinculado con el propósito de proteger, promocionar y mejorar la salud.

La existencia de muy diversas normas en ámbitos distintos que comparten el objetivo último de la protección, promoción y mejora de la salud, es la premisa de la que se parte al analizar la conexión entre el derecho internacional y cuestiones en materia de salud. En este sentido, por ejemplo, el vínculo entre la protección de la salud y la dignidad humana sobresale en el derecho internacional como fundamento de la protección a la salud.

Además, lo cierto es que distintos mecanismos jurídicos como los que ya se han mencionado, abarcan una multitud de cuestiones sanitarias. Tan sólo cabe abordar asuntos que van desde el reconocimiento y alcance del propio derecho a la salud, hasta problemáticas con la experimentación son seres humanos, por mencionar un ejemplo. En este sentido, podemos concluir que, en respuesta a los retos derivados de la actual interdependencia sanitaria global, los Estados han articulado cauces jurídicos e institucionales tendentes a mejorar, proteger y promover la salud humana. En un lapso escaso, la comunidad internacional se ha dotado de un vasto cuerpo normativo sanitario internacional.

La noción de salud recogida en la Constitución de la OMS, y pese a los problemas derivados de su amplitud, permite delimitar el contenido normativo del derecho internacional de la salud como subsector normativo del derecho internacional público. El desarrollo del mismo ha sido estimulado por la labor de numerosas organizaciones internacionales, que si bien mayoritariamente no son de estricto carácter sanitario, desarrollan su acción en ámbitos con implicaciones directas sobre la salud.

Sin embargo, y pese al marcado componente internacional de buena parte de los problemas sanitarios contemporáneos, y pese también a la importancia otorgada a la protección de la salud tanto por parte de los Estados como por parte de las organizaciones internacionales, se constata que existe todavía una escasa atención académica a dicho cuerpo normativo. En consecuencia, actualmente el derecho internacional de la salud como ámbito de estudio se caracteriza por su todavía incipiente sistematización, lo cual redundará en el difícil seguimiento de su implementación. Dada la magnitud de los desafíos sanitarios actuales, y

dada también la previsible consolidación de los factores que los originan, no cabe más que estimular el análisis de este emergente régimen normativo internacional.

### **1.1.1. El derecho a la salud o el derecho a la protección de la salud**

A través del estudio de la materia ha sido común observar cómo las expresiones de derecho a la salud, protección de la salud y derecho a la atención de la salud son utilizadas indistintamente en los estudios y textos legislativos relativos a este derecho. Y es que, a pesar de ser una disciplina ampliamente explorada, tratada y escrita, los encontramos aplicados de manera indiscriminada.

Antes de abundar en el análisis del derecho que ocupa el presente trabajo, se asoma necesario dedicar unas líneas a la revisión de este que parece un juego de palabras, pero que en realidad significa algo diferente, de hecho, no es atrevimiento afirmar que la expresión derecho a la salud no resulta válido frente al derecho a la protección de la salud que es una realidad exigible. En el caso del derecho a la salud, tras un largo debate, no se utilizó simplemente el término derecho, como en el caso de la educación, sino derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, sólo el acceso a los servicios y atención médica.

En este sentido, a la salud que concebimos como un estado de existencia y no como algo que pueda ser dado, la debemos circunscribir como parte de esa composición. Reclamar un derecho a la salud no tiene mayor sentido que el reclamar un derecho a la sabiduría o a la valentía, por ejemplo. Estas excelencias del espíritu y del cuerpo requieren condiciones naturales, atención, esfuerzo y disciplina por parte de la persona que aspira a ellas. Así mismo la salud, que es el equilibrio de los componentes de nuestro cuerpo que por supuesto se relaciona íntimamente con el cuidado que tengamos de él, puede presentar alteraciones sin intervención de elementos externos.

Hacer de la propia salud el deber de otra persona o del Estado no sólo es injusto, es imponer un deber imposible de cumplir. La salud de alguien no está en la voluntad de otorgarla o no por parte de otro, sino en los factores externos que se nos puedan garantizar y propiciar para cuidarla. En este sentido la salud es un bien que cada uno debe de proteger, exigiendo garantías para que pueda ser de este modo.

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales<sup>10</sup>.

No obstante, lo anterior, se puede afirmar que los ordenamientos jurídicos no están directamente reconociendo un derecho a la salud, sino que su postura es admitir que la salud además de estar inserta en los ordenamientos, debe estar protegida. Decimos pues que no hablamos de un derecho a la salud, sino de una protección a esta a través de los medios que la proyectan hacia una mayor efectividad progresivamente.

### **1.1.2. Derecho a la salud, sus características, elementos y alcance**

En los documentos internacionales de derechos humanos, el término derecho a la salud es una forma de sintetizar para usos prácticos toda la gama de libertades y derechos que implica la protección de la salud. En este término se hace referencia al derecho que tienen todos los individuos de disfrutar de una lista de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Pareciera obvio a primera vista argumentar que el Derecho a la Salud debe considerarse como un derecho social universal, pero como veremos más adelante, esta primera impresión es inexacta en la realidad. Las razones que fundan esta presunción obedecen en gran medida al desarrollo socio-histórico de las naciones en un primer nivel, pero también son de carácter ideológico-político en una segunda instancia. Entendemos por universal, no el hecho de ser reconocidos a nivel internacional o en la mayoría de las naciones, sino su posesión por todos los seres humanos; todas las personas son sujetas del derecho a la salud sin tomar en cuenta su condición social, religiosa, cultural, política, económica, de

---

<sup>10</sup> "La teoría de un derecho a la salud se sale del terreno del buen sentido, sirve para minar la responsabilidad personal, y, además, sitúa una obligación en un lugar donde no puede satisfacerse, por ser imposible de cumplir" (Martínez, *et al.*, 2004, p.123).

género, raza o etnia y adicionalmente sin discriminación y deben de gozar de servicios de atención a su salud (Montiel, 2007).

Es importante aclarar que, antes del desarrollo del Derecho a la Salud dentro de los organismos internacionales, el concepto se enfocaba en la idea de curar la enfermedad y los gobiernos hacían frente a los problemas de salud, desde la beneficencia pública. Ahora el derecho a la salud se considera como un derecho que integra no sólo la idea de curar la enfermedad, sino también de prevenirla, por lo que el entorno físico y social del humano adquiere una nueva relevancia dentro de este derecho.

Esta nueva concepción de la salud implica una mayor protección del ser humano, así como un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados. Esto pone de manifiesto la necesidad de delimitar el alcance y determinar las implicaciones del Derecho a la Salud. Conocer los elementos que lo integran y sus características, resulta imprescindible para establecer un mecanismo de verificación y control de las obligaciones de los Estados.

Por ello resulta de gran trascendencia habernos referido en apartados anteriores, a los instrumentos internacionales, pues de inicio con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que en el artículo 25 establece “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” (ONU, 1948), se resalta el carácter interdependiente e indivisible de los derechos humanos.

El derecho a la salud no será alcanzado plenamente si la interdependencia e indivisibilidad se consideran de forma aislada, ya que cada uno de los derechos humanos son dependientes de otros y requieren del respeto y garantía previa; por lo tanto, el derecho a la salud podrá ser realidad una vez que se realicen debidamente otros derechos como a la vivienda, la alimentación, un medio ambiente sano, trabajo digno, educación, seguridad, entre otros, principalmente de carácter social (Montiel, 2007).

De hecho, la efectiva realización del derecho a la salud permitirá el desarrollo de otros derechos como la vida, la libertad, la igualdad y la dignidad, entre otros. Es decir, se considera que no se puede lograr el pleno goce del derecho a la salud, si se es privado de otros derechos. También propone los seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez

como una forma de garantizar una vida digna a aquellas personas en las que la disminución o pérdida de salud significa una merma significativa en sus medios de subsistencia.

Durante la primera conferencia mundial sobre los derechos humanos llevada a cabo en 1968, se establecieron con firmeza la interdependencia o indivisibilidad de todos los derechos humanos, al considerar que "... la relación de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible" (Losano, *et al.*, 2011, p.110). Asimismo, durante sucesivas resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas se puso de relieve la interdependencia de todos los derechos humanos, lo cual allanaba el camino a la búsqueda de soluciones flagrantes y masivas violaciones de estos en distintas partes del mundo.

El desarrollo progresivo del derecho a la salud se entiende como el proceso de cambio, adaptación y evolución de este, acorde a las circunstancias y condiciones sociales imperantes, lo que exige la modificación continua de leyes, políticas, mecanismos y programas que faciliten la garantía del mismo. No es posible otorgarlo integralmente en un plazo corto, sino de forma permanente a través de diversas acciones que van más allá de los simples servicios de salud.

Es decir, los derechos humanos evolucionan a lo largo del tiempo según se van alcanzando mayores logros que garantizan y aumentan su vigencia. Por eso decimos que son progresivos. Los logros alcanzados para garantizar el disfrute de un derecho no pueden ser ignorados ni desechados por el Estado, o sea que son irreversibles. En lo relativo a la salud, esta característica significa que el Estado debe aplicar progresivamente medidas para alcanzar el grado máximo de disfrute de la salud y no debe aplicar medidas que disminuyan el acceso de la población a los bienes, servicios y establecimientos de promoción, prevención y protección de la salud, ni los niveles de salud alcanzados. Igualmente, ninguna circunstancia justifica que se reviertan los logros alcanzados.

De acuerdo con lo vertido hasta este momento, podemos distinguir dos grandes grupos: por un lado, los determinantes básicos de la salud, los cuales se refieren a los factores exógenos que influyen en la salud de los individuos, y los determinantes que se refieren a los cuidados de la salud y a todo el sistema de salud (bienes y servicios) que se establecen para recuperar o mejorar la misma.

Es importante subrayar que se puede interpretar que esos determinantes podrían llegar a superponerse a otros derechos como la educación, la vivienda, el trabajo o la alimentación entre otros, sin embargo, hay que tener claro que esos determinantes sólo se vinculan con otros derechos en los elementos que conllevan claros riesgos a la salud.

El cuidado de la salud es otro de los elementos importantes que abarca el derecho a la salud, y cuando nos referimos al cuidado pensamos no sólo en los servicios de salud, en donde se integran los programas y elementos humanos para otorgar la atención necesaria, sino también en los bienes de salud, que son los materiales indispensables para prestar la atención correspondiente.

Todo lo anterior, conlleva a definir las características y elementos del derecho a la salud, como mecanismos indispensables para que el Estado garantice un derecho a la salud universal, interdependiente e indivisible como características básicas del derecho a la salud.

*Antes de ser parte del derecho...*

La salud puede ser vista como un asunto filosófico, como un hecho cultural, como elemento de debate político, como castigo divino o como asunto de regulación económica. Pero para nuestro caso, la salud es entendida como materia del derecho. Es decir, aquí dejaremos de lado el debate filosófico, cultural y político de la salud, para centrarnos en su posible naturaleza jurídica, en el marco del derecho actual. La salud desde esta perspectiva se deduce del derecho internacional de los derechos humanos.

La limitación precisa del contorno del derecho a la protección de la salud ha despertado especial interés entre quienes se dedican a su conocimiento. Su contenido puede ser tan amplio como el concepto mismo de salud, y este último sigue sin alcanzar un consenso en su formulación, así que dedicaremos esta parte a definir los antecedentes del derecho a la protección de la salud, y cómo este se ha comportado con el paso del tiempo en las legislaciones internacionales, cómo se ha logrado posicionar en las tareas de los Estados e inclusive en el mismo ideario individual de los derechos del ser humano.

La salud no conoce de nacionalidades. Para todos los pueblos de la tierra, el cuidado de la salud se ha venido convirtiendo en una de las labores más decisivas en el mantenimiento de sus sociedades. En este contexto, consideramos a la salud como un bien humano que

escapa a los controles fronterizos y es un tema de común interés y preocupación. ¿Por qué es importante tener un derecho que proteja la salud de los seres humanos? Es importante ignorar momentáneamente que la salud tiene por muchas razones una simbiosis con la enfermedad, y dar por hecho que la salud implica muchos más elementos que aquellos que están vinculados con los médicos, los hospitales y los tratamientos para “mejorarla”; garantizar el derecho a la salud implica generar un ambiente más sano de desenvolvimiento de las personas, condiciones adecuadas de trabajo y estudio, posibilidades de esparcimiento, alimentación equilibrada, vestido adecuado, menos ruido, menos contaminación, equilibrio vital entre los diversos elementos que rodean la vida de las personas. Para poder exigir estas condiciones, entonces se torna indispensable también exigir el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Pensar en la salud de los seres humanos como un derecho nos obliga sin duda a abundar sobre el Estado de derecho, ya que el paso de los ideales a las realidades jurídicas internacionales y locales, no podría ser si no tiene como base ese estatus formal. Entendamos al Estado de derecho como el órgano de producción jurídica y, por tanto, como ordenamiento jurídico en su conjunto, siendo su fundamento un gobierno de leyes. Discutir y describir entonces un derecho humano específico positivizado, presupone la existencia del imperio de la ley, entendiendo a esta última como reflejo de la voluntad popular, la existencia de poderes diversos que equilibren el ejercicio del mismo y una administración pública que opere al Estado; pero sobre todo, un sistema de garantías jurídicas formales y efectivas.

Suponiendo que el desarrollo del derecho a la protección de la salud cuenta con esta condición antecedente, intentamos construir una definición de salud como un bien jurídico que responda a necesidades humanas específicas y trascienda los ámbitos académicos y de investigación, que sea factible de garantizar a través de servicios de salud, y que sea exigible jurídicamente, otorgando al objeto que se protege la importancia debida para evitar desviaciones o imprecisiones en su garantía (De Currea-Lugo, 2005).

Históricamente vale la pena recurrir a una breve reseña del surgimiento de la necesidad de protección pública de la salud<sup>11</sup>. “En 1834 se celebra una primera reunión internacional que

---

<sup>11</sup> “La consideración moderna del concepto de Salud va a nacer en París a lo largo del Siglo XIX. En la primera mitad del siglo se desarrollan una serie de acontecimientos en la capital gala, que la van a convertir en

busca armonizar la adopción de medidas preventivas contra la extensión de procesos epidemiológicos, a la que siguió la I Conferencia Sanitaria Internacional en 1851. En esta asamblea se aprobó por primera vez, un Proyecto de Reglamento Sanitario Internacional, el cual se considera por la doctrina, como el hito que permite hablar del comienzo de la era moderna de la Salud Pública” (Martínez, *et al.*, 2004, p.124).

Siguiendo en la línea de conferencias y eventos internacionales que pretendían posicionar a la salud de las personas y la salud colectiva como un asunto público de interés general, entre las décadas de los 60’s y 80’s, producto de estas asambleas se desarrollaron normas y disposiciones sanitarias de corte global, haciendo énfasis en la imperante necesidad de instaurar sistemas de salud eficaces en cuanto a la vigilancia epidemiológica, la atención de la enfermedad y el mantenimiento de la salud.

Los primeros años del siglo XX asisten a los intentos de crear una institución mundial encargada de vigilar la salud. En 1902 se crea la Oficina Sanitaria Panamericana, a la que sigue, en 1905, la creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública, la cual, con sede en París, se construye bajo los auspicios de doce Estados. El estallido de la Gran Guerra, en la segunda década del siglo, es también una señal encaminada a la creación de un organismo dedicado a preservar la salud de todos los pueblos. La devastación de la primera gran conflagración mundial de la centuria, unida a la enorme mortandad, cifrada en más de 15 millones de fallecidos, junto a las gravísimas epidemias de tifus y gripe desatadas en función de todos estos factores, influirán también, como otras causas, en la creación en 1920 de la Sociedad de Naciones, antecedente inmediato de la ONU (Martínez, *et al.*, 2004).

Dentro de la estructura de la Sociedad de Naciones se articuló la Organización de Higiene, que se estableció bajo una triple encomienda de funciones: Información epidemiológica, Estadísticas sanitarias y Patrones biológicos internacionales.

Las diferentes tensiones y los conflictos políticos que desembocan en la II Guerra Mundial llevan también a la desaparición de la Sociedad de Naciones en el marco de una vorágine bélica como no ha vuelto a conocer jamás la humanidad. En el marco de una reflexión

---

protagonista de los pasos más decisivos hacia una consideración moderna de la protección sanitaria” (Martínez, *et al.*, 2004, p.122).

conjunta de las naciones que habían combatido y atendiendo a los deseos planetarios de evitar otro multitudinario derramamiento de sangre, se decide, en las postrimerías de esta segunda conflagración mundial, fundar la OMS. Las Naciones Unidas se van a convertir, de este modo, en el foro de reunión de la mayoría de los Estados formados en el mundo, bajo unos objetivos resumidos en cinco aspectos:

- Garantizar la paz y la seguridad internacionales.
- Desarrollar relaciones amistosas entre las Naciones, basadas en el derecho de los pueblos a la autodeterminación.
- Promover la cooperación internacional.
- Resolver pacíficamente los conflictos de orden económico y social entre las Naciones, y,
- Respetar los Derechos Humanos (Martínez, *et al.*, 2004).

### **1.1.3. La protección de la salud como parte del derecho** <sup>12</sup>

El derecho a la protección de la salud se ha ido desarrollando a través de las demandas sociales de los ciudadanos, conformando la definición actual de la salud<sup>13</sup>. Este derecho es social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios y se considera que su garantía debe coadyuvar en cimentar las bases de la eliminación de las marcadas desigualdades sociales imperantes. Los derechos sociales tienen la característica de ser prestacionales, es decir, que requieren de una acción positiva por parte del Estado, la cual se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio. En específico, el derecho a la protección de la salud se define como el conjunto de postulados jurídicos que tienen por objeto normativizar los mecanismos de protección y atención de la

---

<sup>12</sup> Pareciera obvio a primera vista argumentar que el derecho a la protección de la salud debe considerarse como un derecho social universal, pero como esta precisión es inexacta en la realidad, vale la pena mencionarlo. Existen una gran cantidad de autores, gobiernos e instituciones que conceptualizan el derecho a la protección de la salud de manera distinta. Las razones que fundan esta presunción obedecen en gran medida al desarrollo socio-histórico de las naciones en un primer nivel, pero también son de carácter ideológico-político en una segunda instancia. “Los derechos humanos.... están penetrados por intereses ideológicos y no pueden ser entendidos al margen de su trasfondo cultural. Sin embargo, como ocurre cuando un fenómeno se reconoce jurídicamente, se comienza a negar su carácter ideológico, su estrecha vinculación con intereses concretos, y su carácter cultural; es decir, se le saca del contexto, se universaliza y por ello, se le sustrae su capacidad y su posibilidad de transformarse y transformar el mundo desde una posición que no sea la hegemónica” (Herrera, 2000, p.23).

<sup>13</sup> Salud es el “estado de absoluto bienestar físico, mental y social, institucionalizada internacionalmente en 1946 con la constitución de la OMS. Más tarde, este derecho encontrará un mayor desarrollo, dentro del área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Giménez, 2010).

salud de una población, delimitando ámbitos de acción e intervención pública, gubernamental, social e individual, traduciéndose como una característica de justicia social (Díaz, 1983).

Así, el papel del Estado no se limita a una obligación de no hacer, sino que conlleva la generación de las condiciones que permitan que esa protección sea efectiva. Corresponde entonces al Estado asumir la rectoría de proteger la salud de su población, a través de la instrumentación de los mecanismos legales, administrativos, políticos y económicos que permitan el acceso y mantenimiento de este bien.

No olvidemos que este derecho no es, ni puede ser, el derecho a estar sano, sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible. Este derecho contiene libertades y medidas de protección. Libertades como el control de la persona de su propio cuerpo y de su propia salud, a la información relacionada con su salud, a rechazar tratamientos, a la salud reproductiva y sexual, a no ser torturado, entre otras medidas de protección relacionadas con el acceso a los medios y los recursos que le permitan mantener y/o tratar de recuperar su salud, entendiéndose como acceso no sólo el acceso propiamente dicho, sino la oportunidad, disponibilidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

El derecho a la salud en todas sus formas y todos sus niveles, abarca algunos elementos esenciales que son conocidos como DAAC (por las siglas de las palabras):

1. Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como también, de programas sanitarios.
2. Accesibilidad: presenta las siguientes dimensiones.
  - a) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a los sectores más vulnerables y marginados.
  - b) Accesibilidad física: se refiere a la distribución geográfica de los establecimientos sanitarios, en relación con los sectores de población más vulnerables.
  - c) Accesibilidad económica (asequibilidad): exige un principio de equidad, vinculado al poder adquisitivo de cada individuo. En este sentido, la carga de los gastos de salud no debe recaer desproporcionadamente sobre los hogares más pobres, en comparación con los hogares más ricos.

- d) Acceso a la información: comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información.
3. Aceptabilidad: los establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos.
  4. Calidad: se refiere a la capacitación del personal (adecuadamente remunerados), al equipamiento hospitalario, medicamentos y suministro de agua potable (CESCR, 2010, pp.3-4).

El derecho a la salud, al igual que los demás derechos humanos, exige niveles de obligaciones a los Estados que se deben cumplir, respetar, proteger y cumplir.

Las obligaciones básicas que se deben cumplir son las siguientes:

1. "Garantizar el derecho de acceso en relación con los grupos vulnerables.
2. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima.
3. Garantizar el acceso a un hogar y condiciones sanitarias básicas tales como el suministro de agua limpia y potable.
4. Facilitar medicamentos esenciales.
5. Velar por una distribución equitativa de las instalaciones, bienes y servicios de salud.

Adoptar y aplicar un plan de acción nacional de salud pública contra epidemias" (CESCR, 2010, pp. 14-15).

Los fines últimos del derecho a la protección de la salud son salvar la vida, restablecer la salud, mantener la salud y/o aliviar el sufrimiento, fines que no deberán ser abandonados por no poderse lograr el 100 % de las veces; ni pedir lo imposible ni negar lo indispensable.

Así, el puesto de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos es indiscutible. Aparece como parte de otros derechos como el trabajo y la seguridad social, está incluida de manera explícita en normas internacionales contra la discriminación racial y de la mujer; aparece como límite al ejercicio de otros derechos; es el resultado no sólo de la acción sino de su abstención (por ejemplo, en el caso de la tortura y lo relacionado con la integridad física de las personas); y finalmente, también aparece como derecho en sí. En la práctica, el derecho a la protección de la salud depende también de la concreción de otros derechos, como los derechos laborales de los trabajadores de clínicas y hospitales, por mencionar sólo algunos.

Es importante aclarar que antes del desarrollo del derecho a la protección de la salud dentro de los organismos internacionales, el concepto se enfocaba en la idea de curar la enfermedad, como se ha mencionado en el presente trabajo, y los gobiernos hacían frente a los problemas de salud principalmente desde la beneficencia pública; actualmente este derecho es entendido como un derecho social que aglutina una serie de elementos que van más allá de la atención de la enfermedad, es decir, se trata inversamente, de mantener y atender la salud previniendo enfermedades, de ahí que la influencia de los diversos contextos en que se desenvuelve el ser humano jueguen un papel importante en la garantía de este derecho (Soberón, 1995, p.85).

Esta distinta concepción de la salud implica una mayor protección del ser humano, así como un mayor compromiso administrativo y económico por parte de los Estados. Esta definición, caracterizada por su amplitud, pone de manifiesto la necesidad de delimitar el alcance y determinar las implicaciones del derecho a la protección de la salud. Conocer los elementos que lo integran y sus características, resulta imprescindible para establecer un mecanismo de verificación y control de las obligaciones de los Estados. Para ello, es importante referirse a los instrumentos internacionales que le han dado forma a través del tiempo, a los que ya nos referimos anteriormente.

De ellos, en este trabajo podemos destacar que el PIDESC aborda el derecho a la protección de la salud de forma amplia como lo hace la OMS. Asimismo, el PIDESC recobra la importancia al cuidado a la niñez, como la hace la DUDH, y establece obligaciones específicas para los estados, las cuales servirán de guía para que estos enfoquen sus políticas de salud. No obstante, en este documento no se logra establecer de manera precisa la trascendencia que tendrá el derecho a la protección de la salud y sus características generales.

Es la interpretación que realiza el CESCR en su Observación General la que da el alcance, implicaciones y características del derecho a la protección de la salud y lo clarifica, pasando a ser una de las principales guías para la consecución de este derecho.

Hasta ahora, el término más comúnmente utilizado en los documentos internacionales de derechos humanos es “derecho a la salud”, como lo hemos aclarado en líneas arriba intentando hacer una reflexión de la necesidad de definir con precisión el contenido de los conceptos, afirmando que la expresión correcta es la que incluye la palabra *protección*. Sin

embargo, este término ha sido mal interpretado o se presta a confusiones, por ser identificado como la idea de “ser saludable”. Idea que sería imposible garantizar como derecho. Erradicar la enfermedad por completo va más allá de las facultades y capacidades del Estado. De esta manera, en la Observación General No. 14 se aclara que el término de derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a ser saludable sino como “un derecho al disfrute de toda gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud” (CESCR, 2010, p.3).

De esta manera, hablar de “derecho a la protección de la salud” es sólo una forma de sintetizar, para usos prácticos, toda la gama de libertades y derechos que implica la protección de la salud como un derecho fundamental del ser humano.

Es muy importante reflexionar acerca de que el hecho de llevar la salud al ámbito de los derechos humanos tiene implicaciones para la comunidad internacional, en general, y para los Estados en particular. Lo anterior debido a que, casi cualquier elemento perteneciente al ámbito en que se desenvuelve el ser humano, puede tener consecuencias para su salud. El derecho a la protección de la salud cuenta con un gran número de elementos que deben ser tomados en cuenta para su completa satisfacción. Sin embargo, en ocasiones, la delimitación de estos elementos resulta poco clara, ocasionando una constante confusión en la determinación del alcance e implicaciones de este derecho. De esta manera, el derecho a la protección de la salud es constantemente transgredido por los Estados de forma deliberada, omisión o incluso, sin percibir de manera cabal dicha falta. Además, no tienen una referencia clara que los guíe para reclamar este derecho, ya que, al no haber claridad, implica también que será complicada su codificación en las leyes. Así, lograr un esquema claro del alcance e implicaciones de este derecho resulta indispensable.

De esta manera, tomando como referencia la Observación General No. 14 del CESCR, se identifican los siguientes elementos como un esquema para clarificar cada uno de los componentes que integran este derecho, con el fin de determinar su alcance e implicaciones para los Estados.

El párrafo 4 de la Observación General No. 14 establece que, el derecho a la protección de la salud no debe limitarse a la atención médica, debido a que este derecho “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana” (CESCR, 2010, p.2). A estos factores, la

Observación General les llama determinantes básicos de la salud y se refiere a la alimentación, nutrición, vivienda, acceso a agua limpia, entre otros. Más adelante, en el párrafo 10 del mismo documento, se hace referencia a que, dado que la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Por ello, la lista de determinantes básicos de la salud se ha incrementado tomando en cuenta dentro de esta categoría, la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género, así como también, algunas inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado” (CESCR, 2010, p.3). Desglosando y aclarando, algunos elementos de estos párrafos, el derecho a la protección de la salud se podría dividir para tener más claridad en dos grandes ámbitos:

1. Determinantes básicos para la salud. Esto incluye políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas y de otra índole.
2. El cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos.

A su vez, estos dos grupos se pueden dividir en varios subgrupos. En el caso de los “determinantes básicos para la salud” pueden surgir seis subgrupos que son:

- Condiciones sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación.
- Condiciones biológicas: epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas, etc.
- Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza.
- Condiciones ecológicas: emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales.
- Acceso a la educación y a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- Condiciones de violencia y conflictos armados.

Por otro lado, el segundo grupo de "cuidado de la salud" puede ser dividido en dos grandes subgrupos:

- Sistemas de salud; elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud (hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez, entre otros).
- Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: programas mixtos, públicos, privados, porcentaje de recursos económicos del Estado destinados a la salud, etcétera.

Como se puede observar, la meta establecida por el PIDESC, "alcanzar el grado máximo de salud", no es tarea sencilla. Los Estados deben tomar en cuenta todo este gran número de factores de manera conjunta y articulada para poder garantizar el derecho. Además, es importante considerar que en su gran mayoría, cada uno de estos factores requiere en mayor o menor medida de la inversión de recursos económicos por parte del Estado. Lo cual será factor de discusión constante en las diferentes corrientes ideológicas de la justicia sanitaria, en las que las principales discusiones se desarrollan en el ámbito financiero y son fundamentales en principios éticos que buscan ser la justificación de sus argumentaciones.

Sin duda, los pasos que se han dado en las legislaciones internacionales y nacionales respecto al derecho a la protección de la salud han marcado la diferencia en la concepción de esta y la importancia que los Estados deben imponer a esta temática fundamental de las personas y los grupos. Sin duda, la brecha que se abre entre los derechos positivizados y su puesta en práctica en varias naciones continúa creciendo, sin embargo, la parte doctrinal de los derechos que representa un cimiento indispensable en la puesta en práctica de la protección de la salud desde la parte individual y principalmente desde la parte que le corresponde al Estado.

## **2. El Estado y los derechos humanos**

Al ratificar los tratados de derechos humanos, los Estados parte contraen la obligación de llevar a efecto esos derechos en el ámbito de su jurisdicción. Más concretamente, en el párrafo uno del artículo 2 del PIDESC, se subraya que los Estados tienen la obligación de

lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en él, lo cual supone un reconocimiento implícito de que poseen recursos limitados y que lleva tiempo aplicar las disposiciones de los tratados<sup>14</sup>. Dicho ordenamiento dispone que los Estados firmantes asumen el compromiso tanto en su política interna como en sus vínculos internacionales, de propiciar paulatinamente acorde a sus posibilidades -principalmente económicas- las condiciones y los medios necesarios para garantizar la efectividad de los derechos reconocidos. Así mismo, el Pacto señala que las naciones deben comprometerse en el principio de que toda acción al respecto del cumplimiento de dichos derechos, deberá otorgarse a toda persona sin distinción alguna, ni por motivos de raza, religión, edad, sexo, ideología o cualquier otra condición que lo haga diferente a la mayoría.

Tal vez no pueda lograrse inmediatamente la efectividad de todos los aspectos de los derechos reconocidos en el Pacto, pero los Estados deben demostrar por lo menos que están haciendo todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para proteger y promover todos los derechos enunciados en él. Por recursos disponibles se entiende los existentes en el Estado, así como los disponibles en la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia internacionales, según se señala en el párrafo primero del artículo 2.

También se reconoce la función de la asistencia y la cooperación internacionales en otros instrumentos, por ejemplo, la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño. No son un sustitutivo de las obligaciones nacionales, sino que son aplicables, en particular, cuando un Estado no puede hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales por sí mismo y requiere la asistencia de otros Estados para ello. La cooperación internacional incumbe en particular a los Estados que están en condiciones de prestar asistencia a otros al respecto. Por tanto, los Estados deben prever un programa activo de asistencia y cooperación

---

<sup>14</sup> Artículo 2:

1. "Cada uno de los Estados Parte en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

2. Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social" (PIDESC, 1966).

internacionales y prestar asistencia económica y técnica a otros Estados para que puedan cumplir sus obligaciones relativas a los derechos<sup>15</sup>.

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales también ha subrayado que los Estados tienen una *obligación mínima básica* de garantizar la satisfacción de niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. Aunque como se ha mencionado esos niveles en cierta medida dependen de los recursos disponibles, el Estado debe concederles prioridad en sus esfuerzos encaminados a lograr la realización de los derechos. Con respecto al derecho a la salud, el Comité ha subrayado que los Estados deben garantizar:

- El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud *sin discriminación*, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados;
- El suministro de medicamentos esenciales;
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos.

Asimismo, cabe señalar que la Observación General No. 14, pormenoriza las obligaciones de carácter general y de carácter específico a que se deben los Estados. Sobre ellas aclara que, si bien el derecho establece la aplicación progresiva, igualmente impone obligaciones de efecto inmediato, por ejemplo, la garantía de la no discriminación y la obligación de adoptar medidas “deliberadas y concretas” destinadas a la plena realización del artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

## **2.1. El Estado y los derechos económicos, sociales y culturales**

Al igual que los derechos civiles y políticos, los derechos económicos, sociales y culturales imponen sobre los Estados tres tipos de obligaciones distintas: las obligaciones de respetar, proteger y cumplir. El incumplimiento de cualquiera de ellos constituye una violación a

---

<sup>15</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3 (1990) sobre la naturaleza de las obligaciones de los Estados Partes, y Observación general N° 14, párrs. 38 a 42.

dichos derechos. La obligación de respetar requiere que el Estado se abstenga de obstaculizar el goce de los derechos económicos, sociales y culturales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos, como es bien sabido, enunció los derechos cívicos y políticos (arts.3-21), así como económicos, sociales y culturales (art. 22-27), bajo la impronta de los principios de igualdad y de no discriminación (arts. 1 y 2). No obstante, los distintos puntos de vista que confluieron en la redacción de dichos artículos terminaron también por incidir con fuerza en la definición de las obligaciones estatales correlativas a los derechos. De ahí que, tal como lo veremos, las obligaciones estatales de cara a los derechos económicos, sociales y culturales adquirieran perfiles mayores y más precisos.

La obligación de proteger exige al Estado prevenir violaciones a los derechos por parte de terceros. La obligación de cumplir requiere que el Estado adopte las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, legales y de otra índole adecuadas para lograr la plena efectividad de dichos derechos.

En este tenor, la legislación internacional ha desarrollado obligaciones de orden general y específico bajo los conceptos de “progresiva efectividad” y “obligaciones de resultado” sobre cuyo cumplimiento el Estado se responsabiliza ante el control ciudadano e institucional y ante la vigilancia de los organismos internacionales. Las posibles limitaciones económicas no eximen al Estado de la adopción de medidas deliberadas y concretas tendentes al disfrute efectivo del derecho. Si bien la realización puede ser paulatina, en términos razonables, la obligación de resultado permanece y en consecuencia la vigilancia se concentra en el correcto encauzamiento y priorización de las políticas y programas conducentes al logro de resultados. Son precisamente las políticas y los programas adoptados los que garantizan que el derecho prevalezca frente a otras razones de orden económico o político que puedan debilitar, retardar u obstaculizar su realización.

## **2.2. El Estado y el derecho a la salud**

Como se explicó en el apartado anterior, los Estados tienen la obligación primordial de proteger y promover los derechos humanos. Las obligaciones a este respecto están definidas y garantizadas por el derecho consuetudinario internacional y los tratados

internacionales de derechos humanos, que imponen a los Estados que los han ratificado la obligación de hacer efectivos esos derechos.

El logro de la plena efectividad del derecho a la salud requiere la adopción de diversas medidas. Teniendo en cuenta que la viabilidad de estas variará de un Estado a otro, los tratados internacionales no contienen ninguna receta fija. El PIDESC, en el párrafo 1 de su artículo 2, se limita a estipular que debe lograrse la plena efectividad de los derechos en él enunciados "por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas" (PIDESC, 1966).

El CESCR ha subrayado que los Estados deben adoptar por lo menos una estrategia nacional para garantizar a todos el disfrute del derecho a la salud sobre la base de principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia. El establecimiento de indicadores y referencias será decisivo para su formulación y aplicación. En efecto, por el hecho de ser progresivo el logro de la plena efectividad del derecho a la salud variará lo que se espere de un Estado con el tiempo. Por ello, se necesita un instrumento para hacer un seguimiento y medir esas dimensiones variables del derecho a la salud.

En su Observación General No. 3, el Comité enfatiza la obligación de los Estados parte respecto a los otros Estados, para lo cual deben reconocer el papel fundamental de la cooperación y cumplir con el compromiso de adoptar medidas conjuntas e individuales para dar plena efectividad al derecho. Al respecto también se proclama la grave desigualdad existente en la salud, particularmente entre los países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo<sup>16</sup>. La obligación se extiende al respeto del disfrute del derecho en los países a través de acuerdos internacionales, a la elaboración de nuevos instrumentos legales, a la influencia para que organizaciones internacionales, por ejemplo, las financieras como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial presten mayor protección al derecho a la salud. Así mismo deben abstenerse de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan a otro Estado el suministro de medicamentos o de equipo médico adecuado.

---

<sup>16</sup>Artículo 11 de la Declaración, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, septiembre de 1978.

En la Observación No.14, que tiene como base la Observación General No. 3, el Comité confirma la obligación de los Estados en la garantía esencial de los derechos sociales, reconociendo que una serie de instrumentos y declaraciones publicados por diversos organismos tal como la Declaración de Alma-Ata, por citar un ejemplo, ofrecen alternativas que guían la labor de los Estado en este reto. El CDESCR estipula que entre las obligaciones básicas se encuentran: el otorgamiento de acceso a bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, especialmente para las personas marginadas o discriminadas; acceso a medicamentos esenciales; ser contemplados en planes de salud pública y elaborar programas estratégicos en base a pruebas epidemiológicas; asegurar a las personas el acceso a una alimentación adecuada y contar con una vivienda que tenga condiciones de sanidad básica, entre los más sobresalientes (CESCR, 2010, p.14). Sin lugar a duda, estos postulados son fundamentales para una vida digna, sin embargo, son muchos los problemas que los Estados enfrentan para poder garantizar el otorgamiento de estos bienes y servicios, principalmente de naturaleza económica, debido a la limitación de recursos públicos. Al respecto de estas limitaciones, Paul Hunt, Relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud reconoce que se trata de un tema complejo, que va más allá de la voluntad política de querer hacer las cosas y que no se cuenta aún con respuestas sólidas para enfrentar estas condiciones. Sin embargo, se reconoce la urgencia de un trabajo multidisciplinario que ayude a dar respuestas a la operación de los servicios y políticas públicas que, al menos, cumplan con los reconocidos niveles mínimos de satisfacción.

La Observación General No. 14 hace alusión detallada de las obligaciones básicas y específicas que los Estados deben diseñar y operar en cumplimiento del derecho, tanto aquellas que presumiblemente son de implementación progresiva como las responsabilidades de efecto inmediato. La obligación de respetar, por ejemplo, ordena a las autoridades que no tomen medidas tendentes a impedir el goce del derecho a la salud, lo cual exige no negar ni limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos presos, representantes de minorías, etc., es decir, ninguna práctica discriminatoria. La de proteger incluye la adopción de medidas para velar por la igualdad en el acceso a los servicios proporcionados por otros sujetos diferentes al Estado, vigilando a través de instrumentos oficiales el desempeño de los particulares acreditados para ofrecer servicios de salud, que

en la mayoría de los casos resultan de difícil acceso para la mayor parte de la población en el mundo, principalmente por sus altos costos.

Igualmente es responsabilidad del Estado proteger de posibles prácticas nocivas, tradicionales, por ejemplo, que afecten el acceso, por parte de terceros, a la atención anterior y posterior al parto o a la planificación familiar; impedir que la mujer sea sometida a la mutilación de sus órganos o a cualquier acto de violencia desde la perspectiva de género. Finalmente, la obligación de cumplir requiere que los Estados reconozcan suficientemente el derecho en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos y que adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, instaurando un sistema de seguro de salud pública, privado o mixto asequible a todos. Exige igualmente promover, a través de actividades, el mantenimiento y restablecimiento de la salud de la población.

Los Estados deben adoptar y/o elaborar leyes e instrumentos que ordenen o regulen la rectoría de las políticas y servicios de salud, ordenamientos donde se señalen los mecanismos para organizar acciones, metas a alcanzar y plazos, es decir, un plan de acciones nacionales en salud que indique además a los actores involucrados y sus funciones, entre ellos expertos en salud, sociedad civil, sector privado, gobiernos, organismos internacionales, y algunos otros que por su composición o función juegan un papel importante en el engranaje de este derecho social (CESCR, 2010, p.18).

De acuerdo con lo anterior, las obligaciones de los Estados se dividen en tres categorías: las obligaciones de *respetar*, *proteger* y *realizar*. La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados deben abstenerse de negar o limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria; comercializar medicamentos peligrosos; imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el Estado y las necesidades de salud de las mujeres; limitar el acceso a los anticonceptivos y otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva; retener, censurar o falsear información sanitaria, y atentar contra el derecho a la intimidad.

Con respecto a la obligación de protección, los Estados deben adoptar medidas legislativas y de otro tipo para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos

humanos cuando prestan atención sanitaria u otros servicios; velar porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios sanitarios, incluida la higiene ambiental, y asegurarse de que el personal de salud preste atención a las personas con discapacidad con el consentimiento libre e informado de estas.

En lo referente a la obligación de realizar, comporta la exigencia de que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo que sean apropiadas para la realización plena del derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados deben adoptar una política o un plan de salud nacional que abarque los sectores público y privado; garantizar la prestación de atención sanitaria, incluidos programas de inmunización contra enfermedades infecciosas y servicios destinados a minimizar y prevenir nuevas discapacidades; garantizar la igualdad de acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud, por ejemplo alimentos aptos para el consumo y nutritivos, servicios de saneamiento y agua potable; asegurarse de que las infraestructuras de salud pública presten servicios de salud sexual y reproductiva y que los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan una capacitación adecuada.

En conclusión, las obligaciones del Estado con relación a la salud pueden sintetizarse en: 1) la de no discriminar, que consiste en que en el desarrollo progresivo de los derechos sociales las autoridades no pueden tomar medidas discriminatorias, como excluir a ciertas poblaciones, de manera injustificada, de las prestaciones garantizadas; 2) la obligación de adoptar inmediatamente medidas, y hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr la plena realización de los derechos sociales; 3) la obligación de asegurar un contenido mínimo lo cual mostraría que es posible distinguir en los derechos sociales dos tipos de contenidos: de un lado, un contenido básico o mínimo, que debe ser asegurado de manera inmediata por los Estados, y que estaría ligado al derecho de subsistencia; y de otro lado, un contenido de desarrollo progresivo, frente al cual la obligación estatal es la de tomar medidas para lograr progresivamente su plena realización; y 4) la prohibición de retrocesos, según la cual, si el deber de los Estados es avanzar progresivamente en la realización de los derechos sociales, entonces la medida que disminuyen una protección alcanzada en el pasado deben ser consideradas, por lo que sólo serían válidas si las autoridades pueden justificar su necesidad tomando en consideración el conjunto de derechos reconocidos por el pacto.

### **3. Evolución del derecho a la protección de la salud en México**

Como derecho, la salud se encuentra contemplada en prácticamente todas las constituciones, leyes, reglamentos y tratados del mundo<sup>17</sup>; no en vano, la OMS considera que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. No obstante, la garantía jurídica, tanto en México como en diversos países, reviste una enorme complejidad tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales y humanos; al grado de que sigue siendo un derecho no otorgado de manera suficiente, por razones, principalmente económicas y de administración.

El consenso es que este derecho obliga a los Estados a generar las condiciones necesarias para que todos los habitantes puedan vivir lo más saludablemente posible; condición que comprende la disponibilidad garantizada de servicios de salud, ambientes de trabajo saludables y seguros, vivienda adecuada y alimentos nutritivos; porque el derecho a la protección de la salud, por lo general, no se debe limitar únicamente a estar médicamente sano, sino a generar las condiciones para estarlo.

En México, este derecho no se encuentra exclusivamente abordado en el texto constitucional como sí se consagra la garantía al trabajo o la educación; en materia de salud, el artículo 4º además de reconocer la composición pluricultural de la nación, la igualdad jurídica del hombre y la mujer, la protección a la infancia, la necesidad de gozar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo y el derecho a una vivienda, hace mención que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Elizondo, 2007, p.36).

Respecto al derecho a la salud, Carlos Elizondo afirma que “No está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación” (2007, p.37), quien además coincide con otros autores en que es hasta la Ley General de Salud (LGS) de 1984 cuando se explican más específicamente las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos; sin embargo, no es hasta las reformas de mayo

---

<sup>17</sup> El Derecho a la Salud y/o protección a la salud está consagrado en 20 de las 35 Constituciones de la Región americana (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

de 2003 cuando se define más claramente cómo proveer una protección social en salud abierta a todos, mediante el Seguro Médico Popular.

Sería pertinente reiterar, sin entrar en debate, que esta reglamentación se encuadra dentro de los llamados “derechos sociales” del individuo, considerados como una rama autónoma del sistema jurídico. Su principal característica es la preeminencia de los intereses colectivos por encima de los individuales, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficien a los sectores menos favorecidos de la población.

La idea de los derechos sociales es muy antigua. Inclusive, podríamos remontarla a la definición de “justicia distributiva” formulada por Aristóteles; misma a la que el filósofo griego definía como un tratamiento igual en condiciones iguales, y desigual en condiciones de desigualdad. Dicho de otro modo, que “el trato debe ser diferente en la medida en que difieren los hombres y los hechos, por lo que no puede hablarse de una igualdad de tratamiento absoluto sino proporcional” (Aristóteles, 1989, p.157).

Actualmente, pese a que la modernidad -con todos sus adelantos tecnológicos- ha dado un nuevo rostro a las relaciones sociales de México y el mundo, el derecho a la protección de la salud forma parte todavía de las discusiones en foros internacionales, y cuenta con promotores, que no se explican por qué aún existen insuficiencias en su garantía de aplicación por la mayor parte de las naciones.

Como ejemplo de lo anterior podríamos mencionar la afirmación que, durante la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos en Ecuador, hizo la doctora Arachu Castro, quien al revisar el libro sobre el Tratado de Libre Comercio en América Latina, señala haber descubierto que la única referencia a la salud era como un servicio, “igual que los de viajes y ocio”, lo que la llevó a considerar que se desvalorizaba el concepto fundamental de la salud como “necesidad” (Castro, 2005). Arachu Castro forma parte de la

Pagrupación Partners in Health<sup>18</sup> que es una de las principales organizaciones promotoras del derecho a la protección de la salud.

Al cuestionarse la razón por la que los especialistas no consideraron la salud como una necesidad, Castro argumenta que “el raciocinio de muchas personas de buena voluntad es que si la salud es algo a lo que aspiramos y deseamos, para lograrlo debemos dar algo a cambio. Y ahí es donde se abre la puerta a la “metalización de la salud, como dirían los cubanos” (Castro, 2005, p.8).

Para la también profesora de Medicina Social en el Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambio Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, nos enfrentamos a un problema de valores: la salud como necesidad, que admite que la salud es un derecho fundamental, o la salud como aspiración, que presupone que sólo puede obtenerse a cambio de algo. Pero al igual que la educación, la salud no es un bien material que se puede intercambiar o que siempre se puede comprar, a pesar de que haya una asociación entre el mayor poder adquisitivo y una mayor longevidad o nivel de estudios; ante este supuesto, entonces cualquier fuente o mecanismo de financiamiento que no persiga la meta de favorecer el acceso gratuito a los servicios de salud está ignorando a esta como una necesidad y la mira como un servicio (Castro, 2005).

En este tema, podemos concluir con Pedro Escribano Collado que afirma que en México, el derecho a la protección de la salud es la facultad que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de este, dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto (Escribano, 1976). Sin embargo, este derecho sigue siendo limitado por diversas razones que más adelante exploraremos.

Sin duda, los analistas coinciden que históricamente en México, desde la época de la colonia, la salud ha sido una de las principales preocupaciones de las órdenes religiosas, ya que instalaron los primeros hospitales y casas de beneficencia, generalmente para atender a la feligresía pobre; inclusive, el primer centro de salud de la Nueva España fue el Hospital de Jesús.

---

<sup>18</sup> Partners in Health (PIH) es una organización sin fines de lucro de atención médica ubicada en Boston, Massachusetts, dedicada a ofrecer una opción preferencial ‘por los pobres’. Fue fundada en 1987 por el Dr. Paul Farmer, Ophelia Dahl, Thomas J. White, McCormack Todd, y el Dr. Jim Kim.

Ya en el México independiente, la constitución centralista de 1836 y sus leyes orgánicas establecía reglas de funcionamiento de la salud pública sin ser aún reconocida como derecho humano, sino más bien como un servicio que ofrecía el Estado a través de instancias municipales y las entonces asambleas departamentales (Sánchez, 2000, p.5).

El derecho a la protección de la salud ha vivido diversos momentos y sufrido no pocas transformaciones; de ello da cuenta el periodo de gobierno del presidente Benito Juárez (1858 a 1872), cuyas Leyes de Reforma abolieron los fueros eclesiásticos, lo que llevó al Estado mexicano a hacerse cargo del cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. En este sentido, Amador Flores Aréchiga afirma que la expropiación de los bienes eclesiásticos ordenados por las Leyes de Reforma desvaneció la labor de beneficencia pública y con ello hospitales y dispensarios médicos desaparecieron sin respuesta alguna para sustituirlos, así como a su importante labor para atender la salud de los mexicanos (Flores, 2002, p.27). Sin embargo, no podemos negar que esta situación obligó a que en este periodo se crearan las primeras dependencias públicas de salud, como fue el Consejo Superior de Salubridad que operaba en el Distrito Federal y tenía delegaciones en distintas partes del territorio nacional.

Durante el último mandato presidencial de Porfirio Díaz, precisamente en el año 1881, se publicó el primer Código Sanitario del México independiente, el cual se considera es el primer antecedente de la actual Ley General de Salud, sin duda con diversas modificaciones y adaptaciones acorde a las transformaciones de las demandas sociales y la realidad epidemiológica nacional (Sánchez, 2000, p.8).

Durante todo este tiempo, aunque existía la preocupación de los gobiernos por fijar de manera legal la garantía para los gobernados del derecho a la protección de la salud, muchas de las acciones fueron incipientes ya que el momento político no siempre era el adecuado. Fue así como en 1908 es facultado por primera vez el Congreso de la Unión para emitir leyes que regularan la actividad sanitaria nacional, intentando reorientar la hasta entonces irregular función de emitir leyes nacionales cuando no se tenía facultado constitucional para ello (Sánchez, 2000, p.8).

Posteriormente, ya en el Congreso Constituyente de 1917, se adicionaron bases generales que, hasta la fecha, con ligeras variantes, se encuentran vigentes. Resumidamente se

dispone que es un Consejo de Salubridad General quien dictará las políticas en materia de salud y es el presidente del país quien tiene en su envergadura la rectoría de dicho Consejo, el cual además actuará de manera preventiva y reactiva en caso de epidemias y/o peligros y sus disposiciones deberán ser obedecidas por toda autoridad administrativa del país. Algunas medidas deberán ser avaladas por el Congreso de la Unión.

Finalmente fueron la Revolución de 1910 y el Constituyente del diecisiete los que dieron el carácter social al derecho a la salud al señalar las facultades en la materia al Congreso de la Unión. Sin embargo, el reconocimiento constitucional como uno de los derechos fundamentales (contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, aprobado el 10 de diciembre de 1948) se da el 3 de febrero de 1983, cuando se publica en el Diario Oficial de la Federación la adición al artículo 4º de nuestra carta magna, en la que garantiza que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; sin embargo, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo dispuesto en la fracción XVI del artículo 73 de constitucional.

De esta forma, los municipios también pueden ser partícipes en el otorgamiento de esta tarea, ya que el inciso i) de la fracción III del artículo 115 constitucional les faculta para hacerse cargo de los servicios públicos que designen las legislaturas estatales.

Así, recapitulando, la protección a la salud de los mexicanos apareció en la Constitución de 1917 ligada a las prestaciones de seguridad social a los trabajadores y sus familias; pero fue posteriormente, 1983, cuando al concepto de previsión social (art. 123) se le agrega el de "protección de la salud"; esto sucedió durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988), mediante párrafo adicionado al Cuarto Constitucional (Elizondo, 2007, p.37). Posteriormente se fueron creando programas para los no afiliados, IMSS-Oportunidades, entre otros, hasta llegar a 2003 con la creación del Seguro Popular de Salud durante el gobierno de Vicente Fox.

Podemos agregar en este apartado que para algunos autores, el derecho a la protección de la salud en México es una disposición de carácter programático, que simplemente establece líneas de acción para los poderes constituidos y que, en una constitución, ese

tipo de normas (programáticas) solamente representan el estímulo y guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzarán a tener carácter vinculatorio; por lo que ningún ciudadano podría tener acceso a la tutela jurisdiccional para hacer valer su derecho constitucional en juicio.

En este sentido, José Francisco Ruiz Massieu publicó, en su artículo “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, que los ciudadanos tienen en sus manos diversos recursos que emplear ante al incumplimiento del Estado frente a su derecho a la protección de la salud; estos mecanismos de corte político sancionatorio sin duda impactan en la función y aspiración del gobierno y la clase política. Por ejemplo, los ciudadanos en un sistema democrático pueden inhibir su participación política a través de la abstención del voto, deslegitimar un mandato, censurar la gestión pública, entre otros mecanismos de coerción en poder del ciudadano (Ruiz Massieu, 1983, p. 354), facultad que además de ser subjetiva, no ha frenado el olvido en la aplicación real del derecho a la protección de la salud en México.

Para Carlos Elizondo y otros analistas, los derechos que se ofrecen a los mexicanos en el marco legal, siguen siendo una visión de justicia distributiva incumplida. No sólo por falta de recursos fiscales, sino porque las propias reglas y modos de operación político administrativos han creado grupos de poder con objetivos privados que, sin lugar a duda, son contrarios a un manejo óptimo de los mismos y búsqueda de la eficiencia del sistema y por lo tanto evitan las reformas al sistema nacional de salud (Elizondo, 2007, p.10).

No obstante, el discurso presidencial se mueve en otro sentido; por ejemplo, en la presentación del Programa Nacional de Salud 2007/2012, Felipe Calderón convoca a que todos los mexicanos –sin importar preferencia política, religión, origen étnico, condición de género o lugar donde vivan- hagan valer su derecho a la educación, la alimentación, la vivienda digna y, desde luego, la salud. Porque la construcción del país al que todos aspiran exige que se ponga el sistema de salud a la altura de los retos y las necesidades del siglo XXI. Reclama, en especial, que se responda con eficiencia, calidad y justicia a los desafíos sanitarios, que son ya la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el territorio nacional.

En este sentido, también llama la atención el reconocimiento que el primer mandatario mexicano, hace de los rezagos que tenemos en salud, como “enfermedades del subdesarrollo (padecimientos infecciosos y desnutrición) pero también de los países avanzados como cáncer, obesidad, cardiopatías y diabetes, haciendo hincapié en los elevados índices de mortalidad materno infantil” (Plan Nacional de Desarrollo, 2007, p.35).

El señalamiento del presidente Calderón dista mucho de la realidad alcanzada tres años después. Se presenta como discurso demagógico. Durante su administración existen investigaciones documentadas con datos oficiales, publicadas y no desmentidas que vinculan su gobierno con casos evidentes de corrupción e impunidad, de los cuales algunos son heredados de administraciones anteriores, pero otros son actuales, los mismos que han generado la formación de grupos -como también lo señala Mayer Serra- que impiden la modernización de los programas de salud.

En los últimos años, debemos reconocer la actualización de la legislación mexicana en el ámbito de la salud, específicamente después de la firma del Pacto por México (2012), un acuerdo nacional que pretendió entre otros aspectos atender los ámbitos más urgentes de política social y dio nacimiento reglamentariamente al Sistema de Seguridad Social Universal, el cual sin duda alguna, después de varios años incrementó considerablemente el número de afiliados a los programas de atención a la salud, pero no brindaba los servicios de salud con la calidad esperada en las dimensiones que implica prestar un servicio público en cumplimiento de una garantía humana.

**CAPÍTULO III**

**LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO DE  
2000-2019: AVANCES Y RETROCESOS  
SOCIOPOLÍTICO DESDE LA CIUDADANÍA**

### **CAPÍTULO III. LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO DE 2000-2019: AVANCES Y RETROCESOS SOCIOPOLÍTICO DESDE LA CIUDADANÍA**

*“Los derechos humanos están penetrados por intereses ideológicos y no pueden ser entendidos al margen de su trasfondo cultural. Sin embargo, como ocurre cuando un fenómeno se reconoce jurídicamente, se comienza a negar su carácter ideológico, su estrecha vinculación con intereses concretos, y su carácter cultural; es decir, se le saca del contexto, se universaliza y, por ello, se le sustrae su capacidad y su posibilidad de transformarse y transformar el mundo desde una posición que no sea la hegemónica”*

*Lucia Montiel (2005, p.292).*

#### **1. Los modelos sanitarios y sus contrasentidos**

El rubro del cuidado y protección de la salud ha sido y es para los Estados un asunto de incertidumbres, complejidades, apuestas e intereses. Y es que el bien que se intenta proteger es el más precisado de las personas, la vida y su salud; de ahí la importancia del estudio del funcionamiento y operación de los sistemas de salud y en términos generales, las políticas públicas que pretenden proteger la salud de las personas y garantizar el derecho a la protección de esta.

La generalidad de los gobiernos experimenta en mayor o menor medida crisis o dificultades en la atención de los servicios de salud. Un diagnóstico general de la OMS indica al respecto que: “Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos” (OMS, 2015).

Manel Peiró y Joan Barrubés (2012), nos aportan interesantes datos sobre el nuevo contexto y los viejos retos de los sistemas sanitarios, una realidad que vivimos en la realidad latinoamericana:

**El nuevo escenario.** En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el **crecimiento del gasto sanitario** ha sido mayor que el crecimiento económico de esos mismos países que en los últimos 15 años han tenido un crecimiento anual del PIB de un 2.6 %, mientras que en el mismo periodo el crecimiento del gasto sanitario ha alcanzado un 3.9 % anual.

**Desarrollo y difusión acelerada de la tecnología sanitaria.** La tecnología sanitaria...ha contribuido de un modo determinante a la mejora de la salud de la población. No obstante, también se considera a la tecnología sanitaria una de las principales causas del incremento del gasto sanitario...Para algunos autores, la difusión de nuevas tecnologías podría llegar a explicar entre un 33 y un 50 % del incremento del gasto sanitario.

**Incremento continuo de la demanda y la utilización de servicios.** Una mayor utilización de los servicios sanitarios incide directamente en un mayor gasto sanitario...Las principales causas de este incremento continuo de la utilización de servicios por parte de la población son las que se describen a continuación:

. *Envejecimiento de la población.* Se le considera el factor más importante en todos los países desarrollados, y en opinión de algunos autores puede ocasionar cerca del 20 % del incremento del gasto sanitario, aunque para otros la fase terminal de la enfermedad explica el impacto en el gasto sanitario mucho mejor que la edad. Las previsiones para Europa apuntan a que los mayores de 65 años constituirán el 24 % de la población en 2030...Vivir más no implica necesariamente gozar de buena salud en edades avanzadas, y la creciente probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica en esas fases de la vida se traduce en mayores costes de cuidado de la salud.

. *Incremento de enfermedades crónicas.* Según la OMS, el 60 % de todas las muertes en el mundo se deben a enfermedades crónicas. Se estima que en la Unión Europea entre un 20 y 40 % de los mayores de 15 años padecen alguna enfermedad crónica. Los pacientes crónicos son los más habituales en las consultas médicas y en el futuro lo van a ser mucho más.

. *Hábitos de vida poco saludables.* Factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo contribuyen también a un mayor uso de los servicios sanitarios y, junto con

la hipertensión y el hipercolesterolemia, explican una «epidemia de mortalidad cardiovascular prematura».

. *Mayores expectativas de la población.* Es un factor que también contribuye a un aumento del gasto sanitario. Diversas razones lo explican: el incremento relativo del concepto de calidad de vida y una menor tolerancia a la enfermedad, la medicalización de problemas que antes no se consideraba sanitarios, las segundas opiniones médicas o la judicialización del ejercicio profesional y su impacto en las prácticas médicas conservadoras.

**La inflación de los precios sanitarios por encima de la inflación general.** Algunos estudios sostienen que esta es la segunda causa, en términos de importancia económica, de crecimiento del gasto sanitario. La inflación específica del sector sanitario incluye, como principales elementos, el precio de nuevos fármacos, prótesis, dispositivos tecnológicos o material sanitario, así como las retribuciones de los profesionales sanitarios.

**Gasto farmacéutico.** Entre los países de la OCDE, y con un amplio margen de variabilidad entre ellos, el gasto en productos farmacéuticos supone en promedio el 17 % del total del gasto sanitario y el 1.5 % del PIB... Las políticas de contención del gasto farmacéutico aplicadas suelen basarse en el control de precios, volumen de la prescripción, introducción de genéricos y aumento del coste soportado por los usuarios.

Poca **eficiencia del modelo de atención sanitaria.** Diversos factores aparentemente no relacionados entre sí influyen en la eficiencia del sistema de salud y en el crecimiento del gasto sanitario del conjunto. De este modo la escasa integración entre niveles asistenciales implica unos costes crecientes de administración y coordinación del sistema, muy visibles en la duplicidad de visitas médicas y pruebas diagnósticas. Asimismo, la productividad de los profesionales sanitarios tiene un efecto considerable en el gasto sanitario...Por otra parte, difícilmente cabe esperar una mayor eficiencia de un sistema sanitario excesivamente rígido y burocratizado, colonizado políticamente, en el que las instituciones sanitarias no disponen de la elemental autonomía de gestión ni incentivos para mejorar su eficiencia o instrumentos que permitan distinguir y reconocer la excelencia de sus profesionales...Así pues, la sostenibilidad del sistema de salud depende principalmente del crecimiento económico, por lo que en el corto plazo la crisis económica, el menor crecimiento y el consecuente deterioro de las finanzas públicas pone seriamente en riesgo

el sostenimiento de unos sistemas de salud que estructuralmente ya presentaban un problema de sostenibilidad económica... (Peiró y Barrubés, 2012).

Este diagnóstico de Peiró y Barrubés ilustra no sólo lo que pasa en los países de la OCDE, sino lo que se reproduce en países de América Latina y en particular en México. La mayoría de estos supuestos se han convertido en tendencias mundiales. Crecen las enfermedades y su impacto en los presupuestos nacionales de salud<sup>19</sup>, la crisis o situación financiera que enfrentan los gobiernos no les permiten mayores inversiones y sin crecimiento económico no hay más recursos para destinar al sector salud; con ello, dificultades para prestar servicios con mayor calidad, accesibilidad, utilidad y cobertura.

De acuerdo al ranking elaborado anualmente por la agencia Bloomberg, que toma en cuenta como indicadores la esperanza de vida, el costo relativo de la salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y el costo absoluto per cápita en dólares basados en datos del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y de la OMS sobre la eficiencia de los sistemas sanitarios, tenemos que en 2018 los países evaluados de mayor a menor eficiencia (y señalando en paréntesis el lugar que guardan en la lista) son: Hong Kong (1), Singapur (2), España (3), Italia (4), Corea del Sur (5), Israel (6), Japón (7), Australia (8), Taiwán (9), Emiratos Árabes Unidos (10), Noruega (11), Suiza (12), Irlanda (13), Grecia (14), Nueva Zelanda (15), Canadá (16), Portugal (17), Finlandia (18), China (19), México (20). Cerrando con Ecuador (43), Colombia (47), Brasil (51), USA (52) (Ranking Bloomberg, 2018).

Este ranking nos da una idea sobre cuáles son los países que más eficiencia han logrado en sus sistemas sanitarios y, por deducción, los que aparecen en los últimos lugares son los que registran deficiencia, principalmente por falta de recursos destinados al financiamiento de sus sistemas de salud. Sin embargo, es indispensable revisar la operatividad de las estructuras que sustentan los sistemas de salud, ya que, a pesar de los parámetros tomados en cuenta para construir este indicador, existen otras variables que influyen en un posible mal desempeño, un ejemplo de ello es la corrupción.

---

<sup>19</sup> Ver más en: Macías Alejandra y Villarreal Héctor (2018) "Sostenibilidad del Gasto Público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México", en *Revista de economía*, 37(1), p.99-133. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-84022018000100099&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84022018000100099&lng=es&tlng=es)

En virtud de las múltiples formas de apreciación y valoración de los servicios públicos y de los servicios de salud, resulta indispensable conocer con mayor detenimiento la forma en que se estructuran, operan y dan resultado los sistemas sanitarios, ya que acorde a la naturaleza de la forma de organización administrativa de los Estados y sus gobiernos, depende el funcionamiento, económico, administrativo y político de los mismos.

### **1.1. Los modelos sanitarios en el mundo**

De acuerdo a la OMS (2020), un sistema de salud es "...la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (...) Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales...", además agrega que "el principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias" (OMS, 2020).

La población, los prestadores de servicios y el gobierno son los elementos centrales de un sistema de salud. Con base en tal entendido, a continuación, se revisa la estructura y funcionamiento de algunos sistemas de salud, con la intención de generar un sencillo parámetro de comparación de estos y el sistema de salud mexicano, rescatando la premisa de que la mayoría de tales sistemas se enfrentan a un gran desafío: garantizar el derecho a la salud de sus habitantes.

Afrontar este reto implica controlar enfermedades tradicionales que han resurgido como la peste, la difteria, la fiebre amarilla, el dengue, la meningitis, la gripe y el cólera, y atender enfermedades emergentes como es el caso de: VIH/SIDA, el Ébola, la Fiebre Lassa, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo o el reciente COVID-19, entre otras, lo que se transforma en un gran reto epidemiológico para los sistemas.

En especial el reto obliga a combatir enfermedades que con mayor frecuencia causan muertes en el mundo tales como: cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias inferiores, VIH/SIDA, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones perinatales, enfermedades diarreicas, tuberculosis, malaria, cánceres de tráquea, bronquios o pulmón, traumatismos por accidentes de tráfico, diabetes mellitus, entre otras. También hacer frente a otras amenazas a la salud en las sociedades

contemporáneas como es el caso de adicciones, maltrato y tortura, accidentes, homicidios violentos, suicidios, problemas de salud mental, por mencionar algunas. De igual manera, atender las enfermedades de los habitantes que son causadas por la contaminación del medio ambiente y, en especial, por la contaminación del agua que genera graves enfermedades gastrointestinales. Muchas de las enfermedades que enfrenta la población mundial se deben a las condiciones de desigualdad y pobreza en que se encuentran millones de habitantes, particularmente del llamado mundo subdesarrollado o tercer mundo.

Con base en la siguiente tabla se pueden identificar los principales retos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina, tanto los que han acumulado históricamente los países, como los retos emergentes, permitiendo valorar en su justa dimensión los costos, principalmente financieros, que implica afrontarlos y, eventual y gradualmente, irlos atendiendo e incluso en algunos casos, resolviendo.

**Tabla 2. Retos del Sistema de Salud en América Latina**

Componente	Tipo de Reto	
	<i>Acumulado</i>	<i>Emergente</i>
<b>Población</b>	- Rezago epidemiológico * Infecciones comunes * Desnutrición * Problemas de salud reproductiva	- Nuevas presiones * Enfermedades no transmisibles * Lesiones * Infecciones emergentes
	- Brecha en salud	- Cambios en la demanda
	- Inequidad	- Presiones políticas
<b>Institución</b>	- Cobertura insuficiente - Calidad técnica pobre - Ineficiencia en la asignación de recursos - Inadecuados procesos de referencia de pacientes - Baja capacidad resolutive - Administración deficiente de las instituciones.	- Escalada de costos - Incentivos inadecuados - Inseguridad financiera - Insatisfacción de los consumidores - Expansión tecnológica - Gerencia deficiente del sistema.

Fuente: Londoño Juan Luis y Frenk Julio (1997), Documento de Trabajo No. 353: Pluralismo Estructurado Hacia un Modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe.

Resulta importante en la información que se presenta, destacar que los retos que le corresponde atender tanto a la población como a las instituciones de salud se ubican por separado, dimensionando la responsabilidad y corresponsabilidad que se tiene con la salud propia y la de la población en general. Es natural que los retos de los sistemas de salud en general sean similares para los distintos países de América Latina, pero en lo particular difieren en su importancia y magnitud. En cuanto a los retos institucionales, son tomados en cuenta aquellos que tienen que ver con la calidad, equidad, financiación, cobertura, toma de decisiones y administración de los servicios de salud. De ahí la importancia de conocer la estructura principal de los diversos modelos de sistemas de salud en los que se encuadran algunos de los países en función de sus mecanismos principales: regulación estatal, financiamiento y prestación de los servicios de salud, que no son excluyentes entre sí, más bien es posible una asociación concatenada entre ellos.

**Tabla 3. Tipología de modalidades de organización de los sistemas de salud**

Grado de control por el Estado	Principios de acceso de la población			
	Poder de compra	Pobreza	Prioridad socialmente percibida	Ciudadanía
Regulación	Atención	Beneficencia privada	Servicios de empresa	Seguro social (modelo alemán)
Financiamiento	—	Medicare en EUA	Seguro social incipiente	Seguro nacional de salud
Prestación	—	Asistencia pública	Seguridad social (modelo latinoamericano)	Atención socializada (servicio nacional de salud)

Fuente: Elaboración propia con base en tipología citada por Frenk, Julio (2011) en *La Salud de la Población*, México: Fondo de Cultura Económica.

La información vertida en la tabla 3 evidencia la variedad de estilos políticos y administrativos de organización de los modelos de salud, es cierto que la protección y atención de la salud es un derecho humano que ha sido entendido como aquel derecho social que implica acción y no abstención del Estado y su aparato administrativo, sin embargo, con sustento en las diversas formas de emprender la atención y cumplimiento de los derechos, el sistema económico imperante en el mundo permite justificadamente la intervención de grupos o individuos privados que ofrecen diferentes modos de prestación de servicios, entre ellos los relacionados con la atención de la salud; de ahí los diversos mecanismos de atención que acerca el Estado desde su organización propia o su vínculo con la iniciativa privada. El control del cumplimiento al derecho de protección de la salud varía en cada forma de organización y obedece además a otros elementos intrínsecos de los Estados, como son el grado de pobreza de la población, cantidad de población económicamente activa u ocupada, marco jurídico que regula la participación de la iniciativa privada, etc. Como veremos más adelante, investigaciones acerca del tema han elaborado una tipología de sistemas de salud a nivel internacional, los cuales se describen a continuación:

**Tabla 4. Modelos de Sistemas Sanitarios**

<b>Modelo</b>	<b>Características básicas</b>	<b>Países que lo siguen</b>
Liberal/Libre Mercado	<p>La salud es considerada un bien de consumo.</p> <p>El Estado realiza una contribución a la asistencia sanitaria, invirtiendo prácticamente todo en atender a grupos desfavorecidos y/o marginales sin recursos.</p> <p>Las clases medias y altas se pagan íntegramente sus asistencias, mediante el pago directo o a través de seguros.</p> <p>Alta competitividad existente entre los diferentes proveedores para captar clientes.</p> <p>Libremente una persona puede contratar una compañía de seguros privadas, así como diferentes condiciones de cobertura.</p>	EE. UU.
Socialista	Financiación de la asistencia sanitaria en su totalidad por el Estado.	Cuba y Corea del Norte.

	<p>Cobertura universal y gratuita a toda la población.</p> <p>Cartera de servicios amplia con características de equidad, gratuidad, accesibilidad y universalidad a la población.</p> <p>Incompatible con ninguna estructura sanitaria de tipo privado o de seguros</p>	
Mixto	Participación del Estado en su financiación, pero admite y necesita del sector privado y del sector asegurador para el sostenimiento de los sistemas sanitarios.	Europa (Modelo Bismarck y Modelo Beverige)

Fuente: Elaboración propia con base en el Capítulo 1. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EE. UU., de Cabo Javier, *et al.* (2010) *Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada*, España. Recuperado de: <http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html> [9 de abril de 2015].

Siguiendo el orden de presentación de la tabla anterior, el modelo liberal/libre mercado tiene entre otras características: el Estado no tiene responsabilidad, aunque en ocasiones se reconoce unos servicios de salud mínimos, de tipo asistencial, se rige por la oferta y la demanda, genera desigualdades porque un amplio sector de la población que recibe bajos ingresos tiene que pagarse gastos de salud afectando su economía, tiene un enfoque curativo más que preventivo.

El modelo sanitario de EE. UU. (ejemplo de Modelo Liberal) se basa en un sistema de financiamiento fundamentalmente privado, gestionado por compañías de seguros. Y si bien cuenta con centros sanitarios que proporcionan buenos servicios, enfrenta serios problemas de organización y financiamiento.

Un diagnóstico publicado por Vicenc Navarro en la revista *Sistema Digital* describe características y problemas que entraña el sistema sanitario de EE. UU, resaltando que este sistema está diseñado de tal forma que el gasto de bolsillo es altísimo, de los más elevados a nivel internacional, ya que el 20 % del gasto sanitario lo hace el paciente y sus familiares. Esta y otras razones hacen que este país tenga el más alto porcentaje de población insatisfecha con la gestión y financiación de los servicios sanitarios; una de las principales razones de insatisfacción es la imposibilidad de elección del proveedor de

servicios de salud, ya que es el patrón o contratante quien decide esta situación acorde al tamaño de la empresa o instancia donde se labora. Muchos opinan que es necesaria una reingeniería total del sistema, sin embargo, las empresas de seguros y los grandes patrones no apoyan dicho cambio en virtud de que el otorgamiento de seguros médicos por parte del contratante es una forma de control al empleado.

Un aspecto discriminatorio del sistema tiene que ver con la pérdida del empleo, ya que al ser de este modo, se pierde en consecuencia el seguro médico (este aspecto intentó ser regulado por las reformas sanitarias de la administración del Presidente Obama, sin embargo los seguros privados han encontrado debilidades legislativas para burlar dicho ordenamiento), adicionalmente a las personas con enfermedades crónicas, que pierden el seguro médico o simplemente no lo tienen, les resulta carísimo acceder a un tratamiento progresivo o permanente, resulta muy difícil que alguien asegure a este tipo de personas. A pesar de la presencia de múltiples prestadores de servicios de salud, muchas personas mueren por falta de atención médica y de acuerdo con diversos estudios, instalaciones del sector público con fines de lucro presentan graves deficiencias en la atención e instalaciones.

El sistema de salud de este país promueve incentivos para privatizar los servicios de salud a través del subsidio público de pólizas privadas con altísimos costos, de ahí el alto porcentaje del PIB nacional destinado a la salud, a pesar de ello, los indicadores de salud no son positivos, presentan los niveles más altos de mortalidad infantil de los países más ricos de la OCDE y su prevalencia de enfermedades prevenibles es muy alta, además de que opera con una muy alta tasa de burocracia privada, y por lo tanto sus costos administrativos consumen aproximadamente el 31 % del gasto sanitario, reflejándose ausencia de servicios accesibles para la población menos favorecida (Navarro, 2015).

El contenido de estos datos nos permite dimensionar las características del sistema de salud norteamericano que tiene como base la economía de mercado, lo cual ha puesto en tela de discusión el cumplimiento del derecho humano relacionado con el cuidado y la protección de la salud. Sin duda un tema controversial, ya que es uno de los países en donde los ciudadanos gastan más en salud, pero no presenta los mejores índices de atención de esta.

En segundo lugar, está el modelo del **Sistema Sanitario de Cuba (Ejemplo de Modelo Socialista)**. Para describir de manera general el panorama del sistema sanitario cubano que sigue el modelo socialista, se retoma un artículo publicado por Emma Domínguez Alonso y Eduardo Zacca, en el que se destaca que en aquel país caribeño es el Estado quien asume la rectoría administrativa, financiera y científica del sistema de salud y opera bajo la premisa de que la salud es un derecho social inalienable. Es el Ministerio de Salud Pública el que dicta las reglas que regulan el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud Cubano en sus tres niveles administrativos y cuatro de servicios, lo que permite contar con una mayor y más eficiente cobertura territorial.

Los principios que guían la labor del sistema es la medicina social en manos del Estado, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, orientación de esfuerzos hacia la prevención real de las enfermedades, el impulso a la investigación científica aplicada, la participación decidida de la comunidad y diversos sectores sociales, así como la centralización normativa, pero descentralización ejecutiva.

Las instituciones que conforman el sistema de salud cubano tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura universal; la atención médica en ningún sentido está determinado, por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado. El financiamiento del gasto en salud proviene casi exclusivamente de recursos del gobierno nacional.

La atención médica se brinda a través de una red de hospitales, institutos de investigación, policlínicos y un contingente de médicos ubicados en comunidades, centros laborales y centros educacionales; se calcula que en este país el 8.75 % de la población en edad laboral es trabajadora de la salud, resultado de incentivos estatales por la formación de personal de salud e inversión en investigación médica (Domínguez y Zacca, 2011, pp.171-173).

Si bien los cubanos tienen garantizado en su marco constitucional el acceso universal a los servicios de salud, la realidad es que los hospitales públicos no cuentan con infraestructura y equipo suficiente y moderno, en no pocas ocasiones los hospitales enfrentan problemas de falta de agua y electricidad, los médicos están mal pagados. Se carece de medicamentos. La entrega de leche sólo se garantiza a los niños hasta los 7 años, los adultos mayores difícilmente tienen acceso a este alimento por lo que es común que, por

falta de calcio, presenten serios problemas de salud dental<sup>20</sup>. Los hospitales y centros de salud donde se atiende a extranjeros y les cobran en dólares, destacan por estar equipados con tecnología y servicios de primer mundo. A manera de ejemplo se destaca el Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN), en cuya página web se puede corroborar lo antes precisado. En Cuba son evidentes las diferencias entre los servicios de salud prestados a los nacionales, respecto a los extranjeros. Los mandos altos y medios y las fuerzas de defensa del gobierno cubano reciben privilegios en atención médica<sup>21</sup>.

Por su parte el modelo mixto tiene dos variantes, el modelo Bismarck y el Beveridge. A pesar de las diferencias estructurales y de funcionamiento entre los sistemas de salud de los países europeos, de acuerdo con la forma de financiamiento de los seguros sociales, se distinguen dos grandes tipos de sistemas, tomando en cuenta como punto de partida lo que afirma Magda Rosenmöller, profesora asociada en la escuela de negocios Lese y experta en política sanitaria en Europa: “los sistemas de salud que se estipulan en Europa están basados en la universalidad, solidaridad y equidad. Cada sistema sanitario tiene tres objetivos fundamentales: mejorar la salud del paciente, optimizar su experiencia y realizar las gestiones usando los recursos lo mejor posible” (Vera, 2018).

**Sistema Bismarck:** Este sistema de salud tiene como fundamento la prestación de servicios sanitarios por parte de organizaciones privadas y, para ello, las aportaciones deben ser bipartitas, las cuotas las aporta una parte el empresario contratante y otra el o los trabajadores sin intervención del Estado, este juega más bien un papel de regulador y supervisor de los servicios. Los países del centro de Europa tienen más afinidad a este sistema. Entre los cuales destacan: Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda<sup>22</sup>. En algunos países está en crisis debido a problemas como desempleo, envejecimiento de la población, desfase tecnológico.

---

<sup>20</sup> Ver más en: De la Cuadra, María (2018) ¿Cuánto gana un médico: América vs. resto del mundo? ELSEVIER. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/cuanto-gana-un-medico>

<sup>21</sup> Ver más en: Domínguez Emma y Zacea Eduardo (2011), “Sistema de salud de Cuba”, *Salud Pública de México*, 53 (Supl. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342011000800012&lng=es&tlnq=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800012&lng=es&tlnq=es)

<sup>22</sup> Ver más en: Coll, Joaquim (2015) *Descripción y valoración crítica de los diferentes sistemas sanitarios en Europa*. D TRIBUNA PLURAL. Recuperado de: [https://raed.academy/wp-content/uploads/2015/01/5ta\\_RevistaRAD\\_WEB.compressed.pdf#page=28](https://raed.academy/wp-content/uploads/2015/01/5ta_RevistaRAD_WEB.compressed.pdf#page=28)

**Sistema Beveridge:** Este tipo de sistema es financiado principalmente por impuestos e incluye a toda la población (se basa en el acceso universal a la sanidad) y contempla redistribución social (equitativo). Es financiado principalmente por presupuestos del Estado. Los países del norte de Europa son más afines a este sistema. Entre ellos destacan: Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal<sup>23</sup>. Entre otras características cuenta con planes y programas según necesidades, se definen derechos de ciudadanos y poderes públicos, reconoce la participación comunitaria, procura una atención integral y la atención primaria en la salud.

En los últimos años las diferencias entre ambos sistemas se han debilitado y se ha configurado una tendencia hacia un modelo donde converjan características de ambos sistemas, es decir se fortalece un sistema mixto.

Es posible observar ante el abordaje de los tipos dominantes de sistemas de salud, que a pesar de obedecer a criterios estructurales básicos, existen problemáticas que impactan desfavorablemente en su desempeño óptimo, orillando al emprendimiento de acciones privadas de la sociedad civil para buscar atención especializada de aparente mejor nivel, lo que ha llevado a la proliferación de la oferta de servicios privados de atención a la salud que están principalmente regulados por las reglas del mercado, lo cual impacta en el cuidado y atención aparentemente más detallada y eficiente de la salud, sin embargo, la reflexión importante es la brecha de desventaja injusta que se abre entre los miembros de la población de cualquier país, es decir, aquellos que sí pueden pagar por un servicio de atención sanitaria privada con aparente mayor calidad, o la atención de la salud que depende de la condición laboral o calidad de ciudadanía, amén de ser proclamado y positivizado como derecho humano universal.

Es importante reflexionar acerca de que, aunque aparentemente el modelo de sistema de salud que se adopte en cada país obedece más a una lógica político – administrativa, sí guarda una íntima relación con el desempeño de la función que deben cumplir, que no únicamente se trata del mejoramiento de la salud de las personas, sino de la prevención y protección de la misma. De ahí la importancia de hacer una valoración acerca del tipo de

---

<sup>23</sup> Ver más en: Dalli, Maria (2018). Europa: análisis de 12 casos, Revista General de Derecho Administrativo, núm. 49, octubre 2018, ISSN: 1696-9650.

modelo de organización que ha contribuido de forma más favorable al cumplimiento de la protección de la salud de sus habitantes, a pesar de los contrasentidos a los cuales se enfrenten.

## **1.2. Contrasentidos que afectan el cumplimiento del derecho a la protección de la salud**

Con la intención de dar sentido al análisis de elementos que pueden influir en mayor o menor medida en el desempeño integral de los sistemas de salud a nivel internacional, se destacan algunas conductas o fenómenos que por su trascendencia se consideran contrasentidos en el proceso de madurez o consolidación de la atención en salud y por lo tanto mejoramiento en el cumplimiento de protección al derecho humano a la salud o áreas en las que paradójicamente existe mayor interés político y económico a pesar de su tendencia negativa en la existencia de la humanidad.

### ***Economía de guerra***

En los últimos años una de las más rentables relaciones comerciales es la que tiene que ver con el armamento y los gastos militares. Los negocios millonarios de esta industria entre Europa y los EEUU son un ejemplo de ello; el capitalismo, los conflictos armados y las ocupaciones militares han formado la combinación perfecta, si de rentabilidad financiera se trata. Unos se apoyan en otros e imponen un gran poderío en el mundo, protagonizado por aspectos políticos y económicos (Freytas, 2009).

Es sabido, más allá de las cifras, que se ocupan más recursos en armas, equipos y estrategias militares que producen muertes, que en inversiones en tecnología, investigación, personal, medicinas y tratamientos que ayuden a preservar la salud y superar la enfermedad, así como evitar el fallecimiento de millones de personas.

Ante la crisis mundial de Covid.19 que vino a poner en evidencia las debilidades de muchos sistemas de salud, se despierta la reflexión sobre la distribución del PIB de las naciones y la definición de sus prioridades, lo cual refuerza el contrasentido de la economía de guerra que sigue siendo prioritario para muchas naciones más allá de la salud de sus habitantes o la consolidación de sistemas de salud que respondan eficientemente a las demandas

sociales. Un ejemplo de ello son los datos que nos presenta una investigación del Stockholm International Peace Research Institute que grafica el diario La República de Colombia, que muestra el gasto per cápita 2018 entre sector militar y sector salud.

**Imagen 1. Gasto en salud contra gasto militar 2018 en el mundo.**



Fuente: [Stockholm International Peace Research Institute](https://www.sipri.org/) (2018) ¿Cuánto gastan los países en salud vs el gasto militar? Colombia: La República de Colombia.

A pesar de que las cifras marcan en la mayoría de los países un mayor gasto en salud, no es comparable la cantidad de demandas de servicios de salud y los bienes que cada rubro protege.

## **Consumo superfluo**

Julio Basulto comparte las conclusiones de un extenso estudio publicado en la edición de marzo de 2015 de la revista *Lancet Global Health*. La investigación revisa en profundidad cuál era la tendencia en la manera de alimentarse del 88.7 % de la población mundial, casi 4500 millones de adultos, y concluye que “El consumo de alimentos y nutrientes saludables ha aumentado de forma modesta durante las dos últimas décadas, pero la ingesta de alimentos y nutrientes “insanos” se ha incrementado en una proporción mayor... Se trata de un dato muy relevante si se tiene en cuenta el importante papel que desempeña la alimentación en la prevención de enfermedades crónicas (algunas tan graves como el cáncer)” (Basulto, 2015). Los autores evaluaron las dietas de 187 países y constataron que aquellos empobrecidos registraron menor consumo de alimentos saludables que los países de altos ingresos, pero que estos últimos ingerían mucha más cantidad de alimentos insanos.

La población de muchos países pobres padece hambre y escasez de alimentos, mientras que los habitantes de países ricos consumen más alimentos, pero sin valor nutritivo<sup>24</sup>. Ambos tipos de alimentación están favoreciendo la reproducción de enfermedades temporales y crónicas, lo que representa para los gobiernos incrementar sus presupuestos para su atención, lo que difícilmente se hace por atravesar condiciones multivariantes que no permiten actuar de este modo. En los últimos años, de forma mordaz observamos cómo lamentablemente los presupuestos sanitarios destinados a atender enfermedades vinculadas con malos hábitos y conductas humanas, se llevan los mayores índices de recursos económicos, es decir, en enfermedades prevenibles.

## **Concentración del ingreso o desigualdad**

De acuerdo con datos de Oxfam (2018), durante el año 2017 el 82 % de la riqueza generada en el mundo se acumuló únicamente en el 1 % de la población mundial, los más ricos, y en consecuencia, el 50 % más pobre no se benefició absolutamente de dicha generación. Esta

---

<sup>24</sup> “El problema de la alimentación debe ser analizado desde un prisma más amplio y a nivel internacional. Aunque nos sorprenda, la alimentación no adecuada es un problema muy presente en los países ricos. Se da la paradoja, como señala Raj Patel en su libro, de que habitamos un mundo de “obesos y famélicos”, donde la obesidad y el hambre son dos caras de una misma moneda: la de un sistema alimentario que no funciona” (UNIBA, 2019).

afirmación muestra la grave desigualdad mundial que polariza no solo a las personas en sí mismas, sino su calidad de vida, los servicios que recibe y la capacidad de enfrentar las condiciones de vida que sufren.

La desigualdad extrema en los ingresos de la mayor parte de la población mundial repercute e impacta directamente en las posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad, al carecer de ingresos suficientes y, por tanto, no estar afiliados a un sistema de salud. Esta realidad se hace presente en todos los países del mundo, pero en aquellos en proceso de desarrollo se agrava la carencia de servicios y especialmente de calidad, los cuales se engloban en políticas sociales que principalmente pretenden cubrir en cantidad más que en calidad la dotación de servicios básicos que permitan garantizar el cumplimiento de los derechos humanos.

Cabe aclarar que estos sólo son algunos contrasentidos, hay otros más que directa o indirectamente inciden en el tema de este trabajo, ya que la salud al ser un elemento que aglutina diversos factores de impacto -la alimentación, el medio ambiente, la educación, la cultura, los servicios- se va influenciada por la mayoría de las decisiones, sin embargo, para efectos de la presente investigación, se insiste en el abordaje de los sistemas de salud desde una visión institucional y del funcionamiento de tales estructura que brindan servicios de salud a la población, sin involucrar para estos efectos a otros elementos que se mencionan pero no evalúan.

### **1.3. Reflexión de los contrasentidos en México**

Como podremos percibir en la siguiente tabla, en distintos foros internacionales, acuerdos nacionales, textos constitucionales, entre otros ordenamientos legales se ha considerado que la completa satisfacción del derecho a la salud es una condición básica que ayuda a alcanzar las metas del desarrollo social, crecimiento económico sostenible y reducción de la pobreza, la letra reconoce la importancia de garantizar condiciones óptimas para el desarrollo de la persona y procurar un máximo de bienestar y salud.

**Tabla 5. Consideraciones en torno al derecho a la salud**

Foro/Acuerdo/Texto Constitucional*	Declaración/Resolución/Objetivo
Párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1983.	Eleva a rango constitucional el derecho de toda persona a la protección de la salud y establece que la ley secundaria definirá las bases para el acceso a los servicios de salud, con la concurrencia de la Federación y las entidades federativas.
Declaración y Programa de Acción de Viena (United Nations, 1993).	Párrafo 10, Capítulo 1: El desarrollo propicia el disfrute de todos los derechos humanos, pero la falta de desarrollo no puede invocarse como justificación para limitar los derechos humanos internacionalmente reconocidos.
Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social. (ONU, 1995)	Es causa de la pobreza la falta de servicios de salud y de determinantes básicos.  Sexto Compromiso: promover y lograr los objetivos de acceso universal y al nivel más alto posible de salud física y mental
Declaración del Milenio. (ONU, 2000)	Objetivo para 2015: Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad.
Pacto por México. (Gobierno de México, 2012)	Acuerdo 1.1. Seguridad Social Universal. Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano. Independiente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social que incorpore: Acceso universal a los servicios de salud; pensión para adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro; Seguro de Desempleo; Seguro de vida para jefas de familia.
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. (Gobierno de México, 2013)	II.2. Plan de acción: integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. En materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Adicionalmente, se plantea ampliar el acceso a la seguridad social para evitar que problemas inesperados de salud o que movimientos de la economía puedan interrumpir historias de desarrollo personal.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (IIJ-UNAM, 2015).	Título Primero. Capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías. Artículo 4. Párrafo Cuarto. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Fuente: Elaboración propia con base en diversos instrumentos legales.

El contrasentido referente a la información de la tabla se explica en función de dos hechos: Primero, se ha plasmado el compromiso por parte del gobierno de México de cumplir obligaciones internacionales y alcanzar objetivos relacionados a fin de garantizar el respeto a los derechos humanos y, dentro de ello, el derecho a la salud y, por tanto, el acceso a servicios sanitarios con la mejor calidad, equidad y cobertura, sin embargo, en la práctica lo que se fomenta a través de las reglas de operación del sistema sanitario es el “mercantilismo sanitario”, que se entiende como un mecanismo que permite el otorgamiento de asistencia sanitaria concebida como un bien que puede distribuirse y valer en torno a las reglas de operación del mercado (Zúñiga, 2013, pp. 335-358).

Es decir, lo que se observa en el trasfondo de la crisis de los sistemas sanitarios en el mundo y, en particular en México, es que a nivel del discurso político se impone el hecho de reconocer que los habitantes tienen un derecho básico a la asistencia y protección sanitaria, a un derecho humano irrenunciable, sin embargo, algunos gobiernos, entre ellos el mexicano, han impulsado durante décadas políticas y programas que favorecen una mayor intervención del sector privado en la prestación de servicios básicos, en este caso, de servicios de salud, descuidando en varios sentidos los que por obligación legal debe proporcionar.

Segundo. Resalta el hecho de que fue hasta mediados de 2019 que se garantizó en la Constitución mexicana la universalidad de los servicios de salud a través de la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). La LGS se modifica para garantizar atención médica, hospitalaria y medicamentos a todos los habitantes del país sin importar condición específica. Sin embargo, el contrasentido de esta reforma radica en la ausencia de emprendimiento de acciones estructurales que permitan la operatividad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la atención de todos los demandantes. Esta reflexión no es de menor importancia, en México el SNS podría recibir la demanda de más de 120 millones de personas, la mitad de ellos a través de un solo programa gubernamental y con una infraestructura física, material y humana que opera con un porcentaje aproximado del 2.5 % del PIB, lo que nos permite dimensionar que cualquier cambio en dicho sistema, debe realizarse a través de reformas y revoluciones estructurales y no únicamente a través del cambio a ordenamientos legales (Urzúa, 2019).

La afirmación anterior permite reflexionar acerca de la importancia de la decisión de brindar cobertura universal a los mexicanos, sin embargo, es desafortunado que la intención de este cambio se vislumbre anticipadamente imposible de lograr en virtud de la ausencia de reformas estructurales que permitan cumplir con las demandas e implicaciones del compromiso establecido. Durante 2012, con el establecimiento del “Pacto por México” se había intentado cubrir la atención de todos los mexicanos a los servicios de salud a través de una estructura de afiliación voluntaria, sin embargo, y a pesar de que aún un porcentaje importante de la población no hizo uso de ese servicio, el propio SNS mostraba deficiencias presupuestales, de personal y de calidad en la atención.

En suma, el derecho a la salud, a la protección de la salud, se consagra como un derecho humano con sustento pleno en nuestro texto constitucional, pero no se garantiza totalmente en los hechos y lo que prevalece es ofrecer servicios médicos principalmente a la población económicamente activa, mientras que al resto de los mexicanos que no tienen un trabajo formal (economía subterránea)<sup>25</sup> o no cotizan ni están afiliados, que son los más numerosos como ya se mencionó, solo tienen algunos servicios mínimos, facilitando y promoviendo así gradualmente la privatización de los servicios médicos, realidad que se pretende ir transformando a partir del 2020 con la creación del INSABI, del cual anticipadamente se vislumbra su difícil operación.

El cumplimiento del derecho a la salud es esencial para la calidad de vida de los seres humanos y si bien no se ha concretado satisfactoriamente, es un derecho que el Estado mexicano y sus instituciones deben proteger, garantizar de manera progresiva, independientemente de dificultades financieras por las que atraviese el gobierno mexicano. Es un derecho humano cuyo cumplimiento no se debe postergar, limitar o acotar, o estar sujeto a políticas económicas de los gobiernos en turno.

La salud, cabe destacar, no es una mercancía, una dádiva, un acto de caridad o altruismo, es un derecho humano. Lamentablemente, el gobierno mexicano postergó una reforma constitucional que, al establecer un sistema único de salud universal, garantizaría el derecho a la protección de la salud, pues con ella todo mexicano, independientemente de

---

<sup>25</sup> Ver más en: García, Karen (2018) “6 de cada 10 trabajadores son informales y generan el 22.7% del PIB de México”. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/empresas/6-de-cada-10-trabajadores-son-informales-y-generan-el-22.7-del-PIB-de-Mexico-20181217-0053.html>

sus condiciones sociales, económicas, raciales y religiosas, accedería al sistema de salud pública de su preferencia.

Al postergar por muchos años una reforma normativa que hiciera posible un sistema de salud universal y seguridad social e integral, el Estado abdicó de su responsabilidad de garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos, y propició, por otra parte, condiciones favorables para que continúe la privatización de los servicios de salud, es decir, servicios sí, pero para quienes están en posibilidad de pagarlos.

Los sistemas de salud como el mexicano deben orientarse hacia la socialización y no, como ha sucedido, a la privatización de los servicios tal como estipula el modelo económico neoliberalista, ya que ello, acorde a las condiciones de este país, atenta contra la mayoría de la población que no posee los recursos para poder enfrentar a través del sector privado una enfermedad, además de que servicios como en INSABI están inmersos de practicismo en la prestación de los servicios, más allá de una ética del cuidado y una atención centrada en la persona, ya que los servicios que ofrece se encuentran restringidos a través de un limitado catálogo de prestaciones (Álvarez, 2014), lo que es cierto, porque muchos servicios de salud no están incluidos en dicho catálogo y los deben pagar los usuarios de manera obligatoria. Como hemos dicho en otras partes de esta investigación, el Seguro Popular fue semipúblico o semiprivado y si las condiciones financieras siguen siendo desfavorables por recortes o bajo crecimiento económico, es posible que algunos servicios que ofrecía el Seguro Popular pasen de ser gratuitos a tener un determinado costo en detrimento de la economía familiar bajo la operación de la nueva figura que regula la prestación del servicio médico público. Esta situación que presentó el Seguro Popular y reproduce el INSABI se convierte en un contrasentido más.

Lo que en el fondo pretende el Gobierno federal y lo está logrando gradualmente, con reformas específicas o no, es pasar de un esquema de seguridad social a uno de protección social, es decir, ofertar paquetes de servicios de salud limitados y, con ello, de facto, abonar a la privatización de la salud.

Este proceso de privatización del sector salud iniciado a partir de la década de los 80 en México, pone en tela de juicio el derecho humano y constitucional a la salud. La doctora Asa Cristina Laurell ha advertido los trasfondos y afanes privatizadores de la propuesta de reforma constitucional que para establecer el seguro universal impulsaba y terminó

posponiendo el presidente Enrique Peña (2012-2018). En la propuesta de reforma que enunciaba la garantía universal de este derecho a todos los mexicanos, no quedaba claro el tipo de servicios que otorgaría el seguro universal, la necesidad de seguros complementarios para garantizar la cobertura, ni la estrategia interinstitucional que permitiría un acceso real a los servicios, lo cual escondía en su diseño la puerta abierta a un mercado potencial de consumidores de servicios de salud. Estas acciones sin duda fueron creadas con la finalidad de favorecer la intervención de la iniciativa privada en la oferta de servicios de salud ante la limitada capacidad de cobertura y acción del sistema público de salud (Laurell, 2013, p. 129).

En efecto, es posible que la reforma peñista a la salud implicara que el sistema de salud, que se ofreciera gratuitamente a la población, no incluyera todos los servicios médicos y que los ciudadanos deberían de pagar por algunos, tal como sucedió con el Seguro Popular.

La estrategia que seguían los gobiernos de México en los años 80 para privatizar empresas y servicios públicos, las reproducen en la actualidad. Antes, por ejemplo, en el caso de Teléfonos de México y de los Bancos, les reducían presupuesto al no invertir en equipos, tecnología, formación de recursos humanos, por lo que no prestaban buenos servicios y menos de calidad, con esta justificación promovían su privatización. Esto mismo se ha venido haciendo con las instituciones de salud, no contratan más médicos y enfermeras, no hay medicinas suficientes, no se actualizan los equipos<sup>26</sup>.

Por todo lo anterior, se comprueba que en lugar de incrementarse las inversiones en el sector salud predominan los recortes, que en lugar de que los mexicanos finalmente disfrutarán de un seguro de salud gratuito y universal, las reformas se posponen y lo que va creciendo, sutilmente, es la privatización de los servicios de salud y de las pensiones. Se avanza en materia de salud, más que a una economía social de mercado, a una economía de mercado; donde la salud se considera una mercancía en lugar de un derecho

---

<sup>26</sup> “En 2015, la proporción de personal médico y de enfermería en México presentó una de las razones más bajas registradas entre los miembros de la OCDE; por un lado, la relación de personal médico por cada 1,000 habitantes fue de 2.4, mientras que el promedio de la OCDE se situó en 3.4; por el otro, la relación de personal de enfermería por cada 1,000 habitantes fue de 2.8, en tanto que el promedio de la OCDE fue de 9” (CONEVAL, 2018, p. 21).

humano, un derecho social<sup>27</sup>. El derecho a la salud, un derecho humano, seguirá esperando para millones de mexicanos.

## 2. Origen, organización y dinámica del Sistema de Salud

Con la intención de intentar descifrar y explicar el modo de operación del sistema y subsistemas de salud en nuestro país, se describen algunas de sus características específicas como modelo mixto.

Los antecedentes más significativos del actual SSM se dan en el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940) con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), que posteriormente se llamaría Secretaría de Salud (SS).

En el siguiente sexenio, el presidente Manuel Ávila Camacho (1940-1946) dispuso la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) una de las instituciones medulares del sistema sanitario mexicano. En 1959 siendo presidente Adolfo López Mateos se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Rodríguez de Romo y Rodríguez, 1998).

EL IMSS funciona bajo un sistema tripartito según la Ley del Seguro Social (2019)<sup>28</sup>, al cual concurren para atenderse los sectores público, social y privado, mientras que el ISSSTE es una institución gubernamental que proporciona servicios de salud y de seguridad social a trabajadores, pensionados y derechohabientes de la administración pública federal del gobierno, según la propia Ley<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> En los últimos diez años, la brecha en el gasto per cápita entre instituciones de salud se redujo, ya que este indicador se contrajo en todas las instituciones de salud como resultado de un presupuesto insuficiente y que no está vinculado al incremento en población afiliada. Durante los últimos diez años, el gasto público en salud ha oscilado entre 2.5% y 2.9% del PIB, estimaciones propias y de organismos internacionales sugieren destinar, al menos, el doble (Méndez, 2019).

<sup>28</sup> El artículo 5 dice: "La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, debido a que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo" (Ley del Seguro Social, 2019, p.1).

<sup>29</sup> Ver Ley del ISSSTE [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE\\_040619.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_040619.pdf) [25-03-2020].

A partir del 2002, el Gobierno de la República encabezado por el presidente Vicente Fox Quezada instrumentó en coordinación con los Gobiernos Estatales el Sistema de Protección Social en Salud mejor conocido como Seguro Popular para enfrentar el reto establecido en el Plan Nacional de Salud 2001-2006; lo hizo como parte de una estrategia integral estructurada en la nueva política social. El 15 de mayo del 2003 fue publicado el decreto que reforma y adiciona la LGS una vez que la iniciativa de ley presentada por el Poder Ejecutivo fuera aprobada en el mes de abril en las Cámaras de Senadores y Diputados<sup>30</sup>. Las disposiciones de este decreto entraron en vigor a partir del primero de enero de 2004.

Como se señalaba en la página oficial de la Secretaría de Salud de México, el Seguro Popular se crea como un mecanismo que pretendía garantizar a todos los mexicanos el acceso efectivo, oportuno, gratuito y de calidad a los servicios de salud públicos, satisfaciendo de manera integral las necesidades de la población y brindando protección financiera de las personas que no contaban con un seguro médico o afiliación a alguna institución de salud. Esta acción logró despertar la esperanza de millones de mexicanos que no gozaban de acceso a servicios de salud, sin embargo, la imprecisión de las formas de operación y principalmente de financiamiento ante la abrumadora demanda, dejaban un vacío fundamental al momento de su implementación (SS, 2015).

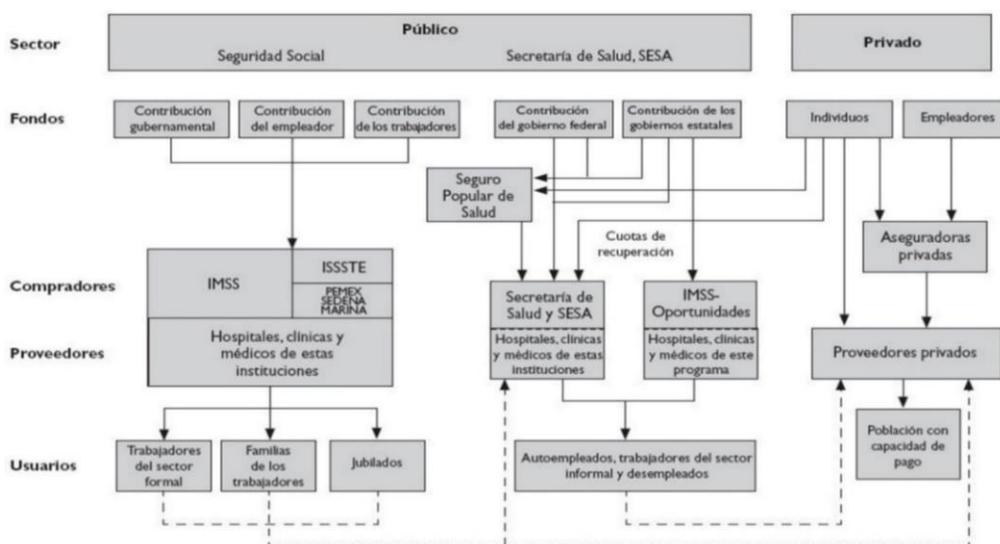
La SS, el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular, las divisiones médicas de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, de la paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX), así como los institutos de seguridad social y de salud de los estados, y el sector privado orientado a la salud, configuran el sistema de salud mexicano<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Ver [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=692771&fecha=04/07/2003](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=692771&fecha=04/07/2003) [25-03-2020].

<sup>31</sup> Tal como dice el artículo 5 de la Ley General de Salud "...está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud" (Ley General de Salud, 2019, p.3).

**Imagen 2. Estructura del sistema de salud en México al 2018.**



Fuente: Gómez Octavio, Sesma Sergio y Becerril Víctor, “Sistema de salud de México” [imagen], México: *Salud Pública de México*, 53, 2018. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>

La imagen 2 muestra la composición del sistema de salud mexicano hasta diciembre del 2019, ya que a partir del 1 de enero del 2020 entró en funciones el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, acorde a los cambios a la LGS y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud publicados en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019.

De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución nacional, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos, sin embargo, tal como se ha comentado anticipadamente, no todos pueden ejercer de manera efectiva este derecho. El SSM ofrece beneficios y atención muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En México, acorde principalmente a la dinámica económica se distinguen tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

1. Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias: Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social que cubren a 46.2 % de la población de acuerdo con datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Empleo y

Seguridad Social 2017 (ENESS). Las instituciones involucradas en esta forma de afiliación son el IMSS cubre a más de 80 % de esta población, el ISSSTE da cobertura a otro 18 % de la población asegurada; PEMEX, SEDENA, SEMAR, así como institutos de seguridad social de las entidades federativas.

2. Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo y sus familias, los cuales tiene la opción de afiliación voluntaria al Seguro Popular y el ahora (2020) incipiente Instituto de Salud para el Bienestar. Este porcentaje de población representa el 39.3 % de acuerdo con el instrumento de medición anteriormente citado.
3. Y la población con capacidad de pago, que de acuerdo con datos de esta ENESS 2017, “representa el 1,1 % de la población mexicana” (ENESS, 2017, p.9).

Los datos anteriores nos reflejan la existente inequidad que se presenta en el acceso a los servicios sanitarios que son principalmente un beneficio de la clase trabajadora y de aquella que goza de privilegios económicos. La mayor parte de la población (casi el 14 % de ella) que no goza de servicios de salud, a pesar de ser un derecho humano consagrado, son principalmente población en condiciones económicas deprimidas, perteneciente a grupos vulnerables como tercera edad o indígenas y con un bajo nivel educativo. Lo cual agudiza su condición de vida precaria. Esta condición se pretende subsanar reglamentariamente a través de la forma de operación del INSABI, sin embargo, su futuro desempeño quedo por ahora en tela de juicio en virtud de que no se han evidenciado las estrategias de funcionamiento de dicho órgano que tendrá que abrir su cobertura con los mismos recursos con los que el seguro popular venía operando.

## **2.1. El Pacto por México y el Sistema de Salud. Una esperanza fallida**

Después de doce años de intentar alianzas y acuerdos, así como de desconfianzas y descalificaciones mutuas entre dirigentes de las principales fuerzas políticas en México (PAN, PRI y PRD), y una vez pasada la elección presidencial de julio de 2012, se lograron consensos que dieron como resultado el Pacto por México. Este pacto de acuerdo con la página oficial del Gobierno de México, “es un acuerdo político nacional firmado el 2 de diciembre de 2012 en el Castillo de Chapultepec, en la Ciudad de México, por el presidente de la república, Enrique Peña Nieto; Gustavo Madero Muñoz, presidente del Partido Acción

Nacional; Cristina Díaz Salazar, Presidenta Interina del Partido Revolucionario Institucional; y Jesús Zambrano Grijalva, presidente del Partido de la Revolución Democrática. El Partido Verde Ecologista de México, a través de su vocero Arturo Escobar y Vega, se sumó como signatario del acuerdo el 28 de enero de 2013<sup>32</sup> (Gobierno de México, 2012).

El Pacto por México fue una estrategia política que se implementó al inicio del gobierno de Enrique Peña (2012) con la intención de converger voluntades, acciones y medidas de las principales fuerzas políticas en el país, e implementar operaciones conjuntas que permitieran dinamizar varias ramas de la vida nacional, entre ellas lo relacionado con la aplicación de los derechos sociales.

El Pacto por México tuvo como eje principal consolidar el proceso democrático con base en tres ejes centrales, a saber, el fortalecimiento del Estado Mexicano, la democratización de la economía y la política, y la participación de los ciudadanos como actores fundamentales en el diseño, la ejecución y la evaluación de políticas públicas. Estas temáticas generales incluían aspectos fundamentales que se dividieron en acuerdos específicos, donde sobresale aquel que pugnaba por una sociedad de derechos y libertades. Con este pacto se acordó entre los principales representantes sociales y de gobierno, emprender un conjunto de acciones políticas, legislativas y administrativas para ampliar la libertad y la gama de derechos sociales exigibles y efectivos para todos los mexicanos.

El texto reconocía que a la democracia mexicana le era necesaria la consolidación de una sociedad de derechos que lograra la inclusión de todos los sectores sociales en las acciones de gobierno y los beneficios del desarrollo, reduciendo los niveles de desigualdad entre los individuos y entre las regiones geográficas del país. Para esta pretensión de igualdad e inclusión se contempló enfocar esfuerzos para lograr el acceso universal a los servicios de salud, pensión para los adultos mayores de 65 años que no contaban con un sistema de ahorro para el retiro o pensión, seguro de desempleo y seguro de vida para jefas de familia.

Respecto al tema abordado en la investigación, el Pacto por México reconocía en su primer compromiso que, a pesar de los avances logrados en el rubro de salud, aún existen muchas

---

<sup>32</sup> A la ceremonia protocolaria, además de los signatarios, asistieron: Jesús Murillo Karam, presidente de la Cámara de Diputados; Ernesto Cordero Arroyo, presidente del Senado de la República; los coordinadores parlamentarios de los distintos partidos en las Cámaras del Congreso de la Unión; Secretarios de Estado, Gobernadores, Gobernadores y el Jefe de Gobierno electos del Distrito Federal, así como los dirigentes del Partido Verde Ecologista de México.

metas por alcanzar respecto a la calidad y la cobertura efectiva de los servicios, particularmente para millones de personas que no contaban con empleo formal y vivían en zonas de alta marginación y dispersión poblacional. Como alternativas, el propio instrumento dispuso dos principios de reorganización del sector salud, la portabilidad de las coberturas para que todas las personas previamente aseguradas pudieran ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos, y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos.

Un segundo compromiso vinculado con el tema de la salud pública tenía que ver con el crecimiento de los males asociados a la obesidad, de ahí el acuerdo de modificar las normas nacionales para prohibir en las escuelas la venta de alimentos no saludables. Para dar cumplimiento a la disposición de una pensión para adultos mayores, se propuso la disminución de la edad del beneficiario, así como la aportación de cuotas del gobierno federal al ahorro individual de todos los mexicanos entre 18 y 65 años. El cuarto compromiso garantizaba la creación de un seguro de desempleo para los trabajadores del sector asalariado. El compromiso de otorgar un seguro de vida para jefes(as) de familia pretendió asegurar económicamente a los hijos en caso de fallecimiento de los padres (Gobierno de México, 2012).

De forma general revisar los avances y/o resultados en el cumplimiento de los compromisos antes descritos permitirá conocer cómo la implementación de esfuerzos estatales, tanto en aspectos normativos como administrativos no ha logrado consolidar un sistema de salud que preste servicios con calidad y efectiva cobertura, ya que la operación de los programas, metas y políticas públicas va más allá de las voluntades políticas, obedece a un engranaje que debe irse modificando acorde a las demandas operativas reales. En este sentido respecto a los cambios logrados a partir de la operación del Pacto por México destacamos:

*Compromiso 1. Acceso universal a los servicios de salud.*

Al mes de abril de 2014 casi 5 millones de mexicanos mayores de cinco años carecía de acceso a servicios de salud, ya sea a través del Seguro Popular, IMSS, ISSSTE u otro.

Para 2019, dos principios de reorganización del sector salud que son parte del compromiso de acceso universal a los servicios de salud, no se habían cumplido. Por un lado, no se ha logrado la portabilidad de las coberturas, los asegurados no pueden ser atendidos en el

sistema público de su elección. Por otra parte, poco se ha avanzado en la convergencia de los sistemas de salud en las entidades federativas para igualar la cobertura y calidad a todos ellos, las disparidades entre varios de ellos son evidentes.

El acceso universal a los servicios de salud ha sido postergado por el propio gobierno mexicano por problemas financieros<sup>33</sup>.

*Compromiso 2.* Se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos “chatarra”.

El entonces presidente de la República, Enrique Peña Nieto, al presentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, el 31 de octubre de 2013, reconocería: “Somos lamentablemente una sociedad que padece de sobrepeso, de pocos hábitos para mantenernos sanos y sobre todo en enfermedades que son prevenibles y que mucho podemos hacer”.

En ese marco discursivo oficial, en julio de 2014 entró en vigor una medida de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios en México (COFEPRIS) que regula la publicidad de alimentos “chatarra” (con alto contenido calórico), con el propósito de combatir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Los refrescos, botanas, confitería y chocolates ya no pueden ser anunciados en horarios infantiles de televisión abierta y de cable y en salas de cine<sup>34</sup>. En el mismo año entró en vigor también el impuesto a bebidas azucaradas, un peso por litro, 10 % al precio total.

En 2015 se estableció que todos los productos deberán incluir un etiquetado en la parte frontal de su presentación, en el que se señale cuántas calorías incluyen y expresar el contenido energético total<sup>35</sup>. Asimismo, se determinó que sólo se otorgará sello de alto valor nutricional a alimentos que cumplan lineamientos. A pesar de esas medidas, todavía en muchas tiendas ubicadas al interior y exterior de las escuelas se comercializan productos “chatarra” que no contribuyen a una nutrición sana, en algunos casos solapados por las

---

<sup>33</sup> “De acuerdo con un reporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), la situación de salud en México en 2009 era de las peores entre los 30 países que la integran; con uno de los porcentajes más bajos de inversión en este rubro con respecto al PIB” (Ríos, *et al.*, 2009, p.107).

<sup>34</sup> Ver más en: más en: <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/la-secretaria-de-salud-presenta-las-medidas-regulatorias-de-la-estrategia-para-la-prevencion-y-control-del-sobrepeso-la-obesidad-y-la-diabetes?idiom=es>

<sup>35</sup> Ver más en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5340693&fecha=15/04/2014](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5340693&fecha=15/04/2014)

autoridades gubernamentales y/o educativas, así como por padres de familias desinteresados, lamentablemente, en procurar una alimentación sana para sus hijos<sup>36</sup>.

Para valorar en su real magnitud los efectos negativos de este tipo de alimentos basta recordar que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2012, un poco más del 30 % de los niños padecían sobrepeso y obesidad y, “en el caso de los adultos, ese porcentaje se incrementó al 71.3 %” (INSP, 2012, p. 193), para el año 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad fue de 75.2 % (39.1 % sobrepeso y 36.1 % obesidad), cifras que significaron un aumento significativo desde el año 2012, mismo que reflejaba 71.3 % (INEGI, 2018).

Paradójicamente, en ese escenario de consecuencias graves para la salud de los mexicanos, en marzo de 2015 la empresa Coca-Cola promovió un amparo contra la restricción de venta, distribución y expendio de comida chatarra en escuelas de preescolar, primaria, secundaria y media superior, con el claro objetivo de privilegiar el interés comercial de la empresa, por encima del derecho a la salud de los mexicanos. Afortunadamente un juez federal determinó que es constitucional restringir la venta, distribución y expendio de comida chatarra en escuelas de preescolar, primaria, secundaria y media superior; pero calificó como inconstitucional prohibir estos alimentos en instalaciones de educación superior<sup>37</sup>.

Si bien ante el crecimiento de males asociados a la obesidad se han modificado algunas normas para prohibir en las escuelas alimentos “chatarra”. En México, lamentablemente, existen miles de puntos de venta en zonas urbanas y rurales, formales e informales, donde se siguen comercializando dichos productos. Enfermedades que otrora padecían con mayor regularidad adultos, como obesidad y diabetes, van creciendo en la población infantil y juvenil. Por citar un dato, “la Encuesta de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 ha reportado una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población escolar (entre 6 y 12 años) del 33.2 %” (Pérez y Cruz, 2019, p.464). La publicidad engañosa sigue

---

<sup>36</sup> Ver más en: Ávila Julio, Pérez Emeterio y López Osvaldo (2018) “Los productos chatarra y su influencia con la salud infantil”, *Red Internacional de Investigadores en Competitividad*, 5(1), 2018. Recuperado de: <https://www.riico.net/index.php/riico/article/view/627>

<sup>37</sup> Ver más en: <https://www.jornada.com.mx/2015/03/26/sociedad/039n1soc>

apareciendo en miles de productos alimenticios y, sobre todo, en letra pequeña que casi nadie lee.

Se ha podido comprobar que hasta en las instalaciones de salud, a un lado de los módulos de nutrición, se ubican máquinas que expenden comida “chatarra”, como son refrescos, galletas, chocolates y dulces, que sólo contribuyen a la obesidad y enfermedades.

### **Imagen 3: Prohíben venta y entrada de comida chatarra en el IMSS**



Fuente: Reyes, Pablo (2014) Prohíben venta y entrada de comida chatarra en el IMSS [imagen] México: Milenio. Recuperado de: <https://www.milenio.com/estados/prohiben-venta-entrada-comida-chatarra-imss>

*Compromiso 3.* Pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE.

Con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en “México residen 15.4 millones de personas de 60 años o más” (INEGI, 2018, p.5), y en el segundo trimestre de 2018, “el porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) de este mismo grupo etario es de 34.1 % acorde con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)” (INEGI, 2018, p.1). Están pensionados sólo la cuarta parte de los adultos mayores en México, el resto se inserta en el mercado laboral de la informalidad, sin posibilidad de recibir pensión alguna. Esta situación se agrava si tomamos en cuenta que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reveló también que el número de

adultos mayores en México se duplicó en las últimas décadas, al pasar de 5.0 a 11.7 millones de personas de 1990 a 2014.

El 30 de marzo de 2015 el pleno de la Cámara de Diputados aprobó en lo general y en lo particular, el decreto que expide la Ley de la Pensión Universal<sup>38</sup>. El decreto señala en las disposiciones transitorias que el monto mensual de la pensión se ajustará anualmente hasta igualar en términos reales, conforme a la disponibilidad de recursos y en un plazo no mayor a 15 años, la cantidad de 1092 pesos, el cual se actualizará cada año conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor. Se establece que serán beneficiarios de la pensión universal las personas que tengan 65 años o más, que residan en territorio nacional. También podrán ser beneficiados quienes, teniendo el carácter de pensionado, no reciban una pensión mensual mayor al monto referido. Será el IMSS la autoridad que acredite los requisitos de la persona que solicite el pago de la Pensión Universal.

Si bien ya se cuenta con una Ley de la Pensión Universal, el problema que se vislumbra en lo inmediato es la falta de recursos para que se cumpla en los hechos, porque además de que la población de adultos mayores (mayor de 65 años de edad) se ha duplicado, como se mencionó anteriormente, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del gobierno federal contempló imponer en 2016 un recorte al gasto público programable por 135,000 millones de pesos, argumentando la presión de los bajos precios del petróleo sobre las finanzas públicas para el siguiente año (Verdusco, 2015).

Los trabajadores en activo tampoco lo tienen fácil. De acuerdo con el informe trimestral de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), de octubre a diciembre de 2014: “solo cuatro de cada 10 integrantes de la población económicamente activa (PEA) realizan aportaciones al Sistema de Ahorro para el retiro (SAR), y estima que el 60 % restante carecerá de pensión cuando culmine su carrera laboral...81 % de los trabajadores en Afore han cotizado menos desde que se inició el sistema. Sin ajuste, ellos necesitarán laborar 44 años en promedio para acceder a una pensión mínima” (Leal, 2015, p.16).

A pesar de la Ley de Pensión Universal, las bajas expectativas de crecimiento económico del país y los recortes al presupuesto para el año 2016 y los que restaron del sexenio (2012-

---

<sup>38</sup> Ver más en: [http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/09\\_lpu\\_lsd.pdf](http://www.diputados.gob.mx/PEF2014/ingresos/09_lpu_lsd.pdf) [26-03-2020].

2018), han hecho prácticamente imposible otorgar la pensión a los adultos mayores que tenían más de 65 años. Y para la PEA el escenario fue difícil pues, al no aportar al SAR el 60 % como se expresó en la cita anterior de CONSAR, no podrá recibir pensión, aunque hayan laborado gran parte de su vida.

Los analistas coinciden que el Sistema de Ahorro para el Retiro no es sustentable financieramente, que es necesario que se reforme y que, a largo plazo, tendrá un gran costo fiscal. A esto se suman las altas comisiones que cobran las Afore (administración de fondos para el retiro) por administrar las aportaciones de los trabajadores a pesar de las utilidades que obtienen por invertir parte de estos recursos en el mercado bursátil.

El secretario del Trabajo y Previsión Social del gobierno federal, Alfonso Navarrete Prida (2015) informó de la grave situación en materia de pensiones que se vive en nuestro país. En México, únicamente 1 de cada 3 trabajadores tiene garantizada una pensión aportando aproximadamente el 6.5 % de su salario, porcentaje muy bajo respecto a lo que se aporta en otros países, lo que se traduce en una pensión insuficiente para mantener un nivel de bienestar digno y que permita costearse servicios de salud privados o “públicos” que en algunos casos también se cobran como es el caso del Seguro Popular (Navarrete, 2015).

#### *Compromiso 4: Seguro de Desempleo.*

El 30 de marzo de 2015 el pleno de la Cámara de Diputados reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones en materia de seguridad social para establecer el Seguro de Desempleo. Las reformas a las leyes para garantizar este seguro establecen que entre los requisitos para gozar de él se debe haber permanecido sin empleo 45 días naturales consecutivos y no percibir otros ingresos económicos por pensión o llevar a cabo otra actividad económica por cuenta propia. Este apoyo sin antecedentes en nuestro país se planeaba otorgar por un máximo de seis meses con diversos porcentajes correspondientes al salario promedio de las últimas percepciones del desempleado. Los primeros recursos que se utilizarán para el otorgamiento del seguro serán los acumulados en una cuenta donde se depositarán aportaciones patronales y sus rendimientos.

En el artículo 217-G de la Ley del Seguro Social, se precisa que los recursos necesarios para financiar el pago del seguro de desempleo provendrán de la cuota a cargo de los patrones, equivalente al 3 % del salario base de cotización del trabajador, la cual será

depositada en la subcuenta mixta, así como de los rendimientos que esta genere. Así mismo se dispondrá de aportaciones del gobierno federal equivalentes al salario base que en su momento tuvo el trabajador, en caso de que los recursos sean insuficientes el Gobierno Federal, con cargo al presupuesto de egresos de la federación, cubrirá los pagos que procedan. Se precisa que el desempleado podrá recibir la prestación con cargo a los recursos señalados, en una sola ocasión dentro de un período de cinco años (Aristegui Noticias, 2015).

Si bien el seguro de desempleo es plausible, nos enfrentamos, como en el caso de la pensión universal, al problema de la insuficiencia de recursos financieros. Alfonso Navarrete Prida, entonces secretario de trabajo del gobierno federal, estimó en 10,000 millones de pesos para arrancar el programa. Este escenario se complicó debido a los recortes al gasto público en 2015 y 2016.

Por otra parte, aunque de acuerdo con datos del INEGI (2015), la tasa de desempleo de México fue de un 4.51 % en febrero de 2015 de la Población Económicamente Activa (PEA). El desempleo no deja de ser un problema importante en México. De acuerdo con datos de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR), durante los últimos años se han registrado innumerables retiros parciales por desempleo de las cuentas de ahorro para la jubilación (Cardoso, 2015, p.23). Tan sólo si se contabilizan los desempleados que durante 2015 retiraron de las administradoras de fondos para el retiro (Afores) llegaríamos a más de un 1 200 000, pero faltarían los que no lo hicieron, de lo cual se carece de información oficial.

Hasta abril de 2015, el gobierno federal no había entregado a ningún desempleado un Seguro de Desempleo. El gobierno del entonces Distrito Federal tuvo más visión y compromiso social y creó el Seguro del Desempleo en 2007 y lo instituyó como Programa de Gobierno el 28 de agosto de 2008.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Ver más en: Gobierno de la Ciudad de México (2014), Programa seguro de desempleo del Distrito Federal Evaluación Interna 2014. Recuperado de: <http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/2015/evaluaciones/secretarias/styfe/Seguro%20de%20Desempleo.pdf>

### *Compromiso 5: Seguro de Vida para Jefas de Familia.*

El Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia surge debido el número importante de personas sin acceso a seguridad social. Esta situación repercute negativamente en aquellas mujeres que están más expuestas a sufrir eventuales riesgos como enfermedades graves y accidentes. Asimismo, afecta a las hijas e hijos que, ante el fallecimiento de la madre jefa de familia, se ven obligados a abandonar sus estudios (SEDESOL, 2015, p.3).

En el acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia, para el ejercicio fiscal 2013, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de febrero de 2013, se señala que en aproximadamente 5.2 millones de hogares de los 6.9 millones de hogares con jefatura femenina, las jefas de familia no cuentan con el apoyo de un cónyuge debido a que son solteras, separadas, divorciadas o viudas.

El programa tiene como objetivo específico asegurar a las jefas de familia en condición de vulnerabilidad social, de modo que en caso de que fallezcan se incentive el ingreso y/o permanencia en el sistema escolar de sus hijas e hijos de hasta 23 años. Para tal efecto, y de acuerdo con las reglas de operación del programa, para 2015 se otorgarían apoyos mensuales a los hijos con base en los siguientes criterios: De 0 años y hasta preescolar \$315; Primaria \$525; Secundaria \$735; Media superior \$945; Superior \$1,050 y hasta \$1,942.50 en los casos de excepción que determine el comité técnico.

De acuerdo con datos de la organización civil Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) durante el año 2014, a un año de puesta en marcha del programa, se tenía apenas un 10.6 % de mujeres registradas y un 6.6 % de beneficiados acorde a las metas establecidas, lo que representaba un avance limitado. Estos datos obedecen a la falta de organización administrativa de las dependencias encargadas de operar el programa y a la gran cantidad de requisitos que se solicitan para el otorgamiento de los beneficios. Este tipo de seguro está principalmente dirigido a población en condición de pobreza o pobreza extrema, que en muchos casos no cuentan con las condiciones instruccionales para cumplir con los trámites administrativos requeridos.

En la operación del programa se calcula que del año 2013 a julio del 2018 se beneficiaron 6.7 millones de mujeres jefas de familia con alguna condición de vulnerabilidad y a 59,633

hijas e hijos en orfandad materna (Villa, 2018). Sin embargo, es importante señalar que a pesar de lo acotado del programa en relación a otros como el del aseguramiento a los sistemas de salud, su presencia ha sido fundamental para apoyar a familias en condiciones de vulnerabilidad que enfrentan la pérdida del sustento principal de la familia y requieren apoyo adicional para que los menores de 23 años puedan seguir estudiando.

Con el cambio de gobierno a finales del 2018, este programa se mantiene vigente, pero ha reducido drásticamente el presupuesto para su ejecución, ya que a la mayoría de los hasta entonces beneficiarios, los trasladaron a otro tipo de programas sociales.

*Compromiso 6.* Sistema Nacional de Programas de Combate a la Pobreza. Garantizar que ningún mexicano padezca hambre.

Para atender este compromiso el gobierno federal promovió e instrumentó en 2013 la *Cruzada Nacional Contra el Hambre* para que ningún mexicano padezca la falta de alimento.

En un balance sobre los resultados logrados por la Cruzada Nacional Contra el Hambre, la entonces titular de la SEDESOL, Rosario Robles, destacó los siguientes avances:

“Se identificó a la población objetivo mediante el levantamiento de millones de encuestas socioeconómicas, trabajo que permitió conocer que hay 5.5 millones de personas identificadas en condición de pobreza extrema alimentaria, con sus respectivas carencias.

De manera adicional se ha identificado a un millón de personas, dentro de los 7 millones de ciudadanos que la Cruzada tiene como población objetivo a las que nunca les había llegado un programa social.

La Cruzada es una realidad ya para 4 millones de mexicanos, pues se han multiplicado los comedores comunitarios, los escolares, los huertos y las tarjetas SINHambre.

Liconsa llega a sitios a donde antes no lo hacía, mientras que la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) abastece con maíz, frijol y arroz a miles de familias indígenas de las zonas más pobres del país.

“Se incrementó el número de beneficiarios que tienen acceso a la alimentación a partir de la alianza con los bancos de alimentos, y que actualmente muchas familias tienen una vivienda o, por primera vez, agua potable o luz” (El Economista, 2015).

Si bien se han alcanzado logros en algunos programas sociales articulados en el objetivo de combate a la pobreza, lo cierto es que los mexicanos que viven actualmente en situación de pobreza y pobreza extrema (aunque haya disminuido un poco), siguen siendo casi la mitad de la población mexicana. De acuerdo con el Informe de la Política de Desarrollo Social 2018, elaborado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en todo el país el total de personas en situación de pobreza y pobreza extrema ha disminuido en los últimos 10 años, pasando de 55.4 % de la población en 2008 al 49.3 % en el 2018. Sin embargo es importante señalar que en 23 años el ingreso en los hogares mexicanos no se ha elevado, los programas de desarrollo social están dispersos y, de acuerdo con datos empíricos de diversas organizaciones sociales, a decir verdad no se ha logrado reducir la pobreza, ya que la calidad de los servicios para la población en pobreza y pobreza extrema siguen siendo insuficiente por diversas razones no solo presupuestarias, sino de organización y deficiente manejo de recursos; el acceso efectivo a los derechos sociales no favorece a grupos tales como indígenas, discapacitados, adultos mayores y mujeres (Plumas Libres, 2015).

Después de esta somera descripción de los alcances del Pacto que inicialmente representaba la comunión del gobierno federal con las principales fuerzas políticas del país, podemos vislumbrar que la equivocada conducción de las reformas estructurales y la ausencia de un sólido proyecto de nación llevaron al fracaso no solo a esta iniciativa, sino a varias de las tareas esenciales del Estado. Específicamente aquellas vinculadas al ámbito de la salud. Los principales resultados en esta temática se limitan a las mejoras admirativas y de prevención ceñidas al IMSS y la modernización de infraestructura del ISSSTE, logros que distan mucho de satisfacer demandas centrales al sistema de salud que obedecen principalmente a la universalización del servicio, más allá de los esfuerzos impresos en este rubro, mejoramiento de la calidad en la atención y disponibilidad. Ante ello se torna indispensable conocer y analizar las razones de dichos obstáculos o impedimentos.

### **3. Problemáticas y retos de los servicios de salud en México**

Acorde a opinión de especialistas, indicadores, observación y realidad empírica, se detecta que los retos por superar para que México pueda garantizar el derecho a la protección de la salud son varios, se analizarán los más sobresalientes adelantando que la solución a la mayoría de ellos tiene que ver con razones financieras y de criterios de centralización y descentralización administrativa.

#### ***Desigualdad Social***

Uno de los principales retos es la enorme desigualdad social que prevalece en México y que es impactada por problemas financieros. Gabriela Ramos, directora del gabinete de la OCDE ha comentado que México es uno de los países más desiguales de entre los que forman parte de esa organización; de acuerdo con sus condiciones económicas, las crisis financieras globales en este país tienen el efecto de abrir más las brechas de desigualdad. Durante el 2012, los ingresos promedio de las clases sociales más adineradas era casi 31 veces mayor que el ingreso de la población más pobre, lo que polariza los ingresos y marca drásticamente la concentración de la riqueza. Es además importante señalar que las desigualdades sociales no solo se miden por el ingreso, sino acaso más por el acceso a servicios básicos de calidad y en suficiencia y por acceso a mecanismos de protección social como las pensiones (Ramos, 2015).

El Banco Mundial (BM) corroboró lo anterior al señalar en un estudio que: “México se ha estancado en la lucha para reducir la pobreza en las últimas dos décadas” (Banco de México, 2015) mientras la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), revela: “México tuvo un lento avance en la reducción de la pobreza multidimensional entre 2004 y 2012, en contraste con lo logrado en países de América Latina” (CEPAL, 2015).

Algunas de las causas en torno a los pocos avances para incrementar la equidad social en México, tenemos que la educación no ha tenido el efecto igualador que se esperaba, así como la informalidad de la economía que está al 60 %, 10 % más que el promedio en

América Latina<sup>40</sup>. Eso se traduce en que ha coexistido mayor nivel escolar con aumentos de informalidad.

A pesar de la instrumentación de programas sociales, todavía en zonas rurales, pobres y marginadas, con alta dispersión geográfica y poblacional, persisten rezagos significativos tanto por insuficiencia o falta de determinantes básicos como el acceso real a servicios de salud<sup>41</sup>.

### ***Insuficiencia Financiera***

México de acuerdo con la OCDE es el país miembro que menos gasta en salud, se calcula que el promedio de los países alcanza el 8.9 % de su PIB, en México este porcentaje oscila alrededor del 6.2. Países como Chile quedan por debajo con un 3.98 %, pero en contraste observamos a Dinamarca, Francia, Alemania, Austria y Estados Unidos en donde su porcentaje se encuentra entre el 10 y el 8.5 % (Garduño, 2015).

Además de los pocos recursos invertidos en el rubro de salud, tenemos que de los recursos extraordinarios que se distribuyen acorde al surgimiento de determinadas demandas sociales, durante el 2015 se aplicaron ajustes al ramo que destinaba importantes recursos al gasto público en salud, específicamente a la entonces operación del seguro popular y la infraestructura social en salud (CEFP, 2015).

Y el reto es mayor si consideramos también que en 2016 se estimaron recortes importantes al gasto público en materia de salud; y a que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público decidió que no habría más impuestos en 2015, es decir, fueron prácticamente nulas las posibilidades de que se incrementase el porcentaje del PIB que el gobierno gasta en salud, con lo cual la protección a la salud en México seguirá siendo una asignatura pendiente. No se destinan más recursos, pero con la creación del INSABI, potencialmente crecerá de demanda de servicios. Una muestra evidente de la fragilidad financiera de los servicios de salud en México se presentó durante los meses que van de abril a septiembre del 2020 con

---

<sup>40</sup> “En México existe un grave problema de poca creación de empleo formal, debido a la baja inversión que se realiza en el país. Mientras que la Inversión Fija Bruta del sector privado y del público es cercana a 21 % del PIB, debería ser cercana al 30 % para lograr la creación de empleos que se requiere” (Solís, 2019).

<sup>41</sup> Ver más en: López Olivia y Jarillo Edgar (2017) “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, 2017. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00087416/>

la crisis sanitaria causada por el COVID-19, en donde no únicamente los hospitales y clínicas fueron insuficientes para atender a la población contagiada, sino que los medicamentos, el personal médico, el equipo de auxilio respiratorio y otro tipo de infraestructura más fue completamente rebasada, al grado tal que los ciudadanos comenzaron a preferir quedarse en sus domicilios y sortear la enfermedad a pesar de las posibles fatales consecuencias o acudir a servicios privados de atención a la salud.

### ***Centralización de Gasto en Salud***

En el ejercicio fiscal gubernamental es claro observar como el gasto público en salud se encuentra ampliamente centralizado, se calcula que el 84.9 % es ejercido por dependencias del gobierno federal y sus órganos desconcentrados, mientras que el restante 15.03 % se envía a las entidades federativas, municipios y la CDMX (Expansión, 2018).

La centralización impide a los gobiernos locales que están más cerca de los ciudadanos y sus necesidades, disponer de mayores recursos y priorizarlos, en base a su autonomía federal para atender de forma diferenciada a usuarios de servicios de salud.

El 1996 se descentralizaron los servicios de salud a las entidades federativas, a los municipios y al gobierno del entonces Distrito Federal hoy Ciudad de México, sin embargo, los recursos no se distribuyeron en términos equitativos, conservando y centralizando el gobierno nacional la mayor parte de los recursos. La centralización en los recursos para la salud se reproduce también en el ámbito municipal, que es el más cercano a la población. La mayor parte de 2,445 gobiernos municipales no cuentan con presupuesto para destinarlo a servicios médicos, solamente funcionan algunas clínicas y consultorios médicos comunitarios, pero no todos los días y no cuentan con el equipo necesario y un catálogo básico de medicinas<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Ver más en Granados José, Tetelboin Carolina y Garduño María (2011) "Análisis cualitativo del abasto de medicamentos en México. Evaluación en los servicios a población no asegurada", en *Salud Pública de México*, 53, 2011. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5069/10059>

### Imagen 4: Recursos para Protección Social en Salud Pagados por Entidad Federativa 2017-2018.

(Millones de pesos y variaciones porcentuales)

Concepto	Ejercido 2017 (1)	Aprobado 2018 (2)	Ejercido 2018 (3)	Variación (3)-(1) Real %	Variación (3)-(2) %
<b>Total</b>	<b>67,695.1</b>	<b>68,974.6</b>	<b>68,148.4</b>	<b>-4.4</b>	<b>-1.2</b>
Aguascalientes	246.7		279.1	7.4	n.a.
Baja California	939.6		950.6	-3.9	n.a.
Baja California Sur	126.6		143.4	7.6	n.a.
Campeche	268.1		295.2	4.6	n.a.
Coahuila	433.4		487.1	6.7	n.a.
Colima	144.1		162.3	7.0	n.a.
Chiapas	3,405.4		3,458.9	-3.5	n.a.
Chihuahua	1,119.3		1,100.6	-6.6	n.a.
Ciudad de México	19,036.8	28,936.5	18,872.9	-5.8	-34.8
Durango	415.5		530.3	21.2	n.a.
Guanajuato	4,153.0		3,781.4	-13.5	n.a.
Guerrero	1,687.3		1,919.0	8.0	n.a.
Hidalgo	1,115.6		1,312.4	11.7	n.a.
Jalisco	3,219.7		3,136.5	-7.5	n.a.
México	8,624.8		8,106.7	-10.7	n.a.
Michoacán	2,633.7		2,695.7	-2.8	n.a.
Morelos	1,039.7		971.7	-11.2	n.a.
Nayarit	328.3		356.4	3.1	n.a.
Nuevo León	1,045.0		1,079.8	-1.9	n.a.
Oaxaca	2,011.9		2,260.1	6.7	n.a.
Puebla	4,391.3		4,069.6	-12.0	n.a.
Querétaro	640.1		710.0	5.3	n.a.
Quintana Roo	390.6		458.6	11.5	n.a.
San Luis Potosí	1,289.2		1,346.8	-0.8	n.a.
Sinaloa	659.7		815.2	17.3	n.a.
Sonora	530.5		658.0	17.8	n.a.
Tabasco	1,359.0		1,314.5	-8.1	n.a.
Tamaulipas	873.3		1,040.7	13.2	n.a.
Tlaxcala	714.6		717.7	-4.6	n.a.
Veracruz	3,773.5		3,784.6	-4.8	n.a.
Yucatán	584.9		700.0	13.7	n.a.
Zacatecas	493.8		632.6	21.7	n.a.
No distribuíble	0.0	40,038.1	0.0	n.a.	-100.0

Fuente: Centro de Estudios de Finanzas (CEPF) (2018), Análisis de Gasto Federalizado. [imagen].  
Recuperado de: [https://www.cefp.gob.mx/new/gasto\\_federalizado.php](https://www.cefp.gob.mx/new/gasto_federalizado.php)

En la imagen podemos visualizar la cantidad del presupuesto destinado a salud distribuido por Entidad federativa, lo cual nos demuestra cómo a pesar de contar con un mayor presupuesto en cifras reales la CDMX y el Estado de México, no corresponde proporcionalmente a la cantidad de población que tiene respecto de otras entidades y principalmente del gasto que se queda en la federación.

#### ***Desequilibrio en el destino del gasto***

A pesar de ser limitados los recursos que se gastan en México en materia de salud, no existe un equilibrio y utilización óptima de los mismos, debido a que el 96.97 % se destina para gasto corriente, principalmente para cubrir sueldos, prestaciones de seguridad social, gasto de operación (papelería y equipo de cómputo, fondos de pensiones y jubilaciones), y solo el 3.0 % se canaliza para gasto de inversión, modernización e infraestructura en salud.

Esta situación es preocupante, porque al no destinarse recursos suficientes para incrementar y modernizar la infraestructura de salud, se afecta la prestación de los servicios médicos, lo que se agudizó con el Seguro Popular que afilió a mayor número de personas con prácticamente la misma infraestructura, equipo y personal médico y administrativo y medicamentos. Esta problemática podemos detectar continua durante el 2020 con la creación del INSABI.

### ***Fraccionamiento de la Atención***

Como ya se comentó, los servicios públicos de salud que se prestan en México se realizan a través de diferentes institutos, hospitales, clínicas y centros de salud, con diferentes niveles de cobertura médica y condiciones desiguales en términos de infraestructura, equipo, personal médico y medicinas. Personas que no trabajan, o trabajan en la informalidad eran atendidas a través del Seguro Popular, trabajadores de empresas del sector privado en el IMSS, empleados públicos en el ISSSTE y en institutos públicos de salud de los gobiernos estatales. En varios casos, habitantes que se engloban en las categorías anteriores se atienden en unidades médicas del sector privado. Existen diferencias importantes en la calidad y cobertura de la atención entre los diferentes centros de salud.

Los centros de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina, y de Petróleos Mexicanos prestan mejor atención que el IMSS y el ISSSTE, y los trabajadores afiliados a estos dos organismos reciben mejor atención que los usuarios del Seguro Popular y de las unidades de salud de los gobiernos de las entidades federativas.

### ***Cambio Demográfico***

De acuerdo con proyecciones de población del Consejo Nacional de Población “en 2015 existían 121 millones de mexicanos, mientras que en 2030 esta cifra calcula aumentará a 134 millones, población que estará conformada por menos jóvenes y más personas en edad madura o vejez” (CONAPO, 2015). La tendencia indica que el crecimiento del número de adultos mayores debido al crecimiento en su esperanza de vida está generando una sobrecarga en la demanda de servicios médicos, y aunque esta es una tendencia mundial, es un reto por atender para el gobierno mexicano.

El exceso de demanda en la atención de servicios médicos se traduce directamente en una sobre carga a las finanzas de las instituciones de salud. El incremento de enfermedades crónico-degenerativas (muchas de ellas generadas por la obesidad, malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio), como la diabetes, la hipertensión, enfermedades renales, varios tipos de cáncer, etc., implica que se canalicen importantes recursos financieros para la atención de adultos mayores<sup>43</sup>.

### ***Transición Epidemiológica***

Es importante primero precisar que no debemos concebir a la transición epidemiológica como un período más, sino más bien como un proceso de cambio, ya que resulta indispensable entender a las transiciones como dinámicas en las cuales los moldes de salud y enfermedad se van transformando en respuesta a estímulos demográficos, económicos, tecnológicos políticos, biológicos, culturales, medioambientales entre otros (Frenk, 2011). ¿Cómo han cambiado en México la incidencia de las enfermedades a lo largo del tiempo?

De acuerdo con el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), las principales enfermedades o causas de muerte prematura en 1990 eran diarrea, infecciones respiratorias, accidentes, enfermedades del corazón, diabetes, entre otras. En 2010 desaparecen las enfermedades relacionadas con diarrea y atención prenatal dentro de las principales causas de muerte, pero sobresalen enfermedades del riñón y cirrosis (IHME, 2013).

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud Pública, en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, registró bajas tasas de mortalidad, aumento en la esperanza de vida, caída en tasas de fecundidad y aumento de las enfermedades crónicas. Respecto a lo último, el Instituto indica que el número de personas con hipertensión durante 2012 fue de 9.3

---

<sup>43</sup> De acuerdo con cifras del INEGI, durante 2018, los mexicanos entre 20 o más años, fueron diagnosticados con diabetes; “siendo las entidades más afectadas Campeche, Tamaulipas, Hidalgo CDMX, y Nuevo León”, respectivamente. Por otra parte, en ese mismo año, “15.2 millones de mexicanos dijeron que habían presentado un diagnóstico médico previo de hipertensión” (INEGI, 2018, p.18-20).

millones (2012), mientras que seis años más tarde, durante 2018 esta cifra creció a 15.2 millones, respecto a personas con diabetes mellitus tipo 2, la incidencia aumentó de 6.4 millones de personas en 2006 a 8.6 millones durante 2018 (2018).

Como se observa en el diagnóstico anterior, la transición implica un cambio en las principales causas de muerte, en segunda instancia, que las enfermedades que se presentan en jóvenes lo hacen con mayor incidencia entre las personas de mayor edad; otro rasgo es que se transita de una situación dominada por la mortalidad a la morbilidad, donde predominan enfermedades crónicas que afectan tanto la salud de los individuos como las finanzas de las instituciones de salud, al atender durante mucho tiempo a pacientes con este tipo de enfermedades.

Para la atención y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la actualidad (también llamadas emergentes), y derivadas de la transición epidemiológica, se requieren más recursos que los que se destinaban para atender enfermedades que predominaban hace décadas (también referidas como tradicionales). Ambas, tradicionales y emergentes, representan importantes desafíos para su atención, además de financieros, atender la cuestión preventiva, controlar y reducir factores de riesgo como los que destaco en el siguiente apartado. La pandemia vivida durante el 2020 puso en evidencia que la transición epidemiológica y la presencia de nuevas enfermedades ponen en punto de quiebra a sistemas de salud que no tienen bases sólidas en cuanto a sus estructuras, financiamiento y funcionamiento.

### *Factores de Riesgo*

Dentro de los factores de riesgo se encuentran el consumo de alcohol, de tabaco, sobrepeso y obesidad, falta de actividad física, hábitos alimenticios, entre otros.

#### Alcohol

De acuerdo con la OMS (2014), México ocupa el décimo lugar en consumo de alcohol en América Latina, con 7.2 litros *per cápita*, mientras que Chile ocupa el primer lugar con 13.9 litros. En general el continente americano es la segunda región con mayor consumo después de Europa. El consumo de alcohol mató a 3.3 millones de personas en 2012 (El Universal, 2014). En México, de acuerdo con la ENSANUT 2018, 63.8 % de los mayores

de 20 años consumieron alcohol en el último año, casi el 10 % lo hace diariamente y el 40 % semanalmente (INSP, 2018).

En el texto se destaca que el consumo excesivo está relacionado con el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluidas la cirrosis y algunos tipos de cáncer, así como enfermedades infecciosas, como la tuberculosis y la neumonía. Las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol para la salud son claras, así como sus repercusiones en los presupuestos destinados a atender enfermedades hepáticas.

#### Tabaco

Ana Marlene Espinosa Martínez, directora de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco de la Comisión Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud (2015), recordó que en México hay 17.3 millones de fumadores, 12.1 millones son hombres y el 5.2 mujeres y consideró preocupante el incremento del consumo de tabaco en los jóvenes de 12 a 17 años.

Detalló que el cigarro contiene más de 4 mil sustancias tóxicas, y una de ellas es la nicotina, que es la sustancia que hace adicta a una persona que fuma. Mencionó que los componentes en el humo de tabaco producen enfermedades como la isquemia del corazón, pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cerebrovasculares, diabetes, cáncer de pulmón, colorectal y otros tipos de cáncer como el de próstata y de mama, que recientemente fueron dados a conocer en publicaciones internacionales. También destacó que la exposición al humo de tabaco produce daños similares a los de un fumador (Tapia, 2015).

El consumo del alcohol y el tabaco sigue creciendo en México, favoreciendo el incremento de enfermedades hepáticas, así como cáncer en el estómago y en el pulmón, con la consiguiente demanda de recursos para la atención de enfermos por esas adicciones.

#### Sobrepeso y obesidad

De acuerdo con un reporte de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2015), la tasa de obesidad en adultos en México había superado la de los E.E.U.U., además, México tiene la incidencia más alta de obesidad juvenil en todo el mundo con más de 28 % de los niños entre 5 y 9 años, y 38 % de jóvenes de entre 10-19

años, clasificados con sobrepeso u obesidad (ENES-UNAM, 2015). La obesidad representa una crisis de salud pública.

El Instituto Nacional de Salud Pública, en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, advirtió que de 2006 a 2012 se incrementó en México, del 70 % al 72 % (47.9 millones), la población adulta con sobrepeso y obesidad (INSP, 2012). Mientras que para 2018, este porcentaje se incrementó llegando al 75.2 % de la población en nuestro país con sobrepeso y obesidad (INSP, 2018).

La obesidad, por otra parte, genera costos a las finanzas públicas, Pablo Kuri, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, informó en 2018 que México era primer lugar en obesidad, que 7 de cada 10 personas tenían sobrepeso u obesidad, y que al gobierno federal le cuesta cerca de 42,000 millones de pesos atender padecimientos asociados a estas enfermedades. Otros problemas asociados a la obesidad y el sobrepeso son la alta mortalidad en jóvenes de 25 a 35 años, el alto porcentaje de discapacidades laborales y los elevados gastos en el ingreso familiar (Kuri, 2015).

La necesidad de que países desarrollen acciones para combatir la obesidad y enfermedades crónicas fue subrayada a través de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud ratificada en 2004 por la Asamblea Mundial de la Salud, así como a través de la aprobación de los Ministros de Salud del Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia lanzado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2014.

La Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes impulsada por el presidente Enrique Peña Nieto y desarrollada por la Secretaría de Salud constituyó un paso inicial, sin embargo, frente a la epidemia de obesidad y las altas tasas de diabetes, no fue suficiente, además de que denotó la presencia de conflicto de interés desde su diseño (El Poder del Consumidor, 2015).

A pesar de esfuerzos gubernamentales, y de que empresas privadas hayan mejorado un poco los nutrientes de los productos alimenticios que comercializan, la obesidad sigue

creciendo no sólo en adultos sino también en niños y jóvenes. Y para la atención de muchas enfermedades asociadas a estos problemas, los recursos destinados son insuficientes<sup>44</sup>.

#### Falta de actividad física

El 56.2 % de los mexicanos mayores de 18 años no hace ninguna actividad física, 18 % nunca ha practicado una actividad física en su tiempo libre, según el estudio Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico, realizado en noviembre de 2013 a 2,336 mayores de 18 años por el INEGI en conjunto con la Comisión Nacional del Deporte (CONADE). De acuerdo con el reporte, las causas de la inactividad física son las siguientes: falta de tiempo (57.9 %), cansancio después de la jornada laboral (16 %), problemas de salud (13 %), falta de dinero (3 %) y pereza (2.9 %) (INEGI-CONADE, 2014).

En México se cree que la falta de ejercicio es uno de los principales factores del sobrepeso y la obesidad, ya que los datos nos señalan que 8 de cada 10 adultos no realizan ninguna clase de actividad física y que las clases de deportes en las instituciones educativas se reducen a 30 minutos en promedio a la semana (G.E.M., 2016, p.1).

#### Malos hábitos alimenticios

Alejandro Calvillo, director del *Poder del Consumidor*, dijo que alimentos como la leche de fórmula, sopas instantáneas y refrescos azucarados han sustituido a la lactancia materna, el maíz, los frijoles y el agua, convirtiendo a los niños en adictos al azúcar desde tempranas edades, ante ello es posible observar que menores de zonas rurales del país se encuentran desnutridos, pero además con sobrepeso” (Calvillo, 2013). De hecho, los mexicanos parecen ser adictos al azúcar, ya que consumen más refrescos azucarados por persona que cualquier otro país del mundo. La investigación presentada en una conferencia de la *American Heart Association* encontró que las bebidas azucaradas representaron 22,000 muertes en México cada año, la tasa más alta del mundo (El poder del Consumidor, 2013).

---

<sup>44</sup> “En México se estima que aproximadamente el 10% de la población, es decir 12 millones de personas presentan diabetes, por lo que el gasto directo en salud para la atención de este grupo de población está por el orden de los 19 mil millones de pesos, lo que representa hasta el 30% del presupuesto destinado a salud” (UDG, 2018, p.62).

De acuerdo con un estudio del Gabinete de Comunicación Estratégica (GCE) (2015), los hábitos alimentarios de la población en México no son buenos, por lo que 62 de cada 100 personas dicen que los mexicanos reprueban esa materia, escena en la que mucho tiene que ver el descuido existente con el consumo de calorías. GCE pidió a los mexicanos que calificaran sus costumbres a la hora de comer en una escala del 5 al 10, en que hasta 7 es reprobado y a partir de 8 es aprobatoria y 10 es excelente. El promedio logrado por los hábitos de la sociedad es de 7, reprobado (Kaleydoscopio, 2015).

La legisladora Dione Anguiano identifica otros factores que inciden en la problemática señalando que existe un déficit de nutriólogos en nuestro país ya que por cada mil habitantes sólo se cuenta con 2.4 especialistas, lo cual incide en una ausencia de orientación para llevar una dieta sana y equilibrada, que la pobreza y el alto costo de productos alimenticios básicos impide una dieta favorable para la salud, además del aumento de la venta de alimentos chatarra o poco saludables, contribuyendo al incremento de los problemas de salud que enfrenta la sociedad mexicana (Anguiano, 2015).

El *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010* muestra que los cinco factores principales que derivan en las enfermedades más frecuentes en México son el alto índice de masa corporal, los altos niveles de glucosa en sangre, el tipo de dieta, el consumo de alcohol y la presencia de presión arterial elevada (IHME, 2013).

La atención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas que se incrementan notablemente en México, representan, en suma, inversiones millonarias al sector salud.

### ***La economía de mercado***

En los países de América Latina, y en particular en México desde 1982 y en un contexto de procesos de globalización en marcha, se han venido reformando las funciones del Estado en beneficio del mercado, desarticulándose y desmantelándose el sector público. De 1155 entidades que existían en 1982, para 1999 ya sólo quedaban 203.

La administración pública experimenta una reconversión en sus principales funciones, en lugar de fortalecer su función social redistributiva en beneficio del interés público nacional, se convierte en promotora y “facilitadora” de los procesos de mercado.

Recomendaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional no sólo han presionado a favor de la apertura de la economía, de la cultura, sino, sobre todo, en áreas estratégicas como la educación, la salud y la seguridad social.

Como bien señala Rocío Citlalli Hernández Oliva, tras la tendencia de privatización del sector de la salud los productores de servicios y las compañías de seguros han sido ampliamente beneficiadas, ya que la dinámica de la política pública en salud ha debilitado a las instituciones gubernamentales prestadoras de dichos servicios, abriendo un importante nicho de oportunidad para la generación de capitales a la iniciativa privada que prestan este tipo de servicios. Acorde a las reformas internacionales de corte neoliberal en el ámbito de la salud y que fueron retomadas en México a través de la modificación a la Ley del Seguro Social y de la Secretaría de Salud, se introduce un esquema de privatización de la seguridad social y en especial de los servicios de salud, propiciando la consolidación de capitales acaparadores (Hernández, 2001).

Respecto al tema de la privatización, un ejemplo claro de las grandes ventajas de las que goza el sector privado está en el tema de las pensiones. Al llevarse a cabo la reforma para su privatización, se transfirieron enormes cantidades de recursos públicos de las aportaciones de los trabajadores y del mismo gobierno al sector financiero privado nacional e internacional, para que fueran ellos quienes lo administraran y controlaran con fines de lucro, ya que los utiliza con fines especulativos que les generan elevadas ganancias (Hernández, 2001).

Las reformas a los sistemas de salud en México y muchos países de América Latina emprendidas desde la década de los 80, se enmarcan en una reducción gradual de la participación del Estado como proveedor de servicios de salud, lo que se corrobora con la reducción del gasto público destinado y ejercido por el sector salud. Otro elemento de estas reformas es que promueven la privatización de los servicios públicos. La salud en lugar de ser un bien de interés público es vista como un producto o mercancía que se debe ofertar en el mercado.

El gasto público en el sector salud no ha crecido en los últimos años, con el consecuente desmantelamiento de las instituciones públicas y la prestación deficiente de los servicios

médicos, aunado a problemas de cobertura y calidad<sup>45</sup>. Se ha venido construyendo un escenario donde el Estado se perciba como un mal proveedor de los servicios de salud mientras que el sector privado aparezca como eficiente, moderno, ocultando que la calidad de los servicios médicos que presta el gobierno ha bajado, precisamente, porque se ha disminuido el presupuesto que se destina al gasto público en salud, como lo recomienda la ideología y política neoliberal.

Tales acciones imponen al Estado grandes retos y desafíos para ofrecer a la población servicios de salud con disponibilidad real, calidad en la atención, personal suficiente, cobertura, y principalmente resultados favorables en el diagnóstico y tratamiento; pero tal parece como se señala en líneas anteriores, que la liberalización de prestación de servicios de salud a la iniciativa privada ha marcado un hito en la calidad de la atención, estableciéndose parámetros de comparación de los servicios prestados por el gobierno y los ofrecidos por los particulares. Ello ha hecho que el Estado no solo intente por un lado buscar estrategias que implementar para elevar la calidad de los servicios que presta desde aspectos prácticamente administrativos y de organización, ya que la inversión en el sector prácticamente ha estado estancada e incluso el gasto público disminuido, y por otro lado, de forma hasta contradictoria, favorece el aumento en la oferta de servicios privados, que incluso ha llegado a subrogar por falta de capacidad en la atención y prestación de ciertos servicios como es el caso de los estudios de gabinete y laboratorio para diagnóstico o de dotación de medicamentos. Los cuales a decir verdad presentan también deficiencias.

### **3.1 Las crisis de los servicios de salud en México**

Leonardo Lomelí nos aporta un diagnóstico general de la crisis de los servicios de salud cuando señala que el estado de la salud de los mexicanos es no satisfactorio ya que el sistema que presta servicios médicos muestra importantes rezagos, principalmente en cuanto a la equidad, calidad y cobertura financiera. En México, las desigualdades y los contrastes siguen siendo características imperantes y las brechas entre los que gozan de

---

<sup>45</sup> “En los últimos diez años, la brecha en el gasto per cápita entre instituciones de salud se redujo, ya que este indicador se contrajo en todas las instituciones de salud como resultado de un presupuesto insuficiente y que no está vinculado al incremento en población afiliada. Durante los últimos diez años, el gasto público en salud ha oscilado entre 2.5% y 2.9% el PIB, estimaciones propias y de organismos internacionales sugieren destinar, al menos, el doble” (Méndez, 2019).

todos los servicios y quienes carecen de lo elemental cada vez son más profundas (Lomelí, 2015).

La fragilidad de los servicios de salud en México se debe a diversas crisis que entraña el sistema en sí mismo, como la financiera, de equidad, calidad, cobertura y laboral-política que no se han atendido a fondo durante décadas. A continuación, se describirán las mismas para intentar explicar las razones de esa no satisfactoria atención de la salud por parte del sistema nacional.

### **3.1.1. La crisis financiera**

A pesar de que el artículo cuarto de la Constitución Política de México establece que el acceso a los servicios de salud es un derecho universal de todos los mexicanos, la evidencia muestra que el gobierno invierte un porcentaje muy reducido de su Producto Interno Bruto (PIB) en el rubro respecto a otros países de la OCDE. En México durante el periodo del 2015 al 2018, el porcentaje del PIB destinado al rubro de salud fue disminuyendo, pasando del 3 al 2.81 %, lo que lo coloca como el país integrante de la OCDE que menos recurso destina a ese rubro. Alemania, Suecia y Japón por citar tres ejemplos invierten alrededor del 9 % de su PIB, lo que les permite ofrecer a la población servicios en mayor cantidad y calidad (Olivares, 2019, p.32).

El dato anterior, aunque significativo, cobra mayor sentido haciendo una comparación de gasto público en salud como porcentaje de gasto público total, este se ha mantenido en la misma proporción desde 2006, alrededor de 11 %. En 2006 representó el 11.9 % mientras que en 2017 es del 11.2 % (Méndez, 2016). Concluyentemente, acorde a las reformas en esta materia entre 2012 y 2019, el gasto en salud no fue proporcional al incremento de beneficiarios, los cuales se incrementaron sustancialmente con la bien recibida “universalización” del servicio a través del Seguro Popular y hoy INSABI, teniendo un incremento en los años mencionados, de casi el 60 % del padrón de asegurados.

Un problema asociado que enfrenta el gasto público en salud en México es que casi el 64 % se destina para gasto corriente, necesario para cubrir los rubros de servicios personales (sueldos, prestaciones de seguridad social) y gasto de operación (papelería y equipo de cómputo, fondos de pensiones y jubilaciones). Únicamente el 1.6 % se asigna para gasto

de inversión, para la modernización y ampliación o construcción de infraestructura en salud (Méndez, 2016).

Aunado a las cifras mencionadas y la importancia que desde el gobierno se otorga a las políticas públicas en materia de salud, es indispensable resaltar otros aspectos que han deteriorado el manejo de recursos en el ámbito de estudio, como es el mal manejo de las estructuras y los procesos administrativos que han estado teñidos de corrupción en al menos los últimos 18 años.

Los problemas financieros antes señalados afectan el bienestar y los servicios públicos de salud, porque dejan de ser responsabilidad pública, gubernamental, primordialmente, para convertirse, gradualmente, en responsabilidad individual. Ahora la salud, en una economía de mercado con problemas graves en sus finanzas públicas, se oferta más con base en la solvencia económica individual, y no tanto como un derecho social de los mexicanos.

### **3.1.2. La crisis de equidad**

La equidad en términos sanitarios se refiere a tanto la igualdad en la posibilidad de acceso como en el trato al usuario, sin distinción racial, social o religiosa, así como igualdad de oportunidades para acceder a todos los servicios que presten las instituciones de salud en un país determinado<sup>46</sup>.

La crisis de equidad en los servicios de salud tiene que ver con los montos desproporcionados que se destinan en México para la población asegurada que labora en el sector formal y los usuarios de población abierta integrada por personas que no laboran formalmente y otras que lo hacen en el sector informal de la economía, principalmente en el ambulante (Hernández, *et al.*, 2018). Sumado al sistema mixto y fragmentado en el cual encontramos tanto instituciones públicas de seguridad social como instituciones públicas de protección social en salud.

Avanzar en la equidad significaría incrementar sustantivamente los recursos públicos a la Secretaría de Salud para que pueda ofrecer servicios de la misma calidad a la población

---

<sup>46</sup> “La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas” (OPS, 2020).

abierta, escenario que parece inviable, sobre todo por los recortes que se contemplan al gasto público en el sector salud y que ya se han descrito.

Además de que la prestación de los servicios médicos está segmentada, como se verá más adelante, existen notables diferencias en los derechos que se satisfacen y las prestaciones que se proporcionan.

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en México la aplicación del derecho a la salud está marcado por un principio de progresividad, es decir, que dicha garantía se va otorgando paulatinamente acorde a la disponibilidad de ciertos recursos, sin embargo, esto ocurre entre población no asegurada, ya que para aquellos que cuentan por su condición laboral con aseguramiento público, podemos señalar un principio de regresividad, ya que a pesar de las aportaciones del gasto público en salud para la atención de este sector, la cantidad y calidad de los servicios no es mejor con el tiempo (PNUD, 2013).

La población no asegurada (PNA) recibe atención médica en instituciones de la Secretaría de Salud federal directamente o a través del Seguro Popular (hasta 2019) o mediante otras alternativas. Algunos servicios los recibe gratuitamente y otros los tiene que pagar, por lo que es un servicio semi gratuito, semi público o semi privado.

Los servicios de salud que se prestan a la población activa (PA) son gratuitos y se presume cuentan con mayor calidad que los que recibe la PNA, en virtud de que las instituciones que afilian a la población activa reciben las aportaciones de esta, además del subsidio gubernamental. Es importante mencionar que en este supuesto encontramos a los institutos estatales que dependen de los gobiernos de las entidades federativas y que, por las mismas características orgánicas y administrativas, se ha demostrado que cuentan con ciertas ventajas de funcionamiento de mayor calidad que otras dependencias públicas. Un ejemplo de ello es el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios. Cabe destacar que, si bien se han destinado recursos para la atención de la PNA, es difícil que, en el corto y mediano plazo, reciba la misma atención médica que la PA.

Para confirmar las afirmaciones anteriores, en la siguiente tabla podemos verificar como en 2019 las instituciones de salud del Estado que atienden derechohabientes por pertenecer a la PEA, es decir, población asegurada, reciben acumuladamente cerca del 80 % del

presupuesto nacional. Para contrastar este porcentaje es importante mencionar que cerca del 85 % de la población en México se encuentra asegurada a un servicio de salud público, de ese universo el 39 % corresponde a las instituciones de salud destinadas a la PNA, lo que se traduce en términos generales en la siguiente afirmación: las instituciones que atienden a casi el 40 % de la población en México, reciben el 20 % del presupuesto nacional en Salud (ENESS, 2017).

**Imagen 5: Función de la salud por institución**

FUNCIÓN SALUD POR INSTITUCIÓN   En millones de pesos y participación en el total (%)							
Institución	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
Defensa Nacional	5,039 (1%)	5,737 (1%)	5,739 (1%)	6,081 (1%)	6,063 (1%)	6,064 (1%)	6,058 (1%)
Salud	116,748 (26%)	124,243 (26%)	128,539 (25%)	126,178 (24%)	115,828 (22%)	116,386 (21%)	117,294 (20%)
Marina	1,429 (0%)	1,449 (0%)	1,689 (0%)	1,730 (0%)	1,460 (0%)	2,004 (0%)	2,171 (0%)
Aportaciones a Seguridad Social	12,855 (3%)	13,669 (3%)	14,439 (3%)	15,170 (3%)	16,730 (3%)	17,759 (3%)	18,494 (3%)
FASSA	64,543 (15%)	69,125 (14%)	75,201 (15%)	79,755 (15%)	84,682 (16%)	90,508 (16%)	95,639 (16%)
IMSS	201,705 (45%)	217,048 (45%)	232,094 (45%)	242,901 (46%)	258,382 (48%)	277,178 (49%)	297,472 (50%)
ISSSTE	41,410 (9%)	53,959 (11%)	53,733 (11%)	51,409 (10%)	52,501 (10%)	55,037 (10%)	58,963 (10%)
<b>TOTAL</b>	<b>443,729</b>	<b>485,229</b>	<b>511,434</b>	<b>523,223</b>	<b>535,645</b>	<b>564,936</b>	<b>596,090</b>

Fuente: Canifarma (2019) "PEF 2013 – 2018 y PPEF 2019". Tomo I. Información Global y Específica: Información Consolidada de Gasto Programable: Análisis de las funciones del gasto programable por ramo presupuestario o entidad y destino de gasto, [imagen]. Recuperado de: <https://codigof.mx/presupuesto-de-salud-2019/>

La inequidad también se expresa en las desigualdades en la prestación de servicios de salud entre las entidades federativas y municipios. No en todos los casos se proporcionan los servicios con la misma equidad y calidad. Existen variaciones en infraestructura, equipo y personal médico y administrativo. Por citar un ejemplo, las participaciones federales que se entregan a las entidades federativas a través del ramo 33 en su rubro salud, obedece a criterios no necesariamente poblacionales, lo cual coloca en gran desventaja a la CDMX y al Estado de México, entidades federativas con mayor concentración poblacional. Estos criterios pueden conocerse estudiando particularidades del federalismo fiscal.

### **3.1.3. La crisis de la calidad**

La calidad no ha sido una preocupación tradicional o histórica en la prestación de los servicios de salud en México, sino que más bien se volvió trascendente a partir de 1996 y relevante en 2011. Rolando Neri y Héctor Aguirre destacan que fue en 1996 cuando se introdujeron en la administración pública criterios de evaluación y mejora continua de la calidad, incluso en cuanto a la atención médica. Fue entonces que se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la cual está enfocada a calificar el accionar de las instituciones y el personal de salud público y privado del país, a pesar de que en su origen parecía estar más bien enfocada al desarrollo de medios alternativos de resolución de controversias entre médicos y pacientes. Actualmente esta comisión tiene entre sus objetivos principales contribuir a la mejora de la calidad y la elaboración de políticas públicas (Neri y Aguirre, 2012, p.43).

Hasta antes de 1996 muchas muertes por negligencias médicas o por cirugías mal realizadas difícilmente eran sancionadas al no existir una autoridad que, mediante investigaciones clínicas apoyadas en protocolos y peritos médicos, determinará si se había incurrido o no en responsabilidad.

La creación de la CONAMED, aunque tardía, constituyó para los mexicanos una instancia para denunciar daños temporales o mortales, debido a una mala calidad en la prestación de servicios médicos tanto de instituciones privadas como públicas, y para los médicos un acicate para desempeñar su labor con mayor calidad.

Otro avance ya más direccionado en favor de la calidad en los servicios médicos tiene lugar cinco años después. Como bien señala Enrique Ruelas: “La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes” (Ruelas, 2012, p.15).

Desde entonces, se han instrumentado acciones diversas para mejorar la calidad de los servicios de salud con resultados limitados. Los recortes públicos continuos, la fragmentación del sistema, la corrupción y la evidente falta de planeación coordinada entre las instancias conductoras del sistema de salud, ha repercutido negativamente en la calidad de la prestación de los servicios públicos.

Debido a que en nuestro país el sistema sanitario estructuralmente es fragmentado, las instituciones que lo componen no atienden con los mismos parámetros de calidad a los usuarios ni reciben el mismo presupuesto por paciente. Hay desigualdades entre instituciones que atienden a trabajadores derechohabientes y desigualdades también en las instituciones de salud dedicadas a atender población abierta y sin afiliación alguna; así como falta de calidad en la atención de población que no goza con ningún servicio de atención médica y regularmente acude para la atención de urgencias a hospitales que convierten la estancia del enfermo, en viacrucis personales y de los familiares. Es el caso de un importante sector de la población indígena.<sup>47,48.</sup>

Es necesario, como señalan Gustavo Nigenda y otros autores, que la implementación y evaluación de estrategias para la calidad debe ser regulada en todas las instalaciones sanitarias sean públicas o privadas, para que, en correspondencia, los estándares sean equiparables en instalaciones que presten servicios similares y diferenciada por niveles de atención. Ello en virtud de la disparidad de calidad en los servicios que se prestan actualmente entre las instancias públicas y los servicios que prestan los particulares (Nigenda, 2013). Lo cual no solo se convierte en indispensable por la importancia del bien que se atiende que es la salud y la vida de las personas, sino además por la creciente ola de estándares y normas que a nivel internacional se han emitido para poder evaluar a las instituciones y organizaciones, tanto públicas como privadas, de los cuales dependen varios aspectos como créditos, recursos adicionales, estándares, calificaciones, reputación, entre otros.

---

<sup>47</sup> “En el 2016, el CONEVAL estimó que el 77.6% de los indígenas no tienen acceso a seguridad social” (García, 2018).

<sup>48</sup> “Las carencias más pronunciadas que presenta la población indígena son el acceso a la seguridad social y a los servicios básicos de vivienda. En el 2016, el Coneval estimó que el 77.6% de los indígenas no tienen acceso a seguridad social y el 56.3% no tiene acceso a servicios básicos para la vida como agua, luz, gas, drenaje y comunicaciones” (García, 2018).

Mientras se instituye un sistema público único de salud, debe establecerse e imperar en todas las instituciones sanitarias un conjunto de parámetros de calidad en los servicios médicos, que se adecuen a metodologías y criterios internacionales.

Hoy en México lamentablemente la situación laboral, ingresos y capacidad de pago determina el tipo y calidad de servicio médico que una persona puede recibir. Quien no tiene un empleo formal, o se encuentra desempleado, es muy difícil que acceda a servicios de calidad.

Con el establecimiento del Seguro Popular (2001), el gobierno federal al menos en el papel y en los discursos políticos, pretendió alcanzar el acceso universal a la salud y, efectivamente, durante su vigencia aumentó el número de beneficiarios, no así proporcionalmente los recursos financieros, humanos, materiales ni en infraestructura, lo que se traduce en la práctica, en disminución de la calidad en la atención al usuario.

Algunos autores destacan que en el sector salud se debe tener como uno de los objetivos a lograr la calidad asistencial, es decir, calidad en términos de eficiencia como de eficacia. Eficacia en el hecho de haber realizado un diagnóstico y tratamiento que permita una mejoría de la salud o la erradicación o control de una enfermedad, y eficiencia en el sentido de haber logrado lo anterior, con el menor coste financiero y con base a estándares internacionales.

Otro factor que afecta la calidad es que, en México, gran parte del personal médico, enfermeros, administrativos, trabajadores sociales, pertenece a un sindicato y es reticente a las innovaciones, capacitaciones, y a laborar con base en indicadores de desempeño como calidad y eficiencia.<sup>49</sup>

En el sector privado las diferencias en la calidad de la atención también prevalecen, aunque en menor proporción. En algunos hospitales cobran más por determinados servicios que en otros y predomina más el lucro que la calidad. En algunos les dan prioridad a instalaciones lujosas más que a contar con los mejores profesionales y dar mejores servicios. Es común

---

<sup>49</sup> Ver más en: Gobierno de la República (2015) La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro\\_03.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf)

que médicos y especialistas que laboran en instituciones de salud públicas también lo hagan en instituciones privadas.

Es adecuado mencionar que, de acuerdo con una encuesta telefónica del GCE, aplicada a 600 personas de todo el país el 9 de febrero de 2015, en términos de calidad de servicios de salud, el 57 % de los entrevistados (casi dos de cada tres usuarios entrevistados) consideró mal y muy mal los servicios, el 14.8 % regular, en tanto el 26.1 % entre bien y muy bien, mientras que el 21 % no sabe/no contestó.

Otro estudio de Mario Bronfman y Elena Zúñiga sobre la calidad en los servicios de salud recoge algunas quejas de los usuarios, que coinciden con las percepciones de muchos mexicanos que acuden a las instituciones de salud públicas, entre ellas encontramos quejas relacionadas con la *organización de los servicios*, es decir, el exceso de burocracia que pone trabas al otorgamiento de la asistencia (mucho tiempo de espera, insuficientes servicios, no portabilidad de la atención, carencia de especialistas, entre otros), así como *quejas relacionadas con la atención médica*; uno de los inconvenientes que señalan los usuarios es la insuficiente capacitación del personal médico y la sustitución de estos por pasantes de medicina. Son comunes los testimonios de diagnósticos y tratamientos equivocados, así como negligencia en la atención. También se destaca la brevedad de las consultas de atención, ya que los médicos tienen que cumplir con determinadas cuotas al día, lo que reduce la posibilidad de aclarar dudas, explicación detallada de los padecimientos, efectos de los medicamentos, posibles complicaciones, información sobre los cuidados del paciente, entre otra información que sin duda es útil para tratar las enfermedades. Un tercer elemento respecto a la atención médica está vinculado con la desconfianza hacia el tratamiento prescrito y hacia la calidad del medicamento, ya que existe la creencia que los medicamentos que otorga el sector público no cuentan con la misma calidad que otros medicamentos de laboratorios que manejan costos más elevados (Bronfman y Zúñiga, 2011).

Es importante señalar que los mismos Bronfman y Zúñiga en el mencionado estudio, destacan que un sector importante de la población en México, principalmente los de clases económicamente más altas, utilizan servicios alternativos a los de la seguridad social con la intención de evitarse las ya mencionadas trabas administrativas o falta de calidad en los servicios de atención médica. Estas mismas clases sociales aprecian que los costos de

atención en el sector privado son más elevados ya que en ellos se provee una atención y trato más humano y de calidad a pesar de que explotan económicamente a los pacientes; (Bronfman y Zúñiga, 2011. pp. 22-25).

Los grupos de bajos recursos y sobre todo en la población sin seguridad social se mueven entre la no utilización en los casos de extrema pobreza, o la selección entre servicios de beneficencia social privada y los de la Secretaría de Salud. La principal disyuntiva para la población no derechohabiente del sector bajo se da entre los distintos tipos de servicios de beneficencia social. La búsqueda de atención en la farmacia es una de las opciones que más compiten con la asistencia al médico, entre la población no derechohabiente. Estas circunstancias se presentan debido a la baja capacidad adquisitiva de la población, por lo que los individuos enfrentan la disyuntiva entre pagar la atención médica y el medicamento o sólo pagar este último. A la población perteneciente a bajos estratos sociales el dinero le alcanza sólo para para pagar la consulta o para comprar el medicamento, o bien para satisfacer otras necesidades esenciales; lo que de alguna manera explica las altas tasas de automedicación de la sociedad mexicana, pues supone un ahorro significativo de dinero (Bronfman y Zúñiga, 2011).

Un caso particular es la hospitalización. Las opciones para la hospitalización son los servicios públicos, tanto en los sectores bajos como para la mayoría de los individuos de los sectores medios. Este patrón tiene su explicación en el alto costo que implica este tipo de atención en las instituciones privadas. Sin embargo, la población no derechohabiente que acude a los servicios de la SS se ve obligada a endeudarse o disponer de sus bienes para poder pagar los costos de una hospitalización (Bronfman y Zúñiga, 2011).

Como lo podemos observar en el estudio anterior, es importante seguir realizando investigaciones entre la población usuaria para conocer con mayor precisión las deficiencias, insuficiencias y hasta negligencias, en la prestación de los servicios médicos públicos.

Por todo lo anterior, se coincide con Francisco Hernández en que uno de los principales retos de la agenda y la política pública en el entorno de la salud es contribuir a la mejora de la calidad en la atención de la salud y la seguridad del paciente, generando mediante una planeación eficiente contextos óptimos de atención tanto para los prestadores de los servicios como para los usuarios (Hernández, *et al.*, 2012, p. 57).

La mejora de la calidad, por las consideraciones anteriores, es otra asignatura pendiente en materia de salud.

### 3.1.4. La crisis de la cobertura

La cobertura universal de salud comprende tres etapas:

1. **Afiliación universal.** Se garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público.

Los países miembros de la OMS, entre ellos México, se comprometieron en lograr al 2030 una cobertura sanitaria universal con miras a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población,<sup>50</sup> sin embargo, este propósito no se cumplirá principalmente por razones financieras y recortes presupuestales, situación que generará costos para personas que no están inscritas en algún sistema de salud.

2. **Cobertura universal.** Comprende el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos. De acuerdo con el gobierno de México, en abril de 2012 se logró la cobertura universal al incorporarse 52.6 millones de mexicanos al Sistema de Protección Social en Salud, a través del Seguro Popular<sup>51</sup>. A pesar de los anuncios de dichas cifras y diversas estrategias, la cobertura universal en México aún en el 2020 no se ha logrado.

3. **Cobertura efectiva universal.** Se logra cuando se garantiza a todos los mexicanos de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo<sup>52</sup>.

México ha avanzado en las primeras dos etapas, sin embargo, la tercera constituye un desafío difícil de lograr principalmente por cuestiones financieras. Con 18 años de

---

<sup>50</sup> Ver más en: Noticias ONU (2019) Líderes mundiales aprueban la declaración de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2019/09/1462542>

<sup>51</sup> Ver más en: <https://datos.gob.mx/busca/organization/seguro-popular>

<sup>52</sup> Ver más en: Knaul, Felicia Marie *et al.* "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México", en *Salud pública Méx.*, vol.55, n.2, 2013. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es&nrm=iso)

operación, el Seguro Popular estuvo lejos de cumplir con sus propósitos fundamentales. Margarita Vera destaca un informe de la Auditoría Superior de la Federación en el que se señala que a pesar de que la operación del Seguro Popular se comprometió a alcanzar la cobertura universal en la prestación de servicios de salud, aún 4 millones de mexicanos mayores de 5 años carecen de acceso a algún servicio de salud, ya sea a través del Seguro Popular o la seguridad social como el IMSS, ISSSTE o algún instituto estatal. Se calcula que aproximadamente el 95 % de la población nacional puede gozar de algún servicio de salud pública debido a un proceso previo de afiliación, sin embargo, los procesos o trámites para lograr el servicio suelen ser ampliamente burocráticos y desalientan la demanda (Vera, 2015).

Es importante señalar que los mexicanos afiliados al Seguro Popular se encuentran en clara desventaja respecto a los derechohabientes de otras instituciones de seguridad social, mientras estos últimos, se supone, tienen garantizada la atención de cualquier padecimiento, los beneficiados por el Seguro Popular sólo cuentan con la atención de 344 padecimientos, 285 esenciales y 59 de alta complejidad, en donde se incluyen diabetes, males cardíacos, algunos tipos de cáncer y problemas hepáticos. El objetivo del Seguro Popular respecto de reducir los gastos en salud de la población más pobre del país, a todas luces aún no se ha cumplido. Algunos datos nos dicen que el 46 % de los hogares afiliados a este programa realizan gasto de bolsillo para pagar ya sea atención médica, hospitalaria o medicamentos (Vera, 2015).

Será importante para este estudio conocer las acciones, coberturas y alcances que tendrá el INSABI, con el que el gobierno federal a partir de enero del 2019 promete dar atención médica y medicamentos gratuitos a los millones de personas que no cuentan con seguridad social y a aquellos que ya cuentan con ella, pero no gozan de servicios de calidad (Ortega, 2020). Dicho instituto comenzó a operar en enero del 2020, sin mayor cambio en relación con la operación del Seguro Popular, que la atención indiscriminada de personas en las clínicas y hospitales y sin requisito previo alguno. No hay hasta el momento evidencia de cambios administrativos, reingeniería, aumento de presupuesto, entre otros factores necesarios para cumplir con calidad los servicios brindados ante el aumento considerable de personas por atender.

### 3.1.5. La crisis laboral y política

Otro problema que incide en la crisis de los servicios de salud es la crisis laboral y política. El 25 de septiembre de 1996 fue publicado por el Gobierno de la República en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en el cual se determinaba que el derecho a la protección de la salud -previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los EUM- dispone los principios de equidad y justicia que debe procurar el Estado Mexicano en todos sus órdenes de gobierno. El Acuerdo permitía la descentralización de los servicios de salud y lo respaldan el Gobierno Federal, los gobiernos de cada una de las entidades y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud<sup>53</sup>.

La firma del Acuerdo fue un logro importante para el federalismo mexicano, sin embargo, la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas no se acompañó, como hubiera sido lo deseable, de una reconversión o transformación de un sindicato nacional a 32 sindicatos estatales independientes, que se deberían corresponder con las entidades federativas en que se divide la República Mexicana. Los servicios de la entonces Secretaría de Salud y Asistencia y la hoy Secretaría de Salud son descentralizados, los operan los Estados, pero en lo referente a las negociaciones contractuales laborales, los gobernadores de las entidades federativas las tienen que tratar con el Sindicato de Trabajadores de la Secretaría de Salud, un sindicato nacional.

Estas tradicionales formas de organización administrativa gubernamental han traído con el paso del tiempo una crisis laboral con trasfondo político que agudiza las otras crisis de las que anteriormente hemos disertado. Actualmente el sector salud se une a las condiciones nacionales de falta de empleos, empleos mal remunerados, excesivas jornadas laborales, tratos injustos, explotación, entre otras características que sabemos están dominando las condiciones de trabajo en todo el mundo, pero que sin lugar a duda impactan negativamente en los espacios de trabajo. De ahí la tan abordada precariedad laboral.

Sin duda este panorama general de las crisis que componen la situación del sistema de salud mexicano, nos permiten vislumbrar que la mayor parte de la inoperancia del mismo

---

<sup>53</sup> Ver más en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html> [26-03-2020].

obedece a temas estructurales de organización administrativa, a vicios enquistados en la conducta de los servidores y funcionarios públicos, a la falta de compromiso estatal con investigación e innovación en la materia y al modelo de la política económica nacional que ha privilegiado a través de programas paternalistas, otros rubros que no necesariamente coadyuven al cumplimiento de derechos sociales fundamentales de las personas como es el cuidado y la atención de la salud

## **4. El Derecho a la Protección de la Salud en México**

### **4.1. Desde el ámbito jurídico**

Como se describió anteriormente, el derecho a la salud en México está actualmente consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2020), en la parte referente a las garantías individuales. En el cuarto párrafo del artículo cuarto se reconoce así “...toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Este reconocimiento legal se apega a los lineamientos internacionales del gobierno mexicano en la materia, a las recomendaciones de la OMS y la OPS y a los tratados internacionales que en la materia ha suscrito el gobierno federal y ratificado el Senado mexicano.

De igual forma el derecho a la salud está reglamentado a través de la Ley General de Salud, que dispone que el derecho a la protección de la salud permita alcanzar el bienestar físico y mental de los mexicanos. Para garantizar y proteger este derecho el Estado tiene la posibilidad de intervenir a través de políticas públicas, programas sociales y reformas legales.

Lo que sucede en México hoy en día, es que el derecho a la salud, aunque está plasmado en la Constitución, reglamentado a través de la LGS y alineado con tratados y reglamentaciones internacionales, no es ejercido plenamente por millones de mexicanos,

quienes no cuentan con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, es decir se ubican en una situación de carencia por acceso a servicios de salud. Las razones de ello han sido anteriormente descritas, pero se fincan principalmente en un fallido modelo de sistema de salud que se encuentra fragmentado, a los bajos presupuestos destinados para el ramo, a la falta de formación y profesionalización de personal de salud y la excesiva demanda de atención a padecimientos prevenibles.

Con el establecimiento de un SNS Universal el Estado mexicano pretendió durante el sexenio 2012 – 2018 dar cumplimiento cabal al derecho a la salud, sin embargo, el ejecutivo federal no envió al Congreso una iniciativa de ley con ese propósito expreso. Desde mayo de 2014, la entonces titular de la Secretaría de Salud adelantó que “el presidente de la República, Enrique Peña Nieto, presentaría reforma al artículo cuarto constitucional, para garantizar el acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud, a toda persona, independientemente de su condición social y estatus laboral” (México Sano, 2014, p.1), pero esto no ha sucedido. Se enviaron iniciativas de reforma al artículo cuarto constitucional durante 2012 y 2014, pero ninguna de ellas relacionada a esta pretensión.

La reforma para garantizar en los hechos la operación de la protección del Estado mexicano a la salud de todos sus habitantes había sido postergada, pero durante noviembre del 2019 se presentó por parte del gobierno federal una nueva iniciativa de reforma que a la letra dice: “...Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (DOF, 2020).

El trasfondo de esta última reforma pretende la creación del INSABI el cual tiene como objetivo brindar atención médica y medicamentos gratuitos sin restricciones, pues ya no necesitaría afiliación ni pago de cuotas. Ello en un sentido literal del postulado podría traducirse en un acceso sin límite a los servicios de salud, sin embargo, sin modificación de las estructuras, presupuestos, procesos e infraestructuras, se empantana en una aspiración.

**Tabla 6. Reformas constitucionales al artículo 4° constitucional 1974 – 2020**

REFORMA	FECHA	CONSISTIÓ EN:
1ª Reforma	31-12-1974	Fue elevada a rango constitucional la <i>igualdad jurídica entre hombres y mujeres</i> , al plasmarla en el párrafo segundo del artículo 4º de la ley fundamental que dice a la letra: "El varón y la mujer son iguales ante la Ley".
2ª Reforma	18-03-1980	Se adiciona un tercer párrafo, que dice: Es deber de los padres preservar et derecho de los menores a la satisfacci6n de sus necesidades y a la salud física y mental. La Ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de: las instituciones públicas.
3ª Reforma	03-02-1983	Se adiciona un párrafo penúltimo que a la letra dice: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.
4ª Reforma	07-02-1983	Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.
5ª Reforma	28-01-1992	La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley
6ª Reforma	28-06-1999	Se adiciona un párrafo quinto al artículo 4o. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.
7ª Reforma	07-04-2000	Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.
Fe de Erratas	12-04-2000	El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez. Debe decir: El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez".

8ª Reforma	14-08-2001	Artículo 4. (Se deroga el párrafo primero).
9ª Reforma	30-04-2009	Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.
10ª Reforma	12-10-2011	Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.
11ª Reforma	12-10-2011	<i>Se reforman los párrafos sexto y séptimo del artículo 4:</i>  La niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez. Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios.
12ª Reforma	13-10-2011	Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.
13ª Reforma	08-02-2012	Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley. Toda persona tiene derecho al acceso, disposición y saneamiento de agua para consumo personal y doméstico en forma suficiente, salubre, aceptable y asequible. El Estado garantizará este derecho y la ley definirá las bases, apoyos y modalidades para el acceso y uso equitativo y sustentable de los recursos hídricos, estableciendo la participación de la Federación, las entidades federativas y los municipios, así como la participación de la ciudadanía para la consecución de dichos fines.
14ª Reforma	17-06-2014	Toda persona tiene derecho a la identidad y a ser registrado de manera inmediata a su nacimiento. El Estado garantizará el cumplimiento de estos derechos. La autoridad competente expedirá gratuitamente la primera copia certificada del acta de registro de nacimiento.
15ª Reforma	06-06-2019	La mujer y el hombre son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

16ª Reforma	08-05-2020	Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.
-------------	------------	--

Fuente: Elaboración propia con base en: SCJN, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857 (Compilación Cronológica de sus Modificaciones), 2020. Recuperado de: <https://www.scjn.gob.mx/constitucion-politica-delosestadosunidosmexicanos/articulos/339?fbclid=IwAR0QmhGjulGcuUE4uwo40mHexNJKCAVe5UDibzG7GLVGKKBOhjnR7o-v30>

## 4.2. Desde los indicadores de salud

En este apartado se revisará cuál es la situación actual del derecho a la protección a la salud con base a indicadores básicos que miden el acceso y uso efectivo de los servicios de salud tales como: disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad, particularmente en el caso del Seguro Popular y algunos datos primarios del INSABI, que el gobierno federal pretende convertir en la base del nuevo Sistema Universal de Salud.

La fuente de la información utilizada procede del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), cuyos diagnósticos tienen como sustento el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018, el Censo de Población y Vivienda 2010, la Encuesta intercensal 2015, del INEGI. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública, registros administrativos hasta 2018, y las bases de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos, de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2000-2019, producidas por el Sistema Nacional de Información en Salud.

Cabe destacar que los cuatro indicadores que se revisarán -disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad- fueron adoptados en el año 2000 por el CESCER de las Naciones Unidas para conocer de forma general el estado de los sistemas de salud en el mundo.

## **Disponibilidad**

Este indicador se refiere a la obligación que tiene el Estado de otorgar en suficiencia la infraestructura y los establecimientos, bienes y servicios de atención de la salud. La disponibilidad de servicios de salud se finca en la operación real de establecimientos de salud de diversos tipos y niveles con la suficiente existencia de los recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para la atención digna de la salud (CONEVAL, 2014). La disponibilidad hace referencia básicamente al acervo de recursos físicos y materiales, así como a recursos humanos.

**Tabla 7. Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud**

<b>Indicador</b>	<b>2019</b>
<b>Población nacional total</b>	<b>124,737,791</b>
<b>Población asegurada</b>	<b>102,301,874</b>
Población usuaria de consulta externa	24,964,592
Establecimientos públicos de salud	35,406
- Unidades de consulta externa	28,564
- Unidades de hospitalización	4,707
- Asistencia social y apoyo	2,135
Camas hospitalarias disponibles	89,538
Camas no hospitalarias disponibles	50,019
Equipo médico de alta tecnología (2018)	1609
Quirófanos	4162
Salas de expulsión	2221
Consultas externas otorgadas	88,803,800
Médicos generales y familiares	69,896
Médicos especialistas	94,603
Enfermeras generales	144,784
Enfermeras especialistas	36,602

Fuente: Elaboración propia con datos del SINAIS y de la ENIGH 2018.

Como se calcula con datos de la tabla anterior, que muestra cifras básicas del concepto de disponibilidad, el 82 % de la población en México en 2018 se encontraba asegurada por alguna institución pública de salud incluido el Seguro Popular, con la entrada en funcionamiento del INSABI y las reformas a la LGS 2019 esta cifra se incrementará, pero

no en calidad de asegurados sino de usuarios, ya que la universalidad del acceso a los servicios de salud está garantizada a pesar de las trabas o dificultades administrativas que se han presentado.

Al calcular el número de habitantes a atender por cada uno de los establecimientos públicos de salud, las cifras ofrecen que habría un total de 3,524 personas por cada establecimiento, lo que deja en evidencia la insuficiencia de entidades públicas de atención, ya que estas van desde consultorios rurales, clínicas de primer nivel, hospitales urbanos, hasta los grandes institutos de especialidades. Así mismo se calcula que hay una cama hospitalaria o no hospitalaria por cada 893 personas, lo cual demostró su insuficiencia ante la crisis sanitaria por Covid-19 en los meses de marzo a diciembre del 2020. Respecto al personal de salud, es importante señalar que existe un médico general o especialista por cada 759 personas, es decir, 1.3 médicos por cada 1000 habitantes, cuando las cifras promedio en países europeos reflejan que existen 3.5 médicos por cada 1000, ello genera una clara desventaja de disponibilidad, sin contar la distribución geográfica de la prestación de los servicios de estos.

### ***Accesibilidad***

La accesibilidad se refiere a la eliminación de obstáculos para que las personas tengan acceso real a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información (CONEVAL, 2014). La accesibilidad acorde al PIDESC contempla tres dimensiones, accesibilidad física o material, accesibilidad económica y accesibilidad a información relacionada con la atención y prevención de la salud.

La accesibilidad mide la infraestructura, movilidad y disposición de bienes y servicios para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, entre ellos por ejemplo el tiempo que un usuario de servicio médico requiere para trasladarse a un hospital, además de la distancia a recorrer, los medios físicos para trasladarse y el costo que ello implica; los montos del PIB destinados al rubro de salud y atención de las enfermedades, así como la cantidad y calidad de mecanismos.

Acorde a datos del CONEVAL, encontramos que un ciudadano promedio en México ocupa casi una hora para llegar al Centro de Salud en donde le atenderán (2010, p.42). Como en la mayoría de los países, los centros urbanos aglutinan la mayor parte de los servicios y

respecto al tema de la salud no existen grandes diferencias. Es cierto que en México casi el 77 % de su población habita ya en zonas urbanas, lo que podría indicar la accesibilidad a los centros de salud, sin embargo, factores como la sobrepoblación, el crecimiento desordenado, la mala calidad de los medios de transporte público y las vías de comunicación, así como los costos de movilización juegan un factor importante al momento de calificar la accesibilidad a este servicio.

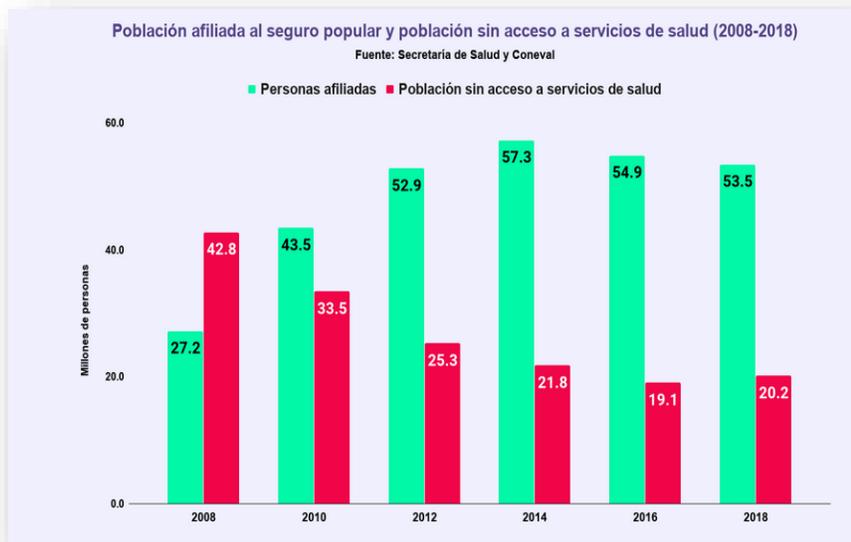
Un elemento para tomar en cuenta en el rubro del acceso es la posibilidad efectiva de hacer uso de los servicios de salud, es decir consulta externa, hospitalización, medicamentos, análisis clínicos, terapias, tratamientos de alto seguimiento, entre otros servicios. Este rubro es comúnmente medido o evaluado, y a pesar de los ordenamientos legales que han intentado propiciar el acceso universal a la salud pública, las cifras nos demuestran lo contrario, en la tabla 8 podemos verificar esta afirmación.

La imagen que se presenta a continuación muestra el avance histórico del acceso a servicios públicos de salud en México durante los años 2008 al 2018, y aunque el incremento porcentual es prácticamente del 26 %, la realidad refleja que no toda la población que estaba afiliada era atendida en la clínica o centro de salud más cercano o accesible y no se le otorgaban los tratamientos y atención necesarias acorde a sus padecimientos. Para el año 2020 con la entrada en funcionamiento del INSABI, se presume que el porcentaje de acceso se incrementará, sin embargo, aún no hay cifras al respecto, lo que se pone en tela de juicio es la calidad de la prestación de los servicios, incluso en el futuro cercano<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Al respecto del rubro de accesibilidad, Viri Ríos comenta: “Llega a tomar semanas lograr ser atendido. El tiempo promedio de espera entre el primer contacto con el médico general y recibir atención quirúrgica de manera electiva era de más de 7 meses hasta 2011. A partir de 2016, el IMSS comenzó a realizar cirugías en fin de semana, lo que se dijo podría aumentar la disponibilidad de quirófanos hasta en 40 %. Aún si así fuera, y si todo el sector salud siguiera la misma práctica, estaríamos hablando de 4 meses de espera para ser atendido. Lo peor es que, aun cuando son atendidos, muchas veces los pacientes tienen que pagar de su bolsa por curaciones y materiales” (Ríos, 2020).

## Imagen 6: Histórico de población con acceso a los servicios públicos de salud.



Fuente: González Omar (2020) “La cobertura universal en salud: ese gran reto pendiente” [imagen]. México: Cuestiono. Recuperado de: <https://cuestiono.com/detalle/a-fondo/la-cobertura-universal-en-salud-ese-gran-reto-pendiente>.

### Utilización

La utilización se refiere al uso que pueden hacer las personas de la infraestructura, establecimientos, bienes y servicios de salud cuando lo requieren, utilizando para ello la información que se otorga por parte de las instancias públicas, es decir, indicadores sobre el reporte de atención médica en caso de enfermedad y el uso de servicios médicos específicos (CONEVAL, 2014).

Esta información principalmente estadística, permite medir no solo la cantidad de veces que son utilizados los servicios de salud, sino por quiénes son utilizados, lo que refleja datos significativos que refuerzan la hipótesis de que el SSM está diseñado y funciona para la población de más bajos recursos y con la tendencia a acrecentar la participación del sector privado en este rubro de la vida social.<sup>55</sup>

<sup>55</sup> “El sistema de salud pública en México se ha convertido en la salud a la que recurren las personas de bajos recursos y no la sociedad en su conjunto. Las personas de mayores ingresos, que más podrían contribuir con crear un sistema de salud público eficaz y bien financiado, no quieren invertir en algo que desconocen, rechazan y estigmatizan” (Ríos, 2020).

De acuerdo con datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud y nutrición 2018 elaborada por el INEGI, encontramos que para 2018, casi el 81 % de la población en nuestro país era derechohabiente o estaba afiliado a una institución de salud, pero solo el 56.6 % de la misma se atendía en los servicios públicos, dicho porcentaje disminuyó en relación con datos del 2012, en donde hacía uso de los servicios médicos el 61.1 % de la población.

Los servicios de salud que más se demandan son la consulta ambulatoria principalmente en mujeres, el que menos demanda presenta en el sector público es la hospitalización en varones (ENSANUT, 2018).

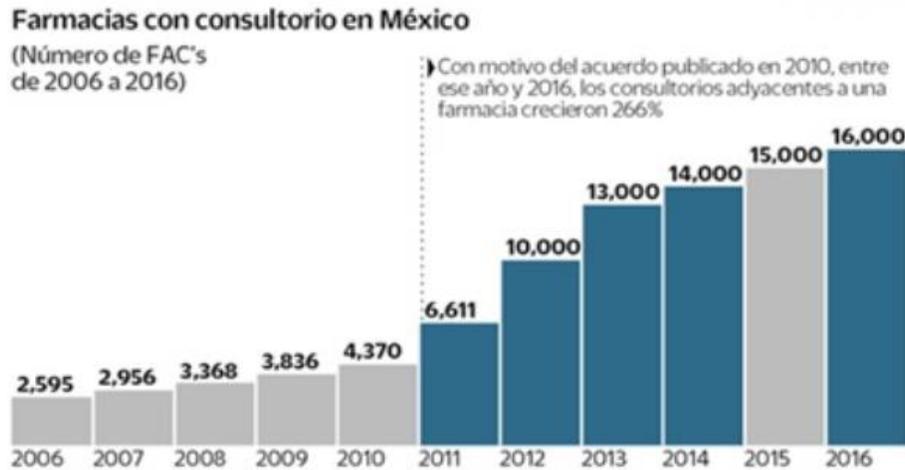
**Tabla 8. Indicadores sobre utilización de los servicios del Sistema de protección social en salud**

Indicador	2019	Porcentaje en relación con el total
Porcentaje de personas afiliadas al Sistema de protección social en salud	51.4 millones de personas	
Consultas otorgadas de enero a junio de 2019	24,880,927	48 %
Atención de urgencias brindadas durante 2019	696,972	1.35 %
Ingresos hospitalarios de enero a junio de 2019	296,280	.57 %

Fuente: Gobierno de México (2019) “Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud”. Recuperado de: <https://cutt.ly/yzYPGTK>

Los porcentajes en la tabla 8 nos muestran que, a pesar de la importante afiliación de personas a los diversos sistemas de prestación de servicios de salud, más del 50 % de los mismos no hacen uso de dichos servicios. Las razones de ello serán analizadas más adelante, pero se presume que obedece a los tiempos de espera para ser atendido, la baja accesibilidad de los centros de salud y hospitales y el incremento exponencial de consultorios de farmacias de bajo costo. Para ilustrar esta última información encontramos que en seis años crecieron un 266 % los consultorios privados adyacentes a farmacias, en donde se atienden “más de 10.6 millones de personas al mes, lo que se ha convertido en un sistema de salud que supera la atención mensual del ISSSTE y la del Seguro Social” (Miranda, 2018).

## Imagen 7. Farmacias privadas con consultorio médico en México 2018



Fuente: Miranda Perla (2018) “Se multiplican los consultorios de “paso” [imagen] México: El Universal. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/se-dispara-numero-de-consultorios-en-farmacias>

Con los datos hallados en la propia ENSANUT 2018, se encuentra que los grupos de edad que más atención demandan de los servicios de salud del Estado son las mujeres entre los 20 y los 37 años y los adultos mayores de ambos sexos. Los servicios más solicitados son el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión, así como padecimientos relacionados con riñón y los accidentes cerebrovasculares (ENSANUT, 2018).

Estos datos generales nos permiten visualizar que a pesar de los esfuerzos realizados por los gobiernos en los últimos 20 años acerca de la universalización de acceso a los servicios de salud, un alto porcentaje de la población prefiere utilizar servicios privados que no necesariamente representa la mejor alternativa, específicamente en cuanto al servicio de consulta externa se refiere.

Reflexionando al respecto, Ríos (2020) insiste en que algunas personas de ciertas clases sociales han decidido no utilizar servicios públicos de salud, se calcula que cuatro de cada 10 personas, a pesar de tener afiliación en alguna institución del sector salud, se atienden con médicos particulares cuando enferman.

## **Calidad**

Posiblemente el concepto de calidad puede ser el más complejo de todos, ya que mide diversas interpretaciones. La calidad es hacer las cosas correctamente haciendo un uso adecuado de los recursos, respetando la dignidad y autonomía de las personas, satisfaciendo aspectos relacionados con sus requerimientos subjetivos. La calidad implica aplicar con justicia y equidad los recursos en salud, haciendo más confiables a los sistemas ya que cumplen con la promesa de que el derecho a la salud es posible, real y palpable (Artaza, 2015, citado en CONEVAL, 2018, p.98).

Respecto a su medición, cuando nos referimos a la calidad en la prestación de los servicios de salud, se toma en cuenta que la infraestructura, los bienes y los servicios de salud sean apropiados a las necesidades de los pacientes, lo cual entre otras estrategias representa contar con personal suficiente y capacitado, medicamentos adecuados y en existencia, equipamiento indicado, condiciones de higiene y sanitarias convenientes y un buen trato por parte del personal de salud hacia los usuarios (CONEVAL, 2014, p.27).

La medición de la calidad de los servicios de salud debe ser uno de los objetivos instrumentales de todo sistema, así como uno de sus más amplios atributos. La percepción de la calidad es principalmente una cualidad evaluada por los usuarios, de ahí la importancia de conocer siempre la opinión, postura y propuesta del ciudadano usuario de los servicios.<sup>56</sup>

Ante la complejidad que entraña la delimitación de esta categoría de análisis, a nivel internacional en 2006 la OCDE propuso tres dimensiones indispensables y mínimas necesarias para garantizar calidad en la prestación de servicios de salud en cualquier sistema, a saber, la **seguridad, efectividad y atención centrada en la persona**.

Aplicando estas dimensiones al caso de México, identificamos elementos que permiten valorar la **seguridad** de los pacientes, es decir reducir el daño causado en la prestación de los procesos de atención médica. Para ello, analizaremos la “tasa de infecciones nosocomiales, las cuales son contraídas por el paciente durante su estadía en el hospital y

---

<sup>56</sup> “En el tema de salud, se considera que un servicio médico es de calidad cuando se hace lo correcto en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado” (CONEVAL, 2018, p.97).

no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación el momento de ingreso del paciente” (OMS, 2003, citado en CONEVAL, 2018, p.98). Ello habla de la calidad de la vigilancia epidemiológica y además de los cuidados integrales del paciente y el manejo de su enfermedad.<sup>57,58</sup>

Otro indicador de la seguridad de los pacientes se relaciona con el tiempo de espera en las salas de urgencias, que son lugares donde la falta de atención pronta puede poner en grave riesgo la pérdida de un órgano o incluso la vida. En 2017, el promedio de tiempo de espera en las salas de urgencias de los hospitales públicos fue de 30.2 minutos promedio, el cual varía considerablemente dependiendo del tipo de institución de que se trate, lo cual supera considerablemente las recomendaciones otorgadas por organismos especialistas que señalan que el tiempo máximo de espera en una sala de urgencias debe ser de 15 minutos.

La siguiente imagen nos muestra los tiempos promedios de espera en las salas de urgencia de diversas instituciones de salud en México.

**Imagen 8. Tiempo promedio en minutos para recibir consulta en urgencias por institución (2010 y 2017)**



Fuente: CONEVAL, 2018:101.

57 “En México se estima una tasa de infecciones nosocomiales que oscila entre 3.8 y 26.1 por cada 100 egresos. En algunos hospitales de México, se ha observado una mayor prevalencia de estas infecciones en los servicios de medicina interna, pediatría, cirugía, y en menor proporción en ginecoobstetricia” (Castañeda y Valdespino, 2014, p.2).

58 Estos datos se asocian a una mortalidad general de 4.8%, igualmente “cerca del 90% de las defunciones de pacientes quirúrgicos se relacionan con alguna infección nosocomial” (CONEVAL, 2018, p.99). Los datos nos muestran una alta tasa de infecciones nosocomiales en relación con índices que presentan otros sistemas de salud como “Alemania 5.0%, Reino Unido 4.7%, Bulgaria 3.7%” (Longás, 2013).

Sin duda un dato fundamental que se incluye también en el rubro de seguridad para medir la calidad de los servicios de salud tiene que ver con aquel que proviene principalmente del usuario y está relacionado con el porcentaje de denuncias concluidas con evidencia de mala práctica médica. Para el caso de México, es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la responsable de recibir, investigar y resolver este tipo de denuncias, las cuales a través de los últimos años se observa que han disminuido en cantidad. Se presume que tal acción puede deberse a la burocracia implícita en los trámites. La siguiente imagen nos muestra la información estadística institucional correspondiente a las denuncias interpuestas por usuarios de los servicios de salud durante 2019.

**Imagen 9. Denuncias interpuestas por usuarios de los servicios de salud durante 2019.**

Del 01/01/2019 al 31/12/2019

Características de laudo	Sector Involucrado		
	Total	Público	Privado
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>8</b>	<b>37</b>
<b>EVALUACIÓN DEL ACTO MÉDICO</b>			
Con evidencia de mala práctica	30	7	23
Sin evidencia de mala práctica	15	1	14
Sin elementos	0	0	0
<b>RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL</b>			
Con responsabilidad institucional	16	7	9
Sin responsabilidad institucional	14	0	14
Sin elementos	15	1	14
<b>SENTIDO DEL LAUDO</b>			
Absolutorio	15	1	14
Condenatorio	30	7	23

Fuente: Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2020) "Información Estadística 2019". Recuperado de: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2019>

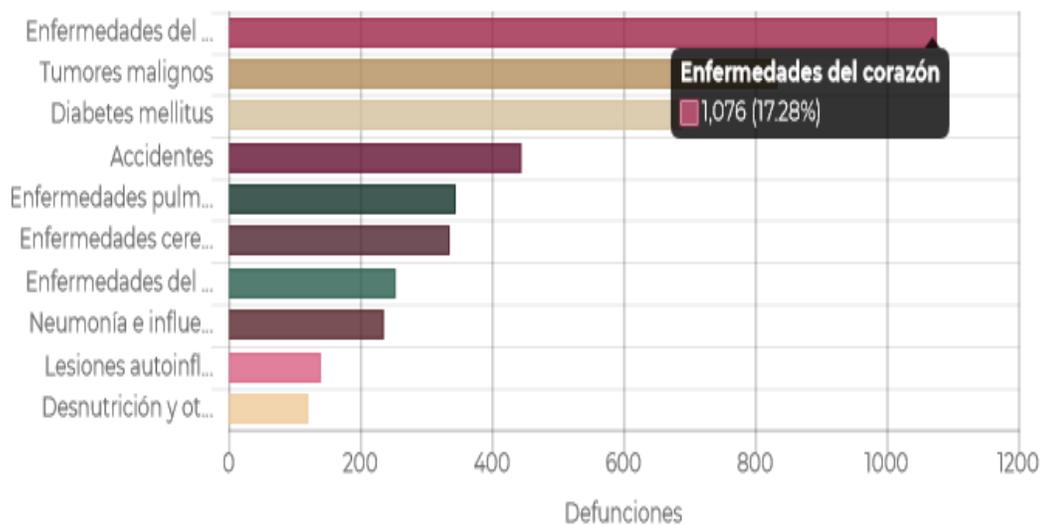
Estos tres indicadores revisados en el rubro de seguridad nos muestran cifras que mantienen al sistema de salud alejado de parámetros ideales para la prestación de estos, lo cual sin duda debilita la garantía del derecho a la protección de la salud y se presenta como un reto a atender por parte de principalmente los procesos administrativos.

Cuando se recurre al término de **efectividad** en la medición de la prestación de los servicios de salud se hace referencia a esa posibilidad de obtener una mejora de la salud a través de recibir una atención médica. La medición de la efectividad se refiere a los cambios necesarios de diseño e implementación de los programas de salud con la finalidad de que incidan mayormente en el desarrollo del sector de la salud y socioeconómico (Hernández, *et al*, 2015). Estamos en este sentido refiriéndonos a la necesaria política de atención a los padecimientos recurrentes en determinadas sociedades y las acciones epidemiológicas y de políticas públicas para su prevención.

El perfil epidemiológico de la sociedad mexicana es muestra, en cierto sentido, de la falta de algunos servicios que deben ofrecerse desde el sector salud a través de sus diversas instituciones y en vinculación con instituciones y mecanismos educacionales. En nuestro país, durante 2018, detectamos que existe una prevalencia de causas de muerte vinculadas a enfermedades del corazón; a nivel internacional se calcula que estas enfermedades ocurren en un 80 % en países de ingresos bajos y medios, lo cual las vincula con condiciones socioeconómicas y culturales. Incluso, la propia OMS calcula que una abrumadora mayoría de los infartos al miocardio y los Accidentes Vasculares Cerebrales prematuros son completamente prevenibles si se lleva a cabo una atención y seguimiento oportuno y adecuado de los padecimientos y los hábitos de vida saludables (OMS, 2020).

Correlacionando los factores de riesgo para esta primera causa de muerte nacional, se detecta que en su mayoría son altamente prevenibles, hipertensión, obesidad, tabaquismo e inactividad física. Los dos primeros factores de riesgo, sin duda, bajo un manejo adecuado de la enfermedad por parte de los sistemas de salud, podría disminuir considerablemente las muertes por esta causa. La siguiente imagen muestra las principales causas de muerte en México durante 2018, en donde resaltamos los padecimientos ya descritos, seguidos de tumores malignos y diabetes mellitus.

**Imagen 10. Principales causas de muerte en México durante 2018**



Fuente: Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2018) "Datos en Salud". Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Dentro del perfil epidemiológico también detectamos datos acerca de la morbilidad, es decir, aquellos datos que nos indican de qué enferman las personas durante determinados periodos de tiempo. En las siguientes cifras, indudablemente encontraremos padecimientos en su mayoría prevenibles, desde el ámbito de lo público a través de la promoción del autocuidado, el manejo de los síntomas, la aplicación de vacunas y/o tratamientos preventivos, así como prevenibles desde la conducta social, lo cual refleja la ausencia de comunión entre la misma sociedad civil y sus instituciones de salud, las cuales en determinadas circunstancias han realizado esfuerzos para la prevención y manejo de ciertas prevalencias, como es el caso de enfermedades respiratorias. Las enfermedades en la población mexicana con más prevalencia durante 2019 fueron:

**Tabla 9. Enfermedades con más prevalencia durante 2019 en la población mexicana**

<b>Enfermedad</b>	<b>Presencia en número de casos a nivel nacional 2019</b>
Infecciones respiratorias agudas	23 778 438
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 360 604
Infección de vías urinarias	4 348 079
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 418 236
Gingivitis y enfermedad periodontal	1 131 482
Conjuntivitis	1 035 140
Otitis media aguda	790 660
Obesidad	677 075
Vulvovaginitis	648 473
Hipertensión arterial	543 933
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	438 393

Elaboración propia, con base en el Anuario de Morbilidad 1984 – 2019. Recuperado de: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad\\_grupo.html](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html)

Las siguientes imágenes muestran dos tipos de campañas de comunicación diseñadas en el sector público, para la promoción y el cuidado de la salud, tal como se mencionó en líneas anteriores.

## Imagen 11: Campaña de Vacunación contra la Influenza estacional



Fuente: Cuatro Vientos (2019) Inició IMSS campaña de vacunación anti influenza en BC [imagen] México: 4 vientos periodismo en red. Recuperado de: <http://www.4vientos.net/2019/10/24/inicio-imss-campana-de-vacunacion-anti-influenza-en-bc/>

## Imagen 12: Recomendaciones contra enfermedades respiratorias



Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social (2019) "Contra enfermedades respiratorias, IMSS recomienda fortalecer higiene, comer frutas, verduras y evitar cambios de temperatura", México: Gobierno de México. Recuperado de: <https://cutt.ly/vzPH4yq>

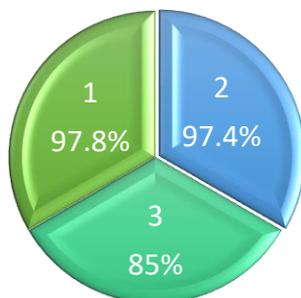
Los datos mostrados al respecto de la efectividad de los servicios de salud sin duda evidencian los importantes retos que al respecto de la prevención y atención oportuna enfrenta el SSM, ya que es fundamental trabajar en la atención de enfermedades infecciosas o transmisibles para disminuir la tasa de morbilidad, además de implementar y dar seguimiento a acciones enfocadas a reducir eficientemente la presencia de

enfermedades no transmisibles y que cada día se presentan con mayor frecuencia (Estrada Guadalupe, *et al.*, 2016. p. 21).

La tercera dimensión indispensable para garantizar calidad en la prestación de servicios de salud se vincula con la **atención centrada en la persona**. Es decir, aquella que exige una colaboración estrecha entre el personal de salud, el paciente y su familia, con la intención de garantizar que la atención, el tratamiento y las decisiones que se emprendan, respeten las preferencias y necesidades del enfermo, y que este último cuente con la información necesaria para poder participar en su proceso de atención y combate de su enfermedad (CONAMED, 2019, p.3).

Esta visión ve al paciente como individuo, con sus propios padecimientos y necesidades, fijando la atención no tanto en las enfermedades, sino en las necesidades integrales de la persona. Este enfoque permite tener una visión más generalizada de la salud pública y sus características específicas. Para poder calificar dicha atención, el CONEVAL (2018) se refiere a la oportunidad de la atención cuando es requerida, sin algún retraso que ponga en peligro la vida o salud de las personas, con un tratamiento secuencial acorde a las necesidades del paciente entre los datos rescatables en esta subdimensión encontramos opiniones acerca de la claridad de la información brindada por los médicos en los servicios de consulta externa (1), el porcentaje de usuarios que consideran haber recibido un buen trato en la consulta externa (2), la satisfacción con la cantidad de medicamentos que se reciben (3). En el siguiente gráfico encontraremos los porcentajes las opiniones vertidas por los usuarios.

**Gráfico 1: Porcentaje de usuarios satisfechos**



Elaboración propia con base en CONEVAL 2018.

Como podemos observar en el gráfico, los porcentajes de usuarios altamente satisfechos con estos tres elementos medidos es muy elevado, lo cual podría vislumbrar alta calidad en el rubro de atención centrada en la persona, sin embargo, en un estudio realizado por el propio Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018, p.123) se encuentran ciertas conductas de los usuarios al momento de responder encuestas, que ayudan a explicarnos la alta variación de los indicadores medidos, destacando la cultura mexicana a calificar alto y castigar poco, sobre todo cuando se pregunta por la satisfacción global.

La atención centrada en la persona refiere además a programas específicos de atención y seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas como el VIH, diabetes, hipertensión, cáncer o condiciones como la salud reproductiva y el embarazo. Es importante reconocer que en este sentido se han implementado políticas públicas de seguimiento a estas principales causas de morbilidad entre los mexicanos, sin embargo, múltiples factores influyen en la falta de continuidad en los tratamientos, algunos de ellos atribuibles a los mismos pacientes, y en otros casos, a elementos institucionales como el cambio de personal médico, falta de medicamentos, saturación de los servicios, entre otras causas.

Son innegables los avances que en algunos indicadores de salud se han tenido en México en los últimos 19 años, principalmente con el incremento en número de personal médico, ampliación de instalaciones de servicios de salud, ampliación de la cobertura entre la población menos favorecida y la disminución general de la mortalidad y el consecuente incremento de la esperanza de vida; sin embargo, aún existen innumerables retos importantes en la materia y que obedecen no únicamente a fallas administrativas o de presupuesto, sino a la fragmentación de la prestación de los servicios, el incremento en la oferta de servicios privados a altos costos, la proliferación de consultorios privados de bajos costos sin posibilidad de comprobación de calidad del servicio prestado y en la ausencia de adaptación de las políticas generales de salud a los propios cambios demográficos y epidemiológicos de la población mexicana.

#### **4.3. Desde la inversión pública**

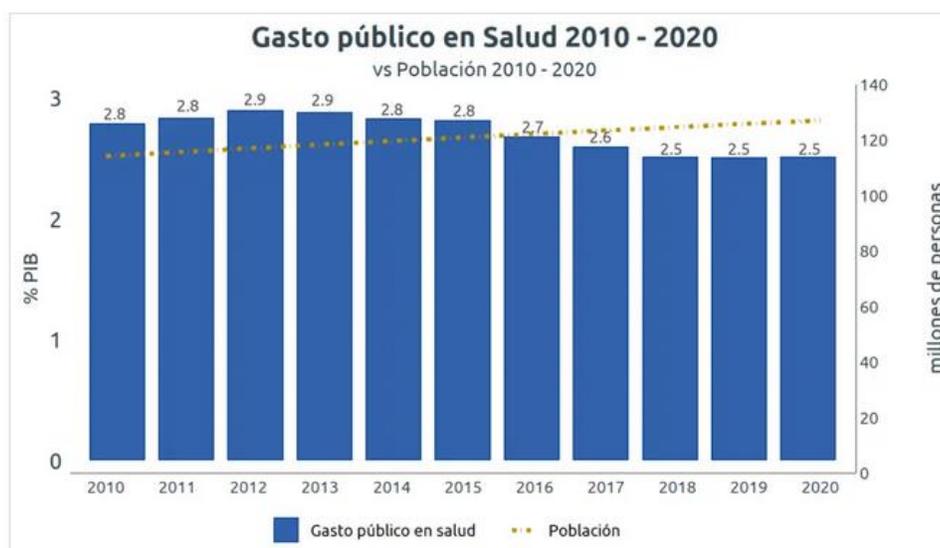
En opinión de la OCDE, los países con mayor gasto en salud y mayor número de trabajadores en el sector tienen mejores resultados de salud, calidad y acceso a la atención.

Dicha relación no se da en un sentido automático, sino que adicionalmente influyen una serie más de elementos que traducen el financiamiento en servicios con accesibilidad, disponibilidad y calidad. Es importante resaltar, por ejemplo, que países como Estado Unidos de Norteamérica invierte en el rubro el 16.9 % de su PIB o Suiza que destina el 12.2 %, lo cual no necesariamente representa tener las más altas tasas de esperanza de vida o menores niveles de morbilidad en determinados padecimientos, como es el caso del mismo Estados Unidos, pero está demostrado que un mayor gasto público en salud, amplía las posibilidades de cumplimiento de la garantía humana a la protección de la salud.

Para el caso de México se observa una disminución de la brecha en el gasto per cápita entre instituciones de salud, oscilando entre el 2.5 y el 2.9 % del PIB nacional, ello se debe entre otras razones a que el insuficiente presupuesto público en el ramo no corresponde a la creciente afiliación de usuarios de los servicios (Méndez, 2020).

Como veremos en la siguiente ilustración, el gasto público en salud durante la última década no ha variado significativamente, de manera desafortunada los cambios han sido a la baja a través del tiempo, lo cual es inversamente desproporcional a la demanda de servicios que se incrementan considerablemente, lo cual puede deducirse al confirmar el aumento en el número de afiliados a los sistemas públicos de salud. El total de población afiliada se ha incrementado de 66.5 % de la población total en el año 2010 al 81.4 % en el 2018; el mayor aumento se presenta en el Seguro Popular, ahora INSABI.

**Imagen 13: Gasto público en salud 2010-2020**



Fuente: Méndez Judith, "La contracción del gasto per cápita en salud: 2010 – 2020", CIEP, 2019.  
Recuperado de: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

Estas restricciones presupuestarias se ven reflejadas en la falta de equipo, largos tiempos de espera en atención ambulatoria, disminuida capacidad de atención en hospitales de tercer nivel, insuficiencia de medicamentos, bajos sueldos al personal médico, escasa investigación en el área médica, entre otros elementos sustanciales que dinamizan el círculo vicioso de la deficiente accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud en nuestro país. Aunado al problema de insuficiencia de recursos para incrementar el porcentaje del PIB que México destina a la salud, el Gobierno Federal ha enfrentado en los últimos años otros problemas o retos: recortes presupuestales del gasto público en general (incluido en salud), la centralización de los recursos públicos destinados a la salud (el 84.9 % concentra y gasta la federación y sólo 15 % los gobiernos estatales), al hecho de que más del 96 % de los recursos citados se destina a gastos operativos corrientes y el mínimo restante a gasto de inversión, modernización e infraestructura, aspectos fundamentales en la consolidación de un sistema de salud de calidad (Guevara, *et al*, 2001, p. 6).

Por otra parte, la creciente afiliación al Seguro Popular sobrecargó a las instituciones de salud pública federales y locales, más enfermos y los mismos médicos, infraestructura y medicinas, en suma, más usuarios y menos servicios.

Como puede observarse, este cúmulo de elementos, características, acciones y políticas públicas que giran en torno a la dinámica del sistema de salud mexicano ha mermado la capacidad no solo de atención a la salud de la población, sino que ha disminuido la posibilidad de implementar estrategias y programas de prevención, así como seguimiento de las enfermedades crónico-degenerativas presentes en altos porcentajes entre la población nacional. Sin duda alguna, estos factores deterioran considerablemente el disfrute y garantía del derecho humano a la protección y atención de la salud que el Estado a través de sus instituciones está obligado a brindar, no únicamente a través de instituciones de salud, sino en trabajo coordinado con otras áreas de la administración pública que pueden coadyuvar a conseguir las metas de poblaciones más sanas.

## **5. Las propuestas de reforma del Sistema de Salud Mexicano**

Con la intención de vislumbrar algunas de las más importantes estrategias gubernamentales ante las diversas problemáticas que ha enfrentado el sistema de salud en México, se mencionan a continuación varias propuestas de reformas al sistema de salud, con la intención de corregir o reorientar el rumbo de algunas acciones y/o decisiones; dichas propuestas provienen principalmente de la misma estructura pública que conduce el sistema de salud, así como de actores políticos y organizaciones de la sociedad que pretenden coadyuvar a la funcionalidad de las instituciones que atienden el tema.

En la siguiente tabla se enuncian las aportaciones de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C., que es la institución privada más importante y que más aporta estudios, investigaciones y propuestas en materia de salud en México, así como aportaciones del Partido Acción Nacional y del entonces Partido de la Revolución Democrática (dos de los tres partidos políticos con mayor presencia en el país). La propuesta del Partido Revolucionario Institucional se retoma en conjunto con las propias que hace el gobierno

federal, en virtud de que este último proviene de aquel y comulgan en cuanto a ideología y acciones.

**Tabla 10. Principales Elementos de las Propuestas de Reforma**

Autor	Principales Elementos de las Propuestas de Reforma
<p><b>Fundación Mexicana para la Salud</b></p> <p>(Presentada el 24 de octubre de 2012 al equipo de transición del presidente de la República)</p> <p>(Funsalud, 2012).</p>	<p><b>Universalidad de los Servicios de Salud.</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Fortalecer la eficiencia en el otorgamiento de servicios de salud a todos los mexicanos garantizando la cobertura universal de servicios de salud, con equidad y eficiencia, haciendo efectivo el derecho a la protección de la salud consignado en la Constitución.</p> <p><b>Elementos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El financiamiento de la salud a través de impuestos generales</li> <li>➤ La separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación</li> <li>➤ La protección financiera de la salud pública y los servicios de salud a la persona</li> <li>➤ La pluralidad en la articulación y prestación de servicios de salud</li> <li>➤ La capacidad de elección del usuario sobre la red de servicios</li> <li>➤ El desarrollo de una agenda legislativa para la reforma sanitaria y contributiva.</li> </ul> <p><b>Apoya:</b> acceso efectivo a los servicios de salud, pensión para la vejez, seguro de desempleo y seguro de riesgos de trabajo</p>
<p><b>Gobierno de México</b></p> <p>Anunciada por Mercedes Juan, Secretaria de Salud, el 25 de abril de 2014 en la Semana de la Seguridad Social organizada por el</p>	<p><b>Sistema Nacional de Salud Universal</b></p> <p><b>Objetivo:</b> Garantizar el acceso efectivo y con calidad a toda persona a los servicios de salud, independientemente de su condición social o estatus laboral.</p> <p><b>Elementos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primero. - Definir intervenciones de salud como estándares de calidad y tiempos máximos de espera. Homologar la capacidad de respuesta en las instituciones, los protocolos de atención y lista de intervenciones médicas.</li> <li>➤ Segundo. - Establecer la creación de una instancia que vigile el acceso a servicios de salud, a la cual se otorgarán facultades para obligar a las instituciones a prestar servicios o a pagar el direccionamiento del paciente a un proveedor interno.</li> </ul>

Senado mexicano (Salazar, 2014).	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tercero. - Estipular la integración de la Comisión del Sistema Nacional de Salud Universal como es el Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, así como las instancias rectoras: Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud.</li> </ul>
<b>Partido Acción Nacional</b> (Pacheco, 2015).	<p>El PAN no propone una, pero sugieren que la que sea probada sea integral y recoja los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Universalización de los servicios.</li> <li>➤ Portabilidad de los servicios médicos. Que se atiendan los derechohabientes en las instituciones de acuerdo a su decisión.</li> <li>➤ Prevención como forma de vida.</li> <li>➤ Alentar cultura en torno a la salud.</li> </ul>
<b>Partido de la Revolución Democrática</b> (PRD, 2015).	<p>El PRD tampoco presenta una propuesta. En Su Programa de Acción Inmediata propone los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Política social sustentada en la universalización de los derechos y no el asistencialismo.</li> <li>➤ Seguridad social basada en la cobertura universal de salud y pensiones.</li> <li>➤ El sistema de salud debe homologar los servicios para poder brindar una cobertura universal. Mayor inversión en infraestructura, manutención y operatividad, en médicos y enfermeras; así como garantizar el financiamiento para el mantenimiento y operación adecuada del sistema de salud y el abasto de medicinas.</li> <li>➤ Terminar con las muertes materno-infantiles, por mala atención o falta de esta.</li> <li>➤ El sistema de pensiones debe tender, en el corto plazo, a transformarse en un sistema de cobertura universal que garantice un ingreso mínimo digno para los adultos mayores de nuestro país, incluso para aquellos que hoy no cuentan con ninguna prestación de este tipo.</li> <li>➤ Revisar el sistema actual de pensiones basado en cuentas individuales y administradas por empresas privadas, las AFORES, para construir un nuevo sistema nacional público basado en el reparto y la solidaridad intergeneracional.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que Mercedes Juan, la ex titular de la Secretaría de Salud anunció el 25 de abril de 2014 que el gobierno del presidente Enrique Peña Nieto enviaría al Congreso de la Unión una propuesta de reforma al artículo cuarto constitucional para establecer el SNS Universal, e incluso delineó los principales elementos de la propuesta, que se incorporaron a la tabla anterior. Su anuncio durante diez meses provocó amplias expectativas entre

interesados y posibles beneficiados, que se suman a las expectativas que se generaron desde que asumió como presidente Enrique Peña Nieto el 1 de diciembre de 2012, sin embargo, ante la sorpresa de muchos, el 27 de febrero de 2015, Mercedes Juan reaccionó y afirmó que, por el momento, no habrá reforma al sistema de salud. Lo cual significó posponer importantes proyectos como la implementación del prometido sistema universal, la portabilidad de afiliación y la creación de un fondo único en salud que disminuyera la inequitativa distribución de recursos. Estas declaraciones se escudaban en las que las reformas fiscales no permitieron instrumentar un solo paquete de impuestos generales que unificara la atención a la salud. La realidad es que la inoperancia política no permitió el cumplimiento de los compromisos asumidos en el Pacto por México, justificando que se enviaría un nuevo proyecto de ley al Congreso de la Unión, para modificar la Ley General de Salud y crear una comisión que regulara y vigilara la operación de los servicios de salud (Leal, 2014).

A la justificación de Mercedes Juan para postergar la reforma, además de argumentar que no se logró establecer un solo paquete de impuestos generales, mencionó el recorte sectorial al gasto público en 2015 que sumaría 10 000 millones de pesos. Al respecto cabe destacar las declaraciones del entonces secretario de Hacienda y Crédito Público, Luis Videgaray Caso, formuladas ante inversionistas inmobiliarios el 21 de abril de 2015, en el sentido de que los recortes al presupuesto seguirán por muchos años.

Para aparecer como reformador en materia de salud y mejorar su imagen, el gobierno federal, pasando las elecciones del 7 de junio de 2015 pretendió presentar nuevamente su propuesta de reforma y, en caso de que no prosperase, promovería dos iniciativas. Al respecto Maribel Coronel reveló que la Secretaria de Salud estaba haciendo diversos intentos para materializar las reforma constitucionales que permitieran cumplir los compromisos establecidos, sin embargo, esos esfuerzos no fueron más allá de débiles negociaciones que demostraron en cierta medida, que el interés por las reformas en el ámbito de salud no eran prioritarias para el gobierno de entonces. La Dra. Mercedes Juan en su momento declaró que, en caso de no poder materializarse estas reformas a causa de la oposición política, se tenía preparada una iniciativa para crear la Comisión de Regulación y Vigilancia en Servicios de Salud, así como para el fortalecimiento de la CONAMED con la idea de lograr al menos que el sistema de salud esté más vigilado (Coronel, 2015).

Una reforma constitucional al sistema de protección de salud es más difícil, lo más probable es que se impulsen y aprueben reformas a la ley de salud federal en el sentido como las planteó Mercedes Juan. Lo que impulsó la ex ministra de Salud de México, fue reformar la ley para ofertar tan sólo un catálogo “universal” de servicios médicos y consolidar un fondo contra gastos estratégicos, así como mejorar la calidad en algunos servicios, más que asumir un compromiso para impulsar una reforma constitucional y hacer explícitas garantías que en los hechos hagan posible la protección a la salud.

La reforma pendiente debe ser constitucional y debe, como lo ha señalado José Ramón Cossío, ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (2015), establecer hasta dónde o cuáles son las condiciones reales de la protección del derecho a la salud, un derecho humano.

Lo cierto es que durante el sexenio del presidente Enrique Peña (2012 – 2018) se dio un intenso uso mediático de la información, lo que generaba diversas expectativas al respecto de las decisiones gubernamentales en el ámbito de la salud, sin que necesariamente ello implicara proyectos reales que pretendieran modificar o dinamizar al sector. Las principales reformas que se pretendieron a la política social durante el periodo en mención intentaron ser más estructurales que de funcionamiento administrativo, lo cual sin duda es lo que hasta el momento se requiere para terminar con los vicios que envuelven la dinámica del sistema de salud y pueda irse consolidando como uno que cumpla con su responsabilidad de atender la salud de los mexicanos, sin embargo, la falta de voluntad política de la mayoría de los actores involucrados, la prioridad que se dio a otras reformas y la aparente operación dinámica del sistema, han pospuesto el abordaje decidido de necesarias y urgentes reformas. Entre muchos mexicanos se percibe un sentimiento de decepción por la postergación de la demanda, ya que muchos de los problemas que, al menos en teoría, se proponía resolver, van a persistir en detrimento del ejercicio pleno a la protección de la salud que se consigna en la Constitución Federal mexicana. El derecho a la protección a la salud, como sucede desde hace décadas, sigue siendo un derecho consagrado y pactado en tratados y organismos internacionales, pero de limitado acceso, en términos de disponibilidad, accesibilidad, utilización, y calidad de los servicios médicos.

**CAPÍTULO IV**

**UNA MEDICIÓN DE LA PROTECCIÓN AL  
DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO A TRAVÉS DE  
INDICADORES DEL DESEMPEÑO**

## **CAPÍTULO IV. UNA MEDICIÓN DE LA PROTECCIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO A TRAVÉS DE INDICADORES DEL DESEMPEÑO**

*A pesar de los logros alcanzados, las lagunas y carencias en materia de salud son todavía amplias, y resultan especialmente evidentes cuando se realizan comparaciones entre grupos de población y áreas geográficas.  
José Narro R. (2004, p.661).*

### **1. Metodología en la investigación del Sistema de Salud Mexicano**

La parte inicial del presente capítulo describe el diseño investigativo y metodológico bajo el cual se realiza la investigación empírica. Con este diseño se establece la información que dota de rigor científico al análisis y establece los mecanismos de aproximación a la realidad estudiada que hasta el momento ha sido parcialmente invisibilizada en el funcionamiento del sistema de salud en México.

El problema de la investigación y objeto de estudio consiste en analizar la política de salud que se instrumenta a través del SSM, que impacta a la población en general, y que aparenta la garantía y salvaguarda del derecho humano a la protección de salud por parte del Estado, mientras opera bajo una lógica de racionalidad económica, favoreciendo a la iniciativa privada y en la cual la demanda supera la capacidad y calidad de los servicios que presta el Estado.

Como se ha visto con antelación, la política de salud en México ha tenido innumerables transformaciones que en el devenir histórico han modificado la lógica de su operatividad y también la manera en la que en materia de salud se lleva a cabo una relación entre el gobierno y la sociedad. Bajo la lógica economicista, el Estado mexicano opera un servicio de salud que asiste a necesidades infinitas con recursos finitos; pero bajo una óptica legal y humanista, el Estado mexicano debe tener la obligación de proveer un servicio de salud pública.

## **1.1. La importancia y dificultad de la evaluación a los sistemas de salud**

Los sistemas de salud son la suma de estructuras, organizaciones e instituciones que se encargan de brindar u ofertar servicios de atención a la salud y la enfermedad de los individuos, que, a pesar de estar sustentados en formas diversas de administración, es el Estado quién en primer lugar debe rectorar la prestación de esos servicios y vigilar por el cumplimiento del derecho humano a la protección de la salud. Desde esta conceptualización nace la importancia de la vigilancia y evaluación del desempeño de los sistemas, ya que ellos, como se comenta, se encargan de proteger, vigilar y atender el bien máspreciado del ser humano, la vida. Además de ser considerados, de acuerdo con Marc Lalonde, como uno de los cuatro determinantes sociales de la salud, en virtud de la importancia que la investigación, el tratamiento y seguimiento da a la salud pública.

Evaluar acciones, estrategias y resultados en el ámbito de lo público resulta relativamente nuevo en relación con esta práctica establecida en la iniciativa privada, en donde los resultados de productividad son la parte central de su razón de ser. Sin embargo, con la introducción de postulados de la nueva gerencia a las administraciones públicas, esta acción se emprende y ha traído resultados positivos que pretenden dinamizar y mejorar el desempeño social de ellas.

Evaluar sistemas sanitarios presenta diversas posibilidades que en sí mismas se convierten en un reto, pero a la vez entrañan dificultades de homogeneidad conceptual y definición metodológica. Organismos internacionales como la OMS y la OCDE han hecho esfuerzos para cuantificar el impacto que los sistemas de salud tienen en la calidad de la salud y vida de las personas, acorde al modelo de atención de la misma y acciones que pretenden proteger el derecho a la salud, sin embargo, a pesar de estos ejercicios de medición, estamos lejos de poder crear un modelo homogéneo que permita discutir acerca de las acciones, políticas públicas y/o decisiones que coadyuven a un funcionamiento eficaz de los sistemas de salud en el mundo y que cumplan eficazmente con la garantía de la protección del derecho a la salud.

Evaluar el desempeño de los sistemas de salud, así como sus políticas y programas se concibe como un proceso que mide, compara y califica las metas y logros alcanzados,

aplicando metodologías que garanticen objetividad en la información recabada y confiabilidad a los procesos de medición y análisis (SSyBS, 2014).

La dificultad de medir el desempeño de los sistemas sanitarios radica de acuerdo con José Manuel Freire Campo (2012), en cuatro aspectos variables que se definen por elementos principalmente de orden político en las naciones:

- 1) “La delimitación precisa de los elementos que componen un sistema nacional de salud.
- 2) La explicación de los aspectos concretos objeto de la evaluación.
- 3) La complejidad del sistema sanitario en cuanto a sus objetivos, los cuales dependen principalmente de decisiones políticas.
- 4) Y la creencia de que toda evaluación utiliza juicios de valor” (Freire, 2012, p.17).

Estos elementos dificultan la construcción de bases cualitativas que permitan más allá de los indicadores matemáticos valorar el papel fundamental que juega el sistema de salud en la protección de esta entendida como un derecho social.

Estas acotaciones resultan importantes en virtud de que es objeto de la presente investigación, no solo retomar los datos cuantitativos que diversas organizaciones generan respecto al desempeño del sistema de salud mexicano, sino principalmente evaluar cualitativamente desde un enfoque de la sociología y con la participación de diversos actores involucrados, el desempeño del sistema sanitario respecto a la protección y garantía del derecho a la salud, razón por la cual se desarrollarán más adelante las variables y los indicadores que se utilizarán al respecto, tomando en cuenta la perspectiva del EBDH propuesto por la ONU, así como la observación número 14 del PIDESC de la misma organización.

## **1.2. La perspectiva del Enfoque Basado en los Derechos Humanos**

Observar el cumplimiento de los derechos humanos desde una perspectiva internacional con parámetros estandarizados ha traído injusticias al momento de valorar el trabajo, las acciones y las políticas públicas implementadas por las naciones; por ello, más allá de la

creación de indicadores y estándares que den cuenta de la acción y/o abstención estatal en el respeto y cumplimiento de los derechos de las personas, en la década de los 90 la ONU propone un enfoque que permita a los gobiernos de las naciones emprender medidas suficientes, desde la parte estructural, para que el quehacer público esté orientado al cumplimiento de los mandatos establecidos y aceptados en la Declaración Universal de los Derechos humanos.<sup>59</sup>

El EBDH se ha constituido como una metodología a seguir por el quehacer gubernamental para modificar el marco legal y diseñar políticas públicas, programas y acciones que garanticen en su ejecución, el cumplimiento de los derechos de las personas, más allá de los fines tradicionales que persigue el Estado como pueden ser el combate a la pobreza, la caridad, la rentabilidad social/financiera o la política social. El EBDH pretende garantizar que las acciones jurídicas y administrativas de los Estados se enfoquen al respeto de los derechos humanos y no exclusivamente al cumplimiento de la función de gobierno, la cual podría abandonar los principios fundamentales de los derechos humanos, a saber: “universalidad, interdependencia, indivisibilidad, igualdad, no discriminación y participación” (Fernández, 2009, p.111).

En este entendido, con la idea de generar programas y políticas de gobierno que no solo den respuesta al cumplimiento del fin del Estado, sino que ese fin se sume al otorgamiento de la garantía del respeto a los derechos humanos, el EBDH permite trasladar la comprensión pública y del Estado de un derecho subjetivo al emprendimiento de acciones específicas en el quehacer gubernamental. Es decir, pasar de la concepción a la acción. Este enfoque posee la riqueza de reconocer a las personas como los titulares de los derechos, de ahí la responsabilidad estatal de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos; una de las acciones evidentes es el diseño y puesta de marcha de un marco normativo e institucional que provea de bienes y servicios que promuevan condiciones de accesibilidad, disponibilidad y calidad de los derechos (CONEVAL, 2018).

Explorando los atributos fundamentales que se identifican en el EBDH y que debieran ser observados por los gobiernos de las naciones para el diseño de una política que atienda

---

<sup>59</sup> “Las Naciones Unidas definen el Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH) como un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo” (Fernández, 2009, p.54).

las demandas sociales encontramos que, al momento de formular planes, políticas y programas de desarrollo deberá anteponerse como objetivo central el cumplimiento de los derechos humanos. Además, identificar plenamente a los titulares de derechos y a los titulares de los deberes, las obligaciones que les corresponden, procurando fortalecer la capacidad de las personas para exigir su cumplimiento. Cuando se diseña con base en el EBDH los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos deben guiar las acciones de programación y vinculación del desarrollo de todos los involucrados en la prestación de bienes y servicios (Fernández, 2009).

Emprender el quehacer gubernamental desde el EBDH puede traer consigo una ejecución con más contenido ético de las acciones públicas, en virtud de que se persigue y conoce anticipadamente el fin último de las acciones, el cual es inamovible -respetar y garantizar el cumplimiento de los derechos humanos- más allá de las ideologías y tendencias políticas dominantes; adicionalmente, el desarrollo humano y el cumplimiento de los objetivos del milenio puede ser una realidad alcanzada, ya que el otorgamiento de las mejores condiciones de vida para el individuo dejará de ser una caridad o política social que un Estado puede estar en condiciones de dar o no indiscriminadamente, sino un requisito que estará bajo escrutinio internacional.

El EBDH ha sido utilizado en diferentes instrumentos y organizaciones con la intención de delimitar el quehacer de los Estados (toda acción destinada a la atención de la salud de su población), ya que se ha consolidado como un instrumento que define criterios éticos para la formulación y aplicación de políticas públicas y gubernamentales. El EBDH es una metodología conocida internacionalmente que parte de la concepción del individuo como sujeto de derechos, con requerimiento de acciones y prestaciones efectivas por parte de sujetos obligados, principalmente el Estado. Este enfoque intenta eliminar la concepción de las personas como individuos con necesidades que deben ser asistidas, es decir, coadyuva a superar la visión de que la labor del Estado es más de beneficencia que de servicio. (CONEVAL, 2018, p.31).

En este sentido, la perspectiva del EBDH, permitirá en la presente investigación realizar una valoración cualitativa de los planes, programas, políticas y acciones gubernamentales en torno al SSM y su apego a la observación del enfoque, así como el posible impacto

positivo en los resultados gubernamentales, en caso de tomar como base del quehacer gubernamental esta misma metodología propuesta por la ONU.

### **1.3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación número 14**

Durante el año 2000, el Consejo Económico y Social de la ONU reguló algunas cuestiones sustantivas en la aplicación del PIDESC, específicamente lo vinculado con el artículo 12 relacionado con el *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. En ese documento se reconoce que el estado de la salud mundial ha cambiado favorablemente y que los Estados cada vez juegan un papel muy importante en la promoción, cuidado y atención de la salud de las personas, y que cada vez es más evidente que la salud pública es un conjunto de condiciones que implican acción y/o abstención por parte de los Estados y sus gobiernos.

En el documento, se pone de manifiesto que el derecho a la salud es un conjunto de realizaciones de otros derechos, lo cual lo posiciona en un estado de vigilancia especial y acciones recurrentes.

En esta observación número 14 del PIDESC se deja claro que “los cuatro elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son esenciales para que todos puedan disfrutar del derecho a la salud” (OMS, s/a, p.3).

**Imagen 14: El derecho a la Salud**



Fuente: OMS (s/a) “Enfoque en la Salud Basado en Derechos Humanos”.

En este sentido, adaptar los elementos descritos a la valoración del cumplimiento del derecho humano a la salud por parte del Estado resulta conveniente, ya que sustentado en una perspectiva del EBDH, podemos obtener una aproximación del estado que guarda el cumplimiento del derecho a la salud más allá de los datos cuantitativos que diversos organismos públicos y privados, nacionales e internacionales dan acerca del manejo y atención del mismo, y fuera de construcciones teórico-filosóficas que permitan configurar una mirada medianamente objetiva y con base a los objetivos que persiguen los mismos derechos humanos.

### **1.3.1. Elementos medibles propuestos en el ámbito internacional**

Con la intención de retomar los cuatro elementos que internacionalmente son considerados elementales en el ejercicio y cumplimiento de los derechos humanos, a continuación, se describen para comprender sus alcances y vinculación para intentar construir una estrategia metodológica que nos permitirá hacer una valoración cualitativa del grado de cumplimiento de la garantía en estudio.

a) Disponibilidad. Este factor se refiere a que cada Estado debe tener entre su infraestructura un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como programas que satisfagan la demanda ciudadana. El tipo de establecimientos, bienes y servicios depende principalmente del nivel de desarrollo de cada Estado. Los servicios que proveen los gobiernos deben incluir los factores determinantes básicos de la salud, es decir, agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado.

b) Accesibilidad. El criterio pretende que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles para todos los ciudadanos sin discriminación. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:

i) No discriminación: Consigna que todos los servicios, bienes y establecimientos de salud deben brindarse a todas las personas, tanto en el derecho como en la acción, sin discriminación alguna, incluidos los grupos más vulnerables.

ii) Accesibilidad física: A pesar de las dimensiones y barreras físicas, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todas las personas, incluidos los grupos vulnerables y marginados tal como indígenas, minorías étnicas, discapacitados, adolescentes, adultos mayores, niños y mujeres. La accesibilidad física también significa que los factores básicos determinantes de la salud como agua potable o servicios sanitarios adecuados se encuentran a una distancia razonable, incluso en zonas rurales.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): este rubro consiste en que los bienes y servicios de salud estén al alcance de todos, que todas las personas puedan hacer uso de ellos. Considerando que cada Estado determina la forma de organización y costo de los bienes y servicios vinculados con la salud, los pagos por atención médica y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

iv) Acceso a la información: Este aspecto se refiere al derecho de toda persona para solicitar, recibir y difundir información acerca de cuestiones relacionadas con la salud. El acceso a la información no debe dañar el derecho de que los datos personales sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Este factor está relacionado con el principio de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser congruentes entre sus acciones y la ética médica, así como adaptarse a criterios culturalmente aceptados. Ello implica que la atención de cada persona esté apegada a sus creencias, usos, costumbres, identidad de género y ciclos de vida.

d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán además de cumplir con un principio de aceptabilidad, ser apropiados desde el punto de vista científico y médico además de contar con procesos de calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas” (ONU,2000).<sup>60</sup>

**Imagen 15: Ejemplo de parámetros acorde a los elementos de los DH**

Categoría	Parámetros
Disponibilidad	Número de establecimientos, recursos, insumos, programas, proyectos, bienes o servicios disponibles para el cumplimiento del derecho
Accesibilidad	La no-discriminación, en la prestación de los servicios y en el sentido físico, de alcance geográfico, cultural, económico o religioso a los servicios.
Calidad	No solo la calidad técnica valorada por la oportunidad, la integridad y la efectividad de las acciones, sino también la calidad humana en tanto satisface las expectativas de quien presta y de quien recibe el servicio.
Aceptabilidad	Si los servicios responden a los valores de las personas usuarias. Se estudia a través de la satisfacción que manifiestan con el servicio y son de su confianza.

*Fuente: Borja, Carmen, et al. (2011) El Enfoque Basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores [imagen], España: Red en Derechos.*

60 Ver más en: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) “Observación General no. 14”. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

En el cuadro anterior se logran distinguir algunos parámetros que se proponen en la medición que se pretende realizar y han sido aplicados en otros ejercicios similares.

## **2. Abordaje teórico-metodológico**

El basamento teórico consistió en la selección de un método mixto con metodologías cualitativas apoyadas demostrativamente en datos cuantitativos. La mayoría de las investigaciones comprenden tres ámbitos que son correspondientes entre sí y relacionados con diferentes momentos en su integración. En primer lugar, el nivel epistémico y la postura de la investigación; en segundo, el nivel metodológico y la forma de abordaje del problema, y en tercero, la del nivel técnico investigativo.

Con relación al primer ámbito, el nivel epistémico y la postura de la investigación, se ha identificado, como se señaló en capítulos antecedentes, en cómo la salud ha impactado la forma de percepción de un problema por parte del gobierno, especialmente de su administración pública, teniendo en consideración la finitud de los recursos económicos para su atención, el crecimiento poblacional y el deterioro de la infraestructura hospitalaria por el uso común y normal.

En esta construcción social de la salud se debe definir ¿qué queremos conocer de la realidad? Es por ello por lo que, en esta investigación se busca relacionar la teoría con la historia del SSM, para indagar cómo a través de este se ha permeado la política de salud mexicana.

El segundo ámbito, el del nivel metodológico y la forma de abordaje del problema, se hace desarrollando interrogantes que se respondieron con la elección de los métodos de investigación y de las preguntas: ¿Cómo se conoce? A través de un proceso de análisis, de explicación, interpretación y crítica que pueda aportar conocimiento y ¿para qué y para quién se realizó la investigación? Eso está relacionado con la postura ética de quien hace la investigación.

Con relación a lo anterior, esta investigación se realizó a partir de una postura crítica como modelo epistémico, bajo el cual se desarrolló además, en gran medida, la reflexión

investigativa, siendo oportuno señalar que no sólo se puede enfocar el trabajo investigativo en un análisis, interpretación y comprensión de los hechos y la realidad misma desde esta postura, sino que además se buscó dirigir esta comprensión a un ámbito de confluencia en pluralidad de pensamiento, y entre diferentes abordajes, así como a un análisis y a una comprensión del discurso sobre la salud y su impacto en la gestión pública, para transformarla y replantearla a través de la sociedad civil.

Es decir, en el análisis y la comprensión dialéctica también se busca la emancipación del conocimiento mediante la conceptualización que surja del cruce de los postulados teóricos, con la vinculación de una serie de elementos metodológicos y empíricos, lo cual tiene como propósito la generación de nuevo conocimiento teórico desde un razonamiento crítico de la problemática, y que, además permite proponer alternativas de solución que puedan llevarse a la práctica<sup>61</sup>.

En este sentido, la definición de la metodología busca orientar la manera en la que se va a incrementar el conocimiento científico a través de la investigación, y de los métodos que dan rigor científico a la misma, que para el caso específico de esta investigación fueron el método del Análisis Crítico del Discurso (ACD) y el Método de la Teoría Fundamentada (MTF).

Con relación al tercer nivel, el de las técnicas de investigación, se responde a la interrogante: ¿cómo y a través de qué instrumentos se investigó?, para responder a este se decidió echar mano de encuestas y entrevistas semi estructuradas con actores clave, como se verá más adelante.

## **2.1. El método del Análisis Crítico del Discurso (ACD)**

El método de investigación del ACD, es confundido con el análisis de contenido, con el análisis de textos o con el análisis periodístico. Si bien existen similitudes, también diferencias significativas que le dotan del adjetivo crítico.

---

61 "Desde una postura de investigación crítica, poco sirve la precisión epistemológica, metodológica y técnica de una investigación si en su conjunto limita o no permite la transformación del contexto y la solución de los problemas" (Gómez Carmona, 2018).

De acuerdo con Stecher (2010, p.98), los principales postulados teóricos del ACD<sup>62</sup> son principalmente tres: 1) el ACD desarrolla una teorización que da relevancia a la relación dialéctica entre el discurso y la estructura social, 2) el discurso es un momento de la vida social, y existe una relación entre este y el aprendizaje de los individuos, 3) este es quizás el más importante, el ACD se caracteriza por estudiar las relaciones entre el lenguaje y el poder.

El ACD permite analizar el contexto del SSM como parte “del todo”, existe un contexto inmediato, regional, nacional, internacional y mundial que impacta y forma relaciones históricas dotando de significados a un discurso de la salud.

En este sentido, el discurso de salud en México tiene un espacio; es decir, un lugar y ámbito geográfico específico, así como un tiempo, con circunstancias únicas y momentos determinados que lo vuelven trascendental.

El discurso, además, tiene una esencia y se integra por actores clave, en este sentido, ¿quién lo dice?, ¿a quién se lo dice?, ¿cómo lo dice?, y ¿para qué lo dice?, no implican únicamente una descripción, sino también un análisis de acuerdo con la postura de la investigación.

Por lo tanto, el método del ACD, permite analizar la política de salud y los planteamientos discursivos retomados en los documentos que guían al SSM, así como en las respuestas de las encuestas y entrevistas realizadas para la presente investigación, anteponiendo los parámetros que han sido mencionados y justificados por su utilización en estudios internacionales de organizaciones con reconocido prestigio.

## **2.2. El Método de la Teoría Fundamentada (TF)**

La Teoría Fundamentada, que se incluye dentro de las metodologías cualitativas, ha sido poco utilizada en México a pesar de su trayectoria y ser utilizada en bastas investigaciones en países como los Estados Unidos de América. En años recientes, esta teoría ha ido

---

62 “...la perspectiva del Análisis Crítico del Discurso es más bien reciente. Como señala Ruth Wodak (2003), es a inicios de los años 90 cuando surge el ACD como tal, a partir de un simposio realizado en Amsterdam en que participaron Teun Van Dijk, Norman Fairclough, GuntherKress, Theo Van Leeuwen y Ruth Wodak, los que sin duda pueden ser considerados como los fundadores y los autores más importantes y reconocidos dentro del campo del ACD” (Stecher, 2010, p.97).

dando forma a estudios que hacen uso de esta metodología para comprender una gran diversidad de temáticas en las ciencias sociales, tal es el caso de la salud (Bénard, 2016).

De acuerdo con Juliet Corbin (2016), la Teoría Fundamentada se compone de:

- a) “Conceptos creados a partir de los datos que se agrupan en categorías (o conceptos de más alto nivel).
- b) El desarrollo de categorías en términos de sus propiedades y dimensiones.
- c) La integración de categorías y niveles más bajos de conceptos en un marco teórico que ofrece información sobre un fenómeno o una serie de fenómenos y que da pistas para la acción. Esta integración final, es la que lleva los hallazgos de la investigación de la descripción a la teoría” (Corbin, 2016, p.17).

Los datos de la Teoría Fundamentada provienen principalmente de técnicas cualitativas como las entrevistas, la observación y la recolección de documentos, videos u otras fuentes de información cualitativa, o que se consideran datos cualitativos.

Con relación a lo señalado en torno a los dos métodos y técnicas, se implementó la siguiente ruta metodológica para la aplicación de los instrumentos de investigación:

*El método de análisis crítico del discurso*, el cual permitió analizar la política de salud que rige al Sistema de Salud en México. Adicionalmente se utilizó también *el método de investigación fundada/ fundamentada/anclada*, que permitió elaborar categorías de análisis y conceptos propios, a partir de entrevistas con actores clave, los cuales forman parte medular del sentido transformador del conocimiento de esta investigación.

### **3. Especificaciones del estudio**

Con la intención de alcanzar una medición más o menos objetiva que refleje el estado que guarda el actual ejercicio del derecho a la salud en México, se consideró oportuno recurrir

a un abordaje metodológico amplio que brindara información desde diferentes perspectivas y no centrar los datos en posiciones parciales que pudieran restar objetividad al estudio, adicionalmente, tomar en cuenta indicadores y datos principalmente cualitativos que puedan apoyarse en cifras cuantitativas para verificación y así visualizar no solo gráficas que reflejen parcialmente la situación que guarda administrativamente la prestación de servicios de salud en México, sino principalmente integrar una visión de derechos humanos que permita visualizar “la relación que guarda el marco normativo/institucional mexicano y el ejercicio mismo del derecho, a la vez que ayudará a identificar brechas en su cumplimiento y grupos sociales desfavorecidos en el ejercicio del derecho” (CONEVAL, 2018, p.31).

Para ello, se determinó retomar una perspectiva basada en el enfoque de derechos humanos descrita anteriormente y considerar indicadores de medición del desempeño y directrices metodológicas contempladas en normas y disposiciones de organismos mundiales que se han aplicado internacionalmente y en México tras la realización de diagnósticos y estudios sobre la situación de los derechos humanos en el país.

Contar con instrumentos útiles que permitan la rendición de cuentas, la denuncia pública y una planeación y programación apegadas a las auténticas necesidades ciudadanas, es sin duda tan necesario como la demanda de indicadores adecuados que vigilen el cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos por parte de los Estados (CONEVAL, 2018). Ante este escenario se dedujo la necesidad de echar mano de indicadores específicos ya existentes contemplados en marcos normativos de derechos humanos y que permiten con mayor objetividad y facilidad cualificar el funcionamiento del SSM y el grado de cumplimiento de las acciones implicadas en la garantía del derecho humano a la salud.

### **3.1. Dimensiones de análisis**

Como fue analizado anteriormente, el PIDESC dispone que el derecho a la salud debe contener en cualquiera de las formas de garantizarlo, los elementos de disponibilidad, accesibilidad y calidad de forma esencial e interrelacionada (CONEVAL, 2018). Estas dimensiones se retoman como punto de partida para la aproximación conceptual y de tamaño de los indicadores a considerar en la valoración del cumplimiento del derecho a la salud en México. De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de

Desarrollo Social, debemos considerar cada una de las dimensiones acorde a las siguientes definiciones:

“Accesibilidad (A) se refiere a la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender.

La disponibilidad (D) se entiende como la suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.

La calidad (C) es el grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual” (CONEVAL, 2018, p.44).

De forma resumida, el propio CONEVAL nos delimita los aspectos a considerar en cada una de las dimensiones a tomar en cuenta al momento de cualificar la garantía del derecho a la salud de los mexicanos, los cuales servirán de guía para determinar el tipo de información requerida para realizar la valoración esperada.

**Tabla 11: Dimensiones a tomar en cuenta al momento de cualificar la garantía del derecho a la salud**

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	SUBDIMENSIÓN		DEFINICIÓN
Accesibilidad	No existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender.	A1	Física	Conjunto de características que considere la localización geográfica de acceso razonable o por medio de tecnología moderna a los servicios de salud.
		A2	Económica	Conjunto de características relativas a la capacidad de pago de las personas y sus hogares para obtener los bienes y servicios de salud, así como de los medios para conseguirlos, públicos o

				privados, de tal forma que los distintos costos no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones, y sin estar vinculadas a una condición laboral.
		A3	A la información	Conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas.
Disponibilidad	Suficiencia de servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.	D1	Recursos humanos. Infraestructura física y servicios médicos	Refiere al personal sanitario, formado y competente. Disponibilidad de infraestructura o establecimientos, bienes y servicios para la atención a la salud suficientes.
		D2	Servicios básicos determinantes de la salud	Conjunto de factores que determinan un entorno favorable para la salud de las personas, como son los servicios básicos de agua potable, drenaje y servicio sanitario, entre otras condiciones sanitarias adecuadas para la salud, como el medio ambiente sano.

Calidad	Grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual.	C1	Seguridad	Evitar lesiones a pacientes como resultado de la atención que pretende ayudarles y a que el paciente reciba la atención necesaria en el momento oportuno cuando es afectado por alguna condición que ponga en riesgo su vida.
		C2	Efectividad	Prestar servicios basados en conocimientos científicos a todos aquellos que se puedan beneficiar y abstenerse de ofrecerlos a las personas que tienen pocas probabilidades de recibir un beneficio.
		C3	Atención centrada en la persona	Dar prioridad a las personas durante todo el proceso de la atención médica; hace referencia a la recepción de la atención cuando es requerida, sin retrasos que pongan en riesgo la salud, con una secuencia lógica y sin interrupciones, de acuerdo con las necesidades del paciente/usuario.

Fuente: Con base en CONEVAL, 2014, p.27, 2018, p.46-47.

Dado que México es una República federada, se determinó hacer una indagación del SSM mediante análisis documental y con actores institucionales y usuarios del mismo en el Estado de México. La selección de tal entidad obedece a que, entre los 125 municipios que la constituyen, tiene la mayor cantidad de habitantes de la República Mexicana, es decir, un poco más de 16 millones de entre los casi 20 millones de población nacional (antes del censo 2020), además de que es la entidad a la que menor gasto público per cápita por habitante se destinaba en el periodo comprendido en la presente investigación, como ejemplo se retoma el dato de que durante 2016 se registró un gasto de \$2,056.00 por

habitante respecto con los \$25,641.00 que proporcionalmente se destina por habitante en la entidad federativa de Aguascalientes (Méndez, 2018).

### **3.2. Delimitación, objetivo y enfoque**

Para abordar metodológicamente el objeto de estudio se hicieron tres delimitaciones que mantienen relación, su construcción teórica y su análisis se desarrollaron durante del proceso investigativo. Es decir que no es un objeto terminado, sino un objeto de investigación en constante construcción.

#### **a. La delimitación temática**

En este trabajo de investigación se analizó la política de salud que se instrumenta a través del Sistema de Salud en México, establecida desde una perspectiva crítica que permita generar una propuesta de política de desarrollo de la salud con estricto apego a los derechos humanos y con la participación de la sociedad organizada.

#### **b. La delimitación espacial**

Se estudió la política de salud del SSM, adoptada por parte del gobierno de México, por lo que el espacio geográfico corresponde a México país en una dimensión macroscópica, desde una técnica documental comparativa, y al Estado de México, entidad federativa que da una dimensión *meso*, a partir de un análisis de la aplicación de una encuesta y, por último, una dimensión microscópica con la aplicación de entrevistas a actores clave y su correspondiente interpretación.

#### **c. La delimitación temporal**

En este trabajo de investigación se analizó la política de salud adoptada por el gobierno de México para el periodo que comprende los años 2000-2019. Ese rango temporal se considera por estar políticamente marcado por transiciones democráticas: después de más de cinco décadas de gobiernos de un mismo partido político a la cabeza del Ejecutivo Nacional, el Partido Revolucionario Institucional (PRI), dos presidentes del Partido Acción Nacional obtuvieron la estafeta presidencial, en 2000 y en 2006, hasta que en 2012 volvió a manos del PRI. EN 2018 se vuelve a presentar un cambio de gobierno con una ideología opuesta a la imperante en los últimos años, que al momento ha defendido el liberalismo a

través de acciones poco claras. En esos cambios es relevante estudiar las contradicciones del SSM. Esa línea del tiempo abarca la creación e implementación del Seguro Popular, el cual se creó en 2003 y desapareció en 2019 para dar paso al Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) (que entró en funciones en 2020, por lo que no se aborda ampliamente en este trabajo).

#### Objetivo específico

Se tiene como objetivo específico aplicar un método mixto para evidenciar con mediciones cuali/cuantitativas las contradicciones del sistema de salud en México, discutiendo en los resultados el discurso político del gobierno frente a la crítica de diversos actores en torno a la política de salud que se instrumenta, a fin de identificar propuestas alternas desde la perspectiva social.

Si bien el SSM ha pretendido funcionar durante muchos años en México en aras de conformar un servicio de acceso público, este se encuentra plagado de contradicciones que, no obstante, lo han llevado a presentar algunos avances, también presenta varios retrocesos, en medio de un debate inacabado sobre la naturaleza de la salud como “quehacer público”, que a la vez asiste a un derecho humano y, por otro lado, es operado bajo una racionalidad economicista.

#### Enfoque

Lo más común en métodos a emplear en estudios del tipo del presente trabajo es el enfoque cuantitativo, hacer comparaciones en espacios y tiempos con cifras obtenidas por medio de aplicación de encuestas, sin embargo, la utilidad de aplicar métodos cualitativos permite darles rostro a los datos duros, entendiendo que es un estudio de cualidades integradas, "...no separadas o separables" (Martínez, 2006, p.66). Es por ello por lo que en esta investigación se utilizó una metodología mixta, donde los métodos cuali y cuantitativos se integran y discuten de forma conjunta, sin que se pierdan sus estructuras y procedimientos originales, obteniendo una perspectiva en tres dimensiones: una macro en México y otra mezzo en el Estado de México, ello con instrumentos cuantitativos, y una micro con cualitativos. Ninguno de los dos métodos se antepone o sobrepone al otro, sino que se complementan.

Por un lado, se trabajó con instrumentos ya realizados por instituciones acreditadas como el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL), mismos que sirvieron para tener un panorama del sistema de salud en México, y con los cuales se levantaron datos entre usuarios de los servicios médicos que reciben en instituciones de salud del Gobierno del Estado de México, y otra que se aplicó a directivos de hospitales y clínicas públicas adscritas de dicha entidad federativa. Asimismo, se realizaron una serie de entrevistas entre actores institucionales, sociales y usuarios de la misma entidad federativa.

Esta forma de trabajar los datos es acorde a la TF, propia de estudios sociológicos y acorde al enfoque de sociología política empleado para esta tesis; aquí nos centramos en el método empleado para recolección, codificación y análisis e interpretación de los datos para la presente investigación. La ventaja de esta forma de trabajar es la característica que permite "...combinar métodos cuantitativos y cualitativos, además de diferentes técnicas de investigación, cuyo análisis y contraste permiten la triangulación metódica, o bien, pueden realizarse composiciones metodológicas apropiadas para abordar al objeto de estudio y generar teoría acerca del mismo" (Bonilla y López, 2016, p.307). Dado que la TF "...considera la perspectiva de caso más que de variable..." (Cuñat, 2007, p.2), es decir que los casos que se estudiaron en forma cualitativa son de diferentes actores, por lo que las variables son distintas, pero permite comparar las respuestas "...para ver dónde puede encontrarse la clave de las diferencias" (Íbid) o semejanzas, y detectar huecos.

Al hacer el estudio comparativo con los instrumentos de CONEVAL se tiene una perspectiva amplia al revisar la situación actual del derecho a la protección a la salud en México, con base a indicadores básicos que miden el acceso y uso efectivo de los servicios de salud tales como: disponibilidad, accesibilidad y calidad. La información del CONEVAL está actualizada hasta el 2018. Dicho instrumento permitió también hacer un muestreo en el Estado de México.

Por otro lado, las entrevistas a actores institucionales, sociales y usuarios de la misma entidad federativa permitieron conocer cualitativamente condiciones de operación del sistema que por las mismas estrategias metodológicas de estudios cuantitativos se dejan fuera de la medición; en este sentido la visión individual de personal de salud, de actores sociales involucrados en el tema y de los mismos usuarios de los servicios nos permiten realizar una valoración objetiva de la realidad, más allá de los datos y la visión institucional.

En general, a través de la TF y el método mixto se obtuvieron tres dimensiones de observación: 1) una panorámica del sistema de salud en México, 2) un comparativo con su aplicación institucional en el Estado de México, y 3) un enfoque más cercano con las personas a través de las entrevistas.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos se hizo con base en el análisis crítico del discurso.

### **3.3. Los instrumentos de obtención de datos**

#### **3.3.1. Instrumento Cuantitativo: La encuesta**

Las encuestas para obtención de datos se aplicaron durante el periodo febrero - abril del 2020, el cual estuvo caracterizado por la pandemia originada por el coronavirus covid19, razón por la cual se recurrió a la aplicación electrónica del instrumento. El formato fue para identificar la percepción de usuarios de servicios de salud en torno a los indicadores del CONEVAL (2014, p.27, 2018, pp.46-47) citado en apartados anteriores y que refieren a la disponibilidad, accesibilidad y calidad. Los conceptos que priman en las preguntas del cuestionario, así como su operacionalización, son coherentes con los indicadores.

La principal ventaja de la aplicación en línea de la encuesta es que "automatizan el proceso de inicio a fin haciendo más eficiente su diseño, aplicación y obtención de resultados" Abundis (2016, p.170), y dado que para la presente investigación el tiempo para ello fue vital debido a la contingencia sanitaria y la incertidumbre en torno, se consideró lo más apropiado. Al tomar la decisión de aplicar el instrumento en tal modalidad, se tomaron en cuenta tres datos para México al 2018: 1) el 73.5 % de la población de seis años y más usaron telefonía celular, de los cuales, ocho de cada diez tuvieron teléfono inteligente, 2) se registraron 74.3 millones de usuarios de Internet entre esas edades, y 3) los usuarios de computadora en ese mismo rango de edad alcanzaron en 2018 los 50.8 millones (INEGI, 2019, p.1).

La encuesta se hizo a modo de sondeo, con la intención de obtener más que una panorámica nacional de la percepción de las personas en torno al sistema de salud, una imagen corta, simple y rápida. Para ello el uso del formato en línea de Google Docs ayudó

a plantear las preguntas con respuestas cerradas y opciones múltiples, ya que algunas aplicaciones web que permiten elaborar formularios o encuestas, tienen la ayuda de concentrar la información de respuestas y elaborar automáticamente bases de datos u hojas de cálculo, graficar y resumir, lo cual sin duda resulta de gran ayuda a todo tipo de investigaciones que manejan datos cuantitativos que podemos trasladar cuantitativamente para su interpretación (Abundis, 2016).

Dado que la investigación se basa en la Teoría Fundamentada, especialistas recomiendan para método cualitativo una muestra no establecida *a priori*, sino una aproximación del número de participantes, que en este caso fue de inicio de entre 30 y 70 (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.394-395), considerando que el número puede variar en ese rango para obtener la saturación de información requerida.

Se diseñó el cuestionario para conseguir por un lado datos generales y por otro, información en torno a los indicadores señalados anteriormente. Se aplicó una prueba piloto en línea, a partir de la cual se afinó el instrumento, tras lo cual se publicó en drive de Google y se hizo pública para la participación abierta de la población objetivo: usuarios del sistema de salud en sus diversas modalidades, algunos de los cuales han hecho uso adicionalmente de servicios privados de consulta y hospitalización, así como consultorios adjuntos de farmacia. El tamaño de la muestra se cerró con 89 opiniones. Cabe aclarar que no se solicitó nombre de la persona y se ofreció anonimato del correo electrónico desde el cual respondieron. Ver el instrumento final en la sección anexos.

### **3.3.2. Instrumento Cualitativo: Las entrevistas**

De entre los 125 municipios que componen el Estado de México, se decidió levantar las entrevistas en el Valle de Toluca por ser la zona metropolitana donde se concentra el mayor número de instalaciones y personal médico del SSM. Acorde a datos del Consejo Estatal de Población (COESPO), dicha zona concentra “el 18.54 % de la población metropolitana de dicha entidad federativa y está integrada por los municipios de Almoloya de Juárez, Calimaya, Chapultepec, Lerma, Metepec, Mexicaltzingo, Ocoyoacac, Oztolotepec, Rayón, San Antonio la Isla, San Mateo Atenco, Temoaya, Tenango del Valle, Toluca, Xonacatlán y Zinacantepec” (COESPO, 2019).

Las entrevistas que se aplicaron se dirigieron a los siguientes actores:

- *Institucionales* (dirigida al sector público) para conocer la forma en la que se coordinan y ejecutan las actividades de operación dentro del SSM.
- *Usuarios del servicio de salud y personas involucradas en el tema desde la sociedad civil* (entrevista dirigida al sector social) quienes dieron testimonio de la forma en la que se otorga el servicio y su percepción al respecto.

El propósito de la entrevista es conocer sobre su experiencia con relación a la política de salud que priva en el SSM y sus percepciones en torno a la operación de este, asimismo conocer el proceso por medio del cual se conforma la política de salud en términos de la garantía de un derecho humano y a la capacidad de respuesta a la demanda de la población.

Con la aplicación de estas entrevistas conoceremos más sobre la realidad de los servicios de salud pública con fines estrictamente académicos e investigativos, protegiendo sus datos personales y cuidando el manejo de la información que surja. La entrevista es anónima.

El guion de entrevista es necesario para que el entrevistador pueda iniciar el proceso con un acercamiento a cada individuo participante, empezando con el saludo, presentación, solicitud de apoyo para responder la entrevista e iniciando con las preguntas de datos generales. Las preguntas se formularon a partir de temas generales en coherencia con el problema a investigar, por eso se escriben en el documento impreso como un cuestionario cerrado, más cada entrevistador las fue formulando conforme se presentó la oportunidad, ya que en lo individual "...presenta experiencias particulares; de modo que el contenido de la guía debe acoplarse a la especificidad del discurso de cada informante" (Izcara, 2014, p.48). Las temáticas resultantes tras elaborar un esquema fueron siete para identificar el conocimiento de cada informante con respecto a: 1) Salud-enfermedad, 2) composición del SSM, 3) servicios que presta, 4) garantía de ley, 5) derechos humanos, 6) dificultades en el servicio del SSM, y 7) sugerencias al mismo.

El guion de entrevista que se aplicó para cada actor quedó definido de la siguiente manera, con la instrucción de que los entrevistadores lo "platicasen" a los informantes, de forma que estos no lo respondieran con su puño y letra: una primera parte con datos de identificación

generales para categorizar convergencias y conocer el origen del informante respecto a su adscripción laboral o afiliación. La segunda parte del instrumento ya es específico; se consideró importante para la codificación y decodificación de los datos obtenidos el uso de preguntas con opciones de respuesta en escala Likert, las cuales fueron coherentes entre las temáticas antes señaladas y el problema de investigación: política de salud-enfermedad, contradicciones entre derecho humano y lógica económica, iniciativa privada sobre capacidad del Estado. También se tuvo claro que "... el núcleo temático básico objeto de escrutinio siempre será el mismo; aunque el relato verbal de cada informante presentará elementos diferenciales de carácter idiosincrásico" (Izcara, 2014, p.49). Para conocer el instrumento dirigirse a los anexos.

La selección de los espacios para realizar las entrevistas y de los informantes se hizo de manera intencional y para que estuvieran representadas todas las variables:

- 1) espacios del SSM: a) públicos, b) privados,
- 2) informantes: a) mujeres, b) hombres, c) tercera edad, d) adolescentes, e) con alguna discapacidad; de estos, los criterios fueron tres: 1) que participaran de manera voluntaria y anónima (a no ser que eligiesen dar su nombre), 2) que dispusieran tiempo para responder la entrevista,
- 3) que entre ellos no estuviesen relacionados por lazos de parentesco o amistad (Izcara, 2014, p.156).

En cuanto la selección de espacios se decidió hacerlos en la calle afuera de las diferentes instituciones médicas, debido a que no duraría mucho la entrevista, la cual sólo se haría una vez dado que su elaboración requería respuestas rápidas y ello se facilitó con las opciones de respuestas, por otro lado, hacerlo de tal manera significó no tener que pedir autorización a los administradores de las instalaciones para aplicar el instrumento.

De tal manera se trató de buscar una muestra de espacios e informantes "...comprensiva y que tenga, a su vez, en cuenta los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave..." (Martínez, 2005, p.86).

Las entrevistas impresas se repartieron entre los 6 entrevistadores, de manera que cada uno realizó 3 o 4 cantidad de entrevistas; con anticipación se sortearon entre ellos tanto las instituciones médicas como los informantes con la intención de no repetir ningún caso. Se les instruyó para que además de tomar las notas necesarias de acuerdo con el guion, grabasen la entrevista, con la autorización de cada informante previamente obtenida, de manera que la transcripción fuese lo más apegada a las respuestas, considerando la libertad expresiva del entrevistado, sus gradientes de comunicación, sus silencios, repeticiones de ideas, cambios de tema, lo cual serviría en adelante para la interpretación de los datos (Izcara, 2014).

Los entrevistadores fueron estudiantes invitados a participar en el proceso como forma de práctica en campo y aplicación de técnicas metodológicas.

Específicamente para la recolección de información por parte de integrantes del sector público (personal de salud entre los que encontramos médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, y personal administrativo) se aplicaron 9 entrevistas a profundidad con una guía previamente estructurada, el cual sufre modificaciones al momento de la interacción verbal, ya que la aportación de datos en algunos casos hace necesaria la profundización de algunos elementos. Estas entrevistas permiten recolectar una importante cantidad de datos cualitativos sobre las actitudes, decisiones, percepciones, experiencias, datos y comportamiento de los entrevistados, sus equipos de trabajo y las instituciones en las cuales laboran o se desenvuelven. Igualmente, la guía original de las entrevistas a profundidad puede consultarse en los anexos.

## **4. Avances, contradicciones y retrocesos del Sistema de Salud Mexicano desde el cumplimiento del derecho a la salud 2000-2019.**

### **4.1. Evaluación de los servicios de salud en México desde la garantía del derecho**

Evidenciar los avances, detectar las contradicciones y señalar los retrocesos que con el paso de los años ha presentado el sistema de salud en México se convierte en uno de los objetivos centrales de este capítulo.

Como quedó asentado en el apartado anterior, se verterán datos obtenidos a través de instrumentos de recolección como entrevistas y encuestas, con la puntualización inicial de que, a pesar de que este ejercicio de evaluación mixta pretende evidenciar desde el EBDH los resultados de la rectoría del Estado en el ámbito de la salud, es un ejercicio enfocado en tres indicadores previamente explicados. Es cierto que aportan información valiosa y permiten generar un panorama de la situación del tema tratado, sin embargo no son una herramienta de medición nacional, pero se considera, desde su planteamiento metodológico, representa una visión alternativa de la situación del objeto de estudio, ya que las fuentes de información son usuarios de los servicios y actores involucrados en los procesos, y no sujetos o instituciones oficiales que ocasionalmente podrían utilizar indicadores que favorezcan la presentación de resultados.

Como ha quedado de manifiesto, la evaluación permanente de las acciones y resultados logrados por los sistemas de salud es una de las expresiones de la acción de los gobiernos y una de las más adecuadas formas de apoyar el logro de los objetivos. La evaluación desde diferentes enfoques y con diversos objetivos tiene una tendencia creciente y hoy en día no existen gobiernos que organicen su sistema de salud sin llevarla a cabo. Incluso, organismos internacionales han creado metodologías para la evaluación del desempeño de acciones, programas y políticas públicas que pretenden atender o resolver problemáticas específicas o dotar servicios esenciales para las personas. Para el caso de los servicios de salud que los Estados deben brindar a sus habitantes como respuesta no sólo al cumplimiento de sus responsabilidades sociales, sino además a los compromisos adquiridos en el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, se han establecido

mecanismos de evaluación alternativos a los diseñados por las propias administraciones públicas nacionales, y que pretenden coadyuvar a evidenciar el verdadero status que guarda la funcionalidad y cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud.

A pesar de estas precisiones, es importante señalar que este mecanismo de verificación de las acciones emprendidas por los gobiernos para la atención de sus objetivos y responsabilidades, mayoritariamente cumple funciones administrativas, financieras y políticas, sin embargo, en las últimas décadas ha surgido la necesidad de conocer además el grado de reconocimiento e influencia que los instrumentos internacionales suscritos por muchos gobiernos para la garantía de los derechos humanos, juega en el diseño, implementación y ejecución de sus políticas. El reto de la evaluación se enfoca entonces no solo a conocer los resultados de funcionalidad de los servicios, programas y políticas, sino conocer las evaluaciones dirigidas a medir el grado en que se están alcanzando los objetivos intermedios y los objetivos últimos del sistema de salud, que en sus razones de existencia persiguen el mejoramiento de la calidad de salud y vida de la población. Un cuestionamiento ante esta premisa es conocer el grado de influencia de los derechos que se relacionan con la satisfacción de necesidades básicas de las personas en el cumplimiento de las responsabilidades sociales del Estado. El nivel del deber hacer positivo del Estado. ¿El diseño y funcionamiento de los sistemas de salud obedecen más a criterios de eficiencia administrativa o de cumplimiento de una garantía intrínsecamente humana?

#### **4.2. El Derecho a la protección de la salud en México**

Es cierto que desde la inclusión del derecho a la protección de la salud en el marco jurídico nacional (1983) se han implementado una serie de modificaciones a los servicios de salud, intentando pasar del otorgamiento de un bien social a la aplicación de estrategias para la operación de un sistema que coadyuve a la garantía de un derecho social. Sin embargo, lo que ha quedado claro en las últimas décadas es que definir derechos no los garantiza, ni asignar por ley recursos tampoco los genera. En México, la postura de la distribución justa de los bienes sociales desarrollada por Michael Walzer (1984) cobra sentido al entender que a pesar de que la garantía constitucional de la protección a la salud es universal, los servicios de atención a la misma están determinados por otro bien social que es el dinero, ya que se presupone que se podrá tener una atención de mayor calidad, si se poseen más

recursos económicos para sufragar gastos en instituciones privadas o se tiene la capacidad de pagar requerimientos especiales al momento de la atención en el servicio público.

Bajo este criterio de falta de justicia social se analiza el cumplimiento de la garantía de protección de salud desde indicadores multifactoriales, porque no basta con tener acceso a los servicios de salud para tener protección de esta, se necesitan servicios médicos de calidad y pertinentes desde el sector público. En nuestro país, es un hecho que discursivamente gozamos del derecho a la protección de la salud a través de diversas garantías señaladas en diversos ordenamientos y específicamente en la Ley General de Salud, sin embargo, la operación política / administrativa del sistema responsable de otorgarlo dista del cumplimiento de dicho derecho, tal como se intenta demostrar en los siguientes apartados.

#### **4.2.1. Análisis crítico desde los indicadores de accesibilidad**

Conocer el grado de accesibilidad que los ciudadanos tienen a los servicios de salud implica referirse, como fue descrito en el capítulo tercero de esta investigación, a “la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que se pueden atender” (CONEVAL, 2014, p.26). El criterio o dimensión de accesibilidad a los servicios de salud es considerado un elemento fundamental para conocer el grado de cumplimiento de la garantía del derecho a la protección a la salud, ya que permite desentrañar datos sobre la posibilidad de acceder a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna.

Al respecto de la accesibilidad, la OMS reflexiona que “El acceso a cuidados esenciales y de calidad y a la protección financiera no solo mejora la salud de las personas y su esperanza de vida, sino que también protege a los países de las epidemias, reduce la pobreza y el riesgo de padecer hambre, crea empleos, impulsa el crecimiento económico y promueve la igualdad de género” (Información, 2018), de ahí la importancia radical del cuidado y atención de la accesibilidad de las personas a los servicios de salud, ya que en cumplimiento de una garantía individual, se reproducen beneficios a la salud pública y las colectividades.

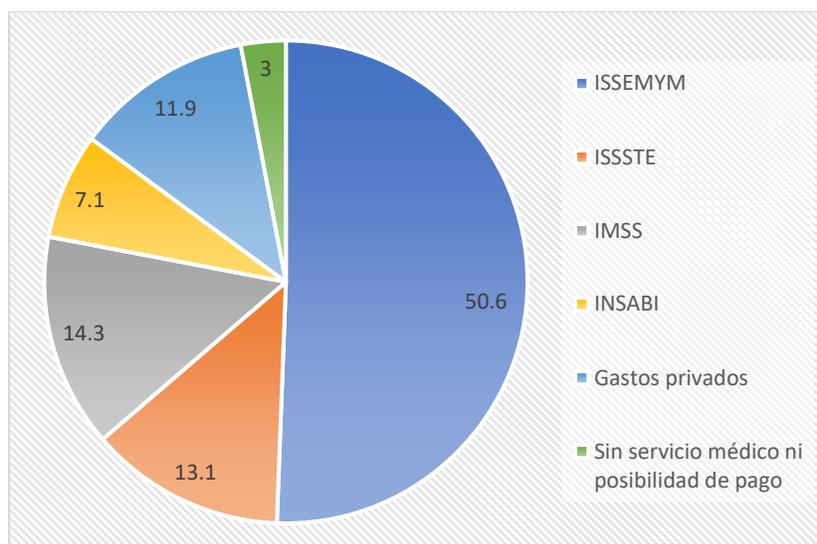
## Accesibilidad física

Referirnos a la accesibilidad física tiene como variables de referencia el *alcance geográfico de todos los sectores de la población a instalaciones de atención de la salud*, en especial grupos vulnerables como aquellos que viven en condición de pobreza, enfermedades crónicas, discapacidad y/o grupos indígenas.

De acuerdo con datos recabados en las encuestas y entrevistas expreso para la presente investigación, se concluye que el 97 % de los entrevistados tienen acceso a servicios médicos, sin embargo, solo el 85.1 % de las personas participantes, así como sus dependientes económicos cuentan con afiliación/acceso a servicios públicos pertenecientes al SNS. El 50.6 % goza con el servicio de afiliación al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), institución que brinda servicios sociales a población trabajadora del Gobierno del Estado de México, se calcula que dicha institución afilia a 858,554 personas (ISSEMyM, 2019), de un total de 17,245,551 habitantes de dicha entidad federativa (COESPO, 2019); el 13.1 % se encuentra afiliada al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), institución que afilia en el Estado de México a un total de 1,299,444 personas (ISSSTE, 2019). El 14.3 % gozan de servicios brindados por el IMSS al ser trabajadores de la iniciativa privada o estudiantes con otorgamiento de seguro médico institucional y el 7.1 % se encuentran afiliados al INSABI.

El 14.1 % restante de la población encuestada y entrevistada se distribuye en un 11.9 % que no goza de servicios de salud pública, pero tiene posibilidad de hacer uso de servicios ofertados por la iniciativa privada, el 3 % restante reportan no contar con ningún servicio médico público ni privado y no cuenta con la posibilidad de pago para atención privada.

Gráfica 2. Afiliación de población encuestada y entrevistada



Fuente: elaboración propia con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Estos datos iniciales nos permiten reflexionar acerca de la ventaja de que goza la población asentada en el centro y las periferias de las dos principales zonas metropolitanas del Estado de México, segunda entidad federativa que más aporta el PIB nacional y con mayor porcentaje de población nacional. Estas zonas metropolitanas aglutinan el 97 % de los hospitales de alta especialidad y hospitales de segundo y tercer nivel, así como el 81 % de las clínicas y consultorios del sector salud de la entidad (ISEM, 2019, p.34), y están conformadas por 75 municipios de 125 en que se divide el territorio mexiquense, aglutinando 15,004,378 habitantes, lo que representa el 87 % de población estatal (COESPO, 2019).

Estas cifras reflejan una muy alta accesibilidad a los servicios de salud en la entidad acorde a la amplia oferta de clínicas, consultorios y hospitales del sector público, sin considerar la oferta de servicios privados consistentes de hospitales, clínicas, consultorios particulares y consultorios adyacentes a farmacias, sin embargo, un 13 % de la población estatal que se encuentra distribuida en 47 municipios no tiene las mismas posibilidades de acceso a los mismos servicios, ubicándose en un nivel de acceso medio o bajo, lo cual representa un parámetro de inequidad.

Respecto a la variable *tiempo y distancia de traslado*, las opiniones son dispersas ya que deben considerarse aspectos como la infraestructura vial, mecanismos de transporte, carga vehicular, horarios de atención, entre otros aspectos de movilidad. En promedio se calcula que los sujetos de estudio tardan 28 minutos en llegar a un centro de atención de la salud, sea este público o privado, en su modalidad consultorio de farmacia, consultorio particular, centro de salud, clínica u hospital. El tiempo se incrementa a 41 minutos si el traslado es al establecimiento al cual se tiene afiliación. En este aspecto vale la pena reflexionar acerca de los CAF, ya que su amplia proliferación a partir del año 2010 cuando se regula la venta de medicamentos y especialmente los antibióticos, ha permitido que estadísticamente los tiempos de traslado para acceso a un servicio de atención a la salud disminuya considerablemente. Esta condición a pesar de aportar elementos socialmente positivos ha hecho que sea directamente la persona quien sufrague los costos de la atención y se incremente el suministro de medicinas y exámenes de laboratorio. Esta experiencia revela que esta práctica con objetivos principalmente de mercado repara una demanda no satisfecha de servicios de salud por parte del sistema público.

De acuerdo con cifras obtenidas en el ejercicio de recolección de datos, un 29.4 % de las personas consultadas encuentran un obstáculo importante para el acceso a los servicios de salud el tiempo de traslado a un hospital público de especialidades, mientras que solo un 8 % considera que es un obstáculo acceder a servicios médicos especializados ofertados por los particulares. Estas cifras de alguna manera evidencian la creciente oferta de servicios médicos privados que si bien es cierto coadyuvan a la presencia de posibilidades de atención médica de cualquier persona, atenta en contra del derecho al acceso a bienes de salud debido a la incapacidad de pago de gran parte de la población mexicana en condición de pobreza. La CEPAL calcula que “el porcentaje de mexicanos en situación de pobreza y pobreza extrema pasará de 53 % a 66.9 %, del total de la población a finales de 2020” (Patiño, 2020).

Ante este escenario, la interpretación es que las personas que radican en zonas urbanas gozan de mejores posibilidades de traslado y acceso a centros de atención de la salud que quienes radican en áreas rurales o semiurbanas de difícil acceso, las cuales principalmente están habitadas por poblaciones marginadas o en condiciones económicas con desventaja, ello se traduce entonces en una ausencia de acceso oportuno a la atención médica, ya que

precisamente las dificultades de movilidad y traslado en una urgencia, pueden causar la diferencia entre salvar o no una vida o un órgano.

Esta condición no es ignorada por los hacedores de las políticas públicas y los programas, ya que, en los últimos años, en un afán de solventar algunas deficiencias de acceso se han operado programas como Telesalud<sup>63</sup> y/o el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica<sup>64</sup>, el primero intentando acercar asesoría médica a poblaciones de difícil acceso y el segundo acercando a dichas localidades unidades móviles de atención.

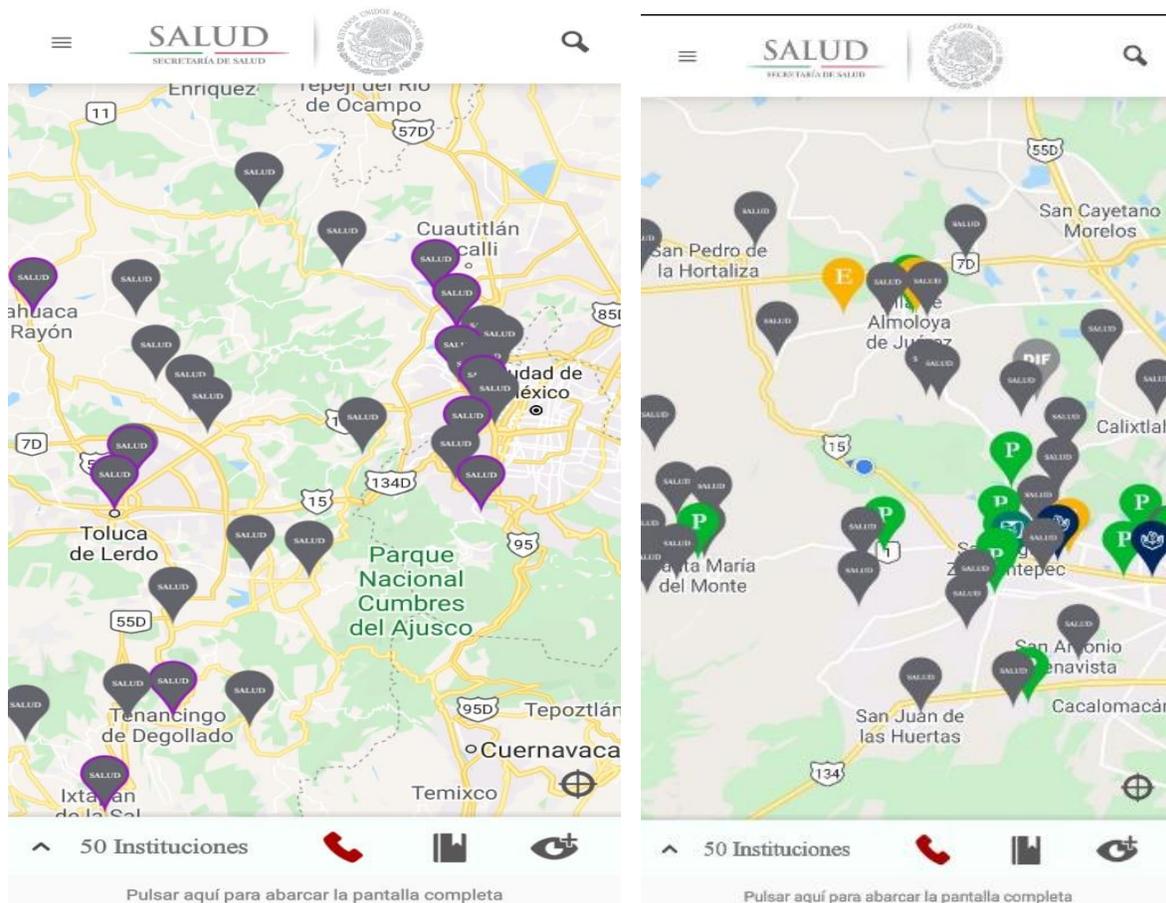
En opinión del personal administrativo del sector salud, el crecimiento desordenado de la infraestructura y los asentamientos humanos sin regulación en los centros urbanos es una problemática constante al momento de la planeación en el otorgamiento de servicios de salud, ya que son principalmente quienes emigran o cambian de residencia, los que no cuentan con seguridad social. Este fenómeno de migración entre ciudades o zonas metropolitanas no es un fenómeno exclusivo del Estado de México, se ha presentado en muchos países específicamente de América Latina en los últimos 20 años. Esta condición de movilidad social ha generado entre otras características del desarrollo, la concentración de servicios en las mismas áreas geográficas tal es el caso de los servicios de salud, los cuales podría presumirse en algunos casos se encuentran subutilizados por falta de recursos para garantizar su funcionalidad.

---

63 La Telesalud proporciona apoyo en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la atención de los pacientes, así como facilidades de educación a los profesionales de la salud y a la comunidad por lo que su aplicación, será de gran ayuda para soportar los Planes Nacionales en Salud en las zonas marginadas, de pobreza extrema y áreas indígenas (SSA, 2007, p.14).

64 El Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM) se da a la tarea de acercar los servicios de salud a la población que habita en zonas marginadas, con alta dispersión y difíciles condiciones de acceso debido a su ubicación geográfica (SS, 2019).

Imagen 16: Instituciones de Salud



Fuente: Dirección General de Información en Salud (2020). RadarCiSalud [Aplicación móvil]

### Accesibilidad económica

Describir la accesibilidad económica referencia a las características relacionadas con la capacidad de pago que las personas y sus hogares tienen para enfrentar una enfermedad y la obtención de atención médica, así como de los medios suficientes para conseguirlos, ya sea desde el sector de lo público o privado, de tal forma que los costos de los bienes y servicios no sean prohibitivos para gozar de los beneficios provistos por el sistema de salud o impedimento para mantener la continuidad de los tratamientos con la misma oportunidad, suficiencia y calidad entre todas las regiones del país, y sin estar vinculadas a una condición laboral (CONEVAL, 2018).

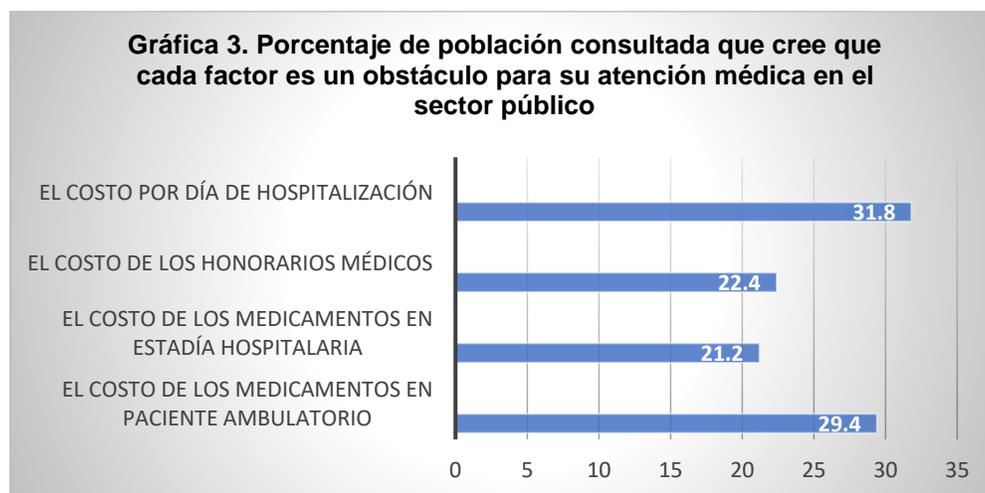
El gasto público en salud es uno de los más representativos indicadores que demuestra el compromiso que el Estado tiene con respecto del derecho a la salud. En nuestro país el gasto público representa para el ejercicio 2020 el 2.49 % del PIB anual -tal como quedó señalado en el tercer capítulo de la presente investigación- y el 50.54 % del gasto total en salud (Expansión, 2020) lo que refleja que el gasto realizado por las familias directamente de su bolsillo representa 4.9 de cada 10 pesos gastados en servicios o productos médicos, escenario en el cual se deduce que las personas con menores ingresos están desde el ámbito económico excluidas del uso de servicios sanitarios.

Sin duda el tema de los gastos de bolsillo que las personas destinan a atención de la salud es reflejo de diversos factores que están íntimamente relacionados con las posibilidades de acceso a los servicios públicos, principalmente con la accesibilidad física y la calidad de prestación de aquellos. Sin embargo, se presenta un fenómeno en el que vale la pena reflexionar, en México el gasto de bolsillo en salud lo realizan familias que tienen o no acceso a los servicios de seguridad social, ya que muchas prefieren pagar atención privada por comodidad y evitar trámites y acciones burocráticas como tiempos de espera, calidad en la atención, riesgos, entre otros, aunque esa decisión impacte catastróficamente en su economía; de acuerdo con el Modelo de Atención Integral de Salud de la SS, 1.2 millones de familias al año cruzan la barrera de la pobreza por esta causa (Saldívar, 2017) .

Para demostrar la tendencia de búsqueda de atención médica en el sector privado a pesar de gozar con seguridad social, la muestra de población encuestada nos refleja que el 85.1 % goza de afiliación a los servicios y a pesar de ello, el 62 % dice atenderse en consultorios privados cuando presentan alguna enfermedad que amerita atención ambulatoria, la cual tiene un impacto doble en su bolsillo, ya que además de los gastos específicos de la atención, las aportaciones de su afiliación siguen siendo obligatorias. Es cierto que la búsqueda de atención privada es una decisión personal, sin embargo, está impulsada por el criterio ciudadano de mala calidad y oportunidad. Esta premisa entonces nos lleva a reflexionar acerca de la irrenunciabilidad del derecho humano a la protección de la salud garantizado en el artículo 4° de la Constitución mexicana, lo cual colma de contradicciones a la garantía dada en el derecho y la brindada en la práctica.

La fragmentación del sistema de salud público en México ha generado durante varios años esquemas inequitativos de acceso, disposición y calidad de los servicios de salud en donde

unas personas tienen más que otras. Como se ha descrito anteriormente, el acceso a estos servicios en gran medida se relaciona con la condición de ocupación, ya que quienes son jubilados, pensionados o se encuentran laborando en la economía formal a través de instancias gubernamentales, públicas o la iniciativa privada (46 % de la población) gozan de seguridad social que es sostenida parcialmente por las aportaciones de los mismos trabajadores, sin embargo, un porcentaje importante de la población (54 %) tiene que buscar otros mecanismos de atención a través de las diversas figuras creadas por el Estado para brindar atención médica y responder en la garantía del derecho a la protección en salud. En los últimos 18 años el Seguro Popular brindó una amplia cobertura poblacional, pero la modalidad de atención bajo paquete de padecimientos y acciones cubiertas por las cuotas básicas y los gastos elevados en enfermedades no incluidas, representan una clara desventaja para la población que no tiene posibilidades reales de destinar un porcentaje de su gasto a la atención de la salud. La existencia de un catálogo que cubría los padecimientos más básicos de atención indirectamente generaba costos prohibitivos para que la población gozara realmente de los beneficios considerados por el sistema de salud o representaban un impedimento para mantener la continuidad de tratamientos en las tan presentes enfermedades crónico-degenerativas, con la misma oportunidad, suficiencia y calidad. Revisando la siguiente gráfica, podemos observar la opinión ciudadana objeto de estudio respecto de los obstáculos económicos para atender sus padecimientos en un establecimiento público de la salud.



Fuente: elaboración con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Los costos mencionados en la gráfica responden a aquellos que se generan por atención dentro del sector salud perteneciente a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y que se brindan a la población abierta sin ningún tipo de aseguramiento, como es el caso de los afiliados al Seguro Popular. Este escenario presumiblemente cambiará con la entrada en operación del INSABI en el 2020, ya que su objetivo es otorgar la gratuidad universal de la atención médica, medicamentos, estudios de laboratorio y otros otorgados por los servicios de salud, lo cual podrá abatir de manera importante las barreras de acceso económico. Más adelante al analizar los indicadores de calidad podremos debatir sobre la conveniencia de ello.

Complementando el gráfico anterior respecto a las opiniones vertidas acerca de la pregunta de en qué porcentaje las siguientes condiciones representan un obstáculo para acceder a servicios médicos privados y atender sus enfermedades, encontramos que el costo por día de hospitalización es el mayor de los obstáculos (77.5 %), los horarios médicos es otro de ellos en un 75 %, el costo de los medicamentos y suministros en estadía hospitalaria y el costo de medicamentos en pacientes ambulatorios son los dos siguientes con un 68.8 y un 56.3 % respectivamente. Estos datos representan casi el doble de las cifras señaladas como obstáculos identificados en el sector público, lo cual es concordante con los costos que uno y otro servicio de atención representan en la práctica cotidiana.

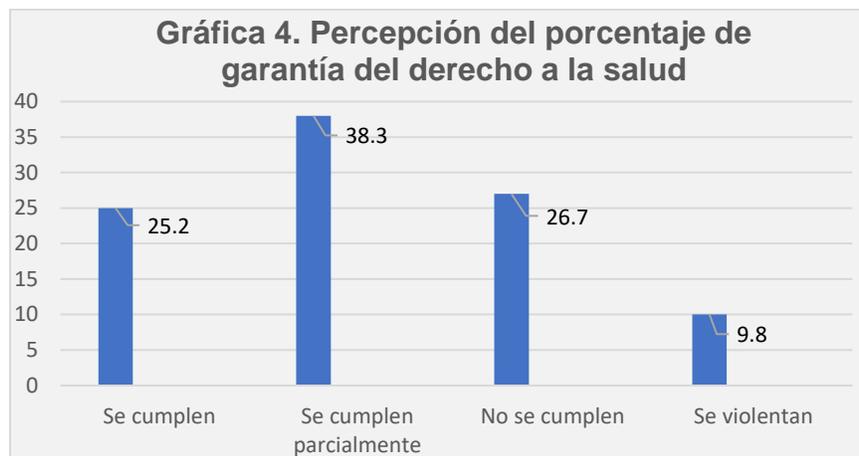
### **Accesibilidad a la información**

Cuando se hace referencia al concepto de accesibilidad a la información como elemento que coadyuva al cumplimiento del derecho a la protección de la salud nos referimos al “conjunto de medios que facilitan la adquisición de información relevante sobre acciones de prevención, promoción y condición de salud de una persona o conjunto de personas” (CONEVAL, 2014, p.7), lo cual se convierte en un elemento fundamental para cumplir dos objetivos, el primero de ellos acercar a los ciudadanos conocimientos, datos e información útil para el cuidado, autocuidado y protección de la salud, lo que podría redundar en la disminución de la presencia de ciertas enfermedades como las de alta incidencia en México (Diabetes mellitus e hipertensión arterial), y por otro lado, se coadyuva a hacer un uso más eficiente, ordenado y responsable por parte de la población de los servicios que se brindan desde el sector público y privado.

Es necesario reconocer que en México gran parte de las opiniones ciudadanas respecto al funcionamiento y operación del sistema de salud se basan en conocimientos, indicadores o acciones sin sustento objetivo, más bien en apreciaciones personales, lo cual abre una brecha entre la realidad y el imaginario social. Ante este panorama, contar con mecanismos y canales más eficientes, sencillos y periódicos de comunicación entre las entidades involucradas en el ámbito de la salud y los ciudadanos, podría tener resultados favorables en varias de las ramas que el mismo sector atiende, ya se mencionaron la prevención, la promoción y la condición que se guarda de la salud en sí misma.

De acuerdo con metodología propuesta por el CONEVAL el primer paso para saber el estado del acceso a la información en salud de la población es su conocimiento sobre el derecho (2018, p.74). En el estudio empírico realizado para esta investigación se cuestionó a los sujetos acerca de su conocimiento sobre los derechos sociales, el 78 % reconoció saber de su existencia, sin embargo, al pedirles que los enunciaran, algunas respuestas fueron erróneas, aunque la mayoría reconoció en segundo lugar, después de la educación, a la salud como un derecho social. Este dato que puede parecer intrascendente cobra relevancia al momento de la exigencia ciudadana sobre el otorgamiento de los servicios de salud, ya que muchas personas tienen la sensación de que el Estado brinda los servicios en un sentido de caridad y no de acción/obligación en cumplimiento de una responsabilidad adquirida.

Respecto al apartado de preguntas sobre el cumplimiento de los derechos sociales, la gráfica siguiente arroja información significativa, ya que la percepción de los ciudadanos es poco alentadora respecto al cumplimiento de la garantía de protección de la salud respecto a los servicios médicos brindados por el Estado y sus instituciones.



Fuente: elaboración propia con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Uno de los elementos importantes en el ámbito de la información es el que obedece a la necesidad de promocionar el autocuidado de la salud, la activación física, la nutrición y otros factores que inciden en la salud o en la presencia de diversos padecimientos. Al respecto, debe reconocerse que entre la ciudadanía de zonas urbanas y con acceso a medios de comunicación principalmente digitales, se percibe una buena estrategia de comunicación gubernamental; al preguntarse sobre las campañas de promoción de la salud, se mencionaron al menos nueve de ellas: ¡Da leche materna!, ¡Chécate, mídete, muévete!, ¡Cambiar es tu decisión! ¡Quédate en casa!, ¡Estás muy chica para algo tan grande!, ¡Etiquetados claros!, ¡Bájate antes y camina después! ¡La familia pequeña vive mejor! ¡Explórate! Sin embargo, al cuestionarse durante las entrevistas a usuarios de los servicios públicos de salud sobre la influencia que han tenido estas campañas en su cambio de hábitos y actitudes frente a factores de riesgo, la mayoría opina que no son suficientes para generar cambios importantes, por el contrario, consideran que folletos, charlas de orientación y testimonios que escuchan en las clínicas y hospitales mientras esperan consulta o medicamentos son más provechosas.

Durante entrevistas llevadas a cabo con personal sanitario al respecto del impacto que tienen las campañas de cuidado de la salud, consideran que resultan con mayor influencia las que tienen que ver con la prevención o atención de enfermedades graves como el VIH o cáncer, con el cuidado de los niños como las campañas de vacunación, las relacionadas con las enfermedades mentales y en los últimos meses las vinculadas al tema del COVID-19, estas apreciaciones están sustentadas en el incremento de la demanda de consultas

para vacunación, asesoría o tratamiento de los padecimientos que se abordan. El mismo personal de salud considera que las diversas campañas para brindar información de autocuidado para evitar o retardar la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, no generan el mismo impacto, debido a la falsa percepción ciudadana de la inevitable presencia de esos padecimientos. El mismo personal de salud considera que cuanto más alto es el nivel cultural y educativo del paciente, existe un mayor impacto de la información otorgada en las campañas de comunicación.

Un elemento adicional para tomar en cuenta al momento de medir la accesibilidad a la información es la cercanía, empatía y claridad del personal médico para con el paciente, brindando un trato digno y proporcionando datos completos, oportunos y veraces sobre su estado de salud y tratamiento. Al respecto de este indicador, en la encuesta realizada encontramos los siguientes datos:

<b>Elemento</b>	<b>Porcentaje</b>
<i>Usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre su estado de salud.</i>	67 %
<i>Usuarios a los que el médico de consulta externa en primer nivel les explicó sobre el tratamiento que deben seguir.</i>	81 %
<i>Usuarios que consideraron clara la información que les proporcionó el médico de consulta externa en primer nivel.</i>	55 %
<i>Usuarios que consideran que la información otorgada por el médico les es útil para cambiar hábitos e incrementar los cuidados personales</i>	52 %

Los porcentajes señalados en la tabla anterior sin duda pueden variar considerando las características de la población a la que va dirigida la información, influyendo en la percepción y utilidad de esta el nivel educativo, experiencia en el manejo de la enfermedad, cercanía con los temas médicos y de salud, creencias, ideologías, ingresos, actividad profesional entre otros elementos.

### **Balance**

Al respecto de la accesibilidad a los bienes de salud de los cuales la población goza y reflejan el nivel de atención que el Estado garantiza, recordemos la observación general 14 del CDESCR (2000), que derivada del artículo 12 del PIDESC relativo al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que señala que los establecimientos, bienes y servicios

de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, con discapacidades y las contagiadas con VIH/sida.

Ante esta premisa, la realidad recogida acerca de la estructura y operación del sistema de salud en México refleja una clara falta de accesibilidad física y económica de gran parte de la población a los servicios de salud. Se puede detectar que la fragmentación administrativa y operacional del SSM que ya ha sido explicada anteriormente, coadyuva a que se genere esta condición de inequidad entre la población, ya que la distribución de la seguridad social se brinda principalmente entre la población que goza de ciertas características de corte económico y ocupacional, es decir, aquellos que cuentan con un trabajo formal y son asalariados del Estado o la iniciativa privada que representa el 48 % de la población. Es decir, el restante 52 % que se ubican entre el desempleo, el autoempleo y la economía informal, son quienes más padecen la falta de acceso a los servicios de salud públicos, de ahí el crecimiento en la demanda de los servicios ofrecidos por el Seguro Popular (2001-2019) y el ahora INSABI, los cuales pretenden permitir el acceso universal a los servicios a costa de la calidad de estos. Recordemos que la afiliación a un sistema, institución o programa no garantiza, de modo necesario, que el acceso a los servicios se lleve a cabo con oportunidad y calidad.

Es cierto que, a pesar de la condición descrita, la amplia oferta de servicios privados de salud como los CAF, los consultorios privados, clínicas y hospitales equilibran en términos estrictos la accesibilidad física, pero desequilibran la accesibilidad económica, ya que son en su mayoría, precisamente quienes tienen dificultades de acceso físico a servicios de salud públicos, quienes tienen más desventajas económicas. De ahí los altos gastos catastróficos de bolsillo.

Por otro lado, es indispensable para la prevención de las enfermedades y la regulación de la demanda de servicios médicos por parte de la población al Estado, redimensionar los canales de acceso a la información que permita al ciudadano promedio mexicano acceder a aquellos datos, estrategias, hábitos y conocimientos en general para el autocuidado y la autogestión de la enfermedad, intentando inhibir acciones como la automedicación y autotratamiento. En México se calcula (2019) que “el 70.1 % de la población tiene acceso

a internet, que el 72 % es usuaria de teléfonos celulares, el 43 % posee y usa al menos una computadora y el 92.5 % cuenta con una televisión digital” (IFT, 2020), cifras que se convierte en un importante indicador para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector de la salud y permitir a través de acciones estratégicas la accesibilidad a la información.

De manera concluyente puede afirmarse que aún en México se presentan importantes desigualdades en la distribución de los servicios de salud y desigualdades significativas en el acceso al aseguramiento y financiamiento en salud. Es importante y urgente enfocar el diseño y operación de las políticas públicas y gubernamentales en la consecución de un objetivo clave señalado por la OCDE que se centra en lograr acceso a los servicios de salud sobre la base de necesidades y no del ingreso u otras características individuales, sociales o geográficas.

#### **4.2.2. Análisis crítico desde los indicadores de disponibilidad**

El parámetro de disponibilidad de los servicios de salud hace referencia a la responsabilidad estatal de dotar a la población de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud en suficiencia de modo que se garantice la atención. La disponibilidad depende de la operación efectiva de unidades médicas y hospitales mediante la suficiencia de recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para la atención a la salud de la población (CONEVAL, 2014). Se trata de contar con cualquier medio posible por el cual se materializa el derecho a la protección de la salud, ya que es necesaria la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas básicas de la población. Como podemos vislumbrar, la disponibilidad de recursos necesarios para la óptima operación y funcionamiento de un sistema sanitario involucra aspectos vinculados al modelo económico y la política fiscal nacional, la deuda interna, el PIB, la política sanitaria, el modelo administrativo imperante, la estrategia de formación de recursos humanos, procesos de compra y licitación, vínculos con la iniciativa privada, convenios de colaboración, entre otras figuras e instrumentos que dan estructura operativa a cualquier organización o sistema. En ese sentido, analizar la disponibilidad de elementos suficientes para garantizar el reconocimiento de un derecho social como es el de la salud implica

complejidades intrínsecas que se intentarán diluir basándonos en parámetros de operación de microestructuras como lo son establecimientos de salud del ámbito de estudio, y en su caso señalando datos macrosociales de referencia.

### **Infraestructura física y servicios médicos**

Para poder vislumbrar el nivel de acción del Estado en pro de la garantía constitucional a la salud, es importante conocer los mecanismos de inversión y operación de la infraestructura sanitaria que atiende una demanda creciente de servicios. La infraestructura junto con los recursos humanos determina el volumen de servicios que el sistema puede proveer, lo que a la vez refleja diversos elementos a considerar para valorar el compromiso estatal en la rectoría de los servicios de salud y su consecuente cumplimiento y respeto al derecho a la protección de la salud, ya que acorde a disposiciones de instrumentos internacionales (signados por México), cada Estado debe contar con un número determinado de infraestructura, establecimientos, bienes y servicios públicos de salud suficientes para atender la demanda de su población (CONEVAL, 2018).

Con la intención de evidenciar la calidad y cantidad de bienes disponibles en infraestructura física y servicios médicos que el Estado provee en cumplimiento de una responsabilidad social y con el fin de garantizar el derecho a la protección de la salud, se evidenciarán en este apartado datos vinculados con la cantidad de unidades médicas pertenecientes al sector público y privado, unidades médicas de consulta externa, unidades de hospitalización, camas censales, tiempo de estadía hospitalaria, número de procedimientos quirúrgicos, tasa de vacunación, cantidad de consultas generales y de especialidad y surtimiento completo de recetas médicas. En primer lugar, se expondrá un panorama de indicadores oficiales para posteriormente contrastarlos con indicadores cualitativos recogidos en entrevistas y encuesta.

En México para enero del 2020 de acuerdo con datos del Sistema de Información en Salud existían “39 664 unidades médicas pertenecientes al sector público y privado” (DGIS, 2020), divididas en formas diversas de prestación de servicios que se enunciarán más adelante. En razón de esta cifra la proporcionalidad de establecimientos de salud/población es cercana a los parámetros óptimos acorde a sugerencias de la OCDE, sin embargo, la variable central a considerar también obedece a otros factores como ubicación geográfica,

tipo de personal médico, cantidad y tipo de equipo, existencia de medicamentos, horarios, costos, entre otros que se observan en los diversos establecimientos, y que reducen drásticamente la consideración positiva de la cifra.

Nuestro país ha puesto especial atención en la operación de las llamadas *unidades médicas de consulta externa*, ya que se considera que en ellas se llevan a cabo actividades preventivas y curativas que en la mayoría de los casos resuelven los problemas por los cuales la población busca atención. Al ser estas el primer punto de contacto entre la población y el sistema de atención es indispensable conocer la oferta de este tipo de establecimientos, así como su funcionalidad. Para enero del 2020, se tenía registro de 32,316 unidades de consulta externa distribuidas de la siguiente manera:

**Tabla 12. Tipo de unidades de consulta externa**

<b>Tipo de unidad de consulta externa</b>	<b>Frecuencia</b>
<i>Consultorios adyacentes a farmacia</i> <sup>*65</sup>	6573
<i>Consultorios rurales núcleo básico</i>	6317
<i>Unidades urbanas de núcleo básico</i>	5238
<i>Unidad médica rural</i>	3687
<i>Unidad móvil</i>	2894
<i>No especificados*</i>	1732
<i>Unidad de medicina familiar</i>	1682
<i>Casa de salud</i>	1004
<i>Unidad de especialidades médicas</i>	698
<i>Brigada móvil</i>	457
<i>Consultorios de atención familiar</i>	441
<i>Unidad médica urbana</i>	308
<i>Consultorios particulares*</i>	223
<i>Clínica de especialidades</i>	191
<i>Centros de salud con servicio ampliado</i>	156
<i>Unidad médica de atención ambulatoria</i>	137
<i>Clínicas de medicina familiar</i>	108
<i>Centros avanzados de atención primaria a la salud</i>	102
<i>Unidad de ministerio público</i>	97
<i>Consultorio delegacional</i>	83
<i>Consultorios médicos del Centro de trabajo</i>	78
<i>Centro de salud con hospitalización (Unidad híbrida)</i>	43
<i>Centros de atención rural obstétrica</i>	40
<i>Clínicas</i>	18

65 Se refiere a establecimientos operados por la iniciativa privada.

<i>Unidad médica rural modificada</i>	7
<i>Bancos de sangre</i>	2
<i>Total</i>	<b>32316</b>

Elaboración propia con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2020) “Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud-CLUES”. Recuperado de: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s\\_clues.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_clues.html)

Las cifras vertidas en la tabla anterior nos llevan a varias reflexiones, en cuanto al número detectamos una conveniente suficiencia, ya que representan el 81.4 % del total de la infraestructura nacional en salud, no así cuando revisamos el tema de la distribución, se calcula que el 54 % de la infraestructura en salud que opera eficientemente se concentra en solo una ciudad del país, la CDMX. El 26.3 % de dichas unidades de consulta externa brindan servicios desde la iniciativa privada, lo que genera un importante impacto en el gasto de bolsillo. Muchos de los consultorios rurales básicos y las unidades médicas rurales operan parcialmente, por lo regular es un médico general pasante que las atiende en modalidad servicio social y carecen de medicamentos, instrumentales y equipo necesario para los diagnósticos, incluso algunas se encuentran fuera de funcionamiento.

Respecto a *unidades de hospitalización*, otro indicador que muestra la capacidad de atención del Estado respecto a la demanda ciudadana, la Secretaría de Salud federal reporta “3,435 hospitales privados y 1,559 hospitales operados por el sector público (gobierno federal, estatales y universidades incluida la Cruz Roja)” (DGIS, 2016). Nuevamente con estas cifras corroboramos la importante participación del sector privado en la disponibilidad de servicios médicos, lo cual abona sin duda al enriquecimiento del indicador a costa de los efectos negativos colaterales que ello implica en una sociedad donde cerca del 50 % de su población se encuentra en umbrales de pobreza. Un elemento adicional de reflexión respecto a los servicios médicos de hospitalización se detecta en la ubicación geográfica de los mismos, ya que el 97 % se ubican en zonas urbanas del país, representado una grave desventaja para la población radicada en espacios rurales.

Con la intención de medir parte de la infraestructura instalada dentro de las unidades de salud que permite valorar aspectos vinculados con la capacidad y oferta de atención, nos referiremos al equipamiento de las instalaciones en salud, se mencionarán aquellas del sector público en virtud de que los hospitales y clínicas privadas se presume en su mayoría cuentan con mayor equipo y material. En la información recabada del sector público de la salud, encontramos que el potencial productivo de los servicios puede medirse con base al

*número de camas censales*<sup>66</sup>, para ello resaltamos que en el país existen 89,562 camas hospitalarias (DGIS, 2019) lo que representa una cifra de 0.74 por cada mil habitantes, la OCDE recomienda un promedio adecuado de 4.7 camas por la misma cantidad de personas, lo que coloca a nuestro país en uno de los que menos capacidad de permanencia hospitalaria tiene. Este dato está sin duda relacionado con el tiempo de estadía hospitalaria que con frecuencia se considera un indicador de eficiencia, en México la estadía en 2018 fue de 3.7 días, mientras el promedio internacional acorde a la OCDE es de 7.8 días. Países como Japón o Corea garantizan estadías mayores a los 16 días (OCDE, 2018, p.177).

Abundando en el tema, el CONEVAL (2018, p.87) señala que en los últimos años se ha presentado un decremento en los hospitales que reportan más de 30 camas censales, pasando de 63.1 % de la infraestructura al respecto durante 2004, a 55.2 % en 2018. Dato que refuerza la estrategia del sector público de la salud para favorecer el crecimiento de unidades de menor tamaño para mayor cobertura en zonas de difícil acceso.

Esta acción podría además interpretarse como medida de seguimiento a las recomendaciones internacionales que hace la OMS al respecto de promover la atención primaria de la salud desde el primer nivel de contacto, favoreciendo la prevención y resolución de problemas sin necesidad de atención hospitalaria y correctiva, enfocando los recursos públicos en la atención de las necesidades de la persona y su contexto con mayor imparcialidad y solidaridad empoderándolas a la mejora de la salud personal; esta acción sin duda permitiría en el mediano plazo corregir conductas ciudadanas en pro de la salud individual y, en consecuencia, disminución de los requerimientos de atención médica a nivel global.

Respecto a la productividad de las unidades médicas del sector público se menciona el indicador vinculado con el *número de procedimientos quirúrgicos*. En nuestro país se calcula durante 2019 un total de 29.2 cirugías anuales por cada 1000 habitantes, cifra que se ha incrementado un 11.5 % en los últimos 10 años, presumiblemente por el deterioro y las complicaciones del estado de salud de las personas y/o el natural incremento de la demanda a partir de la abrumadora afiliación al sistema de salud tras la creación del Seguro

---

66 La cama censable es considerada la unidad funcional en las unidades de segundo nivel. Se define como la cama instalada en el área de hospitalización que aloja al paciente, posterior a su ingreso a la unidad, para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado y/o tratamiento (SSA, 1999, p.28).

Popular; lamentablemente no es posible afirmar que la incidencia de cirugías se ha incrementado por resultado de un crecimiento sustancial en la capacidad de atención de los servicios públicos.

*La vacunación* juega un papel fundamental en la salud pública, de ahí la importancia de diseñar estrategias multivariantes que permitan el acceso de las personas a las mismas, en diversas partes del mundo ha crecido la demanda de vacunas en el sector privado de la medicina, sin embargo, las estrategias públicas en el tema han sido favorables en su diseño y operación. El sistema de salud mexicano desde hace varias décadas ha apostado a tener uno de los esquemas de vacunación más completos a nivel internacional reflejando un alto sentido de igualdad social. En este rubro se calcula que durante 2019 “se aplicaron un total de 50,498,975 vacunas en niños y adolescentes” (DGIS, 2019), lo que coloca a México en el promedio de cobertura de vacunas por países de la OCDE. Respecto a la vacunación para protección de la influenza en niños y adultos mayores, este país se encuentra muy por debajo de los estándares recomendados por organismos internacionales que obedece un promedio del 75 % de estos grupos de población, alcanzando un 34.5 % durante 2018 a pesar de las acciones de privilegiar la aplicación de dicha vacuna en los sectores mencionados. Los reportes del sistema de salud argumentan que no existió la suficiente cantidad de vacunas para su aplicación en determinadas regiones del país. Reproduciéndose el esquema de inequidad en la distribución de los servicios entre regiones del país y zonas urbanas y rurales.

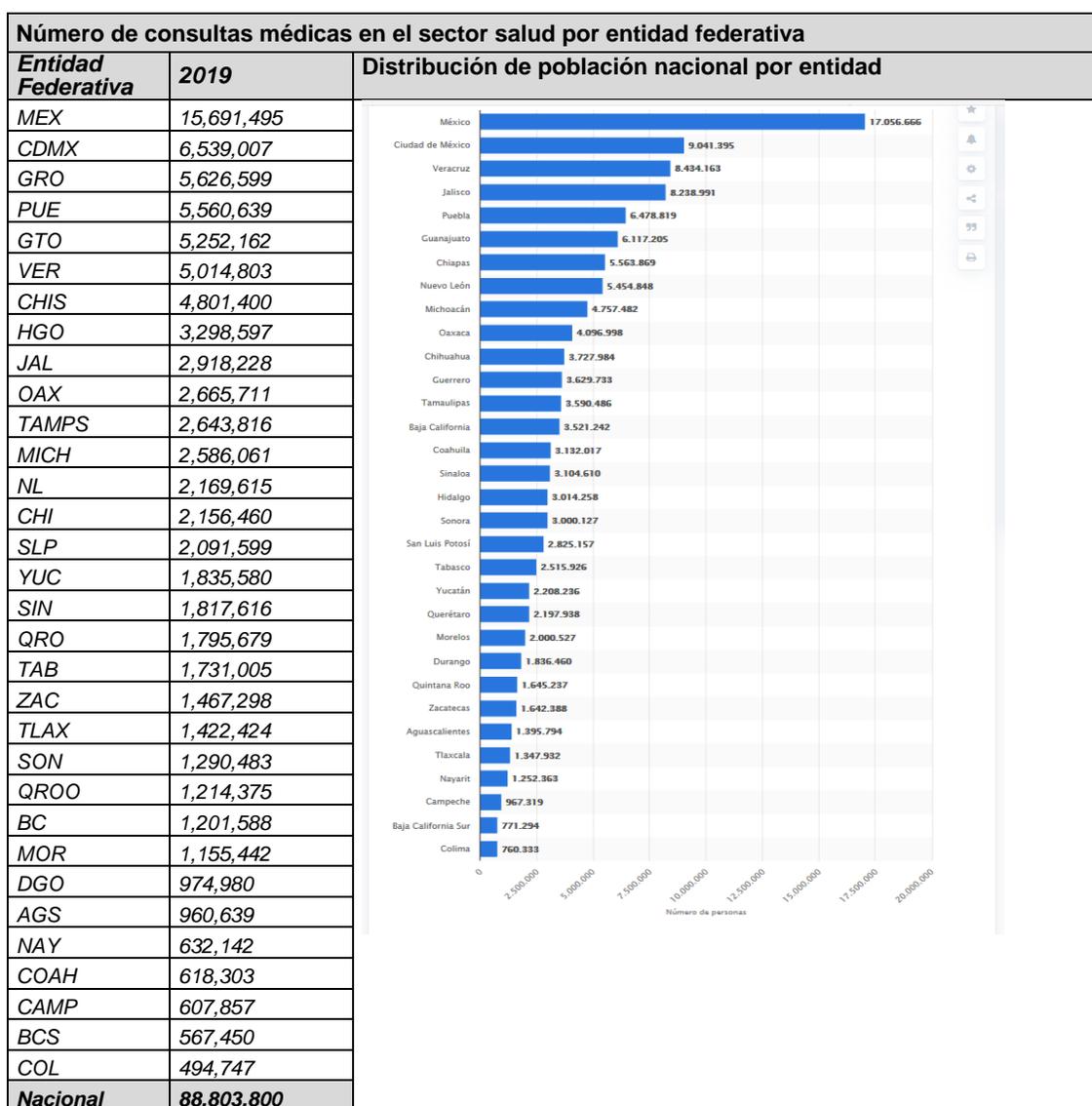
Tomando en cuenta la actual perspectiva epidemiológica del país y las acciones correctivas del modelo de salud mexicano más allá de la prevención, se considera un elemento sustancial para conocer la situación que guarda la acción del Estado en favor de la protección de su población la *cantidad de consultas* que se imparten por las instituciones públicas para dar respuesta a la demanda ciudadana debido a la muy alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas así como las complicaciones asociadas a ellas.<sup>67</sup> Ante este panorama se detecta que el sector público reporta un total de 88,803,800 consultas generales durante 2019 en todo el territorio nacional distribuidas por entidad federativa tal como se enuncia en la tabla siguiente, con la intención de visualizar de forma adicional la

---

<sup>67</sup> Se calcula que México es uno de los países en el mundo con mayor presencia de personas con diabetes y/o hipertensión arterial. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud federal entre “6.5 y 10 millones de mexicanos padecen diabetes y 11.2 millones están diagnosticados con hipertensión arterial” (DGIS, 2019).

desproporción de la demanda/oferta de los servicios en las entidades públicas a pesar de tomar en cuenta los índices de concentración poblacional. Las cifras nos reportan que proporcionalmente no es equitativa la cantidad de consultas con la cantidad de población, sino que, entre otros factores, incide la cantidad presupuestal, de recursos humanos y de infraestructura instalada que permite atender parcialmente la demanda de servicios.

**Imagen 17. Número de consultas médicas por entidad federativa**



Elaboración propia con base en la Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2019) "DATOS EN SALUD". Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/> y Pasquali Marina (2020) "México: población en 2020, por entidad federativa". Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/575948/numero-de-personas-en-mexico-por-entidad-federativa/>

Cuando nos remitimos a datos de *consulta externa por especialidad*, las cifras no se encuentran en correspondencia a indicadores internacionales tomando como referencia el total de población y la prevalencia de enfermedades crónicas, ya que el porcentaje de consultas de especialidad en relación con el total de ellas a nivel nacional representa apenas el 15.44 % detectando adicionalmente una importante concentración en la CDMX con 308 consultas por cada 1000 habitantes, mientras que en otras entidades como el Estado de México se reportan 161 consultas, 154 en Guanajuato y 70 en Chiapas por cada 1000 habitantes. Como se mencionó con anterioridad, la capital concentra más del 50 % de la oferta total de servicios de salud en el país, entre ellos la mayor parte de las especialidades tanto del sector público como privado.

Finalmente se abordará en el rubro de datos nacionales vinculados a los indicadores de accesibilidad, un aspecto que ha sido por varios años deficiente, el *surtimiento completo de recetas médicas*. Presumiblemente este indicador ha estado vinculado a temas de corrupción y opacidad administrativa, principalmente en los procesos de licitación, compra y distribución de medicamentos. Desafortunadamente no se encontraron datos actualizados al respecto del tema, los más recientes son del año 2014, en el cual se detectaba ya un decremento en el surtimiento de recetas completas en el sector público de la salud, pasando de un 89.4 % de recetas surtidas en el 2008 a un 80.4 % en el año 2014. Esta condición genera por supuesto una amenaza para la continuidad de los tratamientos y la resolución de la necesidad de salud.

Los datos nacionales hasta ahora presentados nos muestran una realidad estadística del SSM, sin embargo, ante la ausencia de información real sobre la demanda probable de servicios y la falta de un estándar nacional para la planeación, es difícil determinar si la infraestructura actual es suficiente o no para cubrir las necesidades de la población. Acorde a valoraciones ciudadanas y otras fuentes de información como ONG, de voluntarios e incluso medios de comunicación, se comparte la percepción de que la disponibilidad de los servicios en el mayor de los casos no es suficiente.

Retomando datos del estudio empírico realizado como fuente de datos de la presente investigación, podemos recoger algunas percepciones de usuarios y personal médico y administrativo que nos permiten corroborar datos mencionados en indicadores anteriores y

que fueron obtenidos de diversas fuentes principalmente oficiales. Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud se señalan algunos puntos de utilidad:

A pesar del incremento en la demanda de servicios de salud, la inversión en infraestructura es muy limitada, la mayor parte del financiamiento se destina a la operación administrativa de los centros de salud, en donde los sueldos del personal absorben el 67 % del mismo, restando recursos para adquisición de medicamentos, materiales, mantenimiento de equipo y otros gastos de operación, apenas un 33 % se destina a ello.

Se calcula que en el Estado de México la infraestructura privada en salud ha crecido un 8 % en los últimos dos años, no así la infraestructura pública que se proyecta se incrementó 2 % en el mismo lapso.

Personal administrativo de mando medio señala que la capacidad de atención en las unidades médicas dependientes del ISSSEMYM ante la demanda de usuarios, se encuentra cubierta en la mayoría de las clínicas de consulta externa, teniendo un tiempo de espera en la atención de 4 horas entre el primer momento de acercamiento para solicitar una ficha de consulta hasta el momento de surtimiento de una receta. Es importante reconocer que las clínicas que se encuentran en las cercanías geográficas del primer cuadro de las ciudades tienen una demanda superior de casi el 25 % en relación con clínicas o consultorios ubicados en colonias de la periferia o zonas rurales. En estas últimas instalaciones incluso no se cubre algunos días el máximo de atención a pacientes.

Las clínicas con internamiento y hospitales son los centros con alta demanda de servicios y menor capacidad de atención global, en los hospitales de tercer nivel se tienen tiempos de espera de entre 15 y 90 días para una cirugía. Estos tiempos dependen del tipo de especialidad que las trate. Respecto a la hospitalización, la mayor parte del tiempo la ocupación de camas censales oscila entre el 85 y el 90 %.

Una disposición administrativa en varias instituciones de salud que deben operar los médicos generales es contener la transición de personas a clínicas y hospitales de especialidades, intentando resolver sus padecimientos de salud en medicina de segundo nivel y preventiva, dando seguimiento constante con medicación y exámenes de rutina.

La situación crítica de atención respecto de la accesibilidad a los servicios de salud se identifica en dos vertientes. La primera radica en el rebase de la capacidad de atención primaria de la salud y seguimiento de tratamientos de enfermedades crónico-degenerativas en lo cual influye una inequitativa distribución de personal médico y de enfermería, así como escasez de medicamentos y equipo de diagnóstico; y la segunda, la burocracia y los tiempos de espera para ser atendido por médicos especialistas.

El personal de salud del país conoce en el ejercicio de su profesión los derechos de los pacientes y tiene el compromiso de hacerlos cumplir, sin embargo, vicios políticos, administrativos y económicos que envuelven a los sistemas no permiten que el derecho a la protección de la salud sea una realidad en todos los casos. (Dr. R. Ortega, comunicación personal, 13 de julio de 2020).

Respecto con la opinión de los ciudadanos participantes en las entrevistas y encuesta del estudio de campo, podemos rescatar datos que complementan testimonios anteriores y contrastan cifras oficiales.

Al preguntar a los usuarios de los servicios en qué porcentaje consideran que los siguientes aspectos son un obstáculo para acceder a los servicios públicos de salud en sus diversas modalidades, se rescatan las siguientes frecuencias de opiniones:

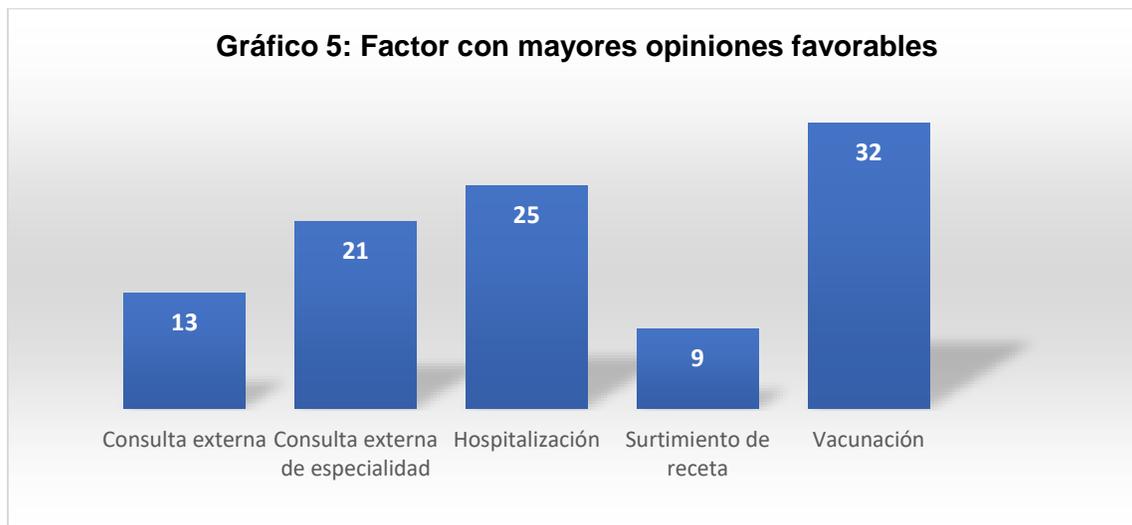
Procesos administrativos burocráticos	72.9 %
Exceso de demanda	70.6 %
El tiempo de espera para la atención	67.1 %
Mala actitud de servicio	65.9 %
Restricciones presupuestales	51.8 %
Falta de especialistas	50.6 %

De estas apreciaciones podemos detectar que los usuarios de los servicios privilegian aspectos más operativos/administrativos y menos estructurales que los responsables del otorgamiento del servicio o las instancias encargadas de evaluarlos. Ello obedece a que el resultado de la gestión lo recibe la persona, de ahí la importancia de establecer criterios de interpretación de la valoración del usuario más allá de los datos de cobertura o satisfacción de los servicios. Las cifras reportadas anteriormente son congruentes con la apreciación

ciudadana respecto a la insuficiencia en la cantidad de servicios médicos ofrecidos en especialidades médicas, el tiempo de espera en consulta externa y exceso de demanda de servicios; elementos que restan accesibilidad real a servicios que mejoren la salud y/o erradiquen la enfermedad.

Respecto al uso de la infraestructura que las personas elegirían para atenderse en caso de enfermedad ambulatoria u hospitalización los datos son diferenciados en ambas condiciones, las personas harían uso de servicios privados (62 %) en caso de requerir atención ambulatoria y por el contrario servicios públicos en caso de hospitalización (62.7 %).

Se presume que este supuesto principalmente obedece a los altos costos de atención hospitalaria privada y no necesariamente a una mejor valoración de los servicios hospitalarios en las instancias del sector público, ello puede confirmarse al conocer la respuesta acerca del cuestionamiento de qué servicio se otorga con mayor calidad en el sector público de la salud:



Fuente: elaboración con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Al indagar datos relacionados con los tiempos de espera en diversos servicios públicos, encontramos que este factor es muy importante para los usuarios, de ahí la necesidad de eficientar en las instituciones procesos de actuación restando prácticas burocráticas; esta sugerencia se origina en las respuestas de los usuarios, quienes señalaron tiempos muy

distantes de atención entre servicios similares, ofrecidos en diversas instituciones o subsistemas. Tal como se señala en la siguiente tabla.

**Tabla 12. Tiempo de espera para recibir atención médica**

<i>Tiempo de espera para recibir atención una vez programada la cita (en minutos)</i>			
	<i>Consulta general</i>	<i>Consulta especialidad</i>	<i>Farmacia</i>
<i>IMSS</i>	<i>60 - 80</i>	<i>52 - 70</i>	<i>45 - 90</i>
<i>ISSSTE</i>	<i>45 - 70</i>	<i>30 - 63</i>	<i>45 - 60</i>
<i>ISSEMYM</i>	<i>55 - 70</i>	<i>60 - 91</i>	<i>60-120</i>
<i>SP / INSABI</i>	<i>60 - 95</i>	<i>60 - 105</i>	<i>65 - 115</i>
<i>Consultorios privados</i>	<i>20 - 45</i>	<i>15 - 31</i>	<i>No aplica</i>
<i>Consultorios de farmacias</i>	<i>20 - 29</i>	<i>No aplica</i>	<i>5 - 15</i>

Fuente: elaboración con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Estas diferencias en los tiempos de atención obedecen principalmente a criterios administrativos, factores como citas vía telefónica, expediente electrónico, mayor capacidad de atención por turnos, sistemas automatizados entre otros de eficiencia administrativa redundan en parámetros más cercanos a los niveles ideales de accesibilidad.

Los usuarios de los servicios públicos de salud que padecen alguna enfermedad crónica como obesidad, diabetes o hipertensión arterial consideran en un 45.1 % que no son tratados adecuadamente por falta de periodicidad en sus consultas y entrega de medicamentos, 37.3 % afirman que si han sido tratados correctamente y 17.6 % argumentan que la atención es variable, ya que algunas veces los medicamentos están completos y las citas se las agendan con la periodicidad adecuada, pero en otras ocasiones no se cumplen estas condiciones. La alta demanda de estos servicios de especialidades en consulta externa nos obliga a no pasar por alto que la accesibilidad a los servicios de salud debe considerar las necesidades propias de la persona y no privilegiar las capacidades internas de los servicios, de otra forma, estamos ante la acción que brinda un servicio y no una que propicia el cumplimiento de un derecho.

Para cerrar las evidencias de percepción de usuarios, se referirán opiniones al respecto de aquellos elementos que se consideran suficientes y en qué porcentaje para garantizar una suficiencia de accesibilidad a los servicios de salud. Los participantes en la encuesta

consideran que el elemento más garantizado es el número de unidades médicas y hospitales con un 70 %; en seguida con el 52 % se comparte la garantía de servicios de laboratorio y personal de enfermería; con un 50.7 % de eficiencia se encuentra el número del personal médico; con 32.8 % el equipo de diagnóstico; con 29.9 % la cantidad y tipo de medicamentos; con 25.4 % la suficiencia de personal sanitario en general y los bancos de sangre y en las últimas frecuencias se detectan con 23.9 % y 19.4 % el número de camas y quirófanos respectivamente.

A modo de reflexión se señala que la infraestructura de los diferentes subsistemas de salud varía tanto en números absolutos como en relación con el número de afiliados, lo que impacta de forma directa la oportunidad y calidad de la atención. Podemos estar hablando de varios modelos de sistemas de salud dentro de los públicos. Resultado de la fragmentación, hay atención de primera y de segunda, lo cual atenta contra el derecho humano que es general para todos, sin categorías.

En el año 2014, la Presidencia de la República en México reconoció una debilidad que sigue vigente: la planeación para la infraestructura en salud ha avanzado de forma precaria y no se genera en relación con los requerimientos de recursos humanos, equipamiento, conservación y mantenimiento, por lo que en diversos casos, el sector salud enfrenta dificultades para operar de manera eficiente los espacios construidos y en otros se han generado retrasos en los inicios de operación, con la consecuente afectación en la calidad de los servicios y con insuficiencia de recursos para sufragar estos gastos.<sup>68</sup>

## **Recursos humanos**

Un elemento central para aproximarnos a la capacidad del Estado en la garantía al derecho a la salud es sin duda la calidad y cantidad de los recursos humanos que tienen bajo su responsabilidad la operación del sistema de salud y por lo tanto la atención y cuidado de la salud pública. Para ello, es indispensable referirnos a la relación cantidad de recursos humanos / cantidad de usuarios de servicio, de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud

---

68 Ver más en: DOF (2014) "Programa Nacional de Infraestructura 2014-2018". Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5342547&fecha=29/04/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5342547&fecha=29/04/2014)

federal, durante 2019 había en México 314,840 médicos y 359,974 enfermeras para atender a un aproximado de 125 millones de habitantes. La dimensión de la desproporcionalidad es mayúscula y demuestra el déficit de personal en salud que enfrenta el sistema mexicano, ya que, de acuerdo con la OCDE, el óptimo porcentaje internacional radica entre 4.5 y 5 médicos por cada 1000 habitantes y 9 enfermeras por la misma cantidad de personas. En nuestro país la oferta de recursos humanos en el sector público se encuentra 1.45 médicos y 1.67 enfermeras por cada 1000 habitantes. Un segundo elemento de desproporcionalidad es la dispersión de ese personal, ya que el promedio de médicos por cada 1000 habitantes en la Ciudad de México es del 3.8 mientras que en el estado de Chiapas es de 0.8 por cada 1000 (Canifarma, 2019). La inequitativa distribución de los recursos humanos se adhiere a la misma característica de la infraestructura; es claro que la ausencia de un proyecto nacional de salud a largo plazo y por lo tanto una planeación ordenada, ha impactado en el crecimiento desordenado del SSM.

Es cierto que la más alta demanda de servicios médicos en México sigue siendo la consulta externa de primer nivel que es otorgada por médicos generales, sin embargo, el impulso a la formación de recursos humanos especializados es una característica importante de la voluntad de los gobiernos por atender demandas primarias y cumplir con compromisos adquiridos, la OCDE calcula que nuestro país presenta las más bajas tasas de formación de médicos especialistas de entre sus miembros.

Al respecto de la cantidad de especialistas que laboran en el sector salud, el sistema de información de la secretaría del ramo reporta para el año 2019, 105,853 médicos especialistas y 36,602 enfermeras especialistas distribuidos en sus diferentes subsistemas. Vale la pena señalar que dentro de esta cifra existe un escalón adicional de desventaja ya que el 48.5 % de los médicos especialistas del sector público se concentra en dos instituciones, en IMSS y la Secretaría de salud federal, explicándonos la excesiva demanda de atención en esas dos instituciones.

Es importante conocer el indicador de número y tipo de recursos humanos con que cuentan las instituciones, sin embargo, existe una discusión acerca de la postura de que el aumento de personal proporcionaría mejores resultados del sistema, sin embargo, son tres aspectos adicionales los que deben atenderse para eficientar los recursos humanos, una menor concentración de médicos en clínicas de zonas urbanas, una redistribución de nivel de

atención y de subsistema de pertenencia. Es claro que esta deficiencia afecta el cumplimiento de la accesibilidad a los recursos en salud.

Relacionado con el tema de recursos humanos, es importante analizar el lado inverso de la falta de personal médico que de algún modo afecta a personas que en algún momento también pueden ser usuarias del sistema, es decir el propio personal de salud. En relación con ello rescatamos algunas apreciaciones rescatadas de testimonios de personal médico (un médico familiar adscrita al IMSS, un médico especialista adscrito al ISSEMYM y dos enfermeras generales adscritas a la SS).

A pesar de contar con un horario establecido de trabajo, muy recurrentemente el personal de salud debe disponer de algún tiempo adicional para concluir las cargas de trabajo asignadas por jornada. Ello muchas veces implica cubrir guardias nocturnas o en fines de semanas y/o festivos. En los hospitales de segundo y tercer nivel, los médicos residentes cubren jornadas extenuantes, ello impacta por supuesto en su productividad y en la alta posibilidad de cometer errores debido al cansancio, los médicos titulares recurrentemente descargan en ellos gran parte del trabajo del área a la que pertenecen. Los horarios, la carga de trabajo, las bajas prestaciones laborales y sueldos de un gran número de médicos hacen de la profesión en el servicio público, un trabajo precario.

En el servicio de consulta externa gran parte del año hacen falta médicos para satisfacer el número de consultas demandadas. La mayoría de las clínicas y hospitales tienen ya un número finito de citas por día, muchas de ellas están anticipadamente asignadas para seguimiento de padecimientos crónicos, otras tantas para quienes pudieron asistir previamente (entre 3 y 5 horas antes de la consulta) a las instalaciones a gestionarla y un reducido porcentaje para personas en grupos vulnerables, principalmente adultos mayores. Estas condiciones dificultan la atención de personas que de un momento a otro presentan síntomas y requieren atención pronta, ya que los servicios de urgencias obedecen protocolos que en muchos escenarios tienen hasta 120 minutos de espera.

Los médicos en consulta externa atienden al día un promedio de 32 personas, destinan aproximadamente 15 minutos a cada uno de ellos y deben observar protocolos de actuación; es decir, canalizar los menos pacientes al área de especialidades, solicitar solo en casos indispensables estudios de laboratorio o gabinete, y recetar los medicamentos

estrictamente necesarios ajustándose al cuadro básico existente. Estas acciones en muchos de los casos generan un conflicto entre el paciente y el médico.

Los médicos especialistas presentan condiciones menos inciertas, normalmente tienen agendas planificadas con mucha anticipación y el número de personas a atender por jornada es mucho menor porque en varios de los casos reparten su tiempo entre consulta, cirugía, visita a pacientes internados y la reasignación de tratamientos farmacológicos a pacientes cautivos con padecimientos crónicos. Sin embargo, sus jornadas son largas y con trabajo continuo.

Sin duda se reflexiona en la necesidad de revisar y modificar protocolos de acción en la relación médico paciente, en el número de médicos que atienden la demanda de servicios médicos y en las mismas condiciones de trabajo del personal de salud, ya que estas debilidades generan un círculo vicioso de falta de compromiso e identidad del personal, que redundan muchas veces en una negativa actitud de servicio. (A. Rivera; R. Ortega; S. García; B. Olascoaga comunicación personal, julio - agosto de 2020).

Respecto a los datos señalados, se puede afirmar que la escasez de los recursos tanto humanos como materiales se relaciona, entre otros factores, con la baja inversión en salud e ineficiencias en la asignación del gasto.

### **Servicios básicos determinantes de la salud**

Tal como quedó señalado en el segundo capítulo de la presente investigación, la salud es un conjunto de factores que en mayor o menor medida inciden en ella y propician la presencia de padecimientos o enfermedades que deben ser atendidas desde el ejercicio de la medicina. Estos determinantes son la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas de atención de la salud; ellos, con excepción del primero, guardan una estrecha relación con el poder de actuación del Estado y sus gobiernos, ya que, en el cumplimiento de sus responsabilidades y compromisos adquiridos internacionalmente, emprenden o no estrategias en beneficio de la garantía de los derechos humanos, en este caso, del derecho a la protección de la salud.

De esta forma, el otorgamiento de servicios básicos determinantes de la salud se convierte en un parámetro que indica el nivel de compromiso que se guarda con el disfrute máximo

de derechos. Específicamente nos referimos a acciones o servicios sobre los cuales las personas individualmente tienen poco o nulo control, es decir, la calidad de aire, el acceso a redes de agua potable, drenaje y servicios sanitarios, tipo de piso en las viviendas, uso de combustibles dañinos, entre otros factores.

De acuerdo con datos del INEGI (2018), en México el 97.1 % de las viviendas disponen de sanitario en sus viviendas, 93.2 % con drenaje, el 94.6 % con agua entubada y 74.1 % con agua entubada dentro de la vivienda; el 80 % dispone sus residuos en servicios de recolección en las viviendas y el 8.5 % aún tienen piso de tierra (INEGI, 2018). Estas cifras reflejan un alto nivel de atención que los gobiernos han dado a la infraestructura de servicios públicos básicos que permiten mejorar la calidad de vida de las personas y en el ámbito de la salud, impactar en la prevención de enfermedades.

Es cierto que estos indicadores evidencian ciertos elementos que en efecto determinan en algún sentido la intervención del Estado en la búsqueda de garantía de los derechos sociales, sin embargo, debemos reconocer que las dinámicas públicas evolucionan y hoy son además factores de índole global los que mayormente influyen o determinan en cierto aspecto la salud de la población, estamos refiriéndonos a contaminación ambiental, visual y auditiva, acumulación de aguas residuales, cultivos transgénicos y alimentos procesados, cambio climático, falta de sanidad pública, tráfico de drogas, desechos industriales, basura electrónica, entre muchas otras prácticas de impacto negativo en la salud y que si bien es cierto, no depende de una voluntad estatal. La regulación, vigilancia y aplicación de la ley son fundamentales para coadyuvar en el menor impacto posible, ya que cuidar lo que determina la salud es de algún modo una acción preventiva.

De la encuesta realizada para la presente investigación, podemos rescatar que el 89 % de las personas creen que hay elementos sociales externos al organismo que influyen considerablemente en la calidad de su salud, entre ellos están algunos vinculados a la atención y acción de los gobiernos. A la pregunta en qué porcentaje considera que el siguiente factor afecta directa o indirectamente su salud, encontramos: en un 78 % la contaminación ambiental; 71 % el inadecuado manejo de los residuos; 63 % la contaminación del agua; 58 % la falta de limpieza en las ciudades por deficientes servicios públicos; 41 % los drenajes inadecuados; 40 % desechos de las empresas; 37 % falta de educación ciudadana para evitar propagación de enfermedades; 32 % educación ciudadana

para el cuidado del entorno; 27 % la creación y mantenimiento de áreas verdes. Como podemos observar, las personas han superado en su percepción los parámetros internacionales usados por la ONU para medir la calidad de la prestación de los servicios a través de únicamente porcentajes de viviendas con agua entubada y piso de cemento, drenaje adecuado o disposición de sus residuos. Los factores de incidencia han cambiado y, por lo tanto, las metodologías al respecto desde el ámbito de lo internacional deberán discutirse, aunque una problemática visible es la heterogeneidad en el desarrollo de las naciones y en consecuencia la parcial garantía de los derechos sociales.

Amanda Galli en el texto Factores determinantes de la salud (2017) retoma del informe Lalonde la relación entre factores determinantes de la salud y la asignación de recursos de los Estados a cada uno de ellos, así como el porcentaje de influencia que los mismos tienen sobre la propia salud; de ahí la reflexión de que son el estilo de vida y la biología humana quienes en un 70 % influyen en el estado de salud, y el medio ambiente y los sistemas de salud se calcula que influyen un 30 %, siendo estos últimos los que menos influyen y en los que más invierte el Estado. Otro tópico para revisión y evolución sin lugar a duda.

#### **4.2.3. Análisis crítico desde los indicadores de calidad**

Hablar, medir y evaluar la calidad en el ámbito de la salud entraña complejidades inherentes al tamaño de la propia responsabilidad. El concepto de calidad admite múltiples interpretaciones y formas de medición, por ello la SS en México ciñe el concepto al criterio de hacer lo correcto, en el momento correcto, a la persona indicada y en el lugar adecuado.

Por su parte Artaza (2015) señala que en el ámbito del sector salud la calidad significa hacer las cosas de forma que los receptores del servicio queden satisfechos, utilizando adecuadamente los recursos y reconociendo intrínsecamente la dignidad y autonomía de las personas; incluye en su definición el concepto de justicia y equidad poniendo en igualdad de circunstancias a todos quienes demanden estos servicios, dándoles la confianza de que el derecho a la salud es real y posible de alcanzar mientras los sistemas se empeñen en ello.

Desde el EBDH la calidad de los sistemas puede evaluarse tomando en consideración diversos elementos interrelacionados que principalmente deben ser rectorados por el

Estado, es decir, el tipo de políticas públicas ejecutadas, la cantidad de oferta de servicios acorde a las necesidades, las competencias de los recursos que forman parte de los sistemas al momento de brindar los servicios, el grado de satisfacción de los usuarios, auditorías e información brindada en portales de transparencia y acceso a la información. Estos elementos y algunos otros pueden ser interrelacionados para crear variables de análisis e intentar evidenciar resultados objetivos de evaluaciones a la calidad, por ello diversos organismos internacionales se han sumado a las dimensiones propuestas por la *Health Care Quality Indicators Project* que identifica tres aspectos que reflejarían las mínimas acciones necesarias para asegurar la calidad de los servicios de salud en cualquier sistema nacional, a saber: seguridad, efectividad y atención centrada en la persona.

### **Seguridad**

Es cierto que los sistemas de salud no pueden integralmente garantizar el restablecimiento de la salud ya que los factores biológicos de cada organismo juegan un papel imprescindible, sin embargo, en muchas de las ocasiones errores y negligencias médicas, así como condiciones no favorables de las instalaciones sanitarias y de manejo del paciente, son protagonistas en el agravamiento de las enfermedades e incluso pueden convertirse en causas de muerte. Estos padecimientos que se adquieren durante las estancias hospitalarias se conocen como *enfermedades nosocomiales o infecciones asociadas a la atención en salud* (IAAS). Estas, de acuerdo con datos de su incidencia constituyen un problema serio de seguridad de los pacientes y se detecta que son un punto crítico en la atención de la salud, de ahí la importancia de tomar en cuenta esta condición en la medición de la garantía del cumplimiento al derecho a la salud por parte de los sistemas de salud en el mundo.

Acorde con datos internacionales, “la aparición de IAAS prolonga las estancias hospitalarias entre 5.9 y 9.6 días e incrementa la probabilidad de morir (riesgo atribuible) hasta en un 6.9 %, provocando adicionalmente cargas económicas importantes para los sistemas de salud, los pacientes y sus familiares, incrementa la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, provoca incapacidad y muerte prematura” (Rodríguez, 2018, p.2).

En un estudio realizado por la SSA (2011) en “895 pacientes de 254 unidades de cuidados intensivos en México, se encontró que 23.2 % de estos tenía una IAAS, con una letalidad asociada de 25.5 %” (SSA, 2011, p.3), lo cual presenta un alto índice de mortalidad por

causas prevenibles. Sin embargo, estas cifras son variables en virtud de que los sistemas de información y reporte al respecto no han operado debidamente a pesar de los esfuerzos por sistematizar este tipo de datos que sin duda coadyuvarían a reorientar acciones y tomar decisiones para enfrentar estas enfermedades prevenibles, ya que la mayoría refleja fallas en la atención que son susceptibles de prevención y control.

Respecto a estas enfermedades nosocomiales, personal de salud entrevistado para este trabajo reconoció que este tipo de infecciones son muy comunes y que el control de ellas no está únicamente en la capacitación del personal y la vigilancia estricta, sino que debe basarse en un sistema epidemiológico avanzado que permita conocer brotes epidémicos y el tratamiento adecuado para ellos y no ver a las IAAS como fortuitas, ya que su gravedad presenta altos índices de mortalidad. Personal médico señala que ha habido importantes esfuerzos en todos los niveles de atención de la salud para disminuir contagios o adquisición de infecciones dentro de las unidades de salud, sin embargo, estos índices no han sido favorables. Sin duda este es un reto fundamental para garantizar servicios de calidad. Los contagios en los establecimientos de salud pueden ir desde una infección por contagio cutáneo, pasando por un contagio viral respiratorio hasta uno bacterial por procedimiento quirúrgico, de ahí su abordaje integral desde la epidemiología.

Los usuarios de los servicios de salud participantes en la encuesta aplicada para desarrollar esta investigación manifestaron en un 8.3 % que ellos o un familiar han sido contagiados al menos en una ocasión por una IAAS, lamentablemente un 2.5 % detalló que esa circunstancia originó la muerte de un familiar, en todos los casos después de haber sido intervenidos quirúrgicamente.

Vinculado con este factor, se preguntó en el instrumento aplicado si acudían a clínicas u hospitales en busca de revisión médica cuando presentaban algunos síntomas de enfermedad, a quienes respondieron negativamente se preguntaron los motivos y entre las respuestas encontramos los tiempos de espera, la automedicación, los remedios caseros y el temor a enfermar de algo adicional o adquirir una enfermedad.

Otro de los indicadores importantes que sugieren el estado de la seguridad de los pacientes al recibir atención médica pública es el *tiempo de espera en las salas de urgencias*. Este

factor es fundamental en la calidad de cualquier sistema de salud en virtud de que el retraso o la tardanza en la atención de un paciente puede poner en riesgo su vida.

En México se calcula que el sector público brinda casi 9 millones de consultas de urgencias al año, correspondiendo casi al 15 % de las atenciones otorgadas de forma global, de ahí la importancia que reviste esta área de atención. Desafortunadamente, de acuerdo con datos brindados por el IMSS, el 21 % de las muertes al año en las instituciones del sector salud ocurren en el área de urgencias y los principales motivos obedecen a factores desencadenados por diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares. Esta cifra nos muestra la importancia y el impacto de las acciones emprendidas en estas áreas y el potencial que representa para mejoras en cuanto a oportunidad y calidad del servicio.

Hasta el 2017, en los servicios de salud a cargo de gobiernos estatales, pueden tardar hasta 56.7 minutos en prestar el servicio de urgencias, y en los del IMSS 51 minutos. Estos datos contrastan con las marcas de otras instituciones, como las privadas (12.7 minutos de espera, como máximo) o las de universidades (13.2 minutos). Da ahí la importancia de vigilar los procedimientos y emprender estrategias de distribución de los servicios porque solo son algunas clínicas las que brindan el servicio de urgencias.

Acorde a datos obtenidos en el estudio exploratorio con personal de salud hallamos que las opiniones concuerdan con los datos nacionales. En dos hospitales de tercer nivel que brindan el servicio de urgencias el tiempo promedio de espera para la atención del paciente es de aproximadamente 49 minutos, la demanda del servicio es alta, en promedio, tomando en consideración las 24 horas del día, se reciben 5 pacientes cada 60 minutos; se calcula que esta cifra se presenta de este modo porque los servicios de urgencias en muchas de las ocasiones de manera indebida, funcionan como complemento a los servicios de salud ambulatorios que no cubren la demanda, lo cual transforma considerablemente la razón de dicho servicio.

El personal de salud reconoce que la mejora de los servicios prestados en las áreas de urgencias sin duda es de los que presentan mayores oportunidades de mejora, principalmente en la ubicación de especialistas exclusivos al área e incremento de personal de primer contacto, ya que la demanda supera la capacidad de atención acorde al número de personal asignado para cumplir dichas tareas.

Por su parte los usuarios del servicio respondieron a la pregunta ¿a dónde acude cuando se le presenta una urgencia médica? A un hospital o clínica privada un 36 %, a un consultorio privado un 25 %, a un consultorio adyacente de farmacia un 16 % y un 23 % a una clínica u hospital del sector público. La principal razón de esta decisión a pesar de los costos que implica el servicio es precisamente el tiempo de espera en recibir la atención en primer lugar y en segundo la calidad de esta.

Concluyentemente en este factor de los tiempos de espera en la atención médica de urgencias se torna importante reflexionar que la calidad con que estos se brindan disminuye notablemente los efectos del trauma en la población, las secuelas temporales o permanentes secundarias a estos; también disminuye la pérdida de años de vida en edad productiva, logrando mantener una mejor calidad de vida y productividad en la población, lo que sin duda coadyuva en la garantía del cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Un elemento adicional para considerar en la valoración de la acción gubernamental respecto al cumplimiento de la garantía del derecho a la protección de la salud es el relacionado a las *denuncias y fallos de las autoridades competentes respecto a mala práctica médica*. En México, la instancia que recibe estas quejas y emite laudos es la CONAMED, la cual a través de datos estadísticos presenta la realidad estadística en este sentido. Es importante señalar de forma antecedente que de acuerdo con la fundación *No más negligencias médicas A.C.* (2018) en nuestro país cerca del 80 % de las negligencias o malos tratos médicos no se denuncian debido a la carga burocrática que ello implica y se traduce en pérdida de tiempo y recursos. Esta información nos advierte que los datos evidenciados por órganos del Estado no dimensionan objetivamente la realidad de la situación.

La CONAMED señala que durante 2019 se recibieron 3191 solicitudes de gestión inmediata y quejas de atención médica, de ellas, el sector público aglutina el 86.15 % de las quejas levantadas y 13.85 % el sector privado. El ISSSTE y el IMSS son las instituciones del sector público que recibieron el 76 % de las quejas (CONAMED, 2020), lo cual evidencia las claras deficiencias que presentan ambas instituciones, principalmente el segundo, que también afilia a una importante cantidad de empleados del sector privado. Respecto a los principales

motivos de las quejas e inconformidades que se detectan son el tratamiento médico, el diagnóstico, la relación médico paciente y el tratamiento quirúrgico.

Una instancia que goza de mayor confianza ciudadana es la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) que tiene el poder de recibir denuncias de presumibles violaciones a los derechos humanos y en su caso emite recomendaciones a las autoridades o entes públicos. De acuerdo con el Informe Anual de esta comisión, el sector salud es el que reúne el mayor número de quejas o inconformidades durante 2019. Entre las acciones o las omisiones posiblemente violatorias de derechos humanos reclamadas con mayor frecuencia están la omisión en proporcionar atención médica, la negligencia médica y el omitir suministrar medicamentos, y la organización con más recomendaciones es nuevamente el IMSS (CNDH, 2020).

Como resultado de entrevistas con personal médico que ejerce en el sector salud, se detecta que en gran medida las denuncias por negligencia médica u omisión de prestación de servicios obedece a la incapacidad administrativa de las instituciones que en algún momento se encuentran rebasadas en sus capacidades de atención. Adicionalmente, muchos pacientes exceden sus competencias y ejercen prácticas intimidatorias y de presión sobre médicos u otro tipo de personal de la salud con la finalidad de obtener licencias de incapacidad, medicamentos adicionales, estudios de laboratorio innecesarios y/o sobre atención. De alguna forma, es importante observar el otro lado de la moneda que refleja los derechos que poseen los médicos y todo el personal de salud de ejercer con libertad su profesión y ser respetados integralmente por los pacientes y sus familiares. En muchos casos los abusos se presentan y es prácticamente nula la denuncia desde la posición del prestador del servicio. En los últimos años el personal de salud es ampliamente capacitado respecto al cumplimiento del deber laboral y en amplio respeto a los derechos del paciente, sin embargo, es indispensable trabajar recíprocamente para mejorar la relación médico paciente; un papel protagónico en la mejora de esta relación sin duda será una mejora administrativa que incremente la calidad del servicio y mejore las condiciones laborales del personal de salud.

Resultado de la encuesta entre usuarios del servicio se haya que el 25 % de ellos creen haber padecido negligencia médica, recibido diagnósticos equivocados u omisión en la

prestación de servicios médicos, sin embargo, únicamente el 10 % de ellos acudió a la instancia correspondiente a imponer la queja correspondiente. En estos casos los laudos resultaron a favor de los denunciados.

Al preguntar a quienes creen haber sufrido alguno de los daños mencionados la razón por la cual no imponen una denuncia, en primer lugar, argumentan que, porque no pasa nada, seguido de es una pérdida de tiempo y porque las instancias públicas llevan la ventaja para ganar un juicio.

Ante esta realidad resulta importante reflexionar acerca de la alta percepción de haber sido víctima de negligencia médica y la baja denuncia ante las instancias adecuadas, lo cual no permite evidenciar con cifras corroborables estas conductas que inhiben el goce satisfactorio del derecho a proteger la salud.

### **Efectividad**

La efectividad expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos, prevención y servicios, así como el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina. Acorde a esta definición, medir la efectividad de los servicios de salud resulta complejo en virtud de la valoración del impacto de las acciones / abstenciones de los sistemas de salud, así como la conducta personal de los individuos. Dentro de los criterios de efectividad se consideran además resultados negativos, los cuales están ligados a los efectos que producen en las sociedades las acciones o la falta de servicios de salud.

El CONEVAL con la intención de contribuir a la apreciación acerca de la efectividad de los servicios de salud toma en cuenta el perfil epidemiológico nacional, ya que en su conducta pueden visualizarse padecimientos que responden a hábitos y conductas sociales, así como dinámicas y acciones de las instituciones públicas encargadas de garantizar servicios de atención a la salud.

Acorde con datos del sistema de información de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en el 2018 se registraron 704,803 defunciones en México teniendo como las principales causas las enfermedades del corazón con un porcentaje del 20.85, seguidas de

la diabetes mellitus con el 14.24 % y con el 12.6 % los tumores malignos. Estas tres principales causas de muerte en nuestro país se mantienen desde 1996, (DGIS, 2018) lo que refleja la falta de efectividad de las acciones de prevención de dichas enfermedades, ya que sus principales detonantes obedecen a hábitos alimenticios y de actividad física.

Respecto a las muertes por *enfermedades del corazón* en los últimos 23 años se han incrementado un 84.18 %, colocándonos en el segundo país miembro de la OCDE con más muertes al año por esta razón después de Estado Unidos. En 1995, 6.32 personas morían por esta causa por cada 10,000. En el 2018, esta cifra se incrementó a 11.64 por cada 10,000 (DGIS, 2018); ello puede ser una muestra de la falta de continuidad en la atención proporcionada por los servicios de salud en México. Adicionalmente encontramos dos indicadores sobresalientes respecto al índice de mortalidad de este tipo de enfermedades, que son las muertes ocurridas 30 días después de un evento cerebrovascular o de un infarto agudo al miocardio, estos indicadores elevan las señales de alerta, porque entre las causas posibles se encuentran las deficiencias en el proceso de atención, ya sea que el paciente no esté recibiendo el tratamiento más indicado para su condición o no lo esté recibiendo con la oportunidad necesaria, lo cual sin lugar a duda demerita la efectividad de los sistemas y violenta el derecho humano de todo individuos a recibir atención médica de calidad.

La diabetes mellitus como segunda causa de muerte es aún más prevenible que la primera. Ello representa uno de los principales retos en materia de salud para el país debido al rápido crecimiento de la incidencia sobre todo a edades tempranas. Durante el 2018, en México murieron 100,350 personas por padecimientos asociados a la diabetes, incrementándose las muertes por este padecimiento de 3.79 por cada 10,000 personas en el año 1996, que es el primero donde aparece dentro de las tres primeras causas de muerte, a 7.95 durante el 2018. Prácticamente un incremento porcentual del 109.76 %.

Al respecto de esta enfermedad se calcula que actualmente en México “el número de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7 % en personas entre 20 y 69 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas” (PMFARMA, 2020). Estas cifras representan un grave problema de salud pública del país y a su vez, ejerce una fuerte presión sobre el uso y destino de los recursos con que cuenta el sistema de salud, ya que los gastos dedicados al tratamiento de los pacientes con diabetes y sus complicaciones asociadas representan aproximadamente el

30 % del gasto total en servicios de salud, el IMSS asegura que en esa institución la atención de padecimientos prevenibles ocupa el 50 % de su presupuesto cada año.

Tanto las enfermedades del corazón como la diabetes mellitus tienen como factor de riesgo común el sobrepeso y la obesidad. Respecto a este dato, es indispensable reflexionar en el importante rol que los gobiernos juegan a través de planes, programas, campañas y políticas públicas integrales. La obesidad y el sobrepeso se han convertido en serios problemas de salud pública en el mundo debido a su influencia en el deterioro de la calidad de vida de las personas, pero además en la alta influencia que tienen en múltiples enfermedades no transmisibles.

En México, la obesidad es un problema muy severo, un tema ético y económico que está afectando la esperanza de vida. Se calcula que cerca del 73 % de la población padece sobrepeso u obesidad y 34 % de las personas con obesidad se encuentran catalogados como mórbidos. Además, México es la región del planeta donde se concentran más niños y adolescentes obesos, esta patología afecta a tres de cada diez niños y a cuatro de cada diez adolescentes. Estos datos sin duda encienden las alarmas de las instituciones de salud por el panorama de demanda de atención y servicios que se vislumbran en ascenso en los próximos años a pesar de los esfuerzos estatales para su abordaje preventivo.

Más allá de los múltiples factores biológicos y actitudinales que inciden en la presencia de la obesidad y el sobrepeso y desencadenan los padecimientos antes descritos, el sedentarismo se convierte en una causa central de la presencia de enfermedades. Los niños y niñas cada vez practican menos actividades físicas vigorosas y pasan más tiempo frente a dispositivos electrónicos. Igualmente, los adultos no practican actividad física recomendada por organizaciones del cuidado de la salud, se calcula que un 58.3 % de los mexicanos adultos tienen una vida sedentaria y no se ejercitan físicamente en ningún momento del día. Sin duda, esta condición debe también considerarse en las acciones a emprenderse para la prevención de padecimientos y alcanzar una mayor efectividad en las acciones de salud preventiva.

Respecto a la tercera causa de muerte en nuestro país relacionada con la presencia de tumores malignos, se evidencia que tiene conductas inestables en cuanto al tipo de patología, grupos de edad y sexo de quienes los padecen, sin embargo, de forma común es importante señalar que se torna indispensable la intervención del Estado en cuanto a

acciones de promoción del autocuidado, prevención y tratamiento oportuno. Citando el ejemplo del cáncer de mama, que es uno de los tipos con mayor incidencia entre la población femenina mexicana, sabemos que la detección oportuna es la piedra angular en el mejoramiento de los pronósticos y supervivencia; ello podría hacerse mediante la realización periódica de diversos estudios de tamizaje, situación que en nuestro país está lejos de alcanzarse en virtud de la necesidad presupuestaria de atender asuntos urgentes, aunque se abandonen los importantes.

Entre otros aspectos pendientes de abordaje para lograr mayores niveles de efectividad en los servicios de salud en nuestro país y por lo tanto otorgar una mayor garantía de cumplimiento del derecho humano a la salud se encuentran las muertes por razones de maternidad y las muertes infantiles; a pesar de que los indicadores al respecto han disminuido en los últimos 5 años, es importante reflexionar que estas están íntimamente relacionadas con diversos factores que van más allá de los servicios de salud, es decir, condiciones de sanidad, nutrición, pobreza, desigualdad social, falta de acceso a atención, discriminación, entre otros factores pendientes de atención del Estado y que adicionalmente violentan otros derechos humanos más allá del correspondiente a la protección de la salud.

Con la intención de verificar la presencia de ciertos factores que inciden en la efectividad de los servicios de salud para la disminución de padecimientos prevenibles y/o atención de prácticas poco saludables, se preguntó a través de entrevistas con especialistas integrantes de los sistemas de salud, cuáles son las acciones más importantes para ser efectivos en la prestación de los servicios y el cumplimiento de los objetivos de los sistemas, entre los cuales encontramos precisamente trabajar en la prevención de padecimientos comunes y que demeritan la calidad de vida de la población. Personal médico señala que existe una amplia insistencia para el autocuidado de la salud recomendando una observación cuidadosa de la ingesta de alimentos y la práctica de actividad física, sin embargo, el comportamiento de la enfermedad indica que el 80 % de los casos de enfermos crónicos con diabetes y/o hipertensión arterial, hace caso omiso a las recomendaciones del médico, dejando la responsabilidad del control de la enfermedad al tratamiento farmacológico y las revisiones periódicas, independientemente de la entrega de información respecto a los cuidados nutricionales y actitudinales que deben poner en práctica. El personal médico calcula que estas acciones no se ponen en práctica principalmente por desidia, ignorancia y falta de recursos.

Los expertos consideran que la falta de efectividad de los sistemas de salud se debe además de la limitación de recursos, exceso de demanda, falta de personal y debilidades administrativas, a la ausencia de una cultura ciudadana de autocuidado, lo cual no sólo es responsabilidad del individuo, sino a la falta de armonía entre lo público y lo privado, a la fragilidad de los procesos de educación para la prevención, al nivel general de cultura cívica, a una sociedad civil enfocada en asuntos individuales y a las débiles acciones estatales para una verdadera cultura del autocuidado y la prevención, el personal de salud cree que vamos un paso atrás respecto a este último elemento, se está trabajando para la reacción y no para la prevención, lo cual tiene enormes impactos negativos para todos.

Por su parte, usuarios de los servicios de salud participantes en el estudio de opinión proporcionan datos que nos permiten verificar cifras nacionales mencionadas anticipadamente. Cuando se pregunta acerca de su condición respecto a su peso corporal, el 52 % señala tener sobrepeso, el 17 % reconoce padecer obesidad y el 31 % dice tener un peso adecuado acorde a su edad y características físicas. Sin embargo, del 69 % que reconoce padecer sobrepeso y obesidad solo una cuarta parte dice tener seguimiento nutricional de su condición o preocuparse por ello.

Respecto a la presencia de enfermedades crónicas, el 32 % de los encuestados señalan padecer diabetes y/o hipertensión arterial, y de este grupo el 45.1 % percibe que no recibe un tratamiento o seguimiento adecuado a su padecimiento, principalmente por la variación de las citas de seguimiento y la dificultad en el surtimiento de medicamento. A este mismo grupo que manifestó padecer alguna de las dos enfermedades mencionadas anteriormente se cuestionó acerca de las acciones adicionales a la consulta médica o medicación que emprende el sistema de salud para controlar su enfermedad o prevenir su presencia en familiares, señalando algunas pláticas informativas durante los tiempos de espera de la consulta, distribución de folletos informativos y en algunos casos canalización al servicio de atención nutricional. Prácticamente el tema de la prevención corre por cuenta propia, señalaron.

Al cuestionar a los usuarios del sistema de salud público acerca de la percepción de efectividad de este, entendido como las acciones estratégicas que impactan favorablemente en la salud de los individuos y la superación de datos epidemiológicos, la

mayoría concuerda en que estamos aún lejos de poseer una cultura de la prevención desde la ciudadanía y desde el trabajo institucional.

En este rubro resulta complejo detectar acciones concretas emprendidas por el Estado y que una vez ejecutadas tengan un amplio impacto positivo en la salud pública. Probablemente lo sean las amplias campañas en favor de la vacunación infantil y la importante respuesta ciudadana que en México existe desde hace ya varias décadas, sin embargo, la prevención sigue siendo una tarea pendiente.

### **Atención centrada en la persona**

La atención centrada en la persona (ACP) es una dimensión de calidad asistencial acordada por la OMS en virtud del impacto positivo que tiene en el cuidado y mejoramiento de la salud de los individuos. Esta categoría se acuña a partir de la identificación de una práctica médica basada en un modelo biologicista y poco biopsicosocial, es decir, de consideración de factores múltiples que inciden en la salud y en la enfermedad de las personas.

En opinión de Karl Jasper, la medicina moderna se encuentra en un momento ideal, ya que cada día se logran avances importantes en la investigación y desarrollo de la disciplina, hay más científicos y más ciencia que en otras épocas, sin embargo, afirma, entre los enfermos y los médicos aumenta la insatisfacción y nunca como ahora ha habido tantos problemas y deterioros en la atención médica (1988). La reflexión anterior nos lleva a comprender una de las razones por las cuales el enfoque de la ACP ha intentado dominar la enseñanza y el ejercicio de la práctica médica.

La ACP es aquella atención médica que debe establecer una relación de colaboración entre los profesionales de la salud, el paciente y sus familias, intentando garantizar que los tratamientos y las decisiones que se tomen estén acordes a las preferencias y necesidades del enfermo y tenga la información y apoyo necesarios para participar de su atención y cuidados. Sin duda esta visión implica un cambio de concepción de la relación médico – paciente, ya que el objeto a atender es la persona y su enfermedad, y no un padecimiento en sí mismo, ya que cada individuo tiene características diversas y diferentes que propician u ocasionan sus enfermedades.

Este enfoque de atención contempla cuatro perspectivas que el personal médico y los establecimientos de salud deben tomar en cuenta en cualquier proceso de intervención: la humana para comprender al paciente como persona dentro de un contexto; la biomédica, para atender sus necesidades de salud; la de gestión para garantizar seguridad, efectividad y eficiencia al atenderlo, y la de emprendimiento para transformar los aspectos que hoy son barreras para mejorar su calidad de vida.

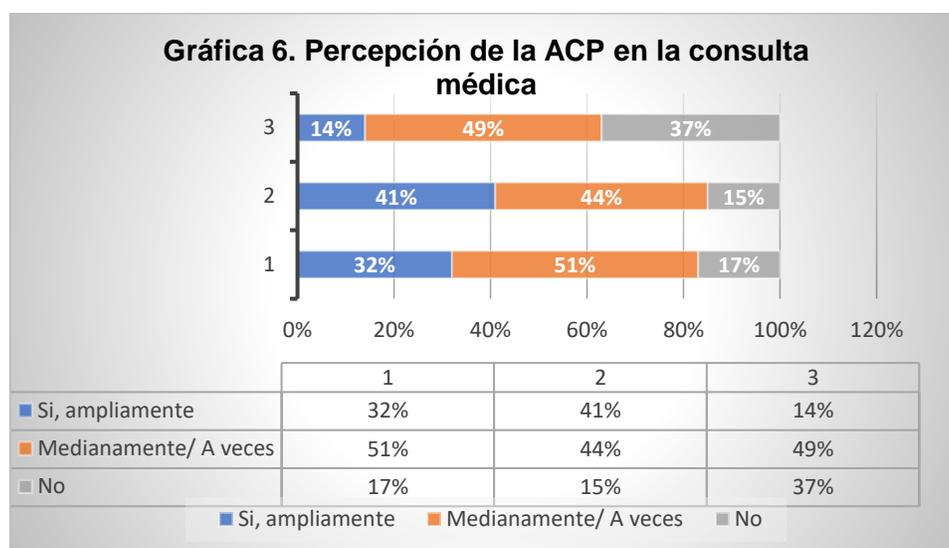
Con estos elementos podemos deducir que medir el grado de atención centrada en la persona en el ejercicio de la medicina entraña serias dificultades ya que, a pesar de poder ser una directriz institucional, tiene un gran peso la condición ética, laboral y empática de los propios profesionales de la salud, así como de la misma actitud y apertura del paciente, ya que muchos de estos han cambiado en virtud de que ahora están mucho más informados y con mayores expectativas respecto de sus padecimientos y posibles tratamientos. Ante esta circunstancia, la medición de este factor se hace a partir de la encuesta realizada entre usuarios de los sistemas de salud en México.

Cuando se pregunta si tienen la posibilidad de elegir al médico de su preferencia, así como el establecimiento de atención, la información obtenida nos muestra que ello depende del servicio que se elija o corresponda. Si se pide una consulta externa o se es canalizado a consulta de especialidad en un establecimiento del sector salud no es posible elegir al médico, ello depende de los turnos y cargas de trabajo. Sin embargo, cuando se requieren servicios de especialidades en clínicas u hospitales privados, los pacientes pueden elegir al médico de su preferencia, sin embargo, hay dos factores adversos a considerar, el costo de la atención y los tiempos de espera en muchos de los casos. Al hacer uso de los CAF se interpreta que la persona elige el establecimiento, pero no al médico tratante, con un impacto también en el bolsillo del enfermo.

Recordemos que, en datos mencionados anteriormente se señaló que para servicios de atención ambulatoria el 62 % de los participantes en el estudio señalaron preferir atenderse en una consulta particular, lo que significa que este porcentaje elige al médico de su preferencia y establecimiento de atención a pesar del incremento en los costos de bolsillo, y en contraste, el 62.7 % cuando requieren servicios de hospitalización lo hacen en el sector público, lo que se traduce en asignación de establecimiento y personal médico tratante. En términos generales podemos concluir que la gran mayoría de las personas no están en

posibilidad de elegir al personal que atenderá sus padecimientos ni el establecimiento donde será atendido, ya que por estrategias logísticas el sector salud organiza la afiliación del lugar de asignación acorde al criterio del domicilio.

Un factor a considerar en la ACP, obedece al trato que el personal médico da al enfermo estableciendo lazos de confianza y empatía; al respecto se preguntó a los usuarios de los servicios de salud si el médico desde el primer contacto da un trato cálido y humano (1), si se permite que exprese sus preocupaciones e inquietudes (2) y si el personal médico se mostró interesado en su salud de forma integral y no solo en el padecimiento que lo afectaba al momento de la consulta. Entre las respuestas de los encuestados encontramos que:



Fuente: elaboración propia con base en encuestas y entrevistas de aplicación propia durante 2020.

Como podemos observar en los datos, el interés prestado por el personal médico en la salud de forma integral y no solo en el padecimiento que afectaba al paciente en el momento de la consulta, es el aspecto que menos se pone en práctica dentro de la atención médica tanto en los servicios de salud privados como públicos, reduciendo con ello la posibilidad de otorgar al paciente medidas alternativas de atención de sus enfermedades, ya que como se ha mencionado anticipadamente la salud de las personas es una mezcla de factores biopsicosociales.

Adicionalmente para corroborar el grado de ACP, las metodologías sugieren saber si el personal de salud durante las consultas médicas pregunta al paciente su opinión y

preferencias respecto a los posibles tratamientos médicos, informándoles de las opciones que se tienen, ayudándoles a comprender su enfermedad y explicando los procesos de autocuidado. Al respecto, el 75 % de los usuarios participantes en el estudio de opinión señalan que los tratamientos médicos a seguir los decide el médico tratante, no les pide opinión al respecto de él. El 62 % indica que el personal de salud no les explica claramente su padecimiento, usan un lenguaje técnico y el 31 % dice no haber recibido indicaciones para el autocuidado y manejo de su padecimiento.

Se cuestionó además a los participantes, si se quedaban con inquietud de preguntar más aspectos de su enfermedad y cuidado al médico y si sentían que al personal de salud le importaban sus miedos y preocupaciones. El 80 % dice quedarse con ganas de solventar dudas y preguntas, sin embargo, no se presta la ocasión por falta de tiempo, en el sector público el promedio de atención por paciente es de 20 minutos. Finalmente, el 61 % de los pacientes creen que al personal de salud no le importan sus miedos ni preocupaciones, sino cumplir con sus cuotas de atención diaria a pacientes. Esta percepción cambia un poco en el sector privado, quienes se atienden en forma particular manifiestan en un 75 % que los médicos se preocupan por su recuperación y tratamientos.

De acuerdo con personal de salud de instituciones públicas, la ACP es una premisa que todo personal de salud debe observar en su desempeño, sin embargo, las dinámicas administrativas, los tiempos de atención, el exceso de demanda y la propia personalidad del médico, enfermero(a) o trabajador(a) social determinan el tipo de atención que se brinda. Se reconoce que, de acuerdo con encuestas de satisfacción de usuarios, los tiempos de atención, la actitud del personal de salud y la empatía que se desprende de la relación médico-paciente no se encuentran en los estándares óptimos acorde a lo planteado por el modelo de ejercicio de la medicina centrado en la persona. Se diferencia que estos estándares no se cumplen en la consulta de medicina general, sin embargo, en los servicios de especialidades, debido a la continuidad de la atención por padecimientos crónicos, los vínculos son estrechos y los pacientes se encuentran más satisfechos en su relación con el médico específicamente.

Personal de salud señala que las áreas que presentan mayores problemas en la relación con los pacientes son las de trabajo social y urgencias, ello obedece en cierto sentido en la naturaleza de sus funciones. En el sector público el área de trabajo social tiene que ver con

la agenda de los servicios que en la mayoría de los casos se encuentra desbordada y en el servicio de urgencias por el exceso de demanda y prontitud debida de la atención.

Existen argumentos de que la ACP sólo es factible en establecimientos de atención del sector privado de la medicina, pero compleja para ser aplicada en la medicina ejercida por el sector público debido a la gran demanda de servicios que sufre y el reducido número de médicos y responsables de la salud, con los consabidos diferimientos de la atención, largos tiempos de espera y consultas breves que no permiten la disponibilidad de tiempo que requiere este enfoque.

Finalmente se reconoce que han existido diversos esfuerzos que intentan plantear una estrategia de alianza terapéutica sin que hasta el momento se hayan detectado resultados favorables, los cuales se deduce, obedecen a la propia dinámica de funcionamiento del sistema de salud en México, que privilegia la atención masiva a la atención que garantice el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

## **5. Reflexiones acerca de las contradicciones sobre la garantía del derecho humano a la salud.**

Ante la premisa de que el derecho humano a la salud es una garantía social universal, inalienable, irrenunciable, intransferible, imprescriptible e indivisible para todo individuo, se presume que el Estado ostenta la rectoría de las instituciones, políticas públicas, planes, programas y acciones que pretenden brindar servicios de salud de calidad, con accesibilidad y disponibilidad para todas las personas sin distinción alguna. En México, la ley reconoce este derecho y otorga al Estado la responsabilidad de brindarlo a través de un sistema público de salud, sin embargo, queda claro que definir un derecho, crear instituciones u otorgar recursos no lo garantiza ni lo genera.

Datos, estadísticas y evidencias empíricas han demostrado recurrentemente que los sistemas de salud se componen de varios elementos interrelacionados, en donde si uno de ellos falla o se debilita, influye importantemente en el buen funcionamiento del sistema completo. Para el caso del SSM se considera que no únicamente influyen en su operación elementos administrativos, financieros, humanos o de infraestructura, sino

significativamente el modelo de desarrollo económico hegemónico, graves vicios administrativos e intereses políticos de grupos en el poder que han recurrido a prácticas poco éticas en el ejercicio gubernamental, lo que ha convertido al sistema de salud mexicano en deficiente, inequitativo y sin poder garantizar universalmente el derecho humano a la salud.

### **La fragmentación del sistema**

La fragmentación del sistema de salud mexicano significa que existen varios subsistemas dentro de él, aquellos que brindan servicios a los trabajadores del Estado, otros que atienden a empleados de la iniciativa privada, los que afilian a los integrantes de las fuerzas armadas y milicia y las diversas modalidades de operación de los servicios públicos que atienden a todos aquellos sin seguridad social a través de la Secretaría de salud y el Sistema de Protección Social en Salud, hoy INSABI. Adicionalmente, los servicios de salud que se brindan a los trabajadores del Estado se dividen en federales y estatales (32 institutos). Y los de población abierta se diseccionan en establecimientos de administración federal, estatal y algunos más municipal. Esta proliferación de instituciones refleja duplicidad y desperdicio de recursos financieros, humanos y materiales, así como una evidente inequidad en el otorgamiento de los servicios de salud, impidiendo el ejercicio universal e igualitario de este derecho.

Como quedó de manifiesto en el apartado de accesibilidad física y económica, son amplísimas las desigualdades que enfrentan los individuos al momento de requerir atención médica, lo cual califica al SSM de discriminatorio, ya que las condiciones en que se prestan los servicios genera la existencia de diversos niveles de calidad en la atención, pareciendo que existieran diversas categorías de seres humanos, desafortunadamente los servicios prestados masivamente por parte de la SS y que a todas luces muestran una menor accesibilidad, disponibilidad y calidad son los que están dirigidos a la población más vulnerable, en condición de desempleo, pobreza y discriminación por su condición de género, discapacidad o etnia. Es decir, existen varios niveles de calidad dependiendo del sistema que presta la atención.

Es importante señalar que esta condición estructural del SSM desde su origen ha propiciado que no todas las personas que requieran atención médica puedan obtenerla bajo las premisas que señalan los ordenamientos acerca del respeto y observancia de los derechos

humanos, lo cual significa una intencionalidad de privilegiar la prestación de un servicio que por obligación le corresponde al Estado, más allá de cumplir una prerrogativa legal. El diseño y funcionalidad del sistema de salud está muy alejado del EBDH.

Adicionalmente vale la pena reflexionar acerca del rol que juegan los servicios de salud ofertados por el sector privado, los cuales han encontrado eco en virtud precisamente de las ineficiencias de los servicios que ofrece el sector público. La existencia de servicios privados representa una alternativa que los ciudadanos pueden elegir al momento de seleccionar en dónde van a atender una enfermedad o urgencia médica, sin embargo esta decisión se interpreta en tres posibles sentidos, para algunos significa destinar parte del ingreso familiar para suplir un servicio que el Estado debiera garantizar, para otros endeudarse o deshacerse de un patrimonio para atender su salud y/o resignarse a recibir la atención que el Estado pueda o quiera dotar. En cualquiera de estos sentidos resulta violatorio al derecho a la protección de la salud.

La desarticulación del sistema de salud genera entonces una inequitativa distribución de recursos en sentido horizontal y vertical acorde al subsistema al que se pertenece y el nivel de atención del que se trate; origina además tiempos de espera inestables, carencia de especialistas en algunos casos, saturación de demanda y laxitud en otros, surtimiento desigual de medicamentos, equipamiento inexistente o subutilizado, entre otros indicadores de ineficiencia político administrativa que impacta en la falta de acceso, disposición y calidad de los servicios, atentando contra la garantía del derecho humano a la salud.

### **Insuficiente presupuesto gubernamental**

Derecho que no se refleja en el presupuesto no es derecho, versa una conocida frase. La cantidad de recursos y la forma en que se gastan expresa cómo se ha entendido en la práctica la regla de distribución del bien salud. En nuestro país, existe deficiente gasto público en salud y baja capacidad de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un sistema de salud de alta calidad. La inversión pública en salud no se encuentra en concordancia con la cantidad de población, la demanda de servicios y la realidad epidemiológica nacional, lo cual refleja sin lugar a duda otra fuente de contradicción entre la intención de garantizar el derecho a la salud y la puesta en marcha de acciones que verdaderamente hagan realidad esa garantía.

Es cierto que, aunque ha sido lento y paulatino, el presupuesto en salud se ha incrementado en los últimos 30 años, sin embargo, este incremento del gasto no se ha reflejado en la mejoría de la salud de las personas, la presencia de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, la hipertensión y la obesidad se encuentran en pleno ascenso. Adicionalmente vale la pena reflexionar acerca de que la atención médica y la infraestructura en salud no han crecido conforme al gasto en salud, es decir, el número de recursos humanos para atender la demanda de servicios, así como la cantidad de clínicas, hospitales y centros de atención resultan aún insuficientes, lo cual genera la necesidad de revisar en qué se está gastando el presupuesto destinado a salud, como veremos más adelante, una debilidad del SSM es la desproporcional cantidad de recursos que se destina al pago de servicios personales, lo que representa un elevado costo administrativo que resta recursos que podrían dirigirse a la adquisición de un mayor número de servicios de cuidado a la salud.

Uno de los problemas que en los últimos años ha enfrentado el sistema de salud es la centralización de los recursos, especialmente humanos y financieros, como quedó de manifiesto en apartados anteriores, la ciudad de México y el Estado de México concentran la mayor parte de los servicios de salud que se ofrecen en el país, especialmente respecto a especialidades y hospitales de tercer nivel, lo cual se refleja en la inequitativa distribución de recursos hacia las entidades federativas, ya que los criterios para hacerlo no necesariamente obedecen a necesidades específicas, ni aportaciones al PIB, sino a otros que se justifican en aras del federalismo y la autonomía de los estados.

Finalmente respecto al insuficiente presupuesto destinado a la operación y funcionamiento del sistema de salud, vale la pena reflexionar en la incongruencia operativa que se traduce en retórica populista respecto a la garantía constitucional de brindar universalmente servicios de salud a la población, a partir de enero del 2020 todo mexicano tiene derecho a ser atendido en cualquier institución de salud sin necesidad de afiliación o ser atendido en el establecimiento de su preferencia (portabilidad), sin embargo no se han establecido los mecanismos para operar dicha garantía y mucho menos se han incrementado o redistribuido los presupuestos para hacer de ello una realidad. Crece exponencialmente la demanda, pero no los recursos para atenderla.

## **Burocracia y vicios administrativos**

Es cierto que la burocracia entendida como aquel conjunto de personas, actividades y trámites que se deben seguir para resolver o atender un asunto de carácter administrativo es una necesidad en cualquier sistema, sin embargo, la burocracia maligna o enferma que se reproduce por vicios hace mucho daño a cualquier organización. El SSM ha sido tradicionalmente calificado de burocrático con una connotación negativa, ya que los procesos administrativos plagados de papeles, formatos, sellos, autorizaciones de superiores, trámites en oficinas lejanas y funcionarios con mala actitud, refleja la enfermedad interna del propio sistema. Las consecuencias que acarrea una degeneración de la tarea administrativa justa impactan en la calidad de los servicios que se ofertan y generan círculos viciosos en donde todos, usuarios y prestadores de los servicios pagan consecuencias.

Es apenas hace poco tiempo que se introdujeron agendas electrónicas y expedientes digitales en algunos sistemas, sin embargo, aún el papeleo, la desconfianza, los múltiples trámites y autorizaciones siguen acompañando la labor del personal de salud. No es raro detectar que en muchas ocasiones debido a las tareas administrativas los médicos y enfermeras quedan atrapados en las cargas burocráticas y no desempeñan su labor eficientemente. Y no se debe necesariamente a la falta de compromiso, ética o preparación, sino principalmente a trámites y tareas burocráticas, convirtiéndose en gestores de solicitudes en las unidades de salud donde laboran.

Adicionalmente vale la pena reflexionar que el dinero que se dedica al pago de tareas administrativas es de los más altos de los países miembros de la OCDE, lo que significa que en México se tiene una burocracia con altísimo costo que no responde necesariamente de forma eficiente al logro de sus tareas. Se calcula que el presupuesto en servicios profesionales en el sistema de salud mexicano corresponde en un 30 % al pago de médicos y enfermeras y 70 % a burócratas que trabajan en el sistema, lo que de alguna manera explica la falta de personal médico, la saturación de los servicios, la lejanía de las citas y los tiempos de espera, todas estas, prácticas que atentan en contra del derecho a gozar de atención médica.

Parte de la responsabilidad de estas acciones se debe a prácticas ancestrales de formas de contratación, afiliaciones sindicales y diversos elementos que van más allá de los

reconocimientos laborales a los que todo trabajador tiene derecho, así como a prácticas de influyentísimo y corrupción; amén de los modelos de administración pública dominantes, falta de planeación a largo plazo, atraso en la introducción de nuevas tecnologías y gobiernos unilaterales que confían poco en la capacidad ciudadana para intervenir en tareas públicas. Sin duda la desregulación de la carga burocrática durante muchos años ha dañado el desempeño de los sistemas de salud, reproduciendo círculos viciosos de falta de compromiso, capacitación, ética, comunicación directa, así como corrupción, influyentismo y desinterés. No existe un proyecto nacional de largo plazo que pretenda crear un sistema de salud fortalecido y eficiente.

### **Gastos de bolsillo**

En las sociedades contemporáneas, el derecho a los servicios de salud es un bien que los individuos esperan sea distribuido de acuerdo con la necesidad como criterio dominante y no la capacidad de pago, sin embargo, en el sistema de salud mexicano tal parece que esta premisa no es posible hacerla realidad ya que el sistema de seguridad social funciona acorde a las aportaciones de los trabajadores y el sistema de aseguramiento por protección social que se ofrece a la población abierta sin seguridad social, opera a través de cobro a los usuarios en relación a los tratamientos recibidos y su capacidad de pago. Además, con la participación del sector privado en la oferta de servicios de salud y las graves deficiencias que presenta el sistema público, gran parte de la población decide gastar importantes cantidades de recursos propios para la atención de sus enfermedades y preservación de la salud.

A pesar de los esfuerzos de afiliación a los sistemas públicos de salud, los mexicanos aún pagan de su bolsillo muchos de los servicios, incluso con consecuencias familiares financieramente desastrosas. Según cifras, cerca de 45 % del gasto en atención médica y medicamentos que se hace sale del bolsillo de los pacientes y sus familias, muy por encima del promedio en los países OCDE. Lo cual en cierta medida atenta contra la garantía que todo individuo posee de proteger su salud a través de servicios que brinda el Estado.

Al analizar el tema de gastos de bolsillo resaltan dos claras formas de discriminación, la que sufren aquellos que gastan de su bolsillo porque no cuentan con servicios médicos públicos a través de la seguridad social y sobrellevan graves impactos financieros, y

aquellos que tienen ingresos para pagar servicios privados pero que se ven orillados a pagarlos por la saturación de servicios en los establecimientos públicos y/o la mala calidad de ellos. La forma de organización del sistema de salud en México permite la presencia de la iniciativa privada en la prestación de servicios y sin lugar a duda debería ser una decisión libre elegir el sistema donde el enfermo desea atenderse, sin embargo, las condiciones del sistema público no permiten una decisión libre sino condicionada.

Es cierto que cuánto y cómo se gasta en la operación y funcionamiento del sistema de salud, nos dice cómo el Estado ha entendido en la práctica la regla de distribución del bien salud.

### **Inequidad oferta - demanda**

Un principio lógico de la economía de la salud es que a mayor demanda debe procurarse mayor oferta. En el caso del SSM esta premisa no funciona de este modo, es cierto que hacer más con lo mismo es un reto mayúsculo, sin embargo ha quedado claro que las deficiencias estructurales del mismo han impedido una reorganización que responda a las demandas sociales en crecimiento acorde al perfil epidemiológico nacional.

En el sistema público de salud mexicano existe una evidente inadecuación de la oferta de servicios de salud con la demanda, lo que refleja una desvinculación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública. Ello además representa que los servicios de salud sean principalmente determinados por el lado de la oferta más que de la demanda, no precisando las necesidades reales de la población y creándose una demanda oculta, la cual cuando es revelada ante la solicitud ciudadana de servicios de salud, trastoca la capacidad financiera, de recursos humanos, medicamentos, entre otros aspectos.

Es cierto que en algunas áreas administrativas del sistema de salud se hacen estudios acerca de la demanda de los diversos tipos de servicios que se brindan en el sector público, sin embargo, estos datos no se reflejan en la organización de la prestación de los servicios, sino principalmente en informes y estadísticas. Hacer estudios acerca de la capacidad de atención y servicios a ofertar por parte de las instituciones del sector público de la salud no suele ser una práctica cotidiana, ya que se encuentran operando mediante una dinámica

mecanizada que no ha sufrido cambios significativos y no permite por lo tanto responder a las exigencias ciudadanas.

Uno de los problemas que origina la disparidad entre los servicios ofertados y los que los ciudadanos demandan obedece a la falta de planeación a mediano y largo plazo, lo que mantiene sin adaptación a nuevas circunstancias la forma de operación y la cantidad de recursos que se destinan al funcionamiento de los servicios. Adicionalmente se detecta que la disponibilidad de la atención médica en nuestro país se encuentra en completa disparidad dependiendo de la ubicación geográfica de quién demanda los servicios o del tipo de atención requerida. Los servicios primarios o de primer contacto en las zonas urbanas se encuentran básicamente saturados y hay que esperar varias horas o quizá días para recibir atención, lo cual significa una falta de atención oportuna; por su parte, los establecimientos de zonas semiurbanas o rurales se encuentran con menor demanda, pero con grandes carencias de equipo, materiales y mantenimiento. Sin lugar a duda, el desfase entre la oferta y la demanda constituye también un elemento que violenta la garantía del derecho humano a la protección de la salud.

### **Corrupción**

Un tema que ha sido evidenciado por años y que solo en algunos casos ha tenido consecuencias legales es la corrupción. El sector salud no ha estado exento de estas prácticas por parte de funcionarios públicos, lo cual es sumamente grave porque la salud de las personas no únicamente es un bien en sí mismo tutelado por el Estado y deseado por todos, sino que se trata de una condición y un medio indispensable para hacer valer y disfrutar otros derechos y libertades. Se presume que la corrupción en el sector público de la salud disminuye la efectividad del sistema y, por lo tanto, se presentan carencias, falta de calidad, incremento o mal tratamiento de enfermedades, discapacidad y muerte prematura. Hay cifras de diversos países que correlacionan bajos o nulos índices de corrupción en los sistemas de salud, con más alta calidad y esperanza de vida.

La organización “Transparencia Internacional estima que cada año se pierden miles de millones de dólares a consecuencia de la corrupción y el fraude” (mexicanos contra la corrupción y la impunidad, 2020), lamentablemente el sistema de salud mexicano está incluido en esta práctica. En diversos medios de información se han evidenciado prácticas

corruptas en el manejo de recursos públicos destinados al sector salud, principalmente en lo asignado al Sistema de Protección en Seguridad Social (Seguro Popular), al cual desde su creación en 2003 se inyectaron grandes cantidades de dinero, lo cual genera preocupación e indignación. Por mencionar algunos ejemplos se distinguen prácticas como el abuso de autoridad, soborno, nepotismo, malversación de fondos, peculado, tráfico de influencias.

Esta lacerante práctica ha estado presente por varios años en el ejercicio gubernamental en México y ha afectado considerablemente su nivel de desarrollo y crecimiento; es lamentable que a pesar de saber de su existencia, las prácticas de transparencia y rendición de cuentas no han sido suficientes para frenar esta práctica que se detecta está enquistada en la función pública sin distinción de nivel o tipo de gobierno y que discursivamente es atacada y demeritada pero en la práctica es un modo de operación. La permisividad de prácticas corruptas sin lugar a duda es un contrasentido en la búsqueda del cumplimiento de los derechos humanos, en este caso en el ámbito de la salud.

### **Otras contradicciones**

Además de las contradicciones señaladas anteriormente, es importante mencionar que existen algunos otros elementos aislados que no contribuyen a lograr un sistema de salud que permita responder al cumplimiento del derecho a la protección de la salud. El SSM ha entrado en un círculo del cual es difícil escapar, ya que forma parte de un modelo de gobierno que prioriza otros aspectos de la vida pública como lo son temas eminentemente políticos, a saber el sistema de partidos políticos, el juego entre los poderes del Estado, la milicia, la inversión en infraestructura urbana y de comunicaciones que termina privatizándose, entre otros rubros que si bien es cierto abonan al crecimiento o desarrollo nacional, restan preminencia a aspectos sustanciales en la vida de las personas como es la salud o la educación.

Es identificable la enorme distancia que hay entre las instancias públicas de salud y las universidades formadoras de personal vinculado a las áreas de salud como médicos, médicos especialistas, enfermeros (as), geriatras, trabajadores(as) sociales, psicólogos (as), biomédicos, entre otros; lo cual demuestra una ausencia de interés en la formación de personal en salud, el cual se demanda ampliamente por parte del sistema, principalmente

en especialidades altamente solicitadas y que dan atención a problemas comunes de la sociedad mexicana.

Adicionalmente un elemento a distinguir es la ausencia de esfuerzos coordinados para trabajar en la prevención de enfermedades a través de campañas que verdaderamente influyan en un cambio de actitud social frente a las enfermedades; abordar temas importantes como la nutrición adecuada y la práctica de actividad física. Existe por parte de la sociedad un amplio desconocimiento de dietas saludables y tipo de cuidados de la salud, lo cual incide desfavorablemente en la presencia de enfermedades como la diabetes, obesidad e hipertensión arterial.

Lo que se detecta claramente al mirar la forma de operación y funcionamiento del SSM es la falta de perspectiva de los derechos humanos; el EBDH sin lugar a duda no ha sido tomado en cuenta en el diseño, planeación y ejecución de acciones y políticas públicas en el ámbito de la salud, porque tal parece que al Estado mexicano no le ha quedado clara su obligación de hacer todo lo necesario para garantizar el acceso real a los servicios necesarios y materializar entonces el derecho a la protección de la salud. Adicionalmente los usuarios están acostumbrados a recibir servicios con poca calidad y no asumen que el Estado tiene y asume la obligación de proteger la salud. Tal parece que el SSM no opera para garantizar el derecho humano a la salud, sino para brindar un servicio.

## CONCLUSIONES

**Primera.** Tras la experiencia de investigación obtenida en el presente trabajo, es posible afirmar que el estudio de los sistemas sanitarios entraña retos y dificultades en la medida de la heterogeneidad conceptual, organizacional, financiera y política en que operan y los resultados que ofrecen a las personas. Es decir, desde las ciencias sociales no hallamos un modelo ideal de sistema de salud en virtud de las necesidades particulares de cada sociedad.

**Segunda.** El concepto de salud que determinó el abordaje teórico de esta investigación incluye una visión que va más allá del enfoque médico/biológico o su relación con la enfermedad. La salud debe entenderse como un conjunto de condiciones que propician un estado de bienestar físico, mental y social que permiten el adecuado funcionamiento de una persona. Desde el enfoque de la sociología política, la salud debe ser diferenciada acorde con el contexto en el que se aborda, es decir, desde el médico biológico, cultural de la persona, económico y político, filosófico y antropológico, sociológico o ideal utópico. En este entendido, la salud ha sido estudiada a través del tiempo desde diversas disciplinas, de ahí que se pueda afirmar que desde el abordaje de las ciencias sociales se entienda como un concepto dinámico, evolutivo, flexible, maximalista. La existencia de la salud no depende de la ausencia de la enfermedad, de ahí la importancia de abordarse multi y transdisciplinariamente.

**Tercera.** Instituciones internacionales que asumen como responsabilidad la vigilancia de la política y dinámica de los sistemas de salud a nivel internacional están cimentados en criterios multifactoriales de la salud, de ahí que su ámbito de influencia normativa y práctica vaya más allá de la operación de las instituciones que brindan servicios de salud, sino además y de forma insistente, en los factores determinantes de la misma, es decir, condiciones sanitarias del entorno como lo son el agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación; condiciones biológicas como epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas; condiciones socioeconómicas, es decir nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza; condiciones ecológicas relacionadas con la emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales; el acceso a la

educación y a la información y condiciones de violencia y conflictos armados. Esta perspectiva de la salud es apuntalada desde la sociología política.

**Cuarta.** El abordaje epistémico del concepto de la salud pública es fundamental para comprender la filosofía de los Estados en la protección y garantía de la salud individual. La noción de la salud pública responde al estudio de la salud como interacción de aspectos sociales y de poder, teniendo como objeto central a la salud individual reproducida en varios sujetos bajo un principio y método científico. Esta situación se configura como una estrategia que tiene en cuenta aspectos como: lo comunal, lo biológico, lo socio-cultural, lo ecológico-político y la economía societal, que también debe abordarse desde una perspectiva científica.

**Quinta.** Resulta importante destacar que el marco normativo internacional en materia de salud presenta cierta plasticidad en virtud de que proteger y garantizar el cuidado y atención de la salud no se limita al otorgamiento de servicios médicos o de carácter sanitario. Existen ordenamientos vinculados con el medio ambiente, el trabajo, la educación u otros derechos sociales que paralelamente apoyan la garantía de la salud. Lo cual lo posiciona como un derecho que puede y debe garantizarse desde diversas esferas de la vida en sociedad. Hoy la salud y su protección tienen una visión jurídica que entraña derechos y libertades que las personas ejercen y exigen al Estado en el cumplimiento de sus responsabilidades. Es indispensable en este sentido, que las personas tengan claridad en que el otorgamiento de servicios de salud y los colaterales para la prevención y atención de una enfermedad, no es una caridad del Estado, sino el cumplimiento de una responsabilidad inherente en la garantía del derecho humano a la salud.

**Sexta.** El derecho a la salud en la legislación mexicana ha recorrido un largo camino, se encuentra reconocido y señala que es el Estado a quién le corresponde administrar y prestar los servicios de salud; sin embargo, casi 20 años después de los primeros intentos político administrativos para operar esta garantía, el sistema sanitario en México no logra otorgar la cobertura universal, no garantiza la calidad de los servicios médicos otorgados, no ha sentado precedentes en la prevención de las enfermedades ni contribuye en la cobertura de los determinantes básicos de la salud. En este país domina la percepción de que el derecho a la salud no podrá ser alcanzado en plenitud mientras no se conciba como una garantía interrelacionada e interdependiente de otros derechos humanos, ya que

hacerlo es mucho más que atender las enfermedades, se trata de prevenirlas a través de acciones y servicios que se brindan en cumplimiento de otros derechos sociales.

**Séptima.** La fragilidad de los servicios de salud en México se debe a diversas crisis que entraña el sistema en sí mismo como la financiera, de equidad, calidad, cobertura y laboral-política que no se han atendido a fondo durante décadas. Acorde a especialistas, indicadores, observación y realidad empírica, se detecta que los retos por superar para que México pueda garantizar el derecho a la protección de la salud son principalmente la imperante desigualdad social, la insuficiencia financiera, la centralización del gasto en salud, el desequilibrio en el destino del gasto, la fragmentación de los servicios sanitarios, los cambios demográficos, la transición epidemiológica y la economía de mercado.

**Octava.** El derecho a la protección de la salud desde el ámbito jurídico en México ha sido abundantemente abordado y aunque tardíamente, hoy todos los mexicanos de acuerdo con la ley tienen derecho a la protección de la salud a través de un sistema para el bienestar, sin embargo, con base en indicadores básicos que miden el acceso y uso efectivo de los servicios de salud tales como disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad, el sistema sanitario nacional aún tienen una deuda importante con los mexicanos, ya que no cumplen con estándares necesarios que permitan afirmar que se goza con servicios de salud suficientes, accesibles, que generen confianza a los usuarios y operen con calidad administrativa.

**Novena.** Los resultados obtenidos de una evaluación cualitativa acerca de la prestación de los servicios sanitarios en México y su cumplimiento en la garantía del derecho a la protección de la salud utilizando parámetros del EBDH, demuestran que a pesar de que la garantía constitucional de la protección a la salud es universal, los servicios de atención a la misma están determinados por otro bien social que es el dinero, ya que se presupone que se podrá tener una atención de mayor calidad, si se poseen más recursos económicos para sufragar gastos en instituciones privadas o se tiene la capacidad de pagar requerimientos especiales al momento de la atención en el servicio público, ya que la accesibilidad, disponibilidad y calidad de estos servicios están aún muy lejos de los indicadores necesarios para garantizar la prestación de servicios que reflejen un cumplimiento pleno del derecho a la protección de la salud.

**Décima.** Un elemento central para aproximarnos a la capacidad del Estado en la garantía al derecho a la salud es sin duda la calidad y cantidad de los recursos humanos que tienen bajo su responsabilidad la operación del sistema de salud y por lo tanto la atención y cuidado de la salud pública; de ahí la preocupación por la doble desproporcionalidad imperante entre población nacional y número de profesionales de la salud. Existe en este país un déficit de médicos generales, médicos especialistas y enfermeras y un déficit aún mayor de este mismo grupo de profesionales en ciertas entidades federativas, específicamente las de población con mayores índices de pobreza como Chiapas, Oaxaca y Guerrero. También en este rubro existe una amplia concentración de personal de salud en pocas áreas geográficas, lo que genera una desigualdad en la oferta de los servicios.

**Décimo primera.** Respecto a la efectividad de los servicios de salud brindados por el Estado, es claro que las tasas de mortalidad ante eventos prevenibles tras tratamientos médicos y modificación de hábitos continúa al alta. Las políticas públicas de atención y tratamiento de las principales causas de muerte en México no han sido exitosas debido a acciones diversas de corresponsabilidad entre las instancias públicas de atención a la salud, pero adicionalmente por la resistencia al cambio de hábitos y actitudes por parte de los ciudadanos.

**Décimo segunda.** Se considera que la falta de efectividad de los sistemas de salud se debe además de la limitación de recursos, exceso de demanda, falta de personal y debilidades administrativas, a la ausencia de una cultura ciudadana de autocuidado, lo cual no sólo es responsabilidad del individuo, sino a la falta de armonía entre lo público y lo privado, a la fragilidad de los procesos de educación para la prevención, al nivel general de cultura cívica, a una sociedad civil enfocada en asuntos individuales y a las débiles acciones estatales para una verdadera cultura del autocuidado y la prevención, el personal de salud cree que vamos un paso atrás respecto a este último elemento, se está trabajando para la reacción y no para la prevención, lo cual tiene impactos negativos para todos.

**Décimo tercera.** En la actualidad el ejercicio de la medicina se encuentra en el mejor de los momentos, ya que la investigación y el abordaje multidisciplinario de la salud y la enfermedad le aportan muchos elementos positivos; hay más ciencia, más investigadores, más equipos, más elementos de apoyo y, sin embargo, entre el personal de salud y los enfermos aumenta la insatisfacción y nunca como ahora ha habido tantos problemas y

deterioros en la atención médica. Sin lugar a duda los factores social, económico y político juegan un papel muy importante en la prestación de servicios de salud.

**Décimo cuarta.** Hoy, la atención centrada en la persona que permitiría transferirle un sentido más humano al ejercicio médico esta opacado por una dinámica de atención en masa, con tiempos insuficientes, en donde se atiende un padecimiento y no a una persona con características y contextos particulares.

**Décimo quinta.** Ante la premisa de que el derecho humano a la salud es una garantía social universal, inalienable, irrenunciable, intransferible, imprescriptible e indivisible para todo individuo, se presume que el Estado ostenta la rectoría de las instituciones, políticas públicas, planes, programas y acciones que pretenden brindar servicios de salud de calidad, con accesibilidad y disponibilidad para todas las personas sin distinción alguna. En México, la ley reconoce este derecho y otorga al Estado la responsabilidad de brindarlo a través de un sistema público de salud, sin embargo, queda claro que definir un derecho, crear instituciones u otorgar recursos no lo garantiza ni lo genera. Para el caso del sistema de salud de México se considera que no únicamente influyen en su operación elementos administrativos, financieros, humanos o de infraestructura, sino significativamente el modelo de desarrollo económico hegemónico, graves vicios administrativos e intereses políticos de grupos en el poder que han recurrido a prácticas poco éticas en el ejercicio gubernamental, lo que ha convertido al sistema de salud mexicano en deficiente, inequitativo y sin poder garantizar universalmente el derecho humano a la salud.

**Décimo sexta.** Entre las principales contradicciones estructurales sobre la garantía del derecho humano a la salud en México se destacan:

*Fragmentación del sistema sanitario:* es decir, la existencia de varios subsistemas con diferentes capacidades de atención, presupuestos, infraestructura y población objetivo, esta fragmentación refleja duplicidad y desperdicio de recursos financieros, humanos y materiales, así como una evidente inequidad en el otorgamiento de los servicios de salud, impidiendo el ejercicio universal e igualitario de este derecho.

*Insuficiente presupuesto gubernamental:* En México existe un deficiente gasto público en salud y baja capacidad de la hacienda pública para hacer frente a los requerimientos de un sistema sanitario de alta calidad. La inversión pública en salud no se encuentra en

concordancia con la cantidad de población, la demanda de servicios y la realidad epidemiológica nacional, lo cual refleja sin lugar a duda otra fuente de contradicción entre la intención de garantizar el derecho a la salud y la puesta en marcha de acciones que verdaderamente hagan realidad esa garantía.

*Burocracia y vicios administrativos:* El sistema de salud mexicano ha sido tradicionalmente calificado de burocrático con una connotación negativa, ya que los procesos administrativos plagados de papeleo, formatos, sellos, autorizaciones de superiores, trámites en oficinas lejanas y funcionarios con mala actitud, reflejan la enfermedad interna del propio sistema. Las consecuencias que acarrea una degeneración de la justa tarea administrativa impactan en la calidad de los servicios que se ofertan y generan círculos viciosos en donde todos, usuarios y prestadores de los servicios pagan consecuencias.

*Gastos de bolsillo:* La participación del sector privado en la oferta de servicios de salud aunada a las graves deficiencias que presenta el sistema público, generan que gran parte de la población decida gastar importantes cantidades de recursos económicos propios para la atención de sus enfermedades y preservación de la salud. A pesar de los esfuerzos de afiliación a los sistemas públicos de salud, los mexicanos aún pagan de su bolsillo muchos de los servicios, incluso con consecuencias familiares financieramente desastrosas.

*Inequidad oferta – demanda:* En el sistema público de salud mexicano existe un marcado desequilibrio entre la oferta de servicios de salud en relación con la demanda social, lo cual refleja una desvinculación entre las condiciones epidemiológicas y geográficas del país y la atención efectiva de servicios médicos de las instituciones de salud pública. Ello además representa que los servicios de salud sean principalmente determinados por el lado de la oferta más que de la demanda, no precisando las necesidades reales de la población y creándose una demanda oculta, la cual cuando es revelada ante la solicitud ciudadana de servicios de salud, trastoca la capacidad financiera, de recursos humanos, medicamentos, entre otros aspectos.

*Corrupción:* El sector salud en México no ha estado exento de prácticas corruptas y falta de ética pública o profesional por parte de servidores públicos; ello es sumamente grave porque la salud de las personas no únicamente es un bien en sí mismo tutelado por el Estado y deseado por todos, sino que se trata de una condición y un medio indispensable para hacer valer y disfrutar otros derechos y libertades. Se presume que la corrupción en

el sector público de la salud disminuye la efectividad del sistema y, por lo tanto, se presentan carencias, falta de calidad, incremento o mal tratamiento de enfermedades, discapacidad y muerte prematura. Hay cifras de diversos países que correlacionan bajos o nulos índices de corrupción en los sistemas de salud, con más alta calidad y esperanza de vida.

**Décimo séptima.** El sistema de salud mexicano ha entrado en un círculo del cual es difícil escapar, ya que forma parte de un modelo de gobierno que prioriza otros aspectos de la vida pública como lo son eminentemente políticos, a saber el sistema de partidos políticos, el juego entre los poderes del Estado, la milicia, la inversión en infraestructura urbana y de comunicaciones que termina privatizándose, entre otros rubros que si bien es cierto abonan al crecimiento o desarrollo nacional, restan preminencia a aspectos sustanciales en la vida de las personas como es la salud o la educación.

**Décimo octava.** En términos generales se afirma que la forma de operación y funcionamiento del sistema sanitario mexicano presenta una ausencia de perspectiva de los derechos humanos; el EBDH no ha sido tomado en cuenta en el diseño, planeación y ejecución de acciones y políticas públicas en el ámbito de la salud. Al Estado mexicano no le ha quedado clara su obligación de emprender las acciones necesarias para garantizar el acceso real a los servicios necesarios y materializar entonces el derecho a la protección de la salud. No existe un proyecto nacional de salud a largo plazo y por lo tanto una planeación ordenada, lo cual ha impactado en el crecimiento desordenado del sistema de salud.

**Décimo novena.** Se considera que una de las principales aportaciones de la presente investigación es la recuperación del EBDH como una metodología de medición del cumplimiento del derecho humano a la salud, involucrando una visión eminentemente social y de los actores involucrados en el objeto medido. El contraste de cifras y datos oficiales con los recabados a través de actores directamente involucrados en el tema de estudio permitió con un análisis crítico, evidenciar las verdaderas deficiencias del sistema de salud.

A modo de sugerencia se propone: 1) trabajar en el desarrollo de sistemas de salud justos y horizontales dirigidos a todos los grupos sociales, pero planeados a través de análisis diferenciados de las necesidades y condiciones económicas y sociales. 2) Revisar y

superar legislaciones y prácticas tradicionales discriminatorias. 3) Superar estigmas respecto de las enfermedades y las personas que las sufren. 4) Fortalecer y visibilizar los derechos de los usuarios de los servicios de salud. 5) Involucrar a la sociedad en la planeación y decisión de temas públicos de salud. Todo ello a través del diálogo, la sensibilización de todos los integrantes de la sociedad y el gobierno, la inclusión de las diferencias y la coordinación institucional.

Es fundamental generar una conciencia sobre la íntima relación entre la salud y el cumplimiento de los derechos humanos.

## REFERENCIAS

### Doctrina

Alfaro, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. México: Miguel Ángel Porrúa.

Álvarez, J. (2014). Los sistemas de salud en México, dirigidos hacia la privatización. México: UAM. Recuperado de: [www.digitalpost.mx](http://www.digitalpost.mx)

Ariansen, J. (1999). La Historia de la salud, Perú: Instituto de los Andes.

Aristóteles (1989). Ética Nicomaquea, trad. Antonio Gómez Robledo. México: Porrúa.

Barragán, O. (2016). Procesos salud - enfermedad (tres concepciones históricas). México: Universidad de Sonora. Recuperado el 2 de marzo de 2016 de: [http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2016/02/tres\\_concepciones.pdf](http://www.enfermeria.uson.mx/wp-content/uploads/2016/02/tres_concepciones.pdf)

Bénard, S. (2016). La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa. Primera edición. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Benedicto, J. y Morán, M. (coord.) (1995). Sociedad y política: temas de sociología política. Madrid: Alianza.

Borja, C., et al. (2011). El Enfoque Basado en Derechos Humanos: Evaluación e Indicadores [imagen], España: Red en Derechos. Recuperado de: <https://cutt.ly/cIKTX1n>

Bottomore, T. (1993). Political sociology. London: Hutchinson.

Bronfman M. y Zúñiga E., (2011). Del cuánto al por qué en la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios, en Investigación en Salud. México: Instituto Nacional de Salud Pública CISS.

Comisión de Derechos Humanos del Estado de México (2008). La Constitución de la Organización Mundial de la Salud. México: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2018-2019), “¿Cuáles son los derechos humanos?”. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos> [10-03-2020].

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Organización de las Naciones Unidas (29 de mayo de 2010). El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación General No. 14 2000. Recuperado de: [https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc\\_basicos/1\\_instrumentos\\_universales/5 %20Observaciones %20generales/39.pdf](https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf)

Corbin, J. (2016). La investigación en la teoría fundamentada como medio para generar conocimiento profesional. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Díaz, S. (1983), Derecho constitucional a la protección de la salud, México: Porrúa. Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2016). Sistemas de Información en Salud. Recuperado de: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/subsistema1.html>

Escribano, P. (1976). El Derecho a la Salud. Cuadernos del Instituto García Oviedo. España: Universidad de Sevilla.

Estrada, G., et al. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422016000600008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008)

Frenk, J. (1992). La nueva salud pública. Washington: Organización Panamericana de la salud.

Frenk, J. (2011). La salud de la población, México: SEP-FCE.

Frenk, J., et al., (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del Sistema Nacional de Salud en México. Informe Final. México: Fundación Mexicana para la Salud.

Garrocho, C. (1995). Análisis socioespacial de los servicios de salud: accesibilidad, utilización y calidad. México: Colegio Mexiquense.

Gómez, R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad, Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

González de Haro, M. (2011). La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas. España: Universidad de Huelva.

Grupo Curie (2008). Conceptos básicos preliminares en Salud. Buenos Aires: Grupo Curie.

Hernández, F., et al. (2015). Niveles de evaluación de la calidad. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones (2a. ed.). México: Biblioteca Mexicana del Conocimiento. Recuperado de: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01A.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01A.pdf)

Hernández, O. (2001). Globalización y Privatización: El Sector Público en México, 1982-1999, México: INAP.

Hernández, R., Fernández C. y Baptista P. (2010) Metodología de la investigación", 5a. ed., México: Mc Graw Hill.

Herrera, J. (2000), El vuelo de anteo. Derechos humanos y crítica de la razón liberal, España: Desclée de Brouwer.

Illich, I. (1975) Némesis médica. La expropiación de la salud, Barcelona: Barral.

Izcarra, P. (2014). Manual de investigación cualitativa, México: Distribuciones Fontamara.

Jasper K. (1988) La práctica médica en la era tecnológica. Barcelona: Gedisa. Recuperado de: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2017/v115n2a01.pdf>

Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.

Laurell, C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano. Argentina: Centro Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Linares P., et al., (2008), El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud. Colombia: Procuraduría General de la Nación.

Londoño J. y Frenk J. (1997), Documento de Trabajo No. 353: Pluralismo Estructurado Hacia un Modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe.

Losano, M., et al., (2011). Solidaridad y Derechos Humanos en tiempos de Crisis, Madrid: Dykinson.

Martínez E., et al., (2004). Tratado del derecho a la protección de la salud, España: Universidad Complutense de Madrid.

Martínez, M. (2006). Ciencia y arte en la metodología cualitativa, México: Trillas.

Marx, K. (1980) Manuscritos económicos y filosóficos. España: Alianza editorial.

Maslow, A. (1991). Motivación y Personalidad, España: Díaz de Santos, S.A.

Montiel, L. (2007), La Salud Como Derecho Humano Fundamental. Tesis de Maestría. IBERO. México.

Nash, K. (2009). Contemporary Political Sociology: globalization, politics and power. Estados Unidos: John Wiley & Sons.

Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En: Martínez, F., Castellanos, P.L., Navarro, V. Salud Pública. México: Mc Graw.Hill.

Neri R. y Aguirre H., (2012), Capítulo 2. Calidad de la Atención Médica, en: La Calidad en la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. 12 años de Experiencia. México: Secretaría de Salud.

Orozco, J. (2006). Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena. Colombia: Funcicar pro-Cartagena.

Rachida, D., et al., (2019). Re-inventando la investigación en salud y educación para una sociedad transcultural: propuestas de acción. España: Universidad Almería.

Ríos, V., et al. (2009). Crisis y salud. Una relación compleja. Salud Urbana, 6(9). Recuperado de: [https://programainfancia.uam.mx/pdf/s\\_doc/crisis\\_salud.pdf](https://programainfancia.uam.mx/pdf/s_doc/crisis_salud.pdf)

Robledo, J. (2007). La globalización neoliberal niega la democracia. En G. Hoyos (coord.) Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía. Buenos Aires: CLACSO.

Ruelas, E. (2012). Capítulo 1. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala, en: La Calidad en la Atención a la Salud en México a través de sus Instituciones. 12 años de Experiencia. México: Secretaría de Salud.

Ruiz, J. (1983). El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud. En: Salomón Díaz.

Sánchez, Á. (2014). Salud, enfermedad y cultura. España: Autoediciones Tagus.

Sánchez, L. y González, J., (1993). Cómo ser saludable integralmente. México: Editorial Océano.

Soriguer, F. (2018). La obesidad más allá de los estilos de vida: Gordos y flacos un siglo después de Marañón. Ediciones Díaz de Santos.

Suárez, A. (2003). Crítica al ALCA, la recolonización. Bogotá: Ediciones Aurora.

Walzer M. (1984). Spheres of Justice: A defense of pluralism and equality. EU: Basic Books.

### **Artículos de revistas**

Abundis, V. (2016). Beneficios de las encuestas electrónicas como apoyo para la investigación en Tlatemoani. Revista académica de investigación, No. 22, agosto, pp. 168-186. Recuperado el 1 de abril de 2020 de: <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/encuestas.pdf>

Battistella, G. (2016). Proceso Salud – Enfermedad. Venezuela: Universidad de Zulia. Recuperado el 05 de abril de 2016 de: <https://es.scribd.com/document/224794431/1-Battistella-Proceso-Salud-Enfermedad>

Bonilla, M. y López A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de Moebio No. 57, 305-315. Chile: Universidad de Chile. Recuperado el 14 de marzo de 2020 de: <https://www.moebio.uchile.cl/57/bonilla.html>

Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. Clin (Barc) 119 (5), España: Universidad de Barcelona. Recuperado de: [https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093\\_S300\\_es.pdf](https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf)

Cardona, J. (1998). La salud pública en el período de crisis. Revista Cubana Medicina general e integral 14(3), Cuba.

Castañeda F. y Valdespino M. (2014). Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/98/258](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/98/258)

Castro A. (2005). El derecho a la salud no se garantiza en el mercado. Contacto memoria de la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos. No. 180 julio – diciembre.

Cuñat (2007) Aplicación de la Teoría Fundamentada (groundedtheory) al estudio del proceso de creación de empresas. Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM, Vol. 2. Recuperado el 14 de marzo 2020 de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2499458>

De Currea V. (2005). La salud como derecho humano, 15 requisitos y una mirada a las reformas. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, No. 32, España: Universidad de Deusto.

Domínguez, E. y Zacca, E. (2011). Sistema de salud en Cuba. Salud Pública de México, Vol. 53(2). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/262501862\\_Sistema\\_de\\_salud\\_de\\_Cuba](https://www.researchgate.net/publication/262501862_Sistema_de_salud_de_Cuba)

Elizondo, C. (2007), El derecho a la protección de la salud. Salud pública de México, Vol.49, No. 2, marzo-abril.

Flamand, L. y Moreno C. (2015). La protección social en salud durante el gobierno de Calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular. Foro Internacional No. 219. Vol. 1.

Flores A. (2002). El sistema de salud mexicano, observaciones y notas comparativas. *Salud Pública y Nutrición, Facultad de Salud Pública y Nutrición* Vol. 3, No. 2 abril-junio 2002, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Flores, R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Revista Mad*, (10).

Fraguas, D. (2007). ¿Hubo una psicoterapia verbal en la Grecia clásica? *FRENIA*, Vol. VII. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/viewFile/16443/16288>

Franco, Á. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* Vol. 24 No. 2 julio-diciembre.

Gavidia, V. y Talavera, M. (2012). La construcción social de la salud. *Revista Didáctica de las ciencias experimentales y sociales* No. 26. 2012. España: Universidad de Valencia.

Guerrero, L. y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18 (53).

Guevara, A., et al. (2018). Finanzas y gasto público en México: un equilibrio imprescindible para el federalismo fiscal. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/676/67658492006/html/index.html>

La Croce, E. (1981). El concepto de locura en Grecia clásica, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 27 (4-5).

Lips, W. (2017) La conceptualización de la enfermedad y algunas de sus designaciones: el aporte de un estudio etimológico comparado. *Gaceta Médica de México*. Vol. 153. México

Lomelí, L. (2015). Los sistemas públicos de salud en México: necesidad social y viabilidad económica de transitar de la segmentación a la cobertura universal. Conferencia Interamericana de Seguridad Social No. 259. Recuperado el 25 de mayo 2015 de: [http://www.ciss.net/wp-content/uploads/259\\_03.pdf](http://www.ciss.net/wp-content/uploads/259_03.pdf)

México Sano (2014). El Sistema Nacional de Salud Universal Más Equitativo y Eficiente. Secretaría de Salud, Número 2, mayo, 2014.

Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH. Vol. 40, México. Recuperado de: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R08064-9.pdf>

Muñoz, S. (2011). Salud y desarrollo en el contexto Latinoamericano. Revista Cubana de Salud Pública, 37(2). Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200012)

Narro, J., et al. (2004). Ética y salud: Retos y reflexiones. Gaceta médica de México, 140 (6), 661-666. Recuperado en 23 de enero de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600017&lng=es&tlng=es).

Peiró, M. y Barrubés J. (2012). Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario. Revista Española de Cardiología, Vol. 65 Núm.07, Julio 2012.

Pérez A.y Cruz M., (2019). Situación actual de la obesidad infantil en México. Nutrición Hospitalaria; 36(2), p. 464. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112019000200463](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000200463)

Prieto, L. y Badía, X., (2001). Cuestionarios de salud: concepto y metodología. Atención primaria, 28(3).

Ruiz, M. Francisco (1983). El Contenido programático de la constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud. Salud Pública de México, Vol. 25, Núm. 4, Julio- agosto El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud 1983.

Rodríguez A. y Rodríguez M. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 5(2), 1998. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002>

Soberón G. (1995). La protección a la salud como derecho humano, Frenk J., et al., (coords.), Salud y Derechos Humanos; colección Perspectivas en Salud Pública No. 22, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. Discusiones desde América Latina. Universitas Psychologica, vol. 9, núm. 1, enero-abril, pp. 93-107, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Torres, T., et al., (2005). Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, en Cadernos de Saúde Pública, Vol.21 No.1, Brasil.

Vega, L. (2000). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. Salud pública, Vol.44 No.3.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la promoción de la salud, Vol. 12, Colombia.

WHO (1980). Sixth Report on the World Health Situation, 1973-1977", Geneva: WHO.

Zúñiga, Alejandra (2015) "Desigualdad sanitaria, libertarismo e igualitarismo. Política y gobierno, 20(2), 2013. Recuperado el 07 de abril de 2015 de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-20372013000200004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372013000200004&lng=es&tlng=es)

### **Informes y medios de difusión de instituciones y organismos gubernamentales**

Anuario de Morbilidad 1984 – 2019. México: Gobierno de México. Recuperado de: [https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad\\_grupo.html](https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html)

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2020). Información Estadística 2019. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2019>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (2020). Información Estadística Institucional al 4to. Trimestre del año 2019. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conamed/documentos/informacion-estadistica-2019>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2020) Informe anual de actividades 2019. Recuperado de: [http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2019/IA\\_2019.pdf](http://informe.cndh.org.mx/uploads/principal/2019/IA_2019.pdf)

CONAMED (2019). Boletín CONAMED. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwibm5iOi5LsAhVkmK0KHUbjANUQFjAAegQIAxAB&url=http %3A %2F %2Fwww.conamed.gob.mx %2Fgobmx %2Fboletin %2Fpdf %2Fboletin23 %2FB23-2.pdf&usg=AOvVaw0kW7OvRvt8jUJVCY3PCc77](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwibm5iOi5LsAhVkmK0KHUbjANUQFjAAegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fwww.conamed.gob.mx%2Fgobmx%2Fboletin%2Fpdf%2Fboletin23%2FB23-2.pdf&usg=AOvVaw0kW7OvRvt8jUJVCY3PCc77)

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2014). Indicadores de Acceso y Uso efectivo de los Servicios de Salud de Afiliados al Seguro Popular. México: CONEVAL. Recuperado de: [https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso %20y %20Uso %20Efectivo.pdf](https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf)

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Recuperado el 1 de abril de 2020 de: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Recuperado de: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Recuperado de: [https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)

Consejo Nacional de Población (2015). Proyecciones. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2018). Datos en Salud. Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2019). Datos en Salud. Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2020). Catálogo de Clave Única de Establecimientos de Salud-CLUES. Recuperado de: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s\\_clues.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_clues.html)

Gobierno de México (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjipKKsxNXrAhXKWcOKHYvCb0QFjABegQIAhAB&url=http%3A%2Fwww.transparencia.seguropopular.gob.mx%2Fcontenidos%2Farchivos%2Ftransparencia%2Fplanesprogramaseinformes%2Finformes%2F2018%2FinformedeResultadosdelSPSSenero\\_junio2019.pdf&usg=AOvVaw1rD56fHfdydr6hUw14v8y](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjipKKsxNXrAhXKWcOKHYvCb0QFjABegQIAhAB&url=http%3A%2Fwww.transparencia.seguropopular.gob.mx%2Fcontenidos%2Farchivos%2Ftransparencia%2Fplanesprogramaseinformes%2Finformes%2F2018%2FinformedeResultadosdelSPSSenero_junio2019.pdf&usg=AOvVaw1rD56fHfdydr6hUw14v8y)

INEGI (2014). Pensionada, Sólo la Cuarta Parte de Adultos Mayores en México. Recuperado de: <https://www.informador.com.mx>

INEGI (2017). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2017 (ENESS), México. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=2ahUKewi6reCfhspAhWXBcOKHdh4ArkQFjAEegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Feness%2F2017%2Fdoc%2Fpresentacion\\_eness\\_2017.pdf&usg=AOvVaw3EAun1x4ti1F5G-1pnrK83](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=2ahUKewi6reCfhspAhWXBcOKHdh4ArkQFjAEegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Feness%2F2017%2Fdoc%2Fpresentacion_eness_2017.pdf&usg=AOvVaw3EAun1x4ti1F5G-1pnrK83)

INEGI (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

INEGI (2018). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (adultos mayores). Recuperado de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) Presentación de resultados. México. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2018). Presentación de resultados. México. Recuperado de:

[https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf)

INEGI (2019) En México hay 74.3 millones de usuarios de internet y 18.3 millones de hogares con conexión a este servicio: ENDUTIH 2018. Comunicado de prensa 179/19, 2 de abril. Recuperado el 3 de abril de 2020 de: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/OtrTemEcon/ENDUTIH\\_2018.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/OtrTemEcon/ENDUTIH_2018.pdf)

INEGI (2019). Banco de Indicadores. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/indicadores/#divFV10030000186207019015>

INEGI (s.a). Población. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/datos/>

Información (2018). La importancia del acceso de todas las personas a la sanidad. Recuperado de: <https://www.informacion.es/vida-y-estilo/salud/2018/04/09/importancia-accesopersonassanidad5783089.html#:~:text=%C2%ABEI%20acceso%20a%20cuidados%20esenciales,y%20promueve%20la%20igualdad%20de>

INSP (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012\\_PresentacionOficialCorta\\_09Nov2012.pdf](http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09Nov2012.pdf)

Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) (2019). Folleto: La salud de los mexiquenses en cifras. Recuperado de: [https://salud.edomex.gob.mx/isem/ac\\_boletines\\_informativos](https://salud.edomex.gob.mx/isem/ac_boletines_informativos)

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) (2019). Población Derechohabiente 2019. Recuperado de: [http://www.issemym.gob.mx/poblacion\\_derechohabiente\\_2019](http://www.issemym.gob.mx/poblacion_derechohabiente_2019)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2019). Anuarios 2019. Recuperado de: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2019.html#cap1>

Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) (2020). En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2019.

Recuperado de: <http://www.ift.org.mx/comunicacion-y-medios/comunicados-ift/es/en-mexico-hay-806-millones-de-usuarios-de-internet-y-865-millones-de-usuarios-de-telefonos-celulares>

OCDE (2015) Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación. Recuperado el 18 de abril de 2015 de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

OCDE (2018). Panorama de la Salud 2017 indicadores de la OCDE. Recuperado de: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1606783427&id=id&accname=guest&checksum=9AF74DF7BE230FFDFF2B77CF8B9ED3C5>

Secretaría de Salud (SS) (2019). Programa Fortalecimiento a la Atención Médica (Antes Unidades Médicas Móviles). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-fortalecimiento-a-la-atencion-medica-antes-unidades-medicas-moviles>

Secretaría de Salud (SSA) (1999). Indicador 26: Camas censables por 1000 habitantes. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/indicadores/notas/indicador26.pdf>

Secretaría de Salud (SSA) (2007). PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Telesalud. Recuperado de: [https://www.who.int/goe/policies/countries/mex\\_telehealth.pdf](https://www.who.int/goe/policies/countries/mex_telehealth.pdf)

Secretaría de Salud (SSA) (2011). Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en Hospitales Generales de las principales instituciones públicas de salud. Recuperado de: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios\\_especiales/NOSOCOMIAL\\_IF.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/estudios_especiales/NOSOCOMIAL_IF.pdf)

SEDESOL (2013). Evaluación en Materia de Diseño del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia (S-241) 2013. Recuperado el 01 de abril de 2015 de: [http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/2013/ED\\_2013/Evaluacion\\_Disenio\\_PSVJF.pdf](http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/2013/ED_2013/Evaluacion_Disenio_PSVJF.pdf)

Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2018). Datos en Salud. Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

SSyBS (2014). Modelo de evaluación de programas de salud manual operativo. México: Secretaría de salud y bienestar social del estado de Colima. Recuperado de: [http://www.saludcolima.gob.mx/modelo\\_evaluacion/01\\_Manual\\_Operativo.pdf](http://www.saludcolima.gob.mx/modelo_evaluacion/01_Manual_Operativo.pdf)

## **Normativa y jurisprudencia**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (2020). Recuperado el 10 de marzo de 2020 de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_060320.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf)

Diario Oficial de la federación (DOF) (2020). DECRETO por el que se reforma y adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado de: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5593045&fecha=08/05/2020)

Gobierno de México (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

Gobierno de México (2012). Pacto por México. Recuperado de: <http://pactopormexico.org/PACTO-POR-MEXICO-25.pdf>

Ley del Seguro Social (2019). Recuperado el 25 de marzo de 2020 de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ley General de Salud. Recuperado el 26 de marzo de 2020 de: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (14 de octubre de 2017). Declaración universal de derechos humanos. Recuperado de: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1995). Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social. A/CONF.166/9, 12 de marzo.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2000). Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud". Recuperado de: <https://www.escribnet.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2000). Resolución A/RES/55/2 del 13 de septiembre.

PIDESC (1966), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Plan Nacional de Desarrollo 2007/2012 (2007), Presidencia de la República, México.

SCJN (2020). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857 (Compilación Cronológica de sus Modificaciones), 2020. Recuperado de:

<https://www.scjn.gob.mx/constitucionpoliticadelosestadosunidosmexicanos/articulos/339?fbclid=IwAR0QmhGjulGcuUE4uwo40mHexNjkCAVe5UDibzG7GLVGKKBOhjnR7o-v30>

UNICEF (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

United Nations (1993). Vienna Declaration and Programme of Action.

## **Webgrafía**

Principio del formulario

Final del formulario

Amnistía Internacional. Características de los derechos humanos. Recuperado el 10 de marzo de 2020 de: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/dh-caracteristicas.html>

Asociación Médica Mundial (AMM). Derecho a la salud, un derecho inclusivo para todos. Recuperado el 2 de marzo de 2016 de: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/derechos-humanos/derecho-a-la-salud/>

Banco de México (2015). "México, el segundo país más desigual en la OCDE", 21 de mayo. Recuperado el 26 de mayo de 2020 de: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2015/05/21/mexico-el-segundo-pais-mas-desigual-en-la-ocde>

Basulto, J. (2015). La mala alimentación supera nuestro consumo de alimentos sanos. Recuperado el 9 de abril de 2015 de: <http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/tendencias/2015/03/13/221627.php>

Canifarma, (2019). Estadísticas en salud de México. Actualización de Estadísticas de Salud de la OCDE 2019. Recuperado de: <https://codigof.mx/estadisticas-en-salud-de-mexico-actualizacion-de-estadisticas-de-salud-de-la-ocde-2019/>

Canifarma, (2016). Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México: 2016. Recuperado el 30 de marzo de 2020 de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IBCANveTOM4J:https://codigof.mx/estudios-la-ocde-los-sistemas-salud-mexico-2016/+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>

Canifarma (2019). Presupuesto de Salud 2019. Recuperado de: <https://codigof.mx/presupuesto-de-salud-2019/>

CEDAW (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

Centro de Estudios de Finanzas (CEPF) (2018). Análisis de Gasto Federalizado. [imagen]. Recuperado de: [https://www.cefp.gob.mx/new/gasto\\_federalizado.php](https://www.cefp.gob.mx/new/gasto_federalizado.php)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2015). México, sin avance en combate a la pobreza. Recuperado el 26 de mayo de: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2015/01/26/mexico-sin-avance-en-combate-a-la-pobreza-cepal>

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (septiembre de 1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Consejo Estatal de Población (COESPO) (2019). Consejo Estatal de Población. Recuperado el 08 de abril de 2020 de: [https://coespo.edomex.gob.mx/cuantos\\_somos](https://coespo.edomex.gob.mx/cuantos_somos)

Consejo Estatal de Población (COESPO) (2019). Zonas metropolitanas del Estado de México. Recuperado el 06 de abril de 2020 de: [https://coespo.edomex.gob.mx/zonas\\_metropolitanas](https://coespo.edomex.gob.mx/zonas_metropolitanas)

Escuela Nacional de Educación Superior (ENES) UNAM (2015). La Obesidad y Sostenibilidad en México. Parte 1: México Líder Mundial en Obesidad. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: [http://enes.unam.mx/?lang=es\\_MX&cat=sostenibilidad&pl=la-obesidad-y-la-sostenibilidad-en-mexico-parte-1](http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sostenibilidad&pl=la-obesidad-y-la-sostenibilidad-en-mexico-parte-1)

Fernández, C. (2009). Marco teórico para la aplicación del enfoque basado en derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado de: <http://www.reduniversitaria.es/ficheros/Marco%20te%C3%B3rico%20LIBROS.pdf>

Freire, J. (2012). Sistemas de salud: evolución y comparación internacional. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/307945392/2-1-Sistemas-Salud-Evaluacion-y-Comparacion-Internacional>

Fundación Mexicana para la Salud A.C. (2012), Universalidad de los servicios de salud. México, 24 de octubre de 2012. Recuperado el 18 de abril de 2015 de: <http://portal.funsalud.org.mx/linea-editorial/libros-manuales-y-boletines/universalidad-de-los-servicios-de-salud/>

Galli, A. (2017). Factores determinantes de la salud. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi9g\\_\\_EmtDsAhUHbawKHYBnCOgQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sac.org.ar%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F04%2Ffactores-determinantes-de-la-salud.pdf&usg=AOvVaw1zo8XOakIdS53JEpW89w\\_t](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi9g__EmtDsAhUHbawKHYBnCOgQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.sac.org.ar%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F04%2Ffactores-determinantes-de-la-salud.pdf&usg=AOvVaw1zo8XOakIdS53JEpW89w_t)

Garay, O. (2017). Derecho a la salud II. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/derecho-la-salud-ii>

Giménez, J.C. (2010). El Concepto de salud, Proyecto Salutia. Recuperado de: <http://www.proyectosalutia.com/salud/>

Gobierno del Estado de México (G.E.M.) (2016). Dietas Peligrosas, Visión CEVECE 2016. Recuperado de: [https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2016/Semana\\_18\\_2016.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2016/Semana_18_2016.pdf)

Gómez O., Sesma S. y Becerril V. (2018). Sistema de salud de México [imagen], México: Salud Pública de México. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/10023>

González O. (2020). La cobertura universal en salud: ese gran reto pendiente [imagen]. México: Cuestion. Recuperado de: <https://cuestion.com/detalle/a-fondo/la-cobertura-universal-en-salud-ese-gran-reto-pendiente>.

IHME (2013). Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: [www.healthdata.org/sites/default/files/files/country\\_profiles/GBD/ihme\\_gbd\\_country\\_report\\_mexico.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_mexico.pdf)

Instituto de Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema Nacional de Salud de España. España. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>

Instituto de Investigaciones Jurídicas Universidad Nacional Autónoma de México (2015). Recuperado el 11 de abril de 2015 de: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2019). Contra enfermedades respiratorias, IMSS recomienda fortalecer higiene, comer frutas, verduras y evitar cambios de temperatura [imagen], México: Gobierno de México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/imss/prensa/com-456-contra-enfermedades-respiratorias-imss-recomienda-fortalecer-higiene-comer-frutas-verduras-y-evitar-cambios-de-temperatura>

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (2015). Sanidad Privada Aportando Valor. Análisis de Situación 2015. Recuperado el 22 de marzo de 2015 de: [www.fundacionidis.com/es/informes/informe-sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2015](http://www.fundacionidis.com/es/informes/informe-sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2015)

Kaleydoscopio (2015). Malos Hábitos Alimentarios de la Sociedad Mexicana. Recuperado el 12 de abril de 2015 de: [http://kaleydoscopio.mx/index.php/archiveros/item/2850-malos-habitos-alimentarios-de-la-sociedad-](http://kaleydoscopio.mx/index.php/archiveros/item/2850-malos-habitos-alimentarios-de-la-sociedad-mexicana)

[mexicanahttp://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm](http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm)

Laín P. (2001). La racionalización platónica del ensalmo y la invención de la psicoterapia verbal. Recuperado de: <http://www.cervantesvirtual.com/research/la-racionalizacion-platonica-del-ensalmo-y-la-invencion-de-la-psicoterapia-verbal-923838/95008f1a-5072-4b2b-8a26-78d284f7bd47.pdf>

Méndez J. (2016). Gasto en Salud: Propuesta 2017. CIEP, 2016. Recuperado de: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>

Méndez J. (2019). La contracción del gasto per cápita en salud: 2010 – 2020. CIEP, 2019. Recuperado de: <https://ciep.mx/la-contraccion-del-gasto-per-capita-en-salud-2010-2020/>

Méndez, J. (2018). Gasto en Salud: por entidad federativa. CIEP. Recuperado de: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-por-entidad-federativa/>

Mexicanos contra la corrupción y la impunidad (2020). Panorama de la corrupción en el sector público de la salud. Recuperado de: <https://saluddeteriorada.contralacorrupcion.mx/contexto/>

Navarro, V. (2015). El Modelo Sanitario Liberal; E.E.U.U. Sistema Digital, 22 de marzo de 2015.

Nigenda, G., et al., (2013). Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la Situación en México. Recuperado el 15 de abril de 2015 de: <http://portal.funsalud.org.mx/wp-content/uploads/2013/08/16-MezclaPublicoPrivado.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008). El derecho a la salud - Folleto informativo N° 31. Ginebra: Printed at United Nations.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en Nueva York el 22 de junio de 1946 por la Conferencia Internacional de la Salud, Basic Documents, 43 edición, Geneva: WHO.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Acerca de los Sistemas de Salud". Recuperado el 8 de abril de 2017 de: <https://www.who.int/healthsystems/about/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. Recuperado de: [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). ¿Qué es un sistema de salud? Recuperado el 25 de marzo de 2020 de: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (s/a). Enfoque en la Salud Basado en derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjn8YT42vjqAhUI2qwKHXF4DWEQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fgender-equity-rights%2Fknowledge%2Fhrba-to-health-es.pdf&usg=AOvVaw2jBxh8bM8dH3AKPwqJilVu>

Organización Panamericana de la Salud (2017). ¿Quiénes somos? Recuperado el 11 de marzo de 2020 de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es)

Organización panamericana de la salud (OPS) (2020). Equidad en Salud. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es)

Parafita, D. (2016). Recorrido histórico sobre la salud y la enfermedad. Uruguay: Universidad de la República. Recuperado el 5 de enero de 2016 de: [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf)

Partido de la Revolución Democrática (2015). Programa de Acción Inmediata. Recuperado el 23 de abril de 2015 de: <http://www.prd.org.mx/portal/>

Pasquali M. (2020). México: población en 2020, por entidad federativa. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/575948/numero-de-personas-en-mexico-por-entidad-federativa/>

Plumas Libres (2015). Pobres, 45.5 % de la Población en México según Coneval. Recuperado el 2 de abril de 2015 de: <http://plumaslibres.com.mx/2015/01/04/pobres-45-5-de-la-poblacion-en-mexico-segun-coneval/>

PMFARMA (2020). Los números de la diabetes en México. Recuperado de: <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/1359-los-numeros-de-la-diabetes-en-mexico.html>.

Ranking Bloomberg (2018). Sistemas Sanitarios con Mayor Eficiencia. Recuperado el 8 de abril de 2015 de: <https://es.finance.yahoo.com/noticias/espana-llega-un-top3-mundial-aunque-te-sorprendera-saber-cual-es-162958764.html>

Sánchez, O. (22 de noviembre de 2002). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México, Conferencia dictada en el Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, Ciudad de México.

Secretaría de Salud (2014). Propuesta de Reforma al Artículo 4to. Constitucional. Boletín México Sano, México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2015). Qué es el Seguro Popular. Recuperado el 23 de marzo de 2015 de: [www.seguro-popular.gob.mx](http://www.seguro-popular.gob.mx)

Rodríguez M. (2018). Frecuencia de infecciones asociadas a la atención de la salud en los principales sistemas de información de México. Recuperado de: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia\\_infecciones.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin17/frecuencia_infecciones.pdf)

Secretaría de Salud (SSA) (2007). PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012 Telesalud. Recuperado de: [https://www.who.int/goe/policies/countries/mex\\_telehealth.pdf](https://www.who.int/goe/policies/countries/mex_telehealth.pdf)

Sommer, C. (2017). Declaración y pactos internacionales de derechos humanos. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/26>

Stockholm International Peace Research Institute (2018) ¿Cuánto gastan los países en salud vs el gasto militar? [imagen]. Colombia: La República de Colombia.

UNIBA (2019). Geografías del hambre: el derecho a la alimentación como reto del desarrollo. Recuperado de: <https://www.unibarcelona.com/int/actualidad/noticias/geografias-del-hambre-el-derecho-la-alimentacion-como-reto-del-desarrollo>

Uribe M. y Abrantes R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades? Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwizyuSIgaHsAhUDeKwKHaUwBowQFjAAegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS018876532013000200006&usg=AOvVaw3Lrg9SnK2OTaZLwkGXO8iX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwizyuSIgaHsAhUDeKwKHaUwBowQFjAAegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS018876532013000200006&usg=AOvVaw3Lrg9SnK2OTaZLwkGXO8iX)

Villa, S. (2018). Implicaciones Presupuestales del Programa Seguro de Vida para Jefas de Familia. CIEP. Recuperado el 01 de junio de 2018 de: <http://ciep.mx/entrada-investigacion/implicaciones-presupuestales-del-programa-seguro-de-vida-para-jefas-de-familia/>

## **Entrevistas**

Anguiano, D. (2015). Urgente Resolver los Hábitos Alimenticios de la Población. Asamblea del Distrito Federal México, D.F., Entrevista celebrada el 27 de enero y recuperada el 16 de abril de: <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-urgente-resolver-malos-habitos-alimenticios-poblacion-20529.html>.

## **Información periodística**

Aristegui Noticias (2015). ¿En qué consisten la pensión universal y el seguro de desempleo? Recuperado el 01 de abril de 2015 de: <http://aristeguinoticias.com/1903/mexico/en-que-consiste-la-pension-universal-y-el-seguro-de-desempleo/>

Caetano G. y De Armas G. (2015). Pobreza y desigualdad en América Latina (1980-2014), Diario EL PAÍS. Recuperado el 9 de abril de 2015 de: [https://elpais.com/elpais/2015/03/30/contrapuntos/1427738126\\_142773.html](https://elpais.com/elpais/2015/03/30/contrapuntos/1427738126_142773.html)

Cardoso, V. (2015, 30 de marzo). En 2014 los retiros por desempleo de Afores sumaron casi \$10 mil millones. Diario La Jornada, p.23. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2015/03/31/economia/023n3eco>

Coronel, M. (2015, 22 de marzo). Tras elecciones, se espera reforma en salud. Diario El Economista.

Cuatro Vientos (2019) Inició IMSS campaña de vacunación anti influenza en BC [imagen] México: 4 vientos periodismo en red. Recuperado de: <http://www.4vientos.net/2019/10/24/inicio-imss-campana-de-vacunacion-anti-influenza-en-bc/>

El Economista (2015, 4 de febrero). SEDESOL destaca Aplicación de la Cruzada AntiHambre. Diario EL Economista. Recuperado el 02 de abril de 2015 de: <http://eleconomista.com.mx/sociedad/2015/02/04/sedesol-destaca-aplicacion-cruzada-antihambre>

El Poder del Consumidor (2013). 22,020 muertes en México pueden asociarse al refresco. Recuperado de: <https://elpoderdelconsumidor.org/2013/03/mas-de-22000-muertes-en-mexico-podrian-asociarse-al-consumo-de-refrescos/>

El Poder del Consumidor (2015). Contra la Obesidad y la Diabetes. Una Estrategia Secuestrada. Análisis de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Recuperado el 16 de abril de 2015 de: [http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2015/04/Contra-la-Obesidad-y-Diabetes\\_Una-Estrategia-Secuestrada.pdf](http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2015/04/Contra-la-Obesidad-y-Diabetes_Una-Estrategia-Secuestrada.pdf)

El Universal (2014, 12 de mayo). México, décimo lugar en consumo de alcohol en AL: OMS. Diario El Universal. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/sociedad/2014/alcohol-consumo-al-oms-1009771.html>

Expansión (2018). México - Gasto público Salud. Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>

Expansión (2020). México - Gasto público Salud. Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/mexico>

Freytas, M. (2009). La rentabilidad de la muerte. Planeta blindado: Cómo funciona el negocio capitalista con la guerra. Recuperado el 09 de abril de 2015 de: [http://www.iarnoticias.com/2009/secciones/contrainformacion/0055\\_rentabilidad\\_de\\_la\\_muerte\\_21agos09.html](http://www.iarnoticias.com/2009/secciones/contrainformacion/0055_rentabilidad_de_la_muerte_21agos09.html)

García, C., et al., (2013, 4 de agosto). Cómo se cocinó el Pacto por México. Diario El Universal, p. 7.

García, A. (2018, 16 de septiembre). 7 de cada 10 indígenas en México son pobres. Diario EL ECONOMISTA. Recuperado de: <https://www.economista.com.mx/economia/7-de-cada-10-indigenas-en-Mexico-son-pobres-20180916-0007.html>

Garduño, R. (2015, 28 de marzo). México, entre los países de la OCDE que menos gasta en salud. Diario La Jornada, p. 10.

Kuri, P. (2015, 8 de enero). Uno de cada tres niños padece sobrepeso y obesidad. México. Recuperado el 16 de abril de 2015 de: <http://noticieros.televisa.com/mexico/1501/cada-3-ninos-mexico-padece-sobrepeso-obesidad>

Leal, G. (2014, 26 de abril). Salud: el mito de la universalidad. Diario, La Jornada. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2014/04/26/opinion/015a1pol>

Leal, G. (2015, 25 de abril). 17 años después del SAR no habrá pensiones dignas. Diario, La Jornada.

Longás, H. (2013). Las infecciones hospitalarias en Europa. El País. Recuperado de: [https://elpais.com/elpais/2013/07/04/media/1372965212\\_900037.html](https://elpais.com/elpais/2013/07/04/media/1372965212_900037.html)

Miranda Perla (2018). Se multiplican los consultorios de “paso” [imagen] México: El Universal. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/se-dispara-numero-de-consultorios-en-farmacias>

Navarrete, A. (2015, 27 de abril). Sólo 35 % de los trabajadores tiene asegurada su pensión: STyPS. Diario Excélsior.

Olivares, E. (2019, 29 de octubre). México, el país de la OCDE que menos invierte en servicio médico. Diario La Jornada, p. 32. Recuperado de: <https://www.jornada.com.mx/2019/10/29/sociedad/032n3soc>

Ortega, A. (2020). El INSABI arrancó operaciones este 1 de enero: esto es lo que debes saber. Diario Expansión política. Recuperado de: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/01/02/el-insabi-arranco-operaciones-este-1-de-enero-esto-es-lo-que-debes-saber>

OXFAM (2018). El 1 % más rico de la población mundial acaparó el 82 % de la riqueza generada el año pasado, mientras que la mitad más pobre no se benefició en absoluto. Recuperado de: <https://www.oxfam.org/es/notas-prensa/el-1-mas-rico-de-la-poblacion-mundial-acaparo-el-82-de-la-riqueza-generada-el-ano>

Pacheco, J. (2015). Preven que en febrero haya reforma en salud (Entrevista con Mario Alberto Dávila Delgado, diputado del PAN y presidente de la Comisión de salud de la Cámara de diputados). México: Excélsior.

Patiño D. (2020). El 67 % de la población de México será pobre tras la crisis, alerta la CEPAL. Diario Expansión. Recuperado de: <https://expansion.mx/economia/2020/07/15/poblacion-mexico-sera-pobre-tras-crisis-alerta-cepal>

Ramos, G. (2015). México, el segundo país más desigual en la OCDE. CNN Expansión. Recuperado el 26 de mayo de 2015 de: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2015/05/21/mexico-el-segundo-pais-mas-desigual-en-la-ocde>

Reyes, P. (2014). Prohíben venta y entrada de comida chatarra en el IMSS [imagen] México: Milenio. Recuperado de: <https://www.milenio.com/estados/prohiben-venta-entrada-comida-chatarra-imss>

Ríos V. (2020). La salud pública en México es eso que nadie quiere usar. New York Times. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/es/2020/08/03/espanol/opinion/servicio-salud-mexico.html>

Rosas, T. (2014, 28 de julio). Piden Padrón del Seguro para Jefas de Familia. Diario El Economista.

Saldívar, B. (2017). Gasto de bolsillo en salud, tema pendiente en México. El economista. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Gasto-de-bolsillo-en-salud-tema-pendiente-en-Mexico-20170731-0101.html>

Solís, B. (2019). El grave problema de la economía informal en México. Diario EL FINANCIERO. Recuperado de: <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/benito-solis/el-grave-problema-de-la-economia-informal-en-mexico>

Tapia, S. (2015, 8 de abril). Se incrementa en México el consumo de tabaco en jóvenes. W Radio. Recuperado el 14 de abril de: <http://www.wradio.com.mx/noticias/actualidad/se-incrementa--en-mexico-el-consumo-de-tabaco-en-jovenes/20150408/nota/2708472.aspx>

UDG (2018). En México 12 millones de personas padecen diabetes, lo que se traduce en gasto directo en salud de 19 mil millones de pesos anuales. Recuperado de: <http://www.udg.mx/es/noticia/mexico-12-millones-personas-padecen-diabetes-lo-se-traduce-gasto-directo-salud-19-mil>

Urzúa, C. (2019). La reforma del sistema nacional de salud. Diario El Universal. Recuperado el 25 de mayo de 2020 de: <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/carlos-m-urzua/la-reforma-del-sistema-nacional-de-salud>

Vera, M. (2015, 21 de febrero). México, aún sin cobertura universal de salud: 4 millones no tienen ISSSTE, IMSS o Seguro Popular". Diario Animal político. Recuperado de: <http://www.animalpolitico.com/2015/02/mexico-aun-sin-cobertura-universal-de-salud-4-millones-tienen-issste-imss-o-seguro-popular/>

Verdusco, M. (2015). Crecerá Recorte al Gasto Público en 2016. Diario EL Universal. Recuperado de: <https://archivo.eluniversal.com.mx/primer-plana/2015/impreso/hacienda-recortara-tambien-el-gasto-2016-49081.html>