



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS  
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**“LA INTEGRACIÓN FUNCIONAL DEL PRIMER NIVEL  
ASISTENCIAL DE SALUD COMO UNA CONTRIBUCIÓN DE LA  
BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN”**

**TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN  
CIENCIAS**

**PRESENTA** Neri Vela Ricardo Alfredo

**Tutor:** Dr. Rubén Fernando Cano Valle. Instituto de Investigaciones Jurídicas

**Comité Tutor:**

Dr. Juan Garza Ramos. Facultad de Veterinaria y Zootecnia

Dr. Carlos Alfonso Viesca Treviño. Facultad de Medicina

Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé Goiry. Instituto de Investigaciones Jurídicas

Ciudad Universitaria, Distrito Federal, septiembre de 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	EL PROBLEMA	6
III.	LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD	13
IV.	LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN Y LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA	31
V.	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD	56
VI.	EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO	93
VII.	LA SITUACIÓN COMPARATIVA DE SALUD A NIVEL INTERNACIONAL Y EN MÉXICO	133
VIII.	PROPUESTA DE UN SISTEMA PÚBLICO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD JUSTO, EQUITATIVO Y SOLIDARIO EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS	176
IX.	A MANERA DE CONCLUSIÓN	224
X.	FUENTES	227

# I. INTRODUCCIÓN

En el presente proyecto de investigación se afirma la tesis de que el Sistema Nacional de Salud en México se ha diseñado e implementado de forma fragmentaria en diversas instancias que han traído como consecuencia la no realización del derecho de protección de la salud con justicia, solidaridad y equidad. Se propone la integración orgánica y funcional del sector público del Sistema Nacional de Salud que permitiría dar solución a las necesidades en salud, dentro de un marco de protección y de respeto de los derechos humanos, como una contribución de la Bioética de Intervención.

En México, el debate bioético se ha centrado en temas relacionados con diversas situaciones especiales en torno a la atención médica y en la investigación en seres humanos. La problemática relacionada a las políticas públicas en salud ha recibido poca atención. La Bioética de Intervención contempla la consideración de la justicia, de la solidaridad y de la equidad como factores preponderantes en el diseño, en la implementación y en la evaluación de las políticas públicas de salud dentro del marco de los Derechos Humanos. El objetivo ideal último de satisfacción de las necesidades en salud, es el alcanzar un estado de salud que se contemple como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la ausencia sólo de enfermedad dentro de los parámetros aceptados internacionalmente que de forma progresiva fueron establecidos por la Organización Mundial de la Salud. Con los datos que se mencionan en el texto de la presente investigación, es evidente que en México se requiere un cambio de rumbo. Un cambio de rumbo que se dirija de acuerdo a las recomendaciones y al espíritu de la Declaración de Alma-Ata, de las Metas del Milenio, de las Metas de Desarrollo Sostenible, de la Declaración de Río de Janeiro y de la Declaración de Copenhague. El cambio de rumbo debería comprender la integración funcional y orgánica del sector público del Sistema Nacional de Salud. Este es el cambio que es objeto de recomendación y de estudio por parte de una Bioética de Intervención comprometida con la salud de la población mexicana. En este proyecto se ha tratado de responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el Sistema Nacional de Salud que se ha implementado en México?
2. ¿El Sistema Nacional de Salud en México se planifica e implementa con justicia, solidaridad, equidad en observancia del Derecho a la Salud?
3. ¿Los mecanismos e instancias para la cobertura en salud en México se estructuran funcionalmente tomando en consideración las necesidades sociales en salud?
4. ¿Cuáles son los parámetros éticos que los programas y acciones debieran contemplar en la cobertura en salud, desde la perspectiva de la Bioética de Intervención dentro del marco de los Derechos Humanos?

La respuesta a estas preguntas han conformado los objetivos de este proyecto que, en forma ideal, podría desembocar en la propuesta de un modelo aplicable a nuestro país para la integración funcional y orgánica del sector público del Sistema Nacional de Salud que sea en beneficio de la población a la cual se dirigen. El diseño, la implementación y evaluación de las políticas en salud tendientes a dicha integración tendrían el objetivo de alcanzar la satisfacción de las necesidades en salud mediante la adopción de criterios éticos mínimos compartidos dentro del marco de los Derechos Humanos como una moral mínima universal consensuada. Es por ello que se ha considerado conveniente realizar el estudio, el análisis y la reflexión que permitan determinar la existencia de dichos criterios. Estas propuestas estarían acordes con la propuesta que la Organización Mundial de la Salud ha relanzado en el 2008, en el sentido de dar énfasis a la atención primaria en salud como la solución al deterioro de las condiciones de salud de la población y a la deficiente actuación del Sistema Nacional de Salud Mexicano. De esta manera, se haría presente la Declaración de Alma-Ata que sigue vigente después de más de 30 años y que va de acorde con las Metas del Milenio y con de las Metas de Desarrollo Sostenible. Este es el imperativo ético por seguir pero dentro de un contexto democrático, plural e incluyente, en donde una Bioética de Intervención sea el marco de las políticas públicas en salud dentro de un contexto que se fundamente en la promoción y en la protección de los Derechos Humanos como un deber del Estado y de cada uno de sus componentes. He ahí la tarea que la Bioética tiene por delante.

Ha sido una investigación transversal, retrospectiva, descriptiva y explicativa. Tuvo un carácter interdisciplinario. Se utilizó un método deductivo mediante el análisis de distintos contextos históricos y situacionales que se encuentren en los documentos disponibles, para deducir y circunscribir. Asimismo, se llevaron a cabo la concordancia mediante el análisis de factores comunes asociados a distintos hechos, discursos, programas de desarrollo, documentos públicos de evaluación, normatividad jurídica aplicable a la salud, estadísticas, etc.

Los límites espaciales se circunscribieron a México. Los límites temporales de la revisión documental se limitaron al periodo del año 2000 al 2014 con la finalidad de contar con datos y acciones vigentes que sustentaran el presente actual y el futuro próximo.

Todo lo anterior fue posible debido a que se contó con la beca proporcionada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para la realización del Programa de Doctorado.

Este proyecto sería una contribución de la Universidad Nacional Autónoma de México hacia la sociedad y hacia las instancias públicas responsables de planear, implementar, supervisar y controlar las políticas de salud que integren el Sistema Nacional de Salud.

## II. EL PROBLEMA

***«Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar.»<sup>1</sup>***

Kofi Annan, Ex-Secretario General de las Naciones Unidas

Como seres humanos, la salud es motivo de preocupación diaria. Independientemente de nuestra edad, género, antecedentes étnicos o socioeconómicos, consideramos que nuestra salud es nuestro activo más básico y fundamental. Los problemas de salud pueden impedir el asistir a la escuela o al trabajo, asistir a nuestras responsabilidades familiares o participar plenamente en las actividades de nuestra comunidad. Por la misma razón, estamos dispuestos a hacer muchos sacrificios si sólo se garantizara a nosotros y a nuestras familias una vida larga y saludable. En resumen, cuando hablamos de bienestar, salud es a menudo lo que tenemos en mente.

El Derecho a la Salud es una parte fundamental de los Derechos Humanos y de nuestro entendimiento de lo que se considera una vida digna. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental no es nuevo. En la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su preámbulo, se define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Además, el preámbulo declara que " el disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social". La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 también mencionó a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (art. 25). Una vez más se reconoció al derecho a la salud como un derecho humano en el Pacto Internacional de 1966 sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Desde entonces, otros tratados internacionales de derechos humanos han reconocido o se refieren al derecho a la salud o a elementos del mismo, tales como el derecho a la atención médica. El derecho a la

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002, p. 2.

salud es relevante para todos los Estados, de tal forma que cada Estado ha ratificado por lo menos un tratado sobre Derechos Humanos en el que se reconoce el derecho a la salud. Además, los Estados se han comprometido a proteger este derecho a través de declaraciones internacionales, de políticas internas, de legislación nacional y de conferencias internacionales.

La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas. Por ello, tenemos motivos para valorarla. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables, ni la posibilidad de una mortalidad prematura. La equidad en la realización y en la distribución de la salud queda así incorporada y forma parte integral de un concepto más amplio de la justicia.

Los factores que pueden contribuir a los logros y a los fracasos en el campo de la salud van mucho más allá de la atención sanitaria e incluyen muchas influencias muy distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimentarios y los estilos de vida, hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo. A lo anterior es a lo que se ha denominado como los determinantes sociales de la salud.

Por ello, para lograr una comprensión adecuada de los logros y de las posibilidades de salud tenemos que ir mucho más allá de la prestación y de la distribución de la atención sanitaria. La equidad en salud no se puede entender en términos de distribución de la atención sanitaria. Evaluar la equidad en salud centrándose únicamente en la desigualdad es exactamente lo mismo que abordar el problema del hambre en el mundo comiendo menos y obviando el hecho de que se puede usar cualquier recurso natural para alimentar mejor a los hambrientos.

Lograr una mayor equidad en salud es un objetivo en sí mismo y por lo tanto el intentar lograr diversos objetivos específicos globales en salud y de desarrollo sin tomar en



consideración la distribución equitativa entre y dentro de las poblaciones, será un objetivo de valor limitado. Aunque muchos programas de salud pública han logrado un éxito considerable en la reducción de la morbilidad y de la mortalidad, a menudo no incluyen intervenciones que aborden el contexto social y las condiciones en que la gente vive, es decir, intervenciones que tengan un potencial para contribuir a obtener una mayor equidad en salud. Las estadísticas a nivel nacional a menudo enmascaran desigualdades injustas dentro y entre grupos de población vulnerables. Estas desigualdades se generan con mayor intensidad en los sistemas de salud fragmentados que a su vez no son financiados y organizados de forma equitativa de forma que su vicio de origen se manifiesta en la población hacia la cual se encuentran destinados los servicios de salud.

Ciertos objetivos clave de salud pública, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, no son fácilmente alcanzables, incluso con un aumento masivo de las tecnologías disponibles. A menudo, simples y eficaces herramientas, tales como vacunas contra las enfermedades de la infancia, no llegan a los más necesitados debido a factores sociales y estructurales. Esta situación requiere de un enfoque más amplio que se ocupe de los determinantes sociales en salud para reducir las desigualdades en salud a través de la acción intersectorial, la participación comunitaria y el empoderamiento de las poblaciones más vulnerables a las amenazas de la salud. La Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud presentó en su informe del 2008, una serie de recomendaciones para cerrar la brecha de la equidad en el lapso de una generación mediante la mejora de la vida diaria en sus condiciones generales y en la lucha contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos. En mayo de 2009, la Asamblea Mundial de la Salud exhortó a la comunidad internacional e instó a los Estados miembros para hacer frente a las desigualdades en salud dentro y entre países a través del compromiso político para implementar los principios fundamentales para "cerrar la brecha en una generación". Destacó la necesidad de generar métodos y pruebas nuevos, o hacer uso de los existentes, para abordar los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud.

Las políticas de salud en México, en los últimos 10 años, concernientes a la planeación, programación, estudio de la demanda, oferta de infraestructura y de recursos, evaluación, organización del Sistema Nacional de Salud y su integración, de acuerdo a los hechos observados y palpados por la sociedad mexicana, se han diseñado e implementado con criterios utilitaristas de tipo reactivo de corto plazo que no siempre toman en consideración a las necesidades y a las aspiraciones de la población a la cual se dirigen. Lo anterior, se puede observar en los distintos Planes Nacionales de Desarrollo que van del año 2000 hasta la fecha actual.

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 afirma que “el gobierno de la República tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población”.<sup>2</sup> De esta manera, se sigue en la línea de mantener fragmentado al Sistema Nacional de Salud en múltiples sistemas de salud.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 habla de forma vaga de un escenario a vislumbrar en el 2030.<sup>3</sup> Para ello, enlista una serie de objetivos nacionales por cumplir a través del Plan Nacional de Desarrollo para poder arribar a dicha visión y los cuales no se

---

<sup>2</sup> Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2001, p. 37.

<sup>3</sup> Visión México 2030. “Hacia el 2030, los mexicanos vemos a México como un país de leyes, donde nuestras familias y nuestro patrimonio están seguros, y podemos ejercer sin restricciones nuestras libertades y derechos; un país con una economía altamente competitiva que crece de manera dinámica y sostenida, generando empleos suficientes y bien remunerados; un país con igualdad de oportunidades para todos, donde los mexicanos ejercen plenamente sus derechos sociales y la pobreza se ha erradicado; un país con un desarrollo sustentable en el que existe una cultura de respeto y conservación del medio ambiente; una nación plenamente democrática en donde los gobernantes rinden cuentas claras a los ciudadanos, en el que los actores políticos trabajan de forma corresponsable y construyen acuerdos para impulsar el desarrollo permanente del país; una nación que ha consolidado una relación madura y equitativa con América del Norte, y que ejerce un liderazgo en América Latina”. Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 2007, p. 4

cumplieron en dicho sexenio.<sup>4</sup> En dicho Plan Nacional de Desarrollo se aceptaba que México contaba con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 eran públicos y 3,082, privados. El sector público poseía un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tenían una tasa de 0.87 camas contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Así, en México aún existía un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes. En el orden más general de la vida social, el acceso a servicios de salud no alcanzaba aún a toda la población y pagar por servicios privados resultaba muy difícil para la mayoría. Por lo tanto, reconocía que persistían grandes desigualdades en la calidad de los servicios de salud de que disfrutaban los mexicanos. La falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos no generaban los mismos efectos en la prestación de los servicios de salud entre las diferentes dependencias de salud. En cuanto a la cantidad de personal capacitado disponible en el sector salud, México tenía 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable que es de tres médicos.<sup>5</sup> El enfoque de este Plan nacional de Desarrollo es de orden económico bajo el supuesto de que no hay recursos que alcancen. Se menciona que se tomarán en cuenta las prioridades y el impacto económico pero no el impacto social o ético de dichas acciones y en donde no se menciona la conveniencia de integrar al Sistema Nacional de Salud como un todo.

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 enfatiza que en materia de acceso a los servicios de salud se debe garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral y para ello propone desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. Esa integración la

---

<sup>4</sup> Entre dichos objetivos nacionales, se encontraban los siguientes: 1) Reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados alimentación, salud, educación, vivienda digna y un medio ambiente adecuado para su desarrollo tal y como lo establece la Constitución. 2) Reducir significativamente las brechas sociales, económicas y culturales persistentes en la sociedad, y que esto se traduzca en que los mexicanos sean tratados con equidad y justicia en todas las esferas de su vida, de tal manera que no exista forma alguna de discriminación. Op. Cit., Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, p. 4

<sup>5</sup> Ibidem, p. 64.

busca alcanzar mediante la preparación del sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.<sup>6</sup> En otras palabras, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 continúa en la línea de mantener fragmentado de forma orgánica al Sistema Nacional de Salud. Los resultados están a la vista en el año 2015: los indicadores en salud no muestran mejoría como resultado de la fragmentación de las políticas en salud ante diferentes instancias prestadoras de servicios de salud que duplican y al mismo tiempo omiten las acciones necesarias para la consecución de la salud.

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. En respuesta a dicho artículo se ha construido un Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, éste se caracteriza por estar fragmentado en múltiples subsistemas donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos. En 2012, aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos no contaba con acceso en algún esquema de salud y esta situación persiste en el año 2015.

En 2004, el Seguro Popular se instituye con la finalidad de brindar protección financiera a la población no afiliada a las instituciones de seguridad social. Este programa representa un avance en términos de igualdad y de protección social de la salud. Sin embargo, su paquete de servicios es limitado en comparación con la cobertura que ofrecen a sus derechohabientes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Entre 2000 y 2010, el gasto público en salud como porcentaje del PIB creció de 2.6 a 3.1%, lo que representa un incremento del 19.2%. A pesar del aumento observado, este nivel de gasto sigue siendo bajo en comparación con el de los países de la OCDE. Para avanzar en la calidad y el alcance de los servicios de salud no sólo debemos pensar en el nivel de gasto. La experiencia en los últimos años indica que existen áreas de oportunidad para hacer un mejor uso de los recursos. Para mejorar el Sistema de Salud también se requiere un fortalecimiento de los modelos de atención de entidades

---

<sup>6</sup> Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo de 2013, pp. 72-73.

federativas y municipios, así como una regulación adecuada en diversos ámbitos. Lo anterior, se puede alcanzar mediante la reorganización orgánica y funcional del Sistema nacional de Salud.<sup>7</sup>

Ante el panorama expuesto en los párrafos anteriores, es indispensable mencionar que una preocupación y un principio básico de la Bioética es la consideración de la justicia y de la solidaridad como factores preponderantes en el diseño y en la confección de estas políticas mediante la práctica de la equidad en la distribución de los recursos y en la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que tome en consideración que el primer nivel asistencial de salud previene y resuelve la mayor proporción de problemas en salud. Para lograr lo anterior, es ineludible la integración orgánica y funcional del Sistema Nacional de Salud. El objetivo último de la satisfacción de las necesidades en salud es precisamente alcanzar el estado de salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la ausencia sólo de enfermedad. Al ser considerada la salud como un derecho humano fundamental (artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos), es entonces que la justicia, la equidad, la solidaridad, la reciprocidad, entre otras cosas, deban ser tomadas en consideración para poder alcanzar dicha meta.

---

<sup>7</sup> Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo de 2013, p. 24.

### III. LOS DERECHOS HUMANOS Y EL DERECHO A LA SALUD

**«Los pueblos no se han quejado nunca de la universalidad de los derechos humanos ni los han considerado una imposición de Occidente o el Norte. Son sus dirigentes quienes a menudo lo han hecho»<sup>8</sup>**

Kofi Annan  
Ex -Secretario General de las Naciones Unidas

¿Qué son los derechos humanos? Los derechos humanos son el núcleo ético del derecho y la expresión jurídica de la dignidad humana. Los derechos humanos se relacionan y dan vigencia a los postulados y a los principios de la bioética.<sup>9</sup> Los derechos humanos son instrumentos que promueven la satisfacción de necesidades mínimas para el desarrollo, el respeto a la integridad física y psicológica, la libertad de expresión y la no discriminación, entre otros. Estos postulados se afirman como una verdad universal. Esta verdad universal no es un dogma impuesto ni es algo oculto que el ser humano haya venido descubriendo. Es producto del consenso universal decantado a través de los siglos como parte de un proceso cultural de adopción y de reconocimiento. Este proceso lo ha transformado en una verdad en continua evolución que se orienta al beneficio de la humanidad en general y de los individuos en particular. El concepto de derechos humanos es universal e incluyente, y reivindica la integralidad, la interdependencia, la colectividad y la equidad. Los derechos humanos hacen referencia a un conjunto de principios y de normas que se han acordado en el escenario internacional y que se recogen en los instrumentos jurídicos internacionales. Esos principios y normas internacionales de derechos humanos son el fruto de largas e intensas negociaciones entre los Estados Miembros acerca de toda una serie de cuestiones fundamentales. En

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud. Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002, p. 8.

<sup>9</sup> Martínez Bullé Goyri, Víctor M. “Aspectos bioéticos de los derechos humanos” en *Derechos Humanos: temas y problemas* Maqueda Abreu Consuelo y Martínez Bullé Goyri, Víctor M., Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2010, p. 411.

otras palabras, los gobiernos establecen los derechos humanos mediante un proceso de formación de consenso.

Los derechos humanos están garantizados legalmente por el derecho relativo a los derechos humanos que protege a las personas y a los grupos de personas de las acciones que menoscaban las libertades fundamentales y la dignidad humana. Abarcan lo que se conoce como derechos civiles, políticos, culturales, económicos y sociales. Los derechos humanos incumben principalmente a la relación entre las personas y el Estado. Los gobiernos de los Estados, por su adhesión al derecho internacional de los derechos humanos, contraen el deber de respetar, proteger, cumplir y garantizar los derechos humanos. El Estado Mexicano ha incluido este deber en la Constitución Política de los Estados Mexicanos en su artículo 1.

Después de la segunda guerra mundial, la comunidad internacional aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Sin embargo, cuando los Estados estuvieron listos para dar fuerza vinculante a las disposiciones de la Declaración, la Guerra Fría ya había relegado los derechos humanos a segundo término y los había dividido en dos categorías. El mundo occidental argumentaba que los derechos civiles y políticos tenían prioridad y que los económicos y los sociales eran meras aspiraciones. Por el contrario, el bloque oriental socialista afirmaba que el derecho a la alimentación, a la salud y a la educación era de vital importancia y que los derechos civiles y políticos eran secundarios. De ahí que en 1966 se crearan dos tratados distintos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Desde entonces se han adoptado numerosos tratados, declaraciones e instrumentos jurídicos de otro tipo en los que se recogen los derechos humanos. Los derechos humanos poseen ciertas características que han sido aceptadas por la doctrina y por los organismos internacionales a través de la normatividad internacional surgida por el consenso de sus integrantes:<sup>10</sup>

1. Son inherentes a todos los seres humanos.

---

<sup>10</sup> <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

2. Todos los seres humanos tienen los mismos derechos sin discriminación alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. El principio de la no discriminación se complementa con el principio de igualdad de que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos, de acuerdo al artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
3. Son inalienables. Esto significa que no deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y tomando en cuenta las debidas garantías procesales. Por ejemplo, el derecho a la libertad se puede restringir si un tribunal de justicia dictamina que una persona es culpable de haber cometido un delito.
4. Los derechos humanos se interrelacionan entre sí. Esto significa que son interdependientes e indivisibles. De esta manera, los derechos humanos civiles y políticos se interrelacionan con los derechos económicos, sociales y culturales así como con los derechos colectivos. Así, el derecho a la vida, a la igualdad ante la ley, a la libertad de expresión, son derechos interdependientes y forman una unidad indivisible con el derecho al trabajo, a la seguridad social, a la educación, al desarrollo y a la libre determinación. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás.
5. De forma que los derechos humanos sean una realidad, éstos se incluyen y se garantizan en tratados, en el derecho internacional consuetudinario, en los principios generales del derecho y en los derechos estatales. El derecho de los derechos humanos establece los deberes de los Estados de tomar medidas en determinadas situaciones o de abstenerse de actuar de cierta forma en otras, a fin de promover y de proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o de grupos.

Como se puede observar, los derechos humanos incluyen tanto derechos como deberes. Los Estados asumen los deberes de respetar, de proteger y de hacer realidad el ejercicio de los derechos humanos por sus habitantes y por sus órganos de gobierno. El deber de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los



derechos humanos o de limitarlos. El deber de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos en detrimento de los derechos humanos de los individuos y de la sociedad. El deber de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos. En el plano individual, los individuos deben hacer respetar sus derechos humanos y al mismo tiempo deben respetar los derechos humanos de los demás.

Los derechos humanos, como herederos de la noción de los derechos naturales,<sup>11</sup> son una idea de gran fuerza moral.<sup>12</sup> Por ello, la Declaración Universal de los Derechos Humanos es una referencia clave en el debate ético-político actual que se ha incorporado a la conciencia colectiva de muchas sociedades. Sin embargo, existe un permanente debate sobre la naturaleza, la fundamentación y el contenido de los derechos humanos<sup>13</sup> y asimismo también se presentan claros problemas en cuanto a su eficacia, dado que existe una gran desproporción entre la violación y la garantía de los derechos humanos por el Estado.<sup>14</sup>

Generalmente se considera que los derechos humanos tienen su raíz en la cultura occidental moderna, pero existen al menos dos posturas principales.<sup>15</sup> Algunos afirman que todas las culturas poseen visiones de dignidad que se plasman en forma de derechos humanos y consideran que Occidente no ha creado la idea ni el concepto de derechos humanos, aunque sí una manera concreta de sistematizarlos, una discusión

---

<sup>11</sup> Durante la segunda mitad del siglo XVIII se produjo la paulatina sustitución del término clásico de los "derechos naturales" por el de los "derechos del hombre". La nueva expresión era la aspiración del iusnaturalismo iluminista por convertir en derecho positivo, en preceptos del máximo rango normativo, los derechos naturales. (Pérez Luño, Antonio Enrique. Los derechos fundamentales. Madrid, Tecnos, 1986, pp. 32-33).

<sup>12</sup> Zimmerling, Ruth. Los derechos humanos en un mundo globalizado y unipolar. *Contra la devaluación conceptual y el cinismo práctico*. Isonomía, abril 2004 (20): 89.

<sup>13</sup> En las décadas transcurridas desde la proclamación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el tema de los derechos humanos ha provocado tanta discusión y producido tanta literatura especializada que es difícil aportar ideas nuevas en este campo. Zimmerling, Ruth, *Op. Cit.*, p. 1

<sup>14</sup> Sánchez Rubio, David. *Repensar los derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*. Sevilla, 2007, Editorial MAD., p. 15

<sup>15</sup> Sánchez Rubio, David. *Op. Cit.*, p. 102

progresiva y el proyecto de una filosofía de los derechos humanos.<sup>16</sup> Quienes defienden la universalidad de los derechos humanos se suelen contraponer al relativismo cultural que afirma la validez de todos los sistemas culturales y la imposibilidad de cualquier valoración absoluta desde un marco externo como lo son los derechos humanos universales.

Los derechos humanos se clasifican usualmente en positivos o en negativos, o bien, en derechos de generación según su orden de aparición y de aceptación por la comunidad internacional:

- a) Los derechos negativos se definen en los términos de obligaciones de no injerencia, de respeto, como lo es en el caso de la libertad de expresión. Los derechos positivos imponen a otros agentes, generalmente al Estado, la realización de determinadas actividades positivas, como en el derecho a la salud.
- b) Otra clasificación aceptada para los derechos humanos es la que los ordena en tres o más generaciones, atendiendo por lo general al momento histórico en que se produjo o produce su reivindicación. Así, se habla de derechos de primera, segunda, tercera, cuarta generación e incluso de quinta generación.

Los derechos de primera generación son los derechos civiles y políticos que se vinculan con el principio de libertad. Generalmente se consideran derechos de defensa o negativos, que exigen de los poderes públicos su inhibición y su no injerencia en la esfera privada.

Los derechos de segunda generación son los derechos económicos, sociales y culturales que están vinculados con el principio de igualdad. Exigen, para su

---

<sup>16</sup> Paulin J. Hountondji (1985). El discurso del amo: observaciones sobre el problema de los derechos humanos en África. Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos. Barcelona: Serbal/UNESCO, p. 357

realización efectiva, de la intervención de los poderes públicos a través de prestaciones y de servicios públicos.<sup>17</sup>

La tercera generación de derechos humanos surge en la doctrina en los años 1980 y se vincula con el principio de la solidaridad. Los unifica su incidencia en la vida de todos a escala universal por lo que precisan para su realización, de una serie de esfuerzos y de cooperaciones en un nivel planetario. Normalmente se incluyen en esta generación de derechos humanos a derechos heterogéneos como el derecho a la paz, a la calidad de vida o las garantías frente a la manipulación genética.<sup>18</sup>

Algunos autores afirman que está surgiendo una cuarta generación de derechos humanos. No obstante, el contenido de la misma no es claro, y estos autores no presentan una propuesta única. Normalmente toman algunos derechos de la tercera generación y los incluyen en la cuarta, como el derecho al medio ambiente o a aspectos relacionados con la bioética en relación con las nuevas tecnologías.

<sup>19</sup> <sup>20</sup>

Asimismo, se ha propuesto que existe una quinta generación de derechos humanos que se identifica con las reivindicaciones de diferentes grupos sociales: los derechos civiles y políticos reclamados por la burguesía; los económicos, sociales y culturales propios de los movimientos obreros y antiesclavistas; los derechos de los pueblos y de sectores diferentes; los ambientales que se definen como derechos de las generaciones futuras; y los relativos al control del cuerpo y a la organización genética de uno mismo.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Pérez Luño, Antonio-Enrique (2006). La tercera generación de Derechos Humanos. Navarra: Aranzadi, p. 28

<sup>18</sup> Pérez Luño, Antonio-Enrique. Op. Cit., p. 32.

<sup>19</sup> Roberto González Álvarez, Aproximación a los Derechos Humanos de Cuarta Generación

<sup>20</sup> Bustamante Domas. Hacia la cuarta generación de Derechos Humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica. Revista Interamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación. <http://www.oei.es/revistactsi/numero1/bustamante.htm>. Consultado el 12 de enero de 2011.

<sup>21</sup> Gallardo, Helio (julio/diciembre 2003). Nuevo Orden Internacional, derechos humanos y Estado de Derecho en América Latina. . Revista Crítica Jurídica (22), p. 260.

Históricamente, primero se desarrollaron los derechos civiles en el siglo XVIII, después los derechos políticos, y más adelante, en el siglo XX, los derechos sociales. Sin embargo, son innumerables las limitaciones que presenta esta forma de abordar a los derechos humanos cuando se trata de aplicarlos de manera secuencial y mecánica en la búsqueda de la democracia.<sup>22</sup> Entre otras cosas, porque en tanto los derechos políticos se encuentran prácticamente universalizados, los derechos civiles todavía no están garantizados<sup>23</sup>, y menos aún los derechos sociales que han sufrido retrocesos debidos al ajuste estructural en los últimos 25 años.<sup>24</sup>

Norberto Bobbio afirma la imposibilidad de encontrar un fundamento absoluto a los derechos humanos y proporciona para ello cuatro razones:

1. La primera razón que da es que no se cuenta con un concepto inequívoco y claro de los mismos.
2. La segunda razón es que los derechos humanos son variables en el tiempo.
3. La tercera razón que alega es que éstos son heterogéneos-
4. La cuarta razón apunta a las antinomias y a los conflictos que existen entre los distintos derechos.

De cualquier manera, para Bobbio el problema básico relativo a los derechos humanos no es su fundamentación, sino su puesta en práctica y su protección.<sup>25</sup>

Las observaciones de Norberto Bobbio apuntan a que los derechos humanos no son producto de la naturaleza innata del hombre ni han estado presentes desde el inicio del universo. Son producto de la evolución cultural racional del hombre que ha aceptado y ha concluido que ciertos derechos son necesarios para lograr la vida, la libertad, la salud, la

---

<sup>22</sup> Bamba C, Fox D, Scott-Samuel SA. Towards a politics of health. *Health Promot Int*, 2005; 20:187-93.

<sup>23</sup> Fleury S. Gobernabilidad democrática en América Latina. En: Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (IDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: IDES; 2002.

<sup>24</sup> Franco A, Palma M, Álvarez-Dardet. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004; 19:291-8.

<sup>25</sup> Bobbio, Norberto (1966). *L'illusion du fondement absolu. Le fondement des droits de l'homme (Actes des entretiens de L'Aquila, 14-19 septembre 1964, Institut International de Philosophie)*. Firenze: La Nuova Italia, p. 11

justicia, la equidad, la solidaridad, entre otros valores. Es por lo anterior, que la Bioética se nutre de estos valores que son el fundamento mismo de la vida no sólo humana sino de todo ser vivo. Visto así, no resulta extraño que la Bioética tenga su relación y su marco conceptual en los derechos humanos. Una Bioética que no se restrinja a unos cuantos principios que la limiten sino que encuentra la base de su acción en los derechos humanos.

Los derechos humanos no han sido valorados ni aceptados por considerarse solamente una idea buena por seguir. Los derechos humanos se han instalado por el hecho de que son un prerequisite para el desarrollo humano. Esta posibilidad de desarrollo del ser humano, entendida en su sentido más amplio, debiera ser la misma para todas las personas, de acuerdo con los principios fundamentales que garantizan los derechos humanos. No obstante, es evidente que en los hechos tal escenario de desarrollo no es el mismo para todos. Las limitaciones obedecen a razones que desbordan el campo técnico o científico. De ahí que existan, por ejemplo, afecciones a la salud cuya solución técnica se encuentra en poder del hombre desde hace muchos años, pero persisten por la inequitativa distribución de la riqueza social o el interés de unos cuantos por encima del interés de la mayoría.

Puede afirmarse que el ambiente global físico, laboral y familiar determina en buena medida las expectativas de vida de los hombres, en términos de calidad y cantidad, desde que nacen y se exponen a tal ambiente. La conservación, fomento y elevación de tales expectativas son derechos humanos irrenunciables.<sup>26</sup>

La satisfacción de las necesidades básicas de los individuos, por medio del reconocimiento de la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales y de la extensión de la obligación de su satisfacción a todas las personas, es fundamental para la construcción de sociedades verdaderamente democráticas formadas por individuos capaces de dignidad y autonomía moral.

---

<sup>26</sup> Cano Valle, Fernando. “Los derechos humanos de la infancia, Salud y medio ambiente”, en Bioética, Legislación, Políticas Públicas y Derechos Humanos, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2004, p. 95

La división de los derechos humanos en derechos políticos y civiles, así como en derechos sociales, culturales y económicos, ha sido cuestionada. De acuerdo a dicho cuestionamiento, todos los derechos son ventajas legales<sup>27</sup> en el sentido de que sirven de distinta forma para proteger los intereses de sus titulares. Los derechos subjetivos son posiciones normativas por las cuales un determinado sujeto tiene una libertad resguardada para actuar, una pretensión para beneficiarse de una conducta ajena, una potestad para ordenar la conducta de otro sujeto y una inmunidad frente a la potestad de otros. Así, se distingue entre derechos-demanda y derechos-libertades que corresponden a los derechos sociales, culturales y económicos (derechos positivos), y a los derechos políticos y civiles (derechos negativos). Los derechos negativos, como el derecho a la libre expresión o el derecho de propiedad, involucran deberes de no interferencia en el ejercicio libre del derecho. Los derechos positivos implican deberes de ayudar al titular del derecho a obtener el objeto de ese derecho, como por ejemplo, el derecho a la educación o el derecho al cuidado de la salud.<sup>28</sup> Un argumento para no considerar a los derechos positivos como derechos humanos es la falta de recursos humanos que impedirían la posibilidad de su cumplimiento. El argumento del límite de los recursos no siempre apela a una imposibilidad fáctica sino que a veces presupone un criterio ideológico sobre cuánto y en qué es apropiado invertir o gastar.<sup>29</sup> No siempre los derechos sociales son más caros que los derechos de libertad pues, por ejemplo, el derecho de huelga y el de sindicalización –dos derechos sociales– no parecen implicar grandes costes para el Estado. En cambio, el derecho de libertad asociado a las elecciones políticas o al derecho a la asistencia letrada para detenidos sin abogado, sí son derechos de alto costo.<sup>30</sup> Asimismo, ¿es el carácter prestacional de los derechos sociales lo que los distingue de los derechos civiles y políticos? Si fuera así, todos los derechos fundamentales merecerían llamarse prestacionales dado que todos ellos exigen en mayor o menor medida una organización estatal que permita su ejercicio o que los

---

<sup>27</sup> Hohfeld, Wesley Newcomb. Some Fundamental Legal Conceptions as Applied to Judicial Reasoning, Yale Law Journal 23 (1913).

<sup>28</sup> Hierro, Liborio. ¿Derechos humanos o necesidades humanas? Problemas de un concepto, sistema. Madrid, 1982, p. 46.

<sup>29</sup> Ruiz Miguel, Alfonso. Derechos liberales y derechos sociales. Doxa 15-16, 1994, pp. 659-660.

<sup>30</sup> Alexy, Robert. Teoría de los derechos fundamentales, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002, pp. 490-493.

defienda frente a intromisiones ilegítimas, o también el diseño de formas de participación. Desde la tutela efectiva al derecho a voto, todos requieren de esas prestaciones en sentido amplio.<sup>31</sup> Es evidente, entonces, que la interrelación entre las obligaciones positivas y negativas del Estado, en especial en materia de garantías de la libertad de comercio y de una larga serie de obligaciones positivas vinculadas con el mantenimiento de las instituciones políticas, judiciales, de seguridad y de defensa, son necesarias para el ejercicio de la libertad individual.<sup>32</sup> En este sentido, los derechos sociales son necesarios para asegurar los derechos de libertad de sus titulares.<sup>33</sup> La división entre derechos positivos y negativos es de carácter artificial. Quienes cuestionan la universalidad de los derechos sociales y económicos lo hacen con base en el argumento de que los sujetos obligados a proporcionar los bienes y servicios objeto de esos derechos carecen de los recursos necesarios. En esta línea de razonamiento, nadie estaría obligado a lo imposible y por lo tanto no se estaría violando ningún derecho. El problema de esta argumentación es que omite la posibilidad de considerar que la universalidad de los derechos humanos significa también la universalidad de los deberes a ellos asociados. Así, se puede afirmar que todos los derechos son positivos. Los derechos sociales, y los derechos civiles y políticos son derechos que conforman una categoría unitaria en su carácter básico asociado a la dignidad y a la autonomía moral humana.

Habiendo visto que los derechos humanos son unitarios y que por lo tanto se interrelacionan entre sí, cabe hacer algunas consideraciones en el sentido de que el fenómeno de la salud es parte esencial de los derechos del hombre.

En la relación entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos:

---

<sup>31</sup> Prieto Sanchís, Luis, Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial. Derechos sociales y derechos de las minorías, en Carbonell, M., Cruz Parceró, J. A., Vázquez, R. (compiladores), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, pp. 20-21.

<sup>32</sup> Abramovich, Víctor, Courtis, Christian. Los derechos sociales como derechos exigibles. Madrid, Trotta, 2002, pp. 19-36.

<sup>33</sup> Jacobs, Lesley. Rights and Deprivation. Oxford, Clarendon Press, 1993, pp. 3-4.

1. La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud.<sup>34</sup>
2. Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen.
3. La vulnerabilidad a una salud inadecuada se puede reducir mediante la adopción de medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
4. Nadie se puede someter a torturas; a penas; a tratos de tipo cruel, no humano o degradante. En particular, nadie puede participar en experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.<sup>35</sup>
5. Se deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.<sup>36</sup>
6. Se deben adoptar medidas eficaces y apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de la población.<sup>37</sup>
7. El derecho a una participación activa, libre y significativa.<sup>38</sup>
8. Libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole.<sup>39</sup>
9. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.<sup>40</sup>

---

<sup>34</sup> Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z y Fineberg HV. Health and Human Rights. *Health and Human Rights: An International Journal*, Vol. 1, No. 1, 1994.

<sup>35</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7. La prohibición de la tortura se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes y en el artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

<sup>36</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 19. La prohibición de la violencia contra la mujer se establece también en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 1993.

<sup>37</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24. La prohibición de las prácticas tradicionales nocivas para la mujer se establece también en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y en la Recomendación General 24 sobre la mujer y la salud del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

<sup>38</sup> Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986), artículo 2. El derecho a la participación se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en el artículo 25 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 15 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1963), los artículos 7, 8, 13 y 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y los artículos 3, 9 y 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>39</sup> Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 19. El derecho a la información se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en los artículos 10, 14 y 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y los artículos 13, 17 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.



10. El derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.<sup>41</sup>
11. El derecho a la educación<sup>42</sup>, en particular a conocer los principios básicos de la salud y de la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental, las medidas de prevención de accidentes y el recibir apoyo para aplicar esos conocimientos.<sup>43</sup>
12. El derecho de toda persona a una alimentación adecuada y el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre.<sup>44</sup>
13. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que incluye a la alimentación, el vestido y la vivienda adecuados, así como a la asistencia médica y a los servicios sociales necesarios.<sup>45</sup>
14. El derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.<sup>46</sup>

Entonces, con los conceptos arriba enunciados, ¿qué se entiende por derecho a la salud? Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados para que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible, tomando en

---

<sup>40</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 17. El derecho a la intimidad se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en el artículo 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el artículo 40 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>41</sup> Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 15.

<sup>42</sup> Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 13. El derecho a la educación también se establece en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en el artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, los artículos 10 y 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y los artículos 19, 24, 28 y 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>43</sup> Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.

<sup>44</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 11. El derecho a la alimentación se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>45</sup> Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y artículo 11 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>46</sup> Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 9. El derecho a la seguridad social se establece también en otros instrumentos de derechos humanos, por ejemplo en el artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, en los artículos 11, 13 y 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en el artículo 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

consideración los determinantes sociales de la salud. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos, los profesionales de la salud pública y los órganos de gobierno relacionados con los determinantes sociales de la salud.<sup>47</sup>

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, denominado “derecho a la salud”, se consagró por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)<sup>48</sup> y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Ese derecho ha sido reafirmado en toda una serie de instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.<sup>49</sup>

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de que mediante un conjunto de mecanismos sociales -normas, instituciones, leyes y un entorno propicio- para que se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho. La interpretación más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha sido

---

<sup>47</sup> Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

<sup>48</sup> Documentos básicos, 43ª edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001. La Constitución fue aprobada por la Conferencia Internacional de la Salud en 1946.

<sup>49</sup> El derecho a la salud se reconoce como derecho humano en numerosos instrumentos internacionales. En el párr. 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma 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». El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos. En el párr. 1 de su artículo 12, los Estados Partes reconocen «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», mientras que en el párr. 2 de ese mismo artículo se enumeran, a título de ejemplo, diversas medidas que «deberán adoptar los Estados Partes [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho». Además, el derecho a la salud se reconoce, entre otros instrumentos, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1963, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, y en diversos instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961, en su forma revisada, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (el Protocolo entró en vigor en 1999). Asimismo, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos y tratado más a fondo en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y otros instrumentos internacionales.

ratificado por 145 países. En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó una Observación General sobre el derecho a la salud.<sup>50</sup> Las Observaciones Generales a los Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) sirven para aclarar la naturaleza y el contenido de los derechos individuales y de las obligaciones de los Estados Partes (de aquellos que han ratificado los instrumentos correspondientes). En la citada observación se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos de los que depende su realización, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esto significa que el Comité interpreta al derecho a la salud como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud de forma oportuna y apropiada, sino también a los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y del medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Entonces, los aspectos fundamentales del derecho a la salud incluyen lo siguiente:<sup>51</sup>

- a) Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de

---

<sup>50</sup> Observación General 14

<sup>51</sup> Muchas de estas y otras importantes características del derecho a la salud se clarifican en la Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <sup>52</sup> los denomina como los "factores determinantes básicos de la salud". Son los siguientes:

- Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas
- Alimentos aptos para el consumo
- Nutrición y vivienda adecuadas
- Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres
- Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud
- Igualdad de género.

El derecho a la salud comprende algunas libertades. Tales libertades incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, como por ejemplo a experimentos, investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u a otros tratos o penas crueles, no humanos o degradantes.

El derecho a la salud comprende algunos derechos. Esos derechos incluyen los siguientes:

- El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud
- El derecho a la prevención y al tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas
- El acceso a medicamentos esenciales
- La salud materna, infantil y reproductiva
- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos
- El acceso a la educación y a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud

---

<sup>52</sup> El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976, y el 1º de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

- La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización Mundial de la Salud ha establecido cuatro criterios con los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud: <sup>53</sup>

(a) Disponibilidad. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención de la salud, así como programas.

(b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- ✓ No discriminación
- ✓ Accesibilidad física
- ✓ Accesibilidad económica (asequibilidad)
- ✓ Acceso a la información

(c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, ser culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y al ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Hemos visto que el derecho a la salud comprende la serie de elementos que arriba se han enunciado y descrito. Sin embargo, es importante mencionar que también existen ideas falsas muy comunes acerca del derecho a la salud. Dentro de las ideas falsas o las interpretaciones inadecuadas se pueden considerar las siguientes:

---

<sup>53</sup> Observación General 14

- b) El derecho a la salud no es lo mismo que el derecho a estar sano. Por ello, describirlo como el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.
- c) El derecho a la salud no es sólo un objetivo programático a largo plazo. El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible para hacer efectivo el derecho a la salud, dentro de los límites de los recursos disponibles, y adoptar medidas en ese sentido sin demora para garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud. Ejemplo de lo anterior lo son el suministro de medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materno-infantil.
- d) Las dificultades económicas de un país no le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos.

Para lograr la vigencia y la consecución del derecho a la salud, es necesario que éste no sea discriminatorio. La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido claramente que es injustificable la falta de protección legal o de hecho de los miembros vulnerables de la sociedad contra la discriminación en el sector de la salud. Incluso en situaciones de limitación grave de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad, por ejemplo, mediante la aprobación de programas especiales de costo relativamente bajo.<sup>54</sup> Un ejemplo de discriminación en salud lo son las enfermedades desatendidas que crean graves discapacidades o que representan un grave peligro para la vida y para las cuales las opciones de tratamiento son inadecuadas o inexistentes. Tales son los casos de la leishmaniasis, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas, la lepra, la esquistosomiasis, la filariasis linfática, la tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño) y el dengue. El paludismo y la tuberculosis también se consideran a menudo

---

<sup>54</sup> Observación General N° 14, párr. 18.

enfermedades desatendidas.<sup>55</sup> Estas enfermedades demuestran que existen claros vínculos entre las enfermedades desatendidas y los derechos humanos. Estas enfermedades afectan casi exclusivamente a la población pobre y marginal de los países de bajos ingresos, a las zonas rurales y a los ambientes en los que está muy extendida la pobreza, como lo es el caso de México. Por lo tanto, es fundamental garantizar los factores determinantes básicos del derecho a la salud para reducir la incidencia de las enfermedades desatendidas. La discriminación es tanto una causa como una consecuencia de estas enfermedades. P en primer lugar ayuda y tratamiento. Frecuentemente no se dispone de medicamentos esenciales contra estas or ejemplo, la discriminación puede impedir que las personas que las padecen busquen enfermedades o son insuficientes (cuando se dispone de ellos, pueden ser tóxicos.) Asimismo, en el caso de estas enfermedades, las intervenciones sanitarias y la investigación y desarrollo han sido durante mucho tiempo insuficientes y se ha dispuesto de escasos financieros para ellas.

---

<sup>55</sup> Sin embargo, se registra en países tanto ricos como de bajos ingresos, y la atención internacional y las opciones de tratamiento han aumentado en los últimos años (véase, por ejemplo, la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo", <http://www.rbm.who.int>).

## IV. LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN Y LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA

***“Hacia la reducción de las diferencias innecesarias, evitables e injustas”*** <sup>56</sup>

La crisis actual, de gran magnitud y complejidad, es una crisis de la civilización que se visualiza como una crisis estructural del sistema de producción y del reparto capitalista.<sup>57</sup> Esta crisis no es sólo financiera y especulativa, sino que se suma a la crisis climática, a la crisis alimenticia, la energética, la inmobiliaria y la de sobreproducción industrial.<sup>58</sup> El sistema económico capitalista neoliberal experimentó en la década de los 70 una disminución de la tasa de ganancia capitalista. Esto generó una crisis en el sector productivo porque desplazó el capital a la especulación, la disminución de salarios y el recorte de las conquistas sociales. Se produjo el desplazamiento de empresas hacia países periféricos con menores exigencias de protección social y menores remuneraciones. Así, las empresas se pudieron hacer cada vez más eficientes. La eficiencia tuvo un costo social: disminución de personal, empobrecimiento del trabajador y disminución de los costos sociales y fiscales.

Comenzó entonces un proceso de transferencia de capitales del sector productivo hacia el especulativo a escala internacional. Libre de trabas reguladoras, el capital migró masivamente hacia el sector financiero y, en particular, al sector especulativo donde obtuvo mucho más lucro con mayor liquidez y con menos o ninguna tributación para circular. De este modo se configuró en el modelo neoliberal, la hegemonía del capital financiero especulativo, haciendo que más del 90% de los movimientos se dieran no en la esfera de la producción o del comercio de bienes sino en la compra y venta de papeles en la bolsa de valores o de papeles de las deudas públicas de los gobiernos.<sup>59</sup> Pero esta vez la crisis es distinta porque no es periférica

---

<sup>56</sup> Starfield, Barbara, “Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population”. Rev. Panamericana de Salud Pública, 12(6), 2002.

<sup>57</sup> Gabetta, Carlos, “Democracias fallidas”. *Le Monde Diplomatique*, abril 2009

<sup>58</sup> Rivas, Carlos, “Una brecha estructural”. *Le Monde Diplomatique*, noviembre 2008.

<sup>59</sup> Sader, Emir, «América Latina frente a la crisis». *Le Monde Diplomatique*, octubre de 2008.



sino que ha llegado al corazón del sistema. Esto tiene como consecuencia la emergencia en los países desarrollados del fenómeno de trabajadores pobres y la mayor precariedad de los trabajadores de los países periféricos o emergentes. La pérdida de los ingresos de los trabajadores de los países desarrollados no va hacia los países emergentes, sino que sirve para enriquecer aún más a una reducida élite cuya fortuna aumentó de forma considerable en los últimos 10 años.<sup>60</sup> En el año 2005, en los Estados Unidos de América, el 0,1% de los más ricos acumulaban el 7,5% del ingreso nacional.<sup>61</sup> Se produce así una carga de las pérdidas del sistema financiero y económico en las clases trabajadoras de todo el mundo. Así lo confirma la Organización Internacional del Trabajo (OIT) cuando afirma que de los 190 millones de desempleados del mundo existentes durante el 2008, se podría incrementar en 51 millones más en el 2009.<sup>62</sup>

A esta situación se le agrega la crisis alimentaria. La producción de alimentos también se ha convertido en un blanco de la especulación financiera, con lo que resulta evidente, una vez más, que la crisis de la civilización conlleva la pérdida de valores morales y éticos. En Estados Unidos, la Unión Europea, Japón y Canadá la producción agroexportadora fue protegida con subsidios que concentraron la producción y la exportación en manos de pocas empresas, permitiéndoles exportar a precios más bajos que los del productor local de los países periféricos. Se produjo un estado de dependencia de alimentos desde países pobres a ricos, siendo los países más afectados justamente los más pobres: los africanos, los asiáticos y Haití. Las políticas del monocultivo y el control por pocas empresas privadas de todos los aspectos del que depende el agro, venta de semillas, fertilizantes, etc. convirtieron a la agricultura en un negocio más. Se ha observado en todo el mundo la desaparición de pequeños productores y de granjas familiares. En Argentina, la producción de soja llevó a desplazar el trigo, el maíz y otros granos de consumo local y exportable, así como a la crianza de ganado. También se produjeron deforestaciones y expulsiones

---

<sup>60</sup> Gabetta, Carlos, «El Bib Bang de la crisis». *Le Monde Diplomatique*, marzo 2009.

<sup>61</sup> Sapir, Jacques, «Tótem y Tabúes». *Le Monde Diplomatique*, marzo 2009.

<sup>62</sup> Somavia, Juan, *Le Monde Diplomatique*, enero 2009.

de indígenas en el noreste argentino para plantar más. Los subsidios de los países ricos a la exportación de cereales y de productos alimentarios provocaron que en Haití y en México, entre otros, el arroz importado de Estados Unidos tuviera un precio menor que el producto local. A su vez, la producción de biocombustibles ha puesto en evidencia el riesgo de incrementar el hambre en el mundo que conlleva esta desviación de alimentos. La UNESCO ha publicado un informe de expertos que demuestra que la producción agrícola ha crecido en los últimos 50 años en América Latina y el Caribe sin que eso significara una mejora en las condiciones de vida de las personas que se encuentran en la base de la pirámide. La importación de alimentos ha creado dependencia y dislocó a la producción local.<sup>63</sup> Se ha desprotegido aún más a los más pobres mediante el ataque de su sustento.

De acuerdo con lo expuesto, comprobamos que en los últimos 30 a 40 años hemos asistido a un proceso dinámico y divergente caracterizado por una desprotección creciente de la humanidad a la que se ha privado de la protección social y de la posibilidad de un trabajo decente y a la que se le está privando de recursos básicos como los alimentos a causa del dictado del poder económico y de las leyes del mercado. De forma paradójica, se ha producido en el mismo período de tiempo una amplia difusión del debate sobre los derechos humanos y de reflexiones de contenido ético. ¿Cuál es la razón de esta divergencia? Las diferentes teorías acerca de la justicia y de la equidad tienen en común el límite para el reparto de la ganancia (aún en el sistema más liberal) y el no perjudicar a nadie. Aquí se evidencia que la distribución no equitativa de la ganancia y más aún de la asignación de ventajas a los más pobres, estuvo más allá del control en muchos Estados. El desmantelamiento del sistema social se produjo incluso en Estados que se autodenominaban socialistas. Ha habido un exceso de tolerancia frente a la inequidad y frente a un peligroso doble estándar para encarar nuestra vida particular y nuestro discurso público. El poder económico globalizado ha estado por encima de los gobiernos y los Estados han actuado como una fuerza anónima e irresponsable. En otros casos, la

---

<sup>63</sup> Marotta, Rocco, “Escasean alimentos en África... y en Estados Unidos”. *Economía global y desarrollo en América del Sur. Economía SUR*, mayo 2008.

responsabilidad del Estado fue más evidente debido a que aun aumentando el Producto Bruto Interno, esto no se reflejó en una distribución equitativa del bienestar social.

¿Podemos pensar que las manifestaciones en defensa de los Derechos Humanos y las discusiones sobre ética reflejaron las inquietudes morales de los ciudadanos? Durante esta fase de gestación y de desarrollo de la crisis, los movimientos por los derechos de la mujer y los de las minorías discriminadas han sido fértiles y han contribuido a generar equidad y conciencia de humanidad. Gracias a la difusión de los Derechos Humanos y a la exigencia de respeto más universal de los mismos, se tiene más conciencia de una humanidad que está indisolublemente vinculada. Es cierto también que la sociedad de consumo y la inseguridad de la crisis generan angustia existencial, transformando a las personas en seres más individualistas y menos solidarios. La posibilidad de establecer la justicia y la proporción en el reparto dependerá del proyecto del Estado o de sociedad. En el proyecto burgués capitalista conservador sustentado en un sistema neoliberal económico, subyace la dominación del hombre por el hombre y la justicia está básicamente amenazada. En cambio, en un proyecto de Estado de Bienestar probablemente se pueda cumplir con los derechos sociales y una más justa redistribución de la riqueza. Por este motivo, la búsqueda de alternativas debe basarse en el pleno reconocimiento de las libertades individuales y la igualdad. Libertad e igualdad son indisolubles y están en la base misma de la determinación de la justicia.

En la actualidad existen numerosas controversias éticas en torno a la atención médica, a la investigación en seres humanos, en la formulación y en la implementación de políticas de salud, entre otros tópicos. La Bioética es la disciplina que pretende aclarar los problemas éticos que se plantean en el ámbito de la salud.<sup>64</sup> La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) subrayó la importancia de promover a la Bioética para proteger la calidad de la investigación en seres humanos y no humanos, el respeto a la

---

<sup>64</sup> Pan American Health Organization- World Health Organization. Bioethics: towards the integration of ethics in health. Washington, USA, 2012.

dignidad humana y la salvaguarda de la toma de decisiones en materia de salud pública.<sup>65</sup>

Hasta la fecha, se ha dado énfasis a la ética de la investigación debido a que la investigación con participantes humanos implica riesgos de explotación de éstos por parte de los patrocinadores y de los diseñadores de dichas investigaciones. A diferencia de la atención médica y de las acciones en salud pública que buscan el beneficio de los pacientes o de las poblaciones involucradas, el propósito de la investigación no es el beneficio de los participantes. El objetivo de la investigación con participantes humanos es la producción de conocimiento generalizable que beneficia a quienes patrocinan o llevan a cabo dicha investigación. Por lo anterior, la incorporación de la Bioética en el proceso de decisión de las políticas en salud es aún una vertiente que se encuentra en vías de desarrollo.

La importancia de incluir a la Bioética en los procesos de decisión en salud obedece a la existencia de diversos valores culturales, étnicos, lingüísticos y religiosos que se encuentran presentes en cada sociedad. La mera intuición y las buenas intenciones no son suficientes para asegurar que las actividades en el campo de la salud sean éticas. Por lo tanto, es necesario incorporar argumentos sólidos en el análisis de las consideraciones éticas en el campo de la salud.

La integración sistemática de la ética en la salud requiere de claridad conceptual en la Bioética. La Bioética aclara los problemas éticos que se plantean en la salud pública, en la atención de la salud y en la investigación en salud, entre otros. Por esa necesidad de tener claridad conceptual, la Bioética no puede ser una disciplina empírica debido a que la evidencia empírica no determina lo que pueda ser éticamente correcto. Entonces, la Bioética examina lo que "debería ser" y lo que "debería ser" difiere con cierta frecuencia de lo que "es". Sin embargo, la Bioética no se puede entender como un código de preceptos ya que su actividad es de orden analítico con base en principios

---

<sup>65</sup> La Agenda de Salud para las Américas (2008-2017) es una herramienta política para guiar el desarrollo de programas nacionales de salud. Disponible en: [http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health\\_Agenda.pdf](http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf).

éticos y en criterios que orientan la práctica en los diferentes ámbitos relacionados con la salud. El análisis bioético se lleva a cabo a la luz de los valores fundamentales como el respeto a los seres humanos en su capacidad de decidir por sí mismos sobre la base de sus valores y creencias, el velar por el bienestar de los individuos y de las poblaciones y el fomentar la equidad. El análisis debe tener en cuenta los diferentes contextos y situaciones reales.

No todas las acciones que se llevan a cabo con la intención de mejorar la salud son éticamente aceptables. La práctica de la salud no cuenta con una ética neutral ya que implica juicios de valor sobre lo que es correcto y lo que es justo. Con el fin de integrar la ética en la salud, es necesario identificar y analizar los criterios éticos y los principios que están en juego debido a que pueden existir varios de ellos que pueden ser contradictorios. Por lo tanto, no puede suponerse que las actividades y las políticas encaminadas a mejorar la salud sean éticamente aceptables sin primero haberlas examinado desde el punto de vista de la Bioética. Del mismo modo, no puede suponerse que las normas jurídicas o morales sean suficientes para aclarar o para resolver todos los conflictos éticos. El Derecho desempeña un papel crucial en el establecimiento de las normas mínimas que deben ser respetadas. Los requisitos legales, sin embargo, son sólo un aspecto del actuar de manera ética debido a que la ética recomienda con frecuencia ciertas acciones que van más allá de lo que exige el Derecho. De hecho, no es posible ni deseable para el Derecho cubrir todo el espectro de la vida moral de las personas o sociedades. En ese sentido, la Historia ha demostrado que el Derecho puede requerir de acciones que no son éticas y que ciertas acciones éticas pueden no ser legales. Por lo anterior, es conveniente que el Derecho se apoye en la Ética para que ésta le aporte el continuo análisis y la reflexión éticos sobre las normas jurídicas en cuestión.

Los derechos humanos se han plasmado en instrumentos jurídicos vinculantes que protegen a los individuos y a la colectividad de determinadas acciones que pueden interferir en sus libertades fundamentales y en su dignidad humana. Estos instrumentos, tales como los tratados y las convenciones que se han mencionado más arriba, son

relevantes para la salud.<sup>66</sup> Los derechos humanos, al ser una moral universal mínima consensuada, se encuentran éticamente justificados y codifican ciertos valores bioéticos básicos como el respeto a las personas y a la justicia. Estos instrumentos de derechos humanos, por lo tanto, proporcionan un marco legal para el trabajo en la Bioética. El hecho de que este marco jurídico exista, no significa que no sea necesaria la deliberación y el análisis ético de las innumerables situaciones complejas que puedan surgir en relación con la salud.<sup>67</sup>

La Bioética no debe invocarse sólo después de que los principios éticos se han infringido y que nos encontremos ante una situación que sea éticamente cuestionable y que amerite su intervención. La Bioética debe integrarse en el trabajo diario de los profesionales de la salud y de los responsables políticos para asegurar que las políticas en salud estén respaldadas por la inclusión de principios bioéticos.

Con el fin de determinar si una política o intervención en salud pública es ética, es necesario evaluar si existe evidencia de que:

- La intervención es eficaz en el logro de los objetivos propuestos
- Los beneficios de la intervención superen a cualquier daño y a las cargas que pudieran derivarse de ella
- El objetivo no pueda lograrse de manera diferente que la de imponer una carga menor a la población
- La intervención vaya a ocasionar la menor carga posible o los menores efectos adversos
- Las cargas y beneficios se distribuyan de forma equitativa y que las probables desigualdades se reduzcan al mínimo.<sup>68 69</sup>

---

<sup>66</sup> Pan American Health Organization. Health and Human Rights. 50th Directing Council of PAHO, 62nd Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, 2010 Sep 27-Oct 1. Washington, USA. Disponible en: [www.un.org/disabilities/documents/paho\\_mh\\_resolution.pdf](http://www.un.org/disabilities/documents/paho_mh_resolution.pdf).

<sup>67</sup> World Health Organization. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. Ginebra, Suiza, 2010. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500531\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500531_eng.pdf).

<sup>68</sup> Kass N. An ethics framework for public health. *Am J Public Health*, 2001; 91(11): 1776–1782.

De esta manera, la incorporación de la Bioética en la formulación y en la ejecución de las políticas, planes, programas y reglamentos en las diferentes áreas de la salud, tiene como resultado el que estas acciones cuenten con la mayor solidez ética.

La Bioética y los Derechos Humanos son parte del mismo objetivo para la consecución de la realización de los valores elementales que la sociedad humana ha considerado como irrenunciables y que por lo tanto deben ser protegidos y promovidos. Postular una Bioética basada en los Derechos Humanos es una respuesta al fundamentalismo de los principios éticos y al imperialismo moral ejercido en su nombre. Esto es particularmente observable en América Latina. El supuesto falso del principialismo es el desconocer a la salud como un derecho humano y reducir a la justicia al rango de principio prima facie.

Desde su origen, la Bioética es un campo plural de reflexión ético-normativa que admite distintas singularidades de pensamiento y, por lo tanto, diversas bioéticas. Esta reflexión, sin embargo, se lleva a cabo mediante el punto de partida indisociable del respeto de la moral universal de los derechos humanos que incluye el respeto de la diversidad cultural y lingüística. La Bioética debe dar cuenta del lugar que ocupan la moral del sentido común, los valores, los principios y las virtudes en la dimensión ética de la teoría. Asimismo, debe fundamentar las relaciones que la racionalidad moral tiene con otras racionalidades como la jurídica, la científica y tecnológica sin perder de vista que son los derechos humanos la base de su fundamentación y el sitio de partida de su accionar. La Bioética fundamentada en los derechos humanos se opone a la Bioética liberal-pragmática que pretende abarcar en modo amplio a toda concepción teórica de la Bioética y que en ese sentido se postula asimismo como una teoría de teorías.

La construcción del Derecho Internacional de los Derechos Humanos nació del consenso político internacional entre los dos grandes bloques de países liberales y socialistas, que se expresó en los dos grandes Pactos Internacionales: el de Derechos

---

<sup>69</sup> Council for International Organizations of Medical Sciences- World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects, Ginebra, Suiza, 2002.

Civiles y Políticos y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es más proclive al liberalismo y a su concepto de libertad. El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es más apegado al socialismo y a su concepto de igualdad. En términos religiosos y culturales supuso un consenso entre las grandes religiones como el cristianismo, el islamismo, el budismo, entre otras, y las culturas más diversas de Oriente y de Occidente.<sup>70</sup> La Bioética, entonces, no puede anclarse en principios éticos, en virtudes, en el cuidado, en la persona, en el género, o en otras concepciones posibles que tomen como núcleo conceptual fundamental términos que no contemplen a los Derechos Humanos.<sup>71</sup> Estos aspectos anteriores no son más que herramientas que se pueden utilizar para ayudar a los derechos humanos para ser operables pero sin pretender sustituirlos.

Los Derechos Humanos son el mínimo moral o la frontera demarcatoria entre los mundos de la moral y de la inmoralidad, de modo que sólo desde ellos es posible hoy, desde el punto de vista histórico y sociológico, la construcción crítica y reflexiva de la Bioética. Entonces, la ética del sentido común y la ética de los valores se consideran el marco de fundamentación de los derechos humanos en tanto exigencias morales.<sup>72</sup> Así, desde la noción de los derechos humanos, se puede comprender el carácter fundamental de la dignidad humana como valor incondicionado y a la justicia como un deber absoluto y no prima facie. La justicia es un deber absoluto para la Bioética porque ella constituye el respeto mismo del valor incondicionado de la dignidad humana. Ese respeto se expresa en el conjunto de los derechos humanos como modo de hacer realidad el valor de la dignidad humana.<sup>73</sup>

La ética de la investigación científica en el Código de Nüremberg (1947), en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964 y ss.) y en la

---

<sup>70</sup> Tealdi, J. C. "Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina", *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, N.º 1, 2005, pp. 7-17

<sup>71</sup> Tealdi, J. C., "La bioética latinoamericana: ¿ante un nuevo orden moral?", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética: ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 43-58

<sup>72</sup> Mann, Jonathan. *Health and Human Rights*, New York, Routledge, 1999.

<sup>73</sup> Baker, Robert. *A theory of international bioethics: multiculturalism, postmodernism and the bankruptcy of fundamentalism*, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1998, vol. 8, num. 3, pp. 201-231.



Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), recogían un equilibrio entre los supuestos de la tradición liberal y la tradición socialista.<sup>74</sup> Los dos grandes Pactos Internacionales de las Naciones Unidas (1966), el de Derechos Civiles y Políticos, y el de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fueron la mayor expresión de esos dos supuestos. La no ratificación de este último por los Estados Unidos anunciaba el sesgo reduccionista que la visión neoliberal daría a la Bioética. La negación de la salud como derecho humano básico que la Declaración de Alma-Ata (1978) de la Organización Mundial de la Salud procuró proteger, puede verse como una de las mayores expresiones de ese reduccionismo. El sentido liberal particular de la Bioética que imperaba en el mundo académico de los Estados Unidos vino a romper con el sentido de la ética universalista que daba fundamento a la Bioética que se había originado en el consenso internacional de las naciones en el periodo de la posguerra. La Bioética dominante de los años setenta y ochenta fue de tipo clínico y predominaba sobre los enfoques sociales y de la salud pública. Así, esta Bioética se orientó a los problemas tecnológicos encaminados hacia el proceso de curar que era lucrativo. Las cuestiones que surgían en la sociedad para cuidar, promover y proteger la salud fueron relegadas de tal manera que se dio mayor importancia a la ponderación de principios en la Bioética en detrimento de los objetos primordiales que se encuentran implícitos en el derecho a la salud.<sup>75</sup>

La Declaración Universal de Derechos Humanos conjugó el ideal de una comunidad global respetuosa de los derechos individuales y de los derechos sociales como deberes incondicionados. Esta prospectiva universalista de la Bioética permite considerar el futuro de una Bioética comprometida en forma global con un futuro de deberes universales para con la comunidad y como un deber de los Estados. La Bioética fundamentada en los Derechos Humanos reconoce la singularidad de la dignidad humana y respeta el pluralismo.

---

<sup>74</sup> Jonsen, Albert. *The Birth of Bioethics* New York, Oxford University Press, 1998.

<sup>75</sup> Nino, Carlos. *Ética y derechos humanos*. 2ª. ed., Buenos Aires, Astrea, 1989, p. 19, “creo que con esta aclaración fundamental, los escépticos en materia ética podrán aceptar la tesis de que los derechos humanos son derechos establecidos por principios morales”.

Los Derechos Humanos que se enuncian en la Declaración Universal de 1948 y en los instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos representan a la moral mayor de nuestro tiempo. Esta *summa moralia*<sup>76</sup> contiene el conjunto más amplio de valores y de principios éticos universales que la humanidad ha sido capaz de reconocer y consensuar en su historia.

Los países pobres o de mediano desarrollo han criticado a la Bioética liberal debido a que ésta no presta atención a la ética de la pobreza, al medio ambiente y los daños para las generaciones futuras, al desarrollo de políticas de salud pública que procuren la equidad, a las poblaciones vulnerables y vulneradas, a la diversidad cultural, a las cuestiones sociales y de responsabilidad pública, y no sólo a la libertad y a la responsabilidad individual. El proceso de redacción de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la Unesco en 2005 fue el escenario de esta disputa sobre el enfoque de la Bioética. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos se convirtió en el primer documento auténticamente universal en Bioética y rompió con ello la hegemonía de la concepción principialista angloamericana. Con ello, se dio reconocimiento jurídico global a la estrecha asociación entre la Bioética y los Derechos Humanos, que había sido socavada durante más de dos décadas por el principialismo. En dicha Declaración, los determinantes sociales de la salud que ya eran reconocidos en varios instrumentos internacionales y por la Organización Mundial de la Salud, fueron aceptados como una parte indivisible de toda concepción de la Bioética. Dicho en otras palabras, la Bioética no es más que la postulación de una moral básica universalmente reconocida en los Derechos Humanos.

En el marco de estos antecedentes, la Bioética ha de pronunciarse sobre el contenido moral del derecho a una salud integral. Entre las medidas que deberían adoptar los Estados para asegurar la plena efectividad de este derecho figuran la reducción de la mortalidad, de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el

---

<sup>76</sup> Tealdi, J. C. Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina, *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, No. 1, 2005, pp. 7-17.

tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Una Bioética que dedique su esfuerzo a fortalecer y a profundizar este mandato moral con todos sus recursos teóricos y metodológicos será sin duda una Bioética universal.

Si aceptamos a la salud como un derecho humano, no tendremos objeciones para aceptar la concurrencia complementaria de su significado moral y jurídico. El derecho humano a la salud será entonces el reconocimiento jurídico de la responsabilidad moral del Estado para hacer efectivo en el mundo real al valor ético de la salud integral de las personas.

En el escenario de una Bioética fundada en los Derechos Humanos surge la Bioética de Intervención. Ésta tiene la finalidad de proporcionar respuestas al análisis de las situaciones que afectan a la colectividad, en especial a la más desfavorecida. Entre sus esferas de acción se encuentran los problemas éticos en torno a la salud pública. Se le ha denominado como Bioética Fuerte o Bioética Dura (Hard Bioethics) debido a que es una propuesta conceptual y práctica que pretende avanzar como una teoría periférica y alternativa a los abordajes tradicionales basados de manera principal en el principialismo. En la década de 1990, cuando surgieron fuertes críticas al principialismo, se incluyó en la agenda de la Bioética la necesidad de contextualizar los problemas a las realidades concretas en donde ocurren y con ello evitar la importación acrítica de teorías morales ajenas a dichas realidades.<sup>77</sup> La Bioética, que hasta entonces tenía una inclinación preferente hacia los aspectos biomédicos y biotecnológicos, incorpora de manera definitiva los temas sociales, sanitarios y ambientales.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> D. Clouser; B.Gert. "Critique of principialism", J.Med.Phil., Vol. 15, 1990, pp. 219-236.

<sup>78</sup> Volnei Garrafa, Mauro Machado Prado, "Hard bioethics: demanding the best for the most", Perspectives in Health (OPS/OMS), Vol. 7, No. 1, 2002, p. 30

La teoría de los cuatro principios <sup>79</sup> de Tom Beauchamp y de James Childress, a pesar de su utilidad práctica que se le reconocen para el análisis de situaciones clínicas y de investigaciones, es insuficiente para el análisis contextualizado de situaciones que exigen flexibilidad para una determinada adecuación cultural y para abordar los macroproblemas bioéticos persistentes o cotidianos a los que se enfrentan la población con niveles significativos de exclusión social <sup>80</sup>, como sucede en el caso de México. Las situaciones que se observan en los países desarrollados son de dimensiones y de complejidades diferentes por lo que las interpretaciones y las decisiones en torno a ellas para su resolución no pueden ser iguales. Los caminos futuros de la Bioética apuntan a una toma de postura medida con relación a la importación acrítica y descontextualizada de “paquetes” éticos foráneos. La Bioética principialista de origen anglosajón, aplicada *strictu sensu* en la realidad concreta de países de diferente tradición cultural, es insuficiente para proporcionar impactos positivos en las sociedades excluidas.

Las transformaciones y el nuevo ritmo que se han observado en los campos científico y tecnológico en los últimos años, han conducido a que las cuestiones éticas dejen de ser consideradas en un rango supraestructural y abstracto para pasar a exigir su incorporación directa en las discusiones de salud pública y en la construcción de nuevas propuestas de trabajo con vistas al bienestar futuro de las personas y de las comunidades. En el caso de México, es imprescindible que la discusión bioética se incorpore en el funcionamiento de los sistemas públicos de salud; en la definición de prioridades con relación a la asignación, la distribución y el control de recursos; en la administración del sistema; en la participación de la población de modo organizado y crítico; en la preparación adecuada de los recursos humanos necesarios al buen funcionamiento del proceso; en la revisión y actualización de los códigos de ética de las profesiones involucradas; en profundas e indispensables transformaciones curriculares en las universidades, entre tantas tareas. En resumen, la Bioética debería contribuir a

---

<sup>79</sup> Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

<sup>80</sup> Sören Holm. “Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics”, *J.Med.Ethics*, Vol. 21, 1995, pp. 332-338.

la mejoría del funcionamiento del sector salud como un todo. La Bioética de Intervención participa en todo lo anterior y cabría agregar las situaciones emergentes, las cuestiones recurrentes del acelerado desarrollo biotecnocientífico de las últimas décadas y el análisis de las situaciones persistentes como la exclusión social, la pobreza, las diferentes formas de discriminación, la insuficiencia de recursos para la salud pública, el aborto, la eutanasia, etc.

Los términos de igualdad y de equidad necesitan una aclaración con relación a la Bioética de Intervención. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad ya que la equidad es el punto de partida para aquella y es por medio del reconocimiento de las diferencias y de las necesidades diversas de los sujetos sociales que ella puede ser alcanzada. La igualdad es el punto de llegada de la justicia social y es referencial de los Derechos Humanos. A su vez, la equidad es uno de los caminos de la ética aplicada frente a la realización de los derechos humanos universales como lo es el derecho a una vida con dignidad y que en el caso del presente análisis se da por la posibilidad del acceso a la salud y de los demás bienes indispensables para la supervivencia humana en el mundo contemporáneo.

La Bioética de Intervención, al tener un objeto colectivo social, se apoya en un enfoque utilitarista y consecuencialista. Así, la Bioética de Intervención propone la revisión de diferentes conceptos:<sup>81</sup>

- autonomía *versus* justicia/equidad
- beneficios individuales *versus* beneficios colectivos
- individualismo *versus* solidaridad
- cambios superficiales *versus* transformaciones concretas y permanentes
- neutralidad frente a los conflictos *versus* politización de los conflictos

---

<sup>81</sup> Volnei Garrafa et al. "Bioethical language and its dialects and idiolects", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15, Supl. 01, 1999, pp. 35-42.

Asimismo, la Bioética de Intervención requiere de categorías como liberación, responsabilidad, cuidado, solidaridad crítica, alteridad, compromiso, transformación, tolerancia y otras tantas, además de las 4 P: prudencia (frente a los avances), prevención (de posibles daños e iatrogenias), precaución (frente al desconocido), y protección (de los más frágiles, de los desasistidos) para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más vulnerables, con la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI.<sup>82</sup>

Tomando en consideración todo lo anterior, la Bioética de Intervención se apoya firmemente en los derechos humanos contemporáneos y tiene como característica el ser colectiva, práctica, aplicada y comprometida con lo “público”. En otras palabras, su objeto es social en su más amplio sentido y en donde entra en consideración la política pública en salud.

La importancia de la salud en la vida de las personas es tal que requerimos ser capaces de fundamentar y de justificar, desde la teoría política, la existencia de un derecho a la protección de la salud como derecho fundamental. Es ahí donde entran en juego dos de las principales teorías de la justicia distributiva vigentes en la actualidad: el libertarismo y el liberalismo igualitario. La teoría de la justicia del libertarismo sirve de apoyo a las tesis del llamado mercantilismo sanitario que avalan la idea de que el Estado debe dejar la distribución de la atención de la salud al libre mercado y con ello renunciar a la política de asegurar a los más pobres un mínimo sanitario decente. El liberalismo igualitario busca fundamentar una obligación directa del Estado para organizar un sistema de salud que garantice el derecho al cuidado sanitario mínimo para todos, con base en el principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls. En la actualidad, el desarrollo de las políticas públicas de salud en el mundo occidental refleja la pugna permanente entre estas dos teorías de la justicia. Ello se aprecia en las políticas discordantes sugeridas por organismos como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. El primero aboga por la instauración del libertarismo

---

<sup>82</sup> Volnei Garrafa, Dora Porto, “Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice”, *Bioethics*, Vol. 17, Nos. 5-6, 2003, pp. 399-416.

sanitario y el segundo promueve el establecimiento de un sistema de salud público universal.

El sistema de salud de los Estados Unidos de América muestra los alcances de la teoría de la justicia libertarista <sup>83</sup> ya que es uno de los sistemas de salud que con mayor rigor se adecua a sus postulados y a sus principios de distribución de recursos. El sistema estadounidense responde en gran medida a un modelo de justicia distributiva que considera que la actividad del Estado se debe limitar al mantenimiento del orden público y a la defensa de los derechos de propiedad y de libertad. Por lo tanto, el Estado debe evitar intervenir en el reconocimiento y en la garantía de los denominados derechos positivos por medio de mecanismos redistributivos. La respuesta de esta teoría para quienes carecen de medios para la compra de servicios como el cuidado de la salud, la previsión, la vivienda, etc., es la de la beneficencia. <sup>84</sup> De este modo, cuando alguien sin seguro se enferma, está obligado a pagar los gastos médicos de su propio bolsillo. La consecuencia es que la mitad de todas las bancarrotas privadas en EU se debe, en buena parte, a los gastos médicos.<sup>85</sup> Quienes defienden el actual sistema sanitario en los Estados Unidos frecuentemente utilizan los argumentos y razonamientos del libertarismo. Robert Nozick, uno de sus principales defensores, rechaza la existencia de los derechos de prestación ya que considera que las concepciones amplias de igualdad pondrían limitaciones inadmisibles a la libertad que es el fin primero de cualquier Estado Moderno. Nozick aboga por un Estado mínimo en el que las personas se unen para asegurar su defensa en asociaciones que se dedican a proteger a las personas contra el robo, el fraude y el uso ilegítimo de la fuerza, así como para respaldar el cumplimiento de los contratos celebrados entre los

---

<sup>83</sup> Los libertaristas son aquellos que defienden al libre mercado y que se oponen a la utilización de los mecanismos de redistribución mediante impuestos. Libertarista se usaría como sinónimo de liberal conservador, es decir, liberales que defienden la inviolabilidad de la propiedad privada y la actuación mínima del Estado.

<sup>84</sup> Esta teoría pide que la beneficencia se vea como un principio de justicia en el que los menos afortunados son vean como merecedores de su precaria situación y como sujetos pasivos que deben sentirse conformes con lo que los de mejor suerte estén dispuestos a darles. La caridad se considera como un acto voluntario donde el esfuerzo y el compromiso se determine por quienes otorguen recursos y por lo tanto los servicios que se entregan son muy inferiores a aquellos financiados por el Estado o por los seguros privados. Esto conduce al aumento de la brecha de desigualdad social.

<sup>85</sup> Aproximadamente 70% de la población del país se encuentra cubierta por seguros de salud privados y la mayoría de la cobertura para estos servicios de salud se obtiene mediante el empleo.

individuos. Según Nozick, las personas reclaman la titularidad del derecho a la autopropiedad o de propiedad sobre sí mismo que dispondría la restricción moral de que nadie sería obligado a contribuir al bienestar de los demás y a ceder de esa manera los bienes que ha adquirido gracias al ejercicio de sus talentos y de su esfuerzo.<sup>86</sup> Las limitaciones al Estado seguirían el principio kantiano de que los individuos son fines y no simplemente medios que puedan ser sacrificados o usado, sin su consentimiento, para alcanzar otros fines. De este modo, la existencia de impuestos con fines redistributivos y la obligación de compartir los talentos con los demás es lo mismo, que “obligarle a entregar parte de su cuerpo en una especie de donación obligada de órganos”.<sup>87</sup> Los principios del Estado Mínimo proceden de la teoría de la adquisición de John Locke que contempla que los derechos de propiedad sobre un objeto no poseído se originan una vez que alguien mezcla su trabajo con dicho objeto. Sobre esta idea, Nozick construye la tesis de que la legitimidad de la propiedad privada que se adquirió por medio del trabajo. Sin embargo, para Locke, existen límites a este derecho de propiedad. Así, Locke considera que no resulta correcto que el hecho de mejorar un objeto baste para constituir la propiedad total sobre él si el lote de bienes que se poseen es limitado y que con su apropiación se perjudica a los demás dejándoles sin nada. Esa es la llamada estipulación de Locke que dispone que para que una apropiación sea legítima debe dejarse a los demás suficiente e igualmente bueno de ese bien. Cohen, en contraparte, señala que las incursiones contra la propiedad privada que reducen la libertad de los propietarios, transfiere derechos sobre los recursos a los no propietarios y con ello aumentan la libertad de estos últimos.<sup>88</sup> La inconsistencia teórica de Nozick es que defiende el valor de la libertad pero no considera seriamente los distintos grados de autonomía de los individuos. No basta el principio de autopropiedad para asegurar que todas las personas sean realmente autónomas. También es necesario un Estado que garantice recursos mínimos para que los individuos ejerciten esa libertad. Lo que ofende a los igualitaristas son las enormes diferencias en la repartición de los recursos iniciales de la gente conforme a la posición

---

<sup>86</sup> Nozick, Robert. *Anarchy, State and Utopia*. Oxford Basic Books, 1974, p.172

<sup>87</sup> Nozick, Robert. *Op. Cit.*, p. 206.

<sup>88</sup> Cohen, Gerald. *Self-Ownership, freedom and equality*. Cambridge University Press, 1995, p. 57.



social que les ha tocado en suerte y con la cual han nacido. Por ello, no hay razón para concebir el derecho de propiedad como un derecho absoluto.<sup>89</sup> Engelhardt defiende la tesis de Nozick en lo que se refiere a la atención de la salud. Este autor considera que la coerción estatal por la vía de los impuestos para aportar recursos al sistema público de salud es esencialmente arbitraria e inmoral ya que el llamado derecho al cuidado sanitario debe reconocerse sólo como una limitada política gubernamental de seguros, pues “la libertad cuestiona la posibilidad de un derecho uniforme e igual al cuidado sanitario”.<sup>90</sup> Sade sostiene que el concepto mismo de derecho al cuidado de la salud es inmoral ya que éste “no es ni un derecho ni un privilegio” sino que es un servicio que ofrecen los médicos a quienes quieran (o puedan) pagar por él. El derecho a la atención de la salud sería sólo un derecho negativo que contempla la libertad de adquirir asistencia en el mercado de la protección de la salud. Es el mercado el que, según este autor, mejor sirve a los intereses de los enfermos al ser la expresión social de las características centrales y definitivas del ser humano: la racionalidad y la elección.<sup>91</sup>

¿Qué teoría podemos oponer al libertarismo para justificar, desde un punto de vista moral, un derecho a la atención de la salud? John Rawls, en “Teoría de la Justicia”, propone un modelo de justicia procedimental para regular las instituciones sociales básicas de la mano de la teoría clásica del contrato social y del constructivismo ético kantiano. La idea es que a través de un procedimiento racional que asegure la equidad de las partes contratantes, se llegue a principios de justicia que sean capaces de definir y de consolidar nuestros derechos básicos. A este aparato contractual, Rawls lo llama “posición original” y en ella la equidad de las partes se asegura a través del mecanismo del “velo de ignorancia” con el cual se concluirían principios de justicia que reconocen a todas las personas libertades básicas iguales y que justifican la existencia de ciertas

---

<sup>89</sup> Scanlon, T. Nozick on Rights, Liberty, and Property. *Philosophy and Public Affairs*, vol. 6, núm. 1, 1976, p. 67.

<sup>90</sup> Engelhardt, H. T.. Freedom and Moral Diversity: The Moral Failure of Health Care in the Welfare State, *Social Philosophy & Policy*, 1997, vol. 14, núm. 2, pp. 181-183.

<sup>91</sup> Sade, R. M. *Medicine and Managed Care, Morals and Markets*, en Bondeson, W. y J. Jones [eds.], *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2002, pp. 55-74.

desigualdades sociales.<sup>92</sup> El velo de ignorancia responde a la necesidad de establecer ciertas restricciones formales a las partes para impedir que algunos estén colocados en una posición de negociación más ventajosa que otros, debido a las consecuencias de la fortuna natural o por las circunstancias sociales que les han tocado en la vida. El mecanismo del velo de ignorancia dispone un acuerdo bajo condiciones que son equitativas para todos. Para alcanzar este punto de vista equitativo es necesario dejar al margen del convenio los rasgos y las circunstancias particulares que pudieran distorsionarlo. Eso implica excluir, como mínimo, el conocimiento de las partes sobre su posición social, creencias, ideología, raza, sexo, clase social, capacidades y talentos.<sup>93</sup> Dado que todos están situados de manera semejante y que nadie es capaz de delinear principios que favorezcan su condición particular, los principios de justicia serán el resultado de un acuerdo justo, pues, debido a la condición de simetría entre las partes, la situación inicial será equitativa.

La estructura propuesta por Rawls considera que la igualdad cumple un importante doble papel. En primer lugar, funciona como el presupuesto metodológico de la posición original que garantiza que el proceso de negociación refleje nuestra igualdad moral en los términos en los cuales lo expresara Kant. El trato igualitario que nos debemos unos a otros tiene su origen no en una supuesta igualdad real, física o psíquica entre los humanos, sino en una idea de igualdad moral. Así como todos podemos llegar a conocer y a actuar de acuerdo con la ley moral universal, se deduce entonces que nadie puede imponer a los demás su particular idea del bien, pues su capacidad para descubrir esa verdad no es superior a la de cualquiera. Esto implica que nuestra libertad se deduce de nuestra igual condición moral. En segundo lugar, la igualdad sería el fin del procedimiento de la posición original. Su objetivo se logrará a través de la selección de principios de justicia en donde la igualdad se manifieste en las reglas que definan el funcionamiento de las instituciones sociales. Esto quedaría definitivamente expresado en la selección de principios que garanticen la igualdad de oportunidades equitativas. Este “primer principio de justicia” abona a que cada persona

---

<sup>92</sup> Rawls, John. *A theory of justice*. Oxford University Press, 1971, p. 12.

<sup>93</sup> Rawls, John. *Liberalismo político*. México, Fondo de Cultura Económica, 1995, pp. 39-40.

tenga derecho a un esquema plenamente adecuado de libertades básicas iguales y compatibles con un esquema semejante de libertades para todos. Entre ellas destaca la libertad de pensamiento y la de conciencia que se traducen en libertades políticas. Una de las características más importantes del primer principio de justicia es su primacía sobre el segundo principio que regula las desigualdades sociales y lo cual significa que no se pueden intercambiar libertades por mayor igualdad.

Para Rawls, las desigualdades sociales y económicas, que son reguladas por el segundo principio de justicia, tienen que satisfacer dos requisitos para ser legítimas:

- a) Estar vinculadas con cargos y posiciones abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades
- b) Deben redundar en el mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad. A esto se le conoce como “principio de diferencia”.<sup>94</sup>

Así, teniendo en consideración que los mejor dotados ocupan un lugar en la distribución de las dotaciones innatas que no se merecen moralmente y que las instituciones sociales que les permiten explotar esas dotaciones y conservar los beneficios que aún mayores que los que ellas les proporcionen, la exigencia impuesta por el principio de diferencia para usar esas dotaciones a fin de contribuir al bien de todos y al de los peor dotados, no parece de ninguna manera excesiva.

Lo anterior nos permite la posibilidad de fundamentar, desde una teoría de la justicia de un liberalismo igualitario, la existencia de un derecho a la protección de la salud que esté sustentado en la noción de “igualdad de oportunidades. La determinación del contenido del derecho a la protección a la salud con miras de definir lo que se entiende por un “mínimo sanitario decente” es una tarea en proceso. Norman Daniels propone un criterio sustentado en el principio de la “justa igualdad de oportunidades” que fuera desarrollado por Rawls y que busca el establecimiento de un Sistema de Salud que

---

<sup>94</sup> Rawls, John. La Justicia como equidad, una reformulación. Barcelona, Paidós, 2002, p. 73.

logre alcanzar el objetivo de mantener, restaurar o compensar por la pérdida del “funcionamiento normal de la especie”. La noción de “rango normal de oportunidades” incluiría el conjunto de planes de vida que las personas de una sociedad dada puedan querer construir para sí mismas. Así, para procurar la igualdad de oportunidades entre los individuos, el Estado debiera garantizar a todos un mínimo sanitario que se ocupe de las desigualdades en el funcionamiento normal fruto de las enfermedades y de las discapacidades.<sup>95</sup> Daniels compara la importancia de la salud con la educación, al sostener que al igual como resulta necesario disminuir las diferencias de origen social que colocan a algunos en una situación de desventaja educacional inmerecida, se puede decir que no se merecen las desventajas genéticas que determinan un mal estado de salud.<sup>96</sup>

El sistema de salud puede proteger a las personas sólo dentro de los límites impuestos por la escasez de recursos y por el desarrollo tecnológico, ya que el cuidado sanitario es un derecho que obliga únicamente a entregar aquellos tratamientos probadamente efectivos para promover las oportunidades de las personas, dejando de lado tratamientos experimentales o cuyas posibilidades de éxito no hayan sido comprobadas directamente. Sin embargo, el sistema de salud debe orientarse a la cobertura de las necesidades humanas básicas universales como lo serían la salud física y la autonomía debido a que ellas son las mismas en cualquier época y lugar. La salud física constituye una necesidad humana básica cuya satisfacción es prioritaria para los individuos para desenvolverse bien en la vida cotidiana, con independencia de su actividad o de su contexto cultural. Los seres humanos han de ir mucho más allá de la mera supervivencia y por lo tanto los esfuerzos se han enfocar para que puedan gozar de un mínimo de buena salud física.<sup>97</sup> Por ello, sin importar el lugar de nacimiento y residencia, tales necesidades han de ser satisfechas para que cualquier individuo pueda participar en el logro de otros objetivos individuales y sociales. Sin la satisfacción del derecho al cuidado de la salud que garantice la justa igualdad de oportunidades a la

---

<sup>95</sup> Daniels, Norman. *Just Health Care*, New York, Cambridge University Press, 1985, pp. 80-82.

<sup>96</sup> Daniels, Norman. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press, 2008, pp. 21, 47.

<sup>97</sup> Doyal, Len y Gough, Ian. *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona, FUEM-Icaria, 1994, p. 86.

cual alude Rawls, las personas verían afectada la calidad de su existencia y reducida su dignidad.

Los libertaristas han insistido en que los servicios públicos de salud y la universalidad de los tratamientos médicos son un obstáculo para las finanzas públicas y que éstas requieren centrarse en la reducción de los gastos destinados a la salud pública. En la actualidad, quienes deciden la política de salud ya no son los ministros de salud (creados casi en todas partes en la segunda mitad del siglo XX) sino los de economía.<sup>98</sup> El costo de esta situación ha sido una tendencia a dismantelar la programación pública de las prioridades sanitarias, dejando a muchos sin acceso al cuidado médico. El objetivo de una equitativa distribución de los recursos para tratamientos médicos es hoy reemplazado por la necesidad del racionamiento, pero no entendido como un racionamiento destinado a la inclusión —a la distribución equitativa para todos, dando prioridad a los más débiles—, sino más bien a la exclusión por vías de criterios propios de la economía de la salud o, directamente, por vías de dejar la distribución de este recurso al mercado.<sup>99</sup>

El financiamiento de la salud parece estar en crisis, pues el enorme progreso científico —que se ha traducido en cambios tecnológicos sin precedentes en la historia de la medicina— sumado al envejecimiento de la población, a las nuevas enfermedades, a la prevalencia de enfermedades crónicas, etcétera, ha implicado el aumento de los costos de la salud a un punto difícilmente soportable por los presupuestos de los sistemas nacionales.<sup>100</sup> Cuanto más viva la gente, existirán más individuos propensos a sufrir enfermedades crónicas e incapacidades con el consiguiente aumento progresivo de la demanda de cuidados médicos.

Luego, enfrentados a la obligación de decidir qué proporción de los recursos totales se van a gastar en asistencia sanitaria y cómo se van a distribuir, debemos preguntarnos.

---

<sup>98</sup> Berlinguer, Giovanni. *Bioética cotidiana*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2002, p. 206.

<sup>99</sup> Berlinguer, Op. Cit., p. 208.

<sup>100</sup> Engelhardt, H. T. *Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica*, en Stefano Rodotà (ed.), *Salud y Libertad*, Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1999, p. 14-15.

¿Qué límites son moralmente legítimos? ¿Qué tipo de sistema sanitario asegura la distribución más justa de cuidado en la salud? Existe una fuerte tendencia actual a promover el desarrollo de políticas sanitarias sustentadas en premisas propias del libertarismo. Primero, que el cuidado sanitario pertenece al ámbito privado donde el Estado actúa con carácter subsidiario, y segundo que el sector público es ineficiente e inequitativo.<sup>101 102</sup> Ambas son premisas que tanto desde un punto de vista moral como empírico pueden estimarse como falsas.

Desde un punto de vista moral, la consideración del cuidado de la salud como un bien esencialmente público en el que la sociedad debe hacerse responsable por su justa y equitativa provisión, deriva del hecho cierto de que cualquier política que pretenda alcanzar la justa igualdad de oportunidades para todos los miembros de la sociedad debe, como se argumenta en el liberalismo igualitario, compensar a los peor situados por medio del aseguramiento de sus necesidades más básicas y fundamentales para su participación en la sociedad como libres e iguales. Lo anterior se apuntala con los datos que la Organización Mundial de la Salud ha difundido en el sentido de que los mejores sistemas de salud son aquellos que se desarrollan en torno a la actividad estatal.

El objetivo de la provisión pública de cuidados médicos es asegurar a toda la población el mantenimiento de sus capacidades básicas. Por lo tanto, el Estado debe garantizar que ante una enfermedad nadie se quede sin cuidados médicos esenciales o se vea condenado a la pobreza para poder pagarlos. Con este fin, el sector público puede proveer de cobertura total y gratuita, dentro de ciertas necesidades cubiertas (lo que Daniels ha mencionado como el “mínimo sanitario decente”) a quienes tuvieran rentas por debajo de cierto nivel, entregando al resto cobertura sólo en el caso de enfermedades catastróficas (muy costosas, de larga duración, crónicas, etcétera). Irlanda, los Países Bajos y Suiza se ajustan a este esquema. Otra alternativa consiste

---

<sup>101</sup> Laurell, Asa Cristina. La globalización y las políticas de salud. *Salud Problema*, núm. 4, año 3, 1998.

<sup>102</sup> Laurell, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía, en Laurel, C. (coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, UAMX, Fundación Friedrich Ebert, 1994.

en que el sector público ofrezca cobertura total de ciertas necesidades a toda la población como el esquema adoptado en los países con Sistemas Nacionales de Salud Universales como Canadá, Noruega, España o Reino Unido. Estos últimos son los sistemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud,<sup>103 104</sup> ya que han mostrado buenos resultados en materia de equidad. Los sistemas de cobertura universal se sustentan en los principios morales desarrollados por las teorías liberales igualitarias ya comentadas.

¿Qué principios debieran gobernar la distribución del cuidado sanitario? ¿Qué desigualdades son moralmente aceptables? Los libertaristas argumentan defender la libertad de los propietarios respondiendo que el único principio de redistribución de recursos moralmente legítimo es “el que no existe”, pues cualquier sistema redistributivo limitaría injustamente la libertad de algunos, violando el imperativo categórico kantiano que prohíbe tratar a las personas como medios y no como fines en sí mismos. Con base en una determinada teoría de la autopropiedad, rechazan la existencia misma de los derechos positivos como el derecho a la protección de la salud. Los liberales igualitarios, en cambio, reconocen que la redistribución que permite garantizar un mínimo sanitario a los carentes de recursos sí restringe, en cierto grado, la libertad de los afortunados pero lo hace para entregar libertad real a quienes antes no la tenían. La doctrina liberal igualitaria no sacrifica el autodominio de algunos por cualquier fin, sino que lo hace precisamente para asegurar la autodeterminación de todos. Por ello se puede reconocer que un régimen liberal que impone impuestos sobre las recompensas generadas por talentos inmerecidos limita la autodeterminación, pero se trata de una limitación legítima.

Los reclamos de justicia que nos piden garantizar las mismas oportunidades iniciales en la vida, obligan a buscar acuerdos sociales para asegurar a todos el recurso básico del cuidado de la salud. Quienes, como los libertaristas, se niegan a compensar a los

---

<sup>103</sup> Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2006 - Working together for health, Ginebra, OMS, 2006.

<sup>104</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, OMS, 2000.

más pobres dándoles las herramientas necesarias para ejercer una verdadera autodeterminación, terminan permitiendo estructuras económicas que para asegurar la absoluta libertad de unos pocos, sacrifican la libertad real de la mayoría. No debemos olvidar que el primer objetivo de los sistemas de salud, según la Organización Mundial de la Salud,<sup>105</sup> es estrechar las brechas de equidad sanitaria. En los países donde se han logrado mejorar los resultados sanitarios y reducir la desigualdad, las políticas de desarrollo de los sistemas de salud han tenido que ir contra corriente con el objetivo explícito de contrarrestar la tendencia de atender primero a los sectores acomodados.

Para afrontar los problemas asociados a la desigualdad en salud, es preciso que se lleve a cabo la redistribución de los recursos sociales. Los dilemas relacionados con los fines de asistencia óptima, igualdad de acceso, libertad de elección y eficiencia, son de difícil compatibilidad ya que cada uno de ellos parece amparado en principios sustentados por diferentes concepciones de la justicia. Quizá la mejor teoría de la justicia sanitaria sea la que proporcione una óptima atención a las necesidades de salud de todas las personas mientras que, al mismo tiempo, logra promover el interés público a través de programas de contención de los costos en salud que no dejen de apuntar a un objetivo social común: la equidad.

---

<sup>105</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro, Ginebra, OMS, 2003, pp. 136-137.



## V. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. La política<sup>106</sup> es un concepto amplio relativo al poder en general y las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos. Las políticas públicas, por ello, son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno ya que es el gobierno quien tiene la función y el deber de decidir en materia pública. De ahí que la parte fundamental del quehacer del gobierno se refiera al diseño, a la gestión y a la evaluación de las políticas públicas.<sup>107</sup> Sin embargo, al interior de un sistema político dado, la política y las políticas públicas pueden encontrarse o no encontrarse de maneras muy diversas. Cuando se lleva a cabo una política sin propuestas de políticas públicas, uno se encuentra ante un sistema político <sup>108</sup> que se concentra en la distribución del poder entre los agentes políticos y sociales y, por lo tanto, ante una política de tipo demagógico. Por otro lado, en el caso de haber políticas públicas que desconsideran a la política, se puede debilitar a la gobernabilidad social.<sup>109</sup>

Por ello, el Estado <sup>110</sup> debe contar con instituciones eficaces que capten y resuelvan los problemas de los ciudadanos a través de sus órganos de gobierno mediante el diseño, la

---

<sup>106</sup> La política es la actividad humana que tiende a gobernar o dirigir la acción del Estado en beneficio de la sociedad. Es el proceso orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos de un grupo.

<sup>107</sup> Lahera E. Política y políticas públicas. Santiago de Chile. Naciones Unidas CEPAL, p. 7.

<sup>108</sup> Un sistema político es la organización de un conjunto de interacciones estables a través de las cuales se ejerce la política en un contexto limitado. Este sistema está formado por agentes, instituciones, organizaciones, comportamientos, creencias, normas, actitudes, ideales, valores y sus respectivas interacciones, que utilizan el poder a fin de obtener un objetivo deseado.

<sup>109</sup> Lahera E. Política y... Op. Cit., p. 8.

<sup>110</sup> El Estado es un concepto político que se refiere a una forma de organización social y política soberana y coercitiva, formada por un conjunto de instituciones involuntarias, que tiene el poder de regular la vida nacional en un territorio determinado. El término gobierno hace referencia al ejercicio del poder del Estado o a la conducción política. Se entiende por gobierno al órgano al que la Constitución le ha atribuido el poder ejecutivo sobre una sociedad y que generalmente está formado por un Presidente y una cierta cantidad de Secretarios y de otros funcionarios. Es importante destacar que el gobierno no es lo mismo que el Estado: un gobierno accede al poder, ejerce su tarea y se retira, mientras que el Estado permanece idéntico e inalterable frente a los sucesivos gobiernos. En otras palabras, puede decirse que el gobierno es el conjunto de los órganos directores de un Estado, que expresa el poder estatal mediante el orden jurídico.

implementación y la evaluación de políticas públicas. El desarrollo de un país va a depender de la capacidad estratégica y administrativa de su gobierno para implementar políticas públicas que conduzcan a la plena convivencia social, política y económica de los diversos actores que participan en la conformación de un Estado, como lo son los ciudadanos, las instituciones, las organizaciones y las autoridades. Esta plena convivencia dará estabilidad en el sistema político, social y económico para dar respuesta a los problemas sociales.<sup>111</sup> De esta manera, un Estado con una administración basada en políticas públicas bien implementadas y eficientes será capaz de enfrentar con seguridad cualquier adversidad. Visto así, las políticas públicas serán el reflejo de la acción de las autoridades públicas del Estado en el seno de la sociedad. Cuando se pregunta uno el por qué algunas naciones son ricas mientras que otras son pobres, la idea clave consiste en que las naciones no sólo son aquello que la dotación de sus recursos les permite, sino que son en forma primordial lo que sus instituciones y las políticas públicas les permitan. Esto significa que la diferencia entre el desarrollo y el no desarrollo, entre la satisfacción o no satisfacción de las necesidades básicas de una población, dependerá de manera estrecha de la existencia de políticas públicas justas y sustentadas en criterios de equidad.

¿Cuál es el alcance de las políticas públicas de un Estado? El Estado tiene el deber de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como el empleo, la salud, la vivienda, el abastecimiento de agua, la educación, la seguridad, etc. Para resolver o incluso prevenir estos problemas, es necesaria el eficiente diseño, implementación y evaluación de políticas públicas por medio de un aparato administrativo adecuado que pueda dar satisfacción a los ciudadanos en el cumplimiento de sus demandas. De la satisfacción o no de dichas demandas, la sociedad tendrá elementos para catalogar un gobierno de ser efectivo o no. El grado de alcance de tal objeto es variable y, por consiguiente, variable también el grado de gobernabilidad. En otras palabras, una política pública es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer de acuerdo a la coyuntura de los aspectos sociales, ideológicos, políticos, económicos y culturales. En las coyunturas

---

<sup>111</sup> Nussbaum M. “Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico”, en Jorge Riechmann, comp., Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad. Madrid, Los Libros de la Catarata. 1998, p. 72.

de las políticas públicas, desde la percepción de las necesidades sociales hasta la implementación de las acciones, se encuentran presentes valores, principios y normas jurídicas.<sup>112</sup>

Las políticas públicas deberán contar con los siguientes elementos, como mínimo:<sup>113</sup>

1. Se requieren fundar en una fundamentación amplia y específica, a la vez, en la cuales se expresan las ideas que se desean plasmar y desarrollar.
2. De forma de poder implementarlas y evaluarlas, se deben considerar la estimación de los costos y las alternativas de financiamiento.
3. Se deben contemplar los elementos y el conjunto del problema que se pretende resolver para estimar el costo-beneficio social.
4. Establecer la prioridad de las políticas públicas en cuestión, con respecto a otras políticas, de forma de poder determinar el beneficio social marginal.
5. Las políticas públicas deben ser congruentes en sí mismas y con otras preexistentes.
6. Deben tomar en cuenta los apoyos y las críticas probables de orden político, corporativo, académico.
7. Deben contemplar el escenario de la oportunidad política.
8. Es esencial establecer la secuencia de las medidas pertinentes, ¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?
9. Tener claridad de objetivos
10. Asegurarse de la funcionalidad de los instrumentos por utilizarse en los pasos del diseño, de la implementación y de la evaluación.
11. Indicadores de las políticas públicas (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia)

Las políticas públicas, al ser directrices emanadas del Estado, se imponen al colectivo como una manera de proceder frente a un asunto específico que se considera de interés

---

<sup>112</sup> Rodríguez Ortega G. “Bioética, legislación y políticas públicas” en Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2004, p. 21.

<sup>113</sup> Lahera E. Política y... Op. Cit., p. 9.

público. De acuerdo a esta definición, las políticas públicas son de cumplimiento obligatorio y obligan, por lo tanto, a los ciudadanos y a los gobernantes.<sup>114</sup>

Es importante resaltar que las políticas públicas no se pueden limitar a la descripción formal de lo que se encuentra en marcha ni en la evaluación de sus efectos, sino que deben preocuparse por eventos que han ocurrido antes y que es en dónde puede estar la clave de los cambios. Visto así, los elementos arriba señalados se relacionan con los actores y sus intereses, hacia la forma como éstos perciben o no las situaciones como problemas, hacia sus interacciones de poder y hacia los sistemas políticos que estas interacciones configuran.<sup>115</sup>

Las políticas públicas en salud, al ser una parte de las políticas de un Estado, se entienden como aquellas directrices emanadas de uno o de varios actores públicos que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para el colectivo. Las políticas públicas en salud pueden afectar en forma directa o indirecta a la población hacia quien se dirigen, tanto de manera forma favorable o desfavorable.<sup>116</sup> En el caso específico de las políticas públicas en salud, se debería considerar los siguientes puntos, además de los puntos generales arriba enunciados:<sup>117 118 119 120</sup>

- ¿Cómo se construye socialmente un problema de salud?
- ¿Qué aspectos determinan la salud y la aparición o el mantenimiento de los problemas que la afectan?

---

<sup>114</sup> Milio, N. Promoting health through public policy. Canadian Public Health Association. Ottawa. 1989

<sup>115</sup> Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books, London and New Jersey. 1994.

<sup>116</sup> Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books, London and New Jersey. 1994.

<sup>117</sup> McKee M; Zwi A; Koupilova I; Sethi D; Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: Lessons from the inaction on injuries? Health Policy and Planning; 15(3):263-269

<sup>118</sup> Grindle M; Thomas J. Public choices and policy Change. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, 1991. Citado por McKee M; Zwi A; Koupilova I; Sethi D; Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: Lessons from the inaction on injuries? Health Policy and Planning; 15(3):263-269

<sup>119</sup> Hepworth, J. Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. Health Promotion International 1997, Vol.12 (3): 233-238

<sup>120</sup> Van de Water HPA, Perenboom RJM and Boshuizen HC. Policy relevance of the health expectancy indicator; an inventory in European Union countries. Health Policy. May 1996 Volumen 36, No. 2: 117-129

- ¿Qué intereses individuales y sociales convergen en la generación, mantenimiento o solución de dichos problemas?
- ¿Quiénes toman las decisiones sobre lo que debe hacerse o no hacerse con el problema?
- ¿De qué manera se toman y aplican las decisiones?
- ¿Cómo construye el grupo sus necesidades (demandas)?
- ¿Quién define la agenda?
- ¿Quién impone la agenda política?
- ¿Cómo se obtienen los respaldos de los diferentes grupos de la población a la política?
- ¿Cómo se realizan las relaciones de poder entre los actores? ¿violentamente? ¿por decisiones concertadas? ¿por imposiciones no violentas (medios de comunicación, publicidad)?
- ¿En qué contexto político se toman las decisiones?
- ¿Qué tan buenas son las intervenciones propuestas para resolver los problemas?
- ¿Qué consecuencias, favorables y desfavorables, tiene la aplicación de una política para los diferentes grupos involucrados?
- ¿Cómo se afectan su estado de salud y su calidad de vida?
- ¿Qué tan justificables son los esfuerzos que se hacen para resolver el problema?
- ¿Cómo promover la participación social en la gestión de los asuntos públicos y en las decisiones que afectan a la sociedad?

Con los planteamientos mencionados, se puede observar la complejidad que conlleva el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas en salud por parte de los sistemas de salud. Los sistemas de salud<sup>121</sup> no son solamente algunos

---

<sup>121</sup> Fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios. Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos para el incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Por regla general, se reconoce

establecimientos como los centros de salud, clínicas, hospitales, consultorios, gabinetes. Estos sistemas abarcan un conjunto amplio de elementos, de personas, instituciones, servicios, normas, programas y métodos planteados para resolver los desafíos que emergen del quehacer diario en la prevención, la promoción, la atención de la salud y la rehabilitación.

La política es la obtención y el ejercicio del poder. La forma en que éste sea utilizado por el Estado, por el gobierno o por los actores de la sociedad civil definirá las relaciones y la red de fuerzas sociales comprometidas o no comprometidas con las demandas ciudadanas y con los derechos humanos. La salud pública depende en gran medida de la política y de los actores que actúan en función de ella, según la Organización Panamericana de la Salud,<sup>122</sup> o del contexto socioeconómico y político, según la comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre determinantes sociales de la salud.<sup>123</sup>

Los derechos humanos perfilan de mejor manera el escenario para las políticas públicas en salud, siguiendo un enfoque intersectorial e interdisciplinario. El respeto de los derechos humanos refuerza la importancia de las políticas indirectas en salud (alimentos, medio ambiente y salud, violencia de género, entre otras). Los derechos humanos configuran un marco apropiado para las actividades de salud pública. En la arena política, clarifican el escenario propicio para el ejercicio de las políticas públicas en salud. La salud es política porque sus propios determinantes sociales son sensibles a las intervenciones políticas<sup>124</sup>, son dependientes de la acción política y, en tal sentido, la

---

cada vez más que para mantener y mejorar el grado de salud de la población del mundo, los gobiernos deben diseñar sistemas de salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos, sin distinción alguna.

<sup>122</sup> López D, coordinador. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002. Publicación Científica y Técnica, No. 589.

<sup>123</sup> WHO Commission on the Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. April 2007.

Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

<sup>124</sup> Arroyo J, Cáceres E, Chávez S, Ríos M. Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Observatorio del Derecho a la Salud. 2004. <http://cies.org.pe/node/259>

ideología, el poder y lo político influyen sobre la salud de las personas. Un ejemplo de ello es el caso del VIH/sida:<sup>125</sup> Solo cuando se resaltan los derechos humanos de los pacientes con SIDA se establecen políticas públicas globales,<sup>126</sup> y si se aplica la legislación de derechos humanos en defensa de estos pacientes, se logran avances en el control de la pandemia.

Así, los Derechos Humanos son una herramienta para la construcción de las políticas públicas relacionadas con la salud. Al ser la salud pública un bien público global, las políticas públicas de salud tienen sentido si se apoyan en los derechos humanos mediante mecanismos de construcción ciudadana y de participación política.

Los gobiernos deciden libremente si pasan o no a ser partes en los tratados de derechos humanos. Sin embargo, una vez que lo son, tienen la obligación de actuar de conformidad con lo dispuesto en el instrumento correspondiente. Los tratados internacionales de derechos humanos más importantes (el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos) abordan en mayor profundidad los derechos establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y establecen obligaciones legalmente vinculantes para los gobiernos que los ratifican. A menudo se alude a ese conjunto de documentos como la “Carta Internacional de Derechos Humanos”. Sobre la base de esos instrumentos básicos, otros tratados internacionales de derechos humanos se han centrado en categorías o en grupos concretos de población, como es el caso de las minorías raciales,<sup>127</sup> las mujeres<sup>128</sup> y los niños,<sup>129</sup> o en cuestiones concretas como la de la tortura.<sup>130</sup>

Es preciso tener en mente que en toda política pública de salud se debe estudiar el marco normativo de los derechos humanos aplicable a la salud. Las declaraciones y los

---

<sup>125</sup> Leary V. The right to health in international human rights law. *Health Hum Rights*. 1994;1:24-56.

<sup>126</sup> World Health Assembly, Resolution WHA 40.26, Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS. WHO, Geneva, 5 May 1987

<sup>127</sup> Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1963).

<sup>128</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).

<sup>129</sup> Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

<sup>130</sup> Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984).

programas de acción aprobados en las conferencias mundiales de las Naciones Unidas, como la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001) ofrecen orientación acerca de algunas de las consecuencias normativas que entraña para los gobiernos el cumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos.

Las medidas de política pública destinadas a lograr la plena realización de los derechos relacionados con la salud deben ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones que incumben a los gobiernos.<sup>131</sup> En ese sentido, es preciso utilizar todos los medios oportunos, en particular adoptar disposiciones legislativas, ofrecer recursos judiciales y tomar medidas administrativas, financieras, educativas y sociales. Ello no exige ni excluye que cualquier tipo específico de gobierno o de sistema económico pueda ser utilizado como vehículo para la adopción de las medidas de que se trate. El principio de realización progresiva de los derechos humanos<sup>132</sup> impone la obligación de obrar de la manera más diligente y eficaz posible para alcanzar ese objetivo. Por consiguiente, se exige que todos los gobiernos traten de hacer progresos de forma constante con miras a lograr la plena efectividad de los derechos pertinentes a la salud. Todas las medidas de carácter deliberado que constituyan un paso hacia atrás deberán ser cuidadosamente sopesadas y justificarse plenamente y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se disponga.

Dado que los sistemas de salud incluyen a sectores sociales y privados no gubernamentales, es preciso que las políticas públicas verifiquen que en los sistemas de salud pública se aseguren la existencia de redes de seguridad social y otros mecanismos que garanticen a los grupos vulnerables de la población el acceso a los servicios que

---

<sup>131</sup> Observación general 3 adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes. Quinto periodo de sesiones, 1990 (E/1991/23).

<sup>132</sup> Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2, párr. 1.



necesitan. La obligación del Estado de proteger los derechos humanos significa que los gobiernos han de encargarse de que las entidades no estatales actúen en su jurisdicción de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos. Los gobiernos tienen el deber de asegurarse de que esas terceras partes cumplan las normas de derechos humanos y adoptar leyes, políticas y otro tipo de medidas para garantizar un acceso adecuado a la atención de salud, a información de calidad, y a garantizar la existencia de mecanismos de recurso para las personas a las que se niegue el acceso a esos bienes y servicios. Ejemplo de ello, es la obligación de los gobiernos de regular la industria del tabaco con la finalidad de proteger a su población de las violaciones del derecho a la salud, del derecho a la información y de otras disposiciones pertinentes en materia de derechos humanos. En el ámbito de las empresas y de las Organizaciones no Gubernamentales,<sup>133</sup> se ha observado la aparición de códigos voluntarios que recogen las normas y las reglas internacionales de derechos humanos. Cada vez se concede más atención a las consecuencias de las actividades del sector privado para con los derechos humanos, por lo que éstos han pasado a tener mayor importancia para las empresas, y algunas de ellas están empezando a integrar las cuestiones de derechos humanos en sus operaciones cotidianas.<sup>134</sup>

Tomando en cuenta las consideraciones ya mencionadas, las políticas públicas en salud que se apoyen en los derechos humanos deben utilizar los derechos humanos como el marco para el desarrollo sanitario. Asimismo, se deben evaluar las consecuencias que cualquier política, programa o legislación sanitaria pueden tener para con los derechos humanos y adoptar medidas al respecto. Como resultado, se deben tener en consideración a los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

---

<sup>133</sup> Por ejemplo, en la esfera de la asistencia humanitaria, la Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre (proyecto) del Proyecto Esfera contiene una serie completa de normas técnicas para el personal de ONG y otros trabajadores internacionales que prestan asistencia de socorro acerca de temas como la alimentación, la nutrición, el agua y el saneamiento; esas normas están basadas en el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

<sup>134</sup> <http://www.unglobalcompact.org>.

Los principios fundamentales que se habrían de aplicar y promover en los procesos de las políticas públicas en salud deberían ser los siguientes: <sup>135</sup>

1. Respetar la dignidad humana
2. Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables. En otras palabras, es preciso reconocer y tener presentes las características de las personas a las que afectan las políticas, las estrategias y los programas sanitarios. Tal es el caso de los niños, los adolescentes, las mujeres y los hombres; los pueblos indígenas y tribales; las minorías nacionales, étnicas, religiosas y lingüísticas; los desplazados internos; los refugiados; los inmigrantes y los migrantes; las personas de edad; las personas con discapacidad; los presos; los grupos de personas desfavorecidas desde el punto de vista económico o marginadas por algún otro motivo.
3. Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables o marginados de la población, de hecho y de derecho, sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos.
4. Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud de hombres y de mujeres. En las políticas y los programas es necesario tener presentes esas diferencias.
5. Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y en la puesta en práctica de los programas de salud.
6. Garantizar la participación libre y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo de salud en los procesos de adopción de las decisiones que los afectan.
7. Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud. El derecho a la información no debe menoscabar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad.

---

<sup>135</sup> Muchos de ellos aparecen mencionados en instrumentos concretos de derechos humanos, como el Convenio de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (Nº 169, 1989) y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias (1990).

8. La limitación del ejercicio o del disfrute de un derecho por una política o un programa sanitario, debe ser considerado solo como un último recurso. No es válido considerar que dicha limitación de los derechos humanos es legítima salvo si se cumplen todas las disposiciones previstas en los Principios de Siracusa.<sup>136</sup> Algunos derechos humanos no pueden ser objeto de restricciones bajo ningún concepto, como el derecho a no ser torturado ni sometido a esclavitud, o el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Las disposiciones en materia de limitación o derogación previstas en los instrumentos internacionales de derechos humanos reconocen la necesidad de limitar los derechos humanos en algunas ocasiones. Los Estados a veces limitan el ejercicio de los derechos humanos alegando motivos de salud pública. Un elemento clave para determinar si existen las salvaguardias necesarias cuando se restringen derechos es que se reúnan los cinco criterios de los Principios de Siracusa.<sup>137</sup> Incluso en los casos en que se permita limitar los derechos para proteger la salud pública, esa limitación debe tener una duración determinada y ser sometida a revisión. La injerencia en el derecho a la libertad de circulación cuando se impone una cuarentena o un periodo de aislamiento a causa de una enfermedad transmisible grave - como la fiebre de Ébola, la sífilis, la fiebre tifoidea o la tuberculosis no tratada - constituye un ejemplo de limitación de los derechos que puede ser necesaria en determinadas circunstancias, por el bien público y que se podría considerar

---

<sup>136</sup> La Comisión Internacional de Juristas, la Asociación internacional de Derecho Penal, la Asociación Estadounidense para la Comisión Internacional de Juristas, el Instituto Urban Morgan de Derechos Humanos y el Instituto Internacional de Estudios Superiores de Ciencias Penales convocaron a un grupo de 31 expertos distinguidos en derecho internacional que se reunieron en Siracusa, Sicilia, en abril y mayo de 1984, para examinar las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Los participantes procedían de Brasil, Canadá, Chile, Egipto, los Estados Unidos de América, Francia, Grecia, Hungría, India, Irlanda, Kuwait, Noruega, los Países Bajos, Polonia, el Reino Unido, Suiza, Turquía, el Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y las organizaciones patrocinadoras. Los participantes estuvieron de acuerdo en la necesidad de proceder a un examen minucioso de las condiciones y los motivos para las limitaciones y derogaciones permisibles enunciadas en el Pacto a fin de lograr una aplicación efectiva del régimen de derecho.

<sup>137</sup> Principios de Siracusa:

- La restricción se establece y se aplica de conformidad con la ley.
- La restricción se establece en pro de un objetivo legítimo de interés general.
- La restricción es estrictamente necesaria en una sociedad democrática para alcanzar un objetivo concreto.
- No se dispone de medios menos intrusivos ni restrictivos para alcanzar el mismo objetivo.
- La restricción no se ha determinado ni impuesto arbitrariamente, es decir, de manera no razonable o discriminatoria de alguna otra forma.

legítima en virtud del derecho internacional relativo a los derechos humanos.<sup>138</sup> En cambio, si un Estado restringe la circulación de personas - o encarcela a personas – con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves.

9. Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario de salud. Se debe procurar que exista un equilibrio óptimo entre la obtención de los resultados positivos y la promoción y la protección de los derechos humanos.
10. Hacer referencias explícitas a las normas y a las reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que los derechos humanos se aplican a una política, a un programa o una ley sanitaria.
11. El objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud deben dirigirse a la realización del derecho al goce del grado máximo de salud.
12. Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
13. Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas y políticas públicas en salud.

En el diseño, en la implementación y en la evaluación de las políticas públicas en salud se debe considerar a la equidad. Por equidad se entiende que la distribución de las oportunidades para gozar de bienestar se guíe por las necesidades de las personas, y no por sus prerrogativas sociales.<sup>139</sup> Eso significa que hay que eliminar las disparidades en la salud y en los factores determinantes básicos de la salud que están sistemáticamente asociados a una situación subyacente de desventaja en la sociedad. En el discurso sobre los derechos humanos el principio de equidad se utiliza cada vez más como un

---

<sup>138</sup> Gruskin S y Tarantola D, in: Ed. Retels R, Mc Ewen J, Beaglehole R, Tanaka H, Oxford Textbook of Public Health, Fourth Edition, Oxford, Oxford University Press

<sup>139</sup> Equity in Health and Health Care: A WHO/AIDS Initiative, OMS, 1996.

importante término genérico de política, de carácter no jurídico, con el que se expresa la necesidad de actuar con imparcialidad. Se ha empleado en relación con cuestiones de política, como la accesibilidad, la asequibilidad y la aceptabilidad de los servicios sanitarios disponibles. La atención que se presta a los grupos vulnerables y desfavorecidos de la sociedad refuerza el principio de la equidad. La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social. Tomando como punto de partida esta ubicuidad de la salud como consideración social, la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y de la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas.<sup>140</sup>

En México, en el año de 1983, se añadió la garantía social del derecho a la protección de la salud en el artículo 4 constitucional, en su párrafo tercero,<sup>141</sup> con el compromiso del Gobierno Federal para implantar la infraestructura necesaria en beneficio de la salud de la población. Posteriormente, se publica la Ley General de Salud en 1984 con el propósito de reglamentar el desarrollo y la implementación de la garantía del citado cuarto artículo constitucional.<sup>142</sup> Estas dos acciones se llevaron a cabo con 35 años de retraso con respecto al compromiso que México había adquirido desde la publicación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre<sup>143</sup> y de la Declaración

---

<sup>140</sup> Amartya Sen. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5/6), 2002, pp. 302-309.

<sup>141</sup> Congreso Constituyente de 1917. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917.

<sup>142</sup> Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. 1984.

<sup>143</sup> La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre fue aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948, la misma que dispuso la creación de la Organización de Estados Americanos (OEA). Históricamente, fue el primer acuerdo internacional sobre derechos humanos, anticipando la Declaración Universal de los Derechos Humanos, sancionada seis meses después. El valor jurídico de la Declaración ha sido muy discutido, debido a que no forma parte de la Carta de la OEA y tampoco ha sido considerada como tratado, a la vez que la propia OEA no la incluye entre los documentos publicados en su sitio web. Algunos países, como la Argentina, la han incluido en la constitución, otorgándole jerarquía constitucional. Posteriormente, en 1969 se suscribe la Convención Americana sobre Derechos Humanos (también llamada Pacto de San José de Costa Rica o CADH) que entre en vigencia en 1978 que establece el Sistema interamericano de derechos humanos. [www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm](http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm)

Universal de los Derechos Humanos,<sup>144</sup> de 1948, y que habían sido signadas por México en aquella ocasión. Sin embargo, este reconocimiento jurídico tardío no significó que no se hubieran desarrollado acciones en materia de la salud. Para el año de 1943 se había fundado el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se formaba la Secretaría de Seguridad y Asistencia.<sup>145</sup> Para los años 60's del siglo pasado, se había creado el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), entre otras entidades. Para el año 2000, a pesar de esas acciones, sólo el 40% de la población mexicana contaba con un esquema de seguridad social.<sup>146</sup>

Así, para la segunda mitad del siglo XX, la salud continuó siendo un asunto inconcluso al que no se le otorgaban los recursos ni las acciones suficientes tendientes a hacer realidad lo pactado en las declaraciones internacionales y nacionales señaladas. De hecho, se han identificado omisiones específicas del gobierno mexicano en el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud de la “población abierta”<sup>147</sup> del país. Para 2002, si bien el gobierno había aumentado los recursos de la Secretaría de Salud, se continuaba asignando una parte desproporcionada del presupuesto en salud a quienes estaban empleados en el sector formal. En consecuencia, ante una situación donde parecía poderse encontrar ante una política pública de salud encaminada al cumplimiento progresivo en materia de salud y bienestar

---

<sup>144</sup> La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948 en París, que recoge los derechos humanos considerados básicos. La unión de esta declaración y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus Protocolos comprende lo que se ha denominado la Carta Internacional de Derechos Humanos. Mientras que la Declaración constituye, generalmente, un documento orientativo, los Pactos son tratados internacionales que obligan a los estados firmantes a cumplirlos. [www.un.org/es/documents/udhr/](http://www.un.org/es/documents/udhr/)

<sup>145</sup> La Secretaría de Seguridad y Asistencia se transformará más adelante en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1984, al publicarse la Ley General de Salud, se convierte en la Secretaría de Salud.

<sup>146</sup> La seguridad social se refiere principalmente a un campo de bienestar social relacionado con la protección social o la cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como la salud, la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo, las familias con niños y otras. La Ley del Seguro Social, en su artículo 2, señala que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

<sup>147</sup> El sistema de salud mexicano posee tres componentes básicos: los servicios privados, la seguridad social y la denominada “población abierta”. La población abierta es aquella que carece de capacidad de pago para tener acceso al primero y/o que no cuenta con relación laboral que le permita ingresar en el segundo. La población abierta recibe los servicios de la Secretaría de Salud y de otras instituciones.

con la creación de instituciones de seguridad social, en realidad existía una situación de discriminación en contra de la población desempleada o subempleada.<sup>148</sup> En el mismo periodo, el gobierno mexicano había dejado de dirigir mayores recursos del presupuesto público para el sector salud al tiempo que el gasto total del gobierno aumentaba en otros rubros. Al mismo tiempo, otras Secretarías y dependencias habían aumentado su gasto en porcentajes significativos, equivalentes a montos que podrían ser contribuciones importantes al presupuesto de salud, lo cual significa una violación a su obligación de dirigir el “máximo de los recursos disponibles”<sup>149</sup> a la protección de la salud, de acuerdo al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.<sup>150</sup> Así, de acuerdo a datos de la OCDE, el PIB invertido en salud en México fue de 6.5% para 2008. El recomendado a nivel internacional es de 9%.<sup>151</sup> Del PIB destinado a salud, el gasto público en salud en México para el 2008, es de 40.4%, mientras que la OECD recomienda un mínimo de 47.1%. Los gobiernos de los países de la Comunidad Europea aportan más del 71% del gasto en salud a partir del presupuesto público. De hecho, México es el país miembro de esta organización con el gasto público en salud más bajo.<sup>152</sup>

---

<sup>148</sup> Hofbauer, H. El derecho a la salud en México: de los “derechohabientes” a los “nada-habientes”. México. Fundar. 2002, p. 2.

<sup>149</sup> Hofbauer, H. El derecho... Op. Cit., p. 22.

<sup>150</sup> El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al "disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental." «Salud» se entiende no sólo como un derecho a estar sano, sino como un derecho a controlar la propia salud y el cuerpo (incluida la reproducción), y estar libre de interferencias, tales como la tortura o la experimentación médica. Los Estados deben proteger este derecho, garantizando que todo el mundo dentro de su jurisdicción, tiene acceso a los factores determinantes de la salud, como agua potable, saneamiento, alimentación, nutrición y vivienda, y por medio de un sistema global de atención sanitaria, que está a disposición de todos, sin discriminación alguna, y económicamente accesible para todos. El Artículo 12.2 exige a las partes que adopten medidas concretas para mejorar la salud de sus ciudadanos, incluida la reducción de la mortalidad infantil y mejorar la salud infantil, la mejora del medio ambiente y salud en el trabajo, la prevención, control y tratamiento de enfermedades epidémicas y la creación de condiciones para garantizar la igualdad y el acceso oportuno a los médicos servicios para todos. Estos se consideran "ilustrativa, no exhaustiva de ejemplos", en lugar de una declaración completa de las partes las obligaciones. El derecho a la salud se interpreta como que requieren las partes a que respeten la mujer "los derechos reproductivos, al no limitar el acceso a la anticoncepción o censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la retención" de información sobre la salud sexual. Asimismo, deben garantizar que las mujeres están protegidas de tradicionales nocivas prácticas como la mutilación genital femenina.

<sup>151</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. [http://www.oecd.org/pages/0,3417,es\\_36288966\\_36288120\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,es_36288966_36288120_1_1_1_1_1,00.html). Consultado el 10 septiembre 2010.

<sup>152</sup> Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”. 2007.

Más aún, parece que el problema no sólo reside en la distribución de los recursos del gobierno mexicano en distintas áreas. Parte de la responsabilidad corresponde a la propia Secretaría de Salud, la cual en varios años no ha ejercido por completo el presupuesto que le fue asignado. Además de los ejemplos en la atención materna e infantil que ya se han mencionado, la OECD señala que en la creación de infraestructura, México cuenta con 1.7 camas de hospital por 10,000 habitantes mientras que Canadá cuenta con 3.4. A lo anterior se agrega una política pública en salud en la formación de recursos humanos en salud que se encuentra con un retraso enorme con respecto a lo aceptable a nivel internacional: los médicos formados por cada 1000 habitantes en México es de 1.8 mientras que debería de ser de 3, de acuerdo a la OECD y en el caso de las enfermeras, existen 2.2 por cada 1000 habitantes contra las 8.6 que la OECD considera indispensables. En el caso de los médicos apenas y se rebasa la mitad de lo recomendado y con respecto a las enfermeras se está ante un escaso 25%. Además de los ejemplos anteriores se observa, además del subejercicio del presupuesto, la práctica de discriminación en la asignación de recursos hacia las zonas marginadas de México.<sup>153</sup> De cualquier manera, la responsabilidad de justificar la brecha y de encontrar formas de corregir la situación recae en el Estado. La Secretaría de Salud tiene el deber jurídico y ético de explicar el por qué no ejerce todo su presupuesto y el porqué de la asignación inequitativa practicada.

De forma de poder contar con una infraestructura sanitaria, el Estado Mexicano ha desarrollado un sistema de salud. De acuerdo al artículo 5 de la Ley General de Salud,<sup>154</sup> el sistema de salud se constituye por las dependencias y las entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, de forma de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. Cuando la Ley General de Salud define al derecho a la protección de la salud considera que éste incluye al bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. Es importante mencionar que el texto vigente de la Ley General de Salud no incluye “el bienestar social”

---

<sup>153</sup> Hofbauer. El derecho...Op. Cit., p. 23.

<sup>154</sup> Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud.



ya previsto en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Declaración de Alma-Ata. Cuando se examina el artículo 6 de la misma Ley, se corrobora que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos sólo aquellos enmarcados principalmente en materia de atención, promoción y prevención de la salud <sup>155</sup> dentro del ámbito de acción del personal sanitario pero excluye mencionar lo que se relaciona con los determinantes sociales de la salud. La exclusión del bienestar social parecería ser fortuita si le viera en forma aislada. Sin embargo, esta apariencia fortuita se ve cuestionada al observar que existe la coincidencia en el tiempo (año de 1984) con la implantación de las medidas neoliberales recomendadas e impuestas por el Fondo Monetario Internacional<sup>156</sup> y el Banco Mundial<sup>157</sup>. Entre estas

---

<sup>155</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículo 2

<sup>156</sup> El Fondo Monetario Internacional o FMI fue creado en 1945. Sus estatutos declaran como objetivos principales la promoción de políticas cambiarias sostenibles a nivel internacional, facilitar el comercio internacional y reducir la pobreza. Forma parte de los organismos especializados de las Naciones Unidas, siendo una organización intergubernamental que cuenta con 185 miembros. Sin embargo, sus políticas (especialmente, los condicionamientos que impone a los países en vías de desarrollo para el pago de su deuda o en otorgar nuevos préstamos) han sido severamente cuestionadas como causantes de regresiones en la distribución del ingreso y perjuicios a las políticas sociales. Algunas de las críticas más intensas han partido de Joseph Stiglitz, ex-Economista Jefe del Banco Mundial y Premio Nobel de Economía 2001. Algunas de las políticas criticadas son:

- Saneamiento del presupuesto público a expensas del gasto social. El FMI apunta que el Estado no debe otorgar subsidios o asumir gastos de grupos que pueden pagar por sus prestaciones, aunque en la práctica esto ha resultado en la disminución de servicios sociales a los sectores que no están en condiciones de pagarlos.
- Generación de superávit fiscal primario suficiente para cubrir los compromisos de deuda externa.
- Eliminación de subsidios, tanto en la actividad productiva como en los servicios sociales, junto con la reducción de los aranceles.
- Reestructuración del sistema impositivo. Con el fin de incrementar la recaudación fiscal, ha impulsado generalmente la implantación de impuestos regresivos de fácil percepción (como el Impuesto al Valor Agregado)
- Eliminación de barreras cambiarias. El FMI en este punto es partidario de la libre flotación de las divisas y de un mercado abierto.
- Implementación de una estructura de libre mercado en prácticamente todos los sectores de bienes y servicios, sin intervención del Estado, que sólo debe asumir un rol regulador cuando se requiera.
- El concepto de servicios, en la interpretación del FMI, se extiende hasta comprender áreas que tradicionalmente se interpretan como estructuras de aseguramiento de derechos fundamentales, como la educación, la salud o la previsión social.
- Políticas de desregulación del mercado de trabajo.

<sup>157</sup> El Banco Mundial es uno de los organismos especializados de las Naciones Unidas, que se define como una fuente de asistencia financiera y técnica para los llamados países en desarrollo. Su propósito es reducir la pobreza mediante préstamos de bajo interés, créditos sin intereses a nivel bancario y apoyos económicos a las naciones en desarrollo. Fue creado en 1944 y tiene su sede en la ciudad de Washington, Estados Unidos. La actuación del BM en los países menos desarrollados, particularmente en las décadas de 1980 y 1990, es objeto de críticas. Se señalan los siguientes aspectos:

- El BM ha financiado proyectos que provocaron daño ambiental masivo.
- El BM favorece los intereses de los países industrializados.

medidas, se pusieron en práctica una reducción del presupuesto público para los programas sociales y la descentralización<sup>158</sup> de los servicios de salud con miras a una mayor participación del capital privado. La punta de lanza de las recomendaciones de estos organismos financieros fue la Organización Panamericana de la Salud. La serie de medidas puestas en práctica en el periodo de 1984 hasta la fecha no sólo no han contribuido a mejorar la salud de la población mexicana sino que la ha afectado negativamente, de acuerdo a las cifras que se han presentado. Este panorama negativo de la salud, ha motivado que en el seno de la Organización Mundial de la Salud y en la propia Organización Panamericana de la Salud se recomienden acciones en el sentido de atender los determinantes sociales de la salud como una medida necesaria e imprescindible. Esto obligaría a establecer programas y pautas de acción con otras áreas de gobierno como las de educación, obras públicas, desarrollo social, etc., para estar alineada con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud ya mencionadas. Hasta el momento, el Estado Mexicano, si nos atenemos al comportamiento de la salud y a sus programas sectoriales, parece no haber tomado medidas serias en esa dirección.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, de acuerdo al artículo 7 de la Ley General de Salud. De manera de poder coordinar el Sistema Nacional de Salud, la Secretaría cuenta normativamente con dos dependencias desconcentradas: el Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salubridad General. Si bien la Secretaría de Salud coordina al Sector Salud, cada una de entidades de la seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, cuentan con su propia normatividad,

- 
- Los proyectos del BM empeoran las condiciones de los pequeños agricultores.
  - El BM ha prestado dinero a gobiernos que violan abierta y permanentemente los derechos humanos
  - La reubicación forzosa de personas y comunidades ha causado sufrimiento y penurias
  - Los proyectos del BM han amenazado los derechos de los pueblos indígenas
  - El BM no ha manejado correctamente el rol de las mujeres en el desarrollo.

Tal vez la crítica más intensa, compartida por el BM y el Fondo Monetario Internacional, es que las políticas de ajuste estructural impulsadas por esos organismos han impuesto enormes costos sociales sobre los grupos vulnerables en los países en desarrollo.

<sup>158</sup> Descentralización es una forma jurídica en que se organiza la administración pública, mediante la creación de entes públicos dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, y responsables de una actividad específica de interés público. A través de esta forma de organización y de acción administrativas se atienden fundamentalmente servicios públicos específicos.

programas y acciones.<sup>159</sup> Esto ha propiciado la duplicidad y la incoordinación de acciones.

El Consejo Nacional de Salud fue creado por el Acuerdo Presidencial del 25 de marzo de 1986. El Acuerdo estableció de manera específica que el Consejo Nacional de Salud sería una instancia de coordinación para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República. Posteriormente, se faculta al Consejo Nacional de Salud para llevar a cabo la descentralización de los servicios de salud para la población sin seguridad social.<sup>160</sup> Para llevar a cabo el proceso de descentralización, el Consejo Nacional de Salud requería adecuar sus atribuciones por lo que se reformó su integración y se le ampliaron algunas funciones. Así, mediante el Acuerdo Presidencial del 27 de enero de 1995, se abrogó el acuerdo previo y se reestructuró el Consejo Nacional de Salud. A partir de esa fecha, el Consejo se convirtió en la instancia permanente de coordinación entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas para planear, programar y evaluar las acciones de descentralización. El 27 de enero de 2009, se actualiza la integración y la operación del Consejo Nacional de Salud, a fin de incluir a todas las dependencias y a las entidades de la Administración Pública Federal que tienen a su cargo la prestación de servicios de salud, ya sea a la población en general o a sectores específicos de la misma. Así, el Consejo Nacional de Salud coordina actualmente las acciones en salud entre la Federación y las entidades federativas y el Sistema Nacional de Salud, incluyendo a la seguridad social.<sup>161</sup> Los acuerdos tomados en las reuniones del Consejo son de carácter obligatorio para las entidades que lo conforman.

El Consejo Nacional de Salud, por lo tanto, se compone por:

---

<sup>159</sup> La Ley del Seguro Social, en su artículo 5, estipula que la organización y administración del Seguro Social, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de 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. La Ley del ISSSTE se pronuncia en el mismo sentido.

<sup>160</sup> Como ya se ha comentado, la descentralización de los servicios de salud constituyó parte de la agenda de las reformas neoliberales impuestas a México a partir de los años ochenta del siglo pasado.

<sup>161</sup> Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos. Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. Artículo 3. Publicado el 27 de enero de 2009 en el Diario Oficial de la Federación.

- El Secretario de Salud
- El Secretario de la Defensa Nacional
- El Secretario de Marina
- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social
- El Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- El Director General del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
- El Director General de Petróleos Mexicanos
- El Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Los titulares de los servicios estatales de salud

La composición del Consejo Nacional de Salud muestra que en él participan los actores principales que se relacionan con la red pública de establecimientos de salud y de la seguridad social. La inclusión de los Secretarios de la Defensa Nacional y de la Marina, así como del Director General de Petróleos Mexicanos es debido a que estas dependencias cuentan con sus propios servicios de atención médica, a pesar de que los trabajadores afiliados a ellas pagan cuotas de seguridad social al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en el caso de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Secretaría de Marina, y al Instituto Mexicano del Seguro Social en el caso de Petróleos Mexicanos por ser un organismo descentralizado. Es decir, estos organismos pagan una doble cuota a cargo del erario público y lo cual debiera generar responsabilidad administrativa y ética en toda la esfera de gobierno por la asignación indebida e inequitativa de recursos públicos en salud. Los titulares de los servicios estatales de salud tienen a su cargo la red de salud destinada a la población abierta por lo que las decisiones y los acuerdos producto de la actividad del Consejo Nacional de Salud sólo aplican al 60% promedio de la población de cada una de las entidades federativas. Esta última mención es importante porque el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado nombran a sus propios delegados estatales que dependen directamente de los organismos federales descentralizados mencionados y no de los servicios estatales de

salud. Esto significaría que los titulares del ISSSTE y del IMSS se comprometen por sus delegados estatales en cuanto a las acciones de sus delegados estatales pero no se tiene constancia en cuanto a la coordinación de éstos con los titulares estatales de salud.<sup>162</sup> De cualquier manera, es posible concluir que la coordinación de las acciones en salud que afectan al 40% de la población mexicana con acceso a la seguridad social, es deficiente en los términos de la competencia del Consejo nacional de Salud. Esta situación pone en cuestionamiento la coordinación que debiera llevar a cabo el Consejo Nacional de Salud en el Sistema Nacional de Salud. Esta circunstancia motiva a preguntarnos la congruencia de las acciones acordadas y el grado de equidad en la asignación de los recursos por razón de competencia.

Al revisar los acuerdos tomados por el Consejo Nacional de Salud durante el periodo 2001-2009,<sup>163</sup> se observa que los acuerdos son compromisos en materias diversas que atañen a la atención médica, al manejo del presupuesto en salud, a la aplicación de programas, etc. Sin embargo, no se mencionan acuerdos sobre la supervisión y el cumplimiento de los acuerdos. Los acuerdos de dicho periodo no contienen las discusiones, argumentos y evidencias para la toma de los acuerdos. Por ello, no nos es posible hasta el momento, el obtener conclusiones acerca del desempeño del Consejo Nacional de Salud. Sin embargo, es posible obtener la conclusión de que el Consejo Nacional de Salud no ha podido lograr un avance sustancial de la salud que esté al alcance de la población. Los datos estadísticos que hemos visto hablan por sí mismos al señalar un notable rezago en salud en México. Este rezago cuestiona seriamente la eficacia de los planes, programas y acciones que el gobierno mexicano ha llevado a cabo en por lo menos en los últimos 25 años.

En cuanto a los tópicos manejados en ese periodo por el Consejo Nacional de Salud, es una muestra de la incoordinación y de falta de congruencia en la actuación de esta dependencia desconcentrada de la Secretaría de Salud, el caso de la sugerencia de la creación de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico a similitud a la Comisión Nacional

---

<sup>162</sup> Consejo Nacional de Salud. Versión Pública de los Acuerdos del Consejo Nacional de Salud 2001-2009. Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud. Solicitud INFOMEX febrero 2010.

<sup>163</sup> Consejo Nacional de Salud. Versión Pública....Op. Cit.

de Arbitraje Médico. Se recomendaba que las Comisiones Estatales no dependieran de las Secretarías de Salud Estatales. Esta recomendación emitida en el año de 2006, era contradictoria con lo que ocurre con la Comisión Nacional ya que ésta depende de la Secretaría de Salud Federal. Es decir, a las Comisiones de Arbitraje Médico se les otorga un doble tratamiento que puede generar descoordinación de las acciones de salud en materia de quejas en cuanto a la atención médica, en cuanto a la rendición de cuentas y a la coherencia y a la alineación de la organización gubernamental en materia de arbitraje médico. La Comisión Nacional depende de un Secretario de Salud Federal y las Comisiones Estatales dependerían del Gobernador de cada entidad. Así, los titulares de las secretarías de salud estatales, como integrantes del Consejo Nacional de Salud, estarían hablando de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en representación del Gobernador en cuestión y con el agravante de que estas Comisiones no rinden cuentas a quienes estarían hablando por ellas.

En contraste al Consejo Nacional de Salud, que desde su creación (1986) depende de la Secretaría de Salud, el Consejo de Salubridad General fue creado como dependencia directa de la Presidencia de la República con atribuciones de coordinación del sistema nacional de salud. Así, el Consejo de Salubridad General depende del Presidente de la República, de acuerdo al artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su fracción XVI base primera, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, siendo sus disposiciones generales de carácter obligatorio en el país. Sin embargo, el Consejo de Salubridad General es presidido por el Secretario de Salud y sus miembros son nombrados y removidos por el Presidente de la República. A pesar de que sus miembros son nombrados y removidos por el Presidente de la República, el Consejo está integrado por titulares de Secretarías de Estado, ante una abierta violación constitucional del artículo 73 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su fracción XVI base primera, que prohíbe su participación. Lo anterior se demuestra al echar un vistazo a la composición del Consejo de Salubridad General, de acuerdo a lo señalado por la Ley General de Salud y al Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. La Ley General de Salud contempla que el Consejo de Salubridad General estará constituido por un Presidente que será el Secretario de Salud, un secretario y trece

vocales titulares, dos de los cuáles serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine.<sup>164</sup> He aquí la primera violación del artículo 73 constitucional, ya que al referir éste que no podrá haber participación de ninguna Secretaría de Estado, no puede formar parte del Consejo y mucho menos presidirlo, el propio Secretario de Salud. A lo anterior se suma el hecho de que el Consejo de Salubridad General se ubica físicamente en instalaciones de la Secretaría de Salud. La motivación de la norma constitucional mencionada es que el Presidente de la República contara con un organismo autónomo en materia de salud y coordinador de un Sistema Nacional de Salud disperso e descoordinado. Este tipo de violaciones en la estructura y en la función de gobierno puede tener influencia negativa en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud. El artículo 15 de la Ley General de Salud ordena que los miembros del Consejo deben ser designados y removidos sólo por el Presidente de la República y que el nombramiento recaerá en profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias. La realidad es que los nombramientos recaen en individuos por razón de su cargo en la estructura de gobierno o que representan a organismos privados y no precisamente en expertos sobre las materias que son competencia del Consejo de Salubridad General. Como apoyo a lo anteriormente expuesto en líneas precedentes, el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General es un ejemplo vivo de ello.<sup>165</sup> Este Reglamento especifica en forma más detallada a los vocales que lo componen. Y he aquí la segunda violación del artículo 73 constitucional en manos del artículo 3 del Reglamento en cuestión.<sup>166</sup> Los vocales que lo componen son los titulares de Secretarías

---

<sup>164</sup> Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Artículo 15.

<sup>165</sup> Presidencia de la República. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. 11 de diciembre de 2009.

<sup>166</sup> Presidencia de la República. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Artículo 3. El Consejo estará integrado por el Presidente, que será el Secretario de Salud, un Secretario y los siguientes vocales titulares:

- I. El Secretario de Hacienda y Crédito Público
- II. El Secretario de Desarrollo Social
- III. El Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales
- IV. El Secretario de Economía
- V. El Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
- VI. El Secretario de Comunicaciones y Transportes
- VII. El Secretario de Educación Pública
- VIII. El Titular del Instituto Mexicano del Seguro Social
- IX. El Titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- X. El Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

de Estado y de otros organismos que evidencian una composición política bajo el argumento de la necesidad de obtener consensos. La situación no termina ahí. El artículo 4 del mismo Reglamento<sup>167</sup> incluye a otra lista de vocales bastante extensa en el mismo tenor de la búsqueda de consensos y de inclusión. Sin embargo, este Consejo más bien una Asamblea. Pero aquí volvemos nuevamente al meollo de la motivación de quienes deben componer al Consejo de Salubridad General: profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias. Y si se pensaba que ya era suficiente con los artículos 3 y 4 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad, el último párrafo del artículo 4 mencionado y el artículo 5 del mismo Reglamento,<sup>168</sup> especifican la participación de los

- 
- XI. El Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
  - XII. El Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
  - XIII. El Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los vocales titulares del Consejo, serán designados y removidos por el Presidente de la República, contarán con voz y voto y sus cargos serán honoríficos.

<sup>167</sup> Presidencia de la República. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Artículo 4. El Consejo contará además con los siguientes vocales:

- I. El Director General del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
- II. El Director General del Instituto Politécnico Nacional
- III. El Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional
- IV. El Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina
- V. El Secretario General Ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C.
- VI. El Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
- VII. Los Secretarios de Salud o su equivalente de las entidades federativas que representen a las cuatro regiones del país, a que se refiere el presente Reglamento
- VIII. El Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal
- IX. El Coordinador General de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación
- X. El Subdirector Corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
- XI. El Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría, A. C.
- XII. El Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, A. C.
- XIII. El Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, A. C.
- XIV. El Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.
- XV. El Presidente del Colegio Médico de México, A. C.
- XVI. El Presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A. C.
- XVII. El Presidente del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica
- XVIII. El Presidente de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
- XIX. El Presidente de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación

Los vocales a que se refiere este artículo serán invitados al Consejo por el Presidente de la República a través del Presidente del Consejo, contarán con voz, pero sin voto.

La participación de los Secretarios de Salud o su equivalente de las entidades federativas que representen a cada una de las regiones a que se refiere este Reglamento, será de un plazo de cuatro años. La sustitución de los representantes regionales será escalonada, en forma alfabética conforme a la denominación de los estados que integran la región.

<sup>168</sup> Presidencia de la República. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Artículo 5. Para efectos de la fracción VII del artículo anterior, las entidades federativas se agruparán en las siguientes regiones:

- I. Región noroeste, que se integrará por los estados de: Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora



secretarios estatales de salud que se irán rotando por regiones. Es decir, los representantes de las entidades federativas no pueden ser reunidos en forma completa ya que serían demasiados (32), pero no existe límite para invitar a otros integrantes de los cuales se podría prescindir. Sin embargo, aún los secretarios de salud estatales no debieran formar parte del Consejo de Salubridad debido a la prohibición del artículo 73 constitucional.

Como se puede observar, el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud comparten el problema de la baja representatividad de los secretarios de salud estatales en su composición. Estas situaciones vuelven nuevamente a poner en la mesa de la discusión la responsabilidad administrativa y ética en la estructuración de los órganos competentes en la coordinación de las políticas públicas en salud.

Después de haber analizado los problemas de estructura del Consejo de Salubridad General, es conveniente mencionar lo referente a sus facultades. El Consejo de Salubridad General emite disposiciones obligatorias en materia de salubridad general mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones del Poder Ejecutivo Federal para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud. Compete al Consejo de Salubridad General:<sup>169</sup>

- I. Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud.
- II. Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no

- 
- II. Región noreste, que se integrará por los estados de: Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz
  - III. Región centro, que se integrará por los estados de: Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas
  - IV. Región sureste, que se integrará por los estados de: Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán

Antes del término del periodo de cada uno de los representantes de las diversas regiones, quienes deban sustituirlos, deberán ser invitados para asistir al Consejo, con un mes de anticipación.

<sup>169</sup> Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Artículo 17.

transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga.

- III. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.
- IV. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.
- V. Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud
- VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- VII. Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.
- VIII. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud
- IX. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.

El Consejo de Salubridad General representa la segunda autoridad sanitaria del país, precedido únicamente por el Presidente de la República.<sup>170</sup> Esto significa que el ámbito de acción del Consejo abarca a todas las organizaciones, públicas y privadas, que constituyen el Sistema Nacional de Salud, y todas aquellas que estén relacionadas con éste, incluyendo las autoridades administrativas federales, estatales y municipales. Sin embargo, de la revisión de los acuerdos que el Consejo de Salubridad General ha generado en el periodo de 2000 al 2010, en la práctica, las funciones del Consejo de Salubridad General se limitan a elaborar el Cuadro Básico de Medicamentos y el Cuadro

---

<sup>170</sup> La Ley General de Salud, en su artículo 4, señala que son autoridades sanitarias:

I. El Presidente de la República

II. El Consejo de Salubridad General

III. La Secretaría de Salud

IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal (actualmente es el Gobierno del Distrito Federal).

de Insumos, a la certificación de establecimientos hospitalarios, a autorizar condecoraciones, a autorizar la imposición de nombres a establecimientos médicos y de sus interiores y a proponer el otorgamiento de premios o reconocimientos. Su participación en materia de elaboración de política pública en salud se limita a lo arriba señalado. La única normatividad en salud revisada fue la reforma de la Ley General de Salud, en el año de 2003, para la creación de la Comisión Nacional de Protección en Salud y eso explica que se tenga como parte de sus funciones el revisar lo referente a los Gastos Catastróficos en Salud. Se puede observar que varias de las facultades del Consejo de Salubridad General son también llevadas a cabo por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la propia Secretaría de Salud. Así, una dependencia vigilante y coordinadora del Sistema Nacional de Salud asume para sí una duplicidad de funciones sin contar con una infraestructura para ello. Las consideraciones y los comentarios que se han plasmado para con el Consejo Nacional de Salud, también le son válidos.

Como se ha mencionado anteriormente, el 60% de la población mexicana carece de seguridad social y esto significa que no cuenta con acceso a los servicios de atención médica ni a los beneficios de la seguridad social, tales como la protección social o la cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como la salud, la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo, las familias con niños y otras. Por ello, en el año de 2003, se instituye la Comisión Nacional de Protección Social en Salud como una medida de corrección para la falta de acceso a los servicios de atención médica que provocan un mayor empobrecimiento de los de por sí pobres.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer atribuciones en materia de protección social en salud, de acuerdo al artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.<sup>171</sup> El artículo 77 bis mencionado señala que

---

<sup>171</sup> Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Artículo 3. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2005.

“todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud,<sup>172</sup> sin importar su condición social, mediante un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social”. Como mínimo, según dicho artículo, se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. De forma de poder llevar a cabo sus funciones, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cuenta con un Consejo Interno<sup>173</sup> presidido por su titular y por los mandos directivos de su estructura. La Comisión tiene la atribución de instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del Sistema. Asimismo, la Comisión cuenta con un órgano colegiado consultivo de la Secretaría de Salud respecto de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud, denominado Consejo Nacional de Protección Social en Salud.<sup>174</sup> El Consejo Nacional de Protección Social en Salud está conformado por los siguientes integrantes:<sup>175</sup>

- El Secretario de Salud
- El Secretario de Desarrollo Social
- El Secretario de Hacienda y Crédito Público

---

<sup>172</sup> El artículo 77 bis 2 de la Ley General en Salud señala que el Sistema de Protección Social en Salud se refiere a las acciones que en protección social en salud proveen los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. La Secretaría de Salud coordina las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud que cuenta con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación. Los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud son las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.

<sup>173</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Artículo 5.

<sup>174</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Artículo 1.

<sup>175</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Artículo 4.

- El Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social
- El Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- El Secretario del Consejo de Salubridad General
- Los Titulares de los Servicios Estatales de Salud de cinco entidades federativas participantes del Sistema y que representen a las distintas regiones del país.
- El Titular de la Secretaría de la Función Pública
- El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría contará con un representante invitado permanentemente

El Consejo Nacional de Protección Social en Salud tiene la función de ser un órgano colegiado consultivo de la Secretaría de Salud respecto de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud.<sup>176</sup> Corresponde al Consejo opinar, a solicitud de la Secretaría de Salud, respecto del funcionamiento del Sistema, así como proponer, las medidas para mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

La motivación para la creación del Sistema de Protección Social en Salud fue el hecho de que casi el 60% de la población mexicana, para el 2003, carecía de seguridad social y a que la falta de cobertura de acceso a los servicios médicos afectaba particularmente a los segmentos más vulnerables de la población. Ejemplificativo de ello era que en el 2006, el 71.5 por ciento de los mayores de 65 años que no trabajaba, no contaba con una pensión y que, en el 20 por ciento más pobre del país, el 92.9 por ciento de los jefes de hogar no formaba parte del sistema de seguridad social ligado al empleo,<sup>177</sup> conformado por instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, o el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.<sup>178</sup> Otra motivación fue que en

---

<sup>176</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Artículo 1. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de julio de 2004.

<sup>177</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [www.cnps.salud.gob.mx](http://www.cnps.salud.gob.mx). Consultado el 06 de septiembre de 2010.

<sup>178</sup> Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Programa Vivir mejor (2006):23

materia de salud, las familias en pobreza, o sea el 60% de la población mexicana, tienden a tener poca capacidad financiera para cubrir los gastos catastróficos ocasionados por las enfermedades. De ahí la importancia de implementar un sistema de aseguramiento para la salud dirigido a la población que no contara con seguridad social. De acuerdo a las cifras del gobierno mexicano, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) ha logrado incorporar para el 2006, a 21.9 millones de personas (7.3 millones de familias) que no estaban cubiertas por los institutos de seguridad social. La meta para el 2010 era que los 60 millones que carecían de seguridad social contaran con acceso a servicios médicos. Como se puede observar, sólo el 30% de los 60 millones de mexicanos sin seguridad social, se ha logrado asegurar al Seguro Popular, de acuerdo a las cifras oficiales. De ser cierta esta cifra, significaría que aún 40 millones de personas carecen de acceso a servicios médicos.

Es importante mencionar que el Sistema de Protección Social en Salud es un sistema de acceso a servicios de atención médica. No es un sistema de seguridad social por lo que la mayoría de la población mexicana (60%) sigue sin acceso a los beneficios de la población asalariada que cuenta con afiliación al IMSS, ISSSTE, al ISSFAM y a las seguridades estatales. La discriminación en la asignación presupuestaria sigue vigente en detrimento de los sectores desprotegidos de México como expresión de la inequidad y de la falta de justicia en la asignación y en el ejercicio de recursos en salud. El Seguro Popular, al no ser un sistema de seguridad social, no cuenta con las prestaciones sociales que el IMSS, el ISSSTE, el ISSFAM y otros otorgan a sus derechohabientes. Visto así, el Seguro Popular actúa como una aseguradora estatal. Y es una aseguradora estatal que se ha organizado y funciona conforme a los esquemas de las aseguradoras privadas mediante la cobertura de ciertos padecimientos para los asegurados, con un monto asignado para cada intervención que prestan las instituciones hospitalarias y mediante criterios de productividad, eficiencia y eficacia propios de una empresa privada. En ese sentido, el Seguro Popular es limitado y discriminatorio para la población carente de seguridad social, para la que se dirige de acuerdo a la Ley General de Salud en su artículo 71 bis, ya que sólo le otorga servicios de atención médica que se quedan cortos con los servicios universales de la seguridad social.

Otra situación que llama la atención es la composición del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Estando la Comisión Nacional de Protección en Salud facultada para desarrollar un Sistema de Protección Social en Salud destinado a la población no asegurada, sería bueno preguntarse la razón por la que el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se encuentran incluidos en el Consejo. Otro integrante cuestionable es el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud: la implementación del Sistema de Protección Social en Salud no es un problema laboral sino de cobertura y de acceso a los servicios de atención médica en la infraestructura de salud ya existente. Una razón para la presencia del Sindicato es el hecho de la mayor carga de trabajo previsible para los trabajadores asignados a las distintas unidades de salud sin el aumento en la contratación de personal de salud que sería la medida razonable ante una mayor carga de trabajo con el mismo salario. Este punto es conveniente meditarlo debido a los valores de justicia y de equidad generalmente se enfocan hacia la población usuaria, haciendo de lado a los prestadores de salud. Una política injusta e inequitativa es cuando se asigna una mayor carga de trabajo desproporcionada ante una mayor demanda de servicios de salud y una oferta de prestadores de salud que se mantiene prácticamente sin crecimiento. Otra cuestión que llama la atención es el hecho de que no se contemple a todos los titulares de todas las entidades federativas ya que un titular regional designado no podrá tomar decisiones por las entidades a las que no pertenece. La exclusión de prácticamente el 85% de las entidades federativas no es una medida incluyente y democrática y ello puede conducir a la falta de acuerdos sólidos en la materia.

Después de haber analizado algunos aspectos acerca del Sistema Nacional de Salud, de su coordinación contemplada por la normatividad en salud y de la respuesta estatal al problema de la falta de acceso a la atención médica por parte del 60% de la población por carecer de seguridad social, es imprescindible tratar el tema de la perspectiva bioética sobre las políticas públicas en salud. Esta perspectiva, desde el punto de vista de estructura de gobierno, corresponde a la Comisión Nacional de Bioética.

La Comisión Nacional de Bioética tiene su origen en el Grupo de Estudios en Bioética en el seno del Consejo de Salubridad General, en el año de 1989. Posteriormente, el 30 de marzo de 1992, se crea la Comisión Nacional de Bioética como una comisión integrante del Consejo de Salubridad General.<sup>179</sup>

Para el 23 de octubre del 2000, esta comisión interna del Consejo de Salubridad General se transforma en un organismo que deja de depender del Consejo de Salubridad General para depender directamente del Secretario de Salud como una nueva instancia de salud. Este organismo adquiere el carácter de permanente con el objeto de promover el estudio y la observancia de valores y de principios éticos para el ejercicio tanto de la atención médica como de la investigación en salud. El Acuerdo del 23 de octubre de 2000 por el que se crea la Comisión Nacional de Bioética con carácter permanente, en su artículo 3, concebía que la Comisión estaría integrada por los titulares de la Secretaría de Salud (quien la presidiría), del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, así como por el Secretario del Consejo de Salubridad General y dos representantes de la Secretaría de Salud. El presidente de la Comisión podía invitar a participar al Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México, a los Directores Generales del Instituto Politécnico Nacional y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a dos rectores de universidades de las entidades federativas y a dos más de universidades privadas, a instituciones de investigación, así como a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a diversos miembros de la comunidad científica, agrupaciones e instituciones cuya especialidad o fines estuvieran relacionados con el objeto de la Comisión. De forma de coordinar los trabajos de la Comisión, el artículo 4 del mismo Acuerdo, establecía que la Comisión contaría con un secretario ejecutivo designado por el Secretario de Salud. Así, de esta manera, se constituía en definitiva una instancia gubernamental de difusión de la bioética en México. Sin embargo, esta Comisión contaba con un objeto limitado a la proposición de una guía ética para la

---

<sup>179</sup> La creación de esta comisión se apoyaba en la facultad que el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General vigente le otorgaba al propio Consejo. Esta facultad se ejerce cuando es necesario crear un grupo de estudio sobre un tema relacionado con la salubridad.



atención médica y la investigación en seres humanos, a opinar sobre protocolos de investigación y a apoyar el desempeño de las comisiones de ética de las instituciones de salud. La Comisión Nacional de Bioética, entonces, se centraba en aspectos directamente relacionados con la actividad de atención de pacientes en las instituciones de salud. En esta etapa se emiten los Códigos de Bioética del Personal de Salud y el Conducto de Conducta para el Personal de Salud, así como el impulso para la creación de comités de bioética en las instituciones hospitalarias como en las entidades federativas.

En el año del 2005, se emite el Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2005. Este Decreto lo adscribe como una dependencia de la Secretaría de Salud con una composición diferente a la existente previamente señalada por el Acuerdo del 23 de octubre de 2000 por el que se crea la Comisión Nacional de Bioética con carácter permanente. En el caso del Acuerdo del año 2000, la composición se daba de acuerdo a la titularidad que tuvieran los integrantes de la Comisión en alguna dependencia o entidad de gobierno, como ser Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, etc. En el decreto del año 2005, se crea un Consejo, un Director Ejecutivo y las unidades administrativas necesarias para el cumplimiento del objeto de la Comisión Nacional de Bioética.<sup>180</sup> En esta nueva estructura, los miembros del Consejo son nombrados por el Secretario de Salud y tienen las facultades de ser los responsables del cumplimiento de las atribuciones que se establecen en el artículo 2 del propio Decreto y que más adelante se señalan. El Consejo se integra por seis consejeros y un Presidente que son designados por el Secretario de Salud sin especificar los atributos que deban tener para ser miembros del Consejo, pero la diferencia con la anterior estructura de la Comisión Nacional de Bioética es que ya no obedece a la posición de los consejeros en puestos de gobierno. Sin embargo, el nombramiento de los consejeros queda a la discrecionalidad del Secretario de Salud sin una rendición de cuentas sobre la motivación y las razones de peso que lo lleven a tomar

---

<sup>180</sup> Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. Artículo 3. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de septiembre de 2005

la decisión de los nombramientos ya que no son producto de una convocatoria en términos de equidad y de igualdad de oportunidades como sería de esperar en una Comisión que precisamente debiera caracterizarse por ser plural, incluyente, democrática y abierta a la participación de los diferentes sectores interesados en la salud de la población. En términos de políticas públicas de salud y tomando en consideración a los determinantes sociales de la salud como causas de las causas de las enfermedades y de las problemáticas que padece la población mexicana, debiera tomarse en consideración también a las esferas que tienen relación y poder de decisión sobre dichos determinantes sociales tanto en el ámbito gubernamental como en el no gubernamental.

El objeto de la Comisión Nacional de Bioética, de acuerdo a este Decreto, es promover el estudio y la observancia de valores y de principios éticos para el ejercicio tanto de la atención médica, la investigación y la docencia en salud.<sup>181</sup> Las facultades otorgadas a la Comisión Nacional de Bioética son limitadas, al igual que las contempladas en el Acuerdo del 23 de octubre de 2000 por el que se creaba la Comisión Nacional de Bioética con carácter permanente.<sup>182</sup> Como se puede observar, sus facultades siguen centradas en el

---

<sup>181</sup> Artículo 1 del Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. “Se crea la Comisión Nacional de Bioética como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía técnica y operativa, la cual tendrá por objeto promover la creación de una cultura bioética en México, fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud.”

<sup>182</sup> Artículo 2 del Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. Para el cumplimiento de su objeto, corresponderá a la Comisión Nacional de Bioética:

- I. Establecer las políticas públicas de salud vinculadas con la temática bioética
- II. Fungir como órgano de consulta nacional sobre temas específicos de bioética
- III. Identificar y sistematizar los elementos que inciden en una cuestión bioética, a fin de ofrecer información pertinente sobre los mismos a instituciones, grupos sociales o cualquier otro sector interesado
- IV. Coadyuvar para que el derecho a la protección de la salud se haga efectivo en los temas de investigación para la salud, así como en la calidad de la atención médica
- V. Propiciar debates sobre cuestiones bioéticas con la participación de los diversos sectores de la sociedad
- VI. Fomentar la enseñanza de la bioética, particularmente en lo que toca a la atención médica y la investigación para la salud
- VII. Promover la creación de comisiones estatales de bioética
- VIII. Promover que en las instituciones de salud públicas y privadas, se organicen y funcionen comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación, con las facultades que les otorguen las disposiciones jurídicas aplicables, así como apoyar la capacitación de los miembros de estos comités
- IX. Establecer y difundir criterios que deban considerar los comités hospitalarios de bioética y comités de ética en investigación para el desarrollo de sus actividades
- X. Organizar y participar en actividades de investigación y de docencia vinculadas con su objeto
- XI. Opinar sobre los protocolos de investigación en salud que se sometan a su consideración
- XII. Suscribir los convenios de colaboración que sean necesarios para el cumplimiento de su objeto

universo relacionado con los pacientes que acuden a las instituciones hospitalarias o con las investigaciones en las que participan seres humanos que son reclutados preferentemente en dichas instituciones de salud. Las facultades otorgadas a la Comisión Nacional de Bioética no toman en cuenta campos como el medio ambiente, el análisis de las políticas públicas en salud, entre otras cuestiones. Si bien el artículo 2 del Decreto en cuestión, en su fracción primera, menciona las palabras “políticas públicas en salud”, se refiere a lo relacionado a la temática de la bioética pero no incluye la perspectiva bioética de las políticas públicas diseñadas e implementadas por las autoridades competentes en salud. Estas facultades son limitadas a pesar de que la emisión del Decreto es coincidente en el tiempo con la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos promulgada por la UNESCO<sup>183</sup> y en la que México fue participante en su redacción. La Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos señaló que la actividad de los Estados en materia de bioética debía contemplar una serie de principios que abarcan aspectos como la responsabilidad social en salud, el cuidado del medio ambiente, entre otras cuestiones. Esto muestra que la intervención de México en la UNESCO no coincide con la intervención a nivel nacional en donde se trunca el ámbito de competencia de la Comisión Nacional de Bioética, ya que como organismo público no puede llevar a cabo más lo que expresamente le faculta la normatividad que lo crea. Así, la Comisión Nacional de Bioética ha dejado de lado lo relacionado con los determinantes sociales de la salud.

Limitándose aún a su propio Decreto de Creación, la Comisión Nacional de Bioética aún no ha emitido su Reglamento Interno ni ha llevado a cabo acciones que en materia ética influyan en su objeto. Lo más que ha producido son la publicación de tres textos que son el resultado de tres seminarios<sup>184</sup> que se celebraron en 2005 y 2006. Lo último que publicó fueron las Guías Nacionales para la Integración y Funcionamiento de los Comités

---

XIII. Fomentar la comunicación con universidades, instituciones de educación superior, grupos académicos y de la sociedad civil vinculados con cuestiones bioéticas

XIV. Procurar la observancia de criterios de bioética a nivel intersectorial en cuestiones relacionadas con la salud en materia de alimentos, agua, medio ambiente, educación, entre otras

XV. Las demás atribuciones que le asigne el Secretario de Salud

<sup>183</sup> UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005

<sup>184</sup> Debate bioético: su quehacer, su entender; Homofobia y salud; Aspectos sociales de la bioética.

Hospitalarios de Bioética y las Guías Nacionales para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación en el año de 2009, después de 4 años de retraso. Dichas Guías, en el momento de ser publicadas, no contaban con el consenso de los Comités hacia quienes iban dirigidas y no fueron sometidas para su aprobación por el Consejo de la Comisión Nacional de Bioética, de acuerdo a las facultades que el propio Decreto de Creación le confiere al Consejo de la Comisión Nacional de Bioética.<sup>185</sup>

Tomando en consideración lo mencionado con respecto a la Comisión Nacional de Bioética, estamos ante una situación en la que esta dependencia gubernamental no analiza ni emite consideraciones sobre los aspectos éticos de las políticas públicas en salud. Resultaría difícil que una dependencia inserta dentro de la Secretaría de Salud llevara a cabo este tipo de actividad sobre todo si el Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética es designado por el propio Secretario de Salud. Es decir, la Comisión Nacional de Bioética se ve limitada en su acción por razones obvias de mando jerárquico. Así, una Comisión Nacional de Bioética que pudiera llevar a cabo recomendaciones autónomas tendría que ser un organismo autónomo a la Secretaría de Salud al igual que otros organismos autónomos existentes en la estructura gubernamental. La perspectiva bioética de la salud basada en el respeto y en la protección de los derechos humanos ligados a ella, es vital y necesaria para poder influir para que las políticas públicas en salud se orienten en beneficio de la población. Para que esta perspectiva bioética pudiera tener efecto, se tendría que pasar del terreno de la recomendación hacia la obligatoriedad de preservar el respeto de los derechos humanos que fundamentan a la bioética. Es decir, una bioética declarativa y reflexiva es útil en el mundo académico pero para la sociedad se requiere una bioética de intervención efectiva y resolutive. Una bioética que carezca de esto último, no justifica, entonces, la existencia de una Comisión Nacional de Bioética. Para una bioética reflexiva basta con un grupo de expertos o estudiosos de la materia bioética que recomienden y apelen a la buena voluntad de quienes tienen en sus manos las decisiones en la esfera pública en salud. Y

---

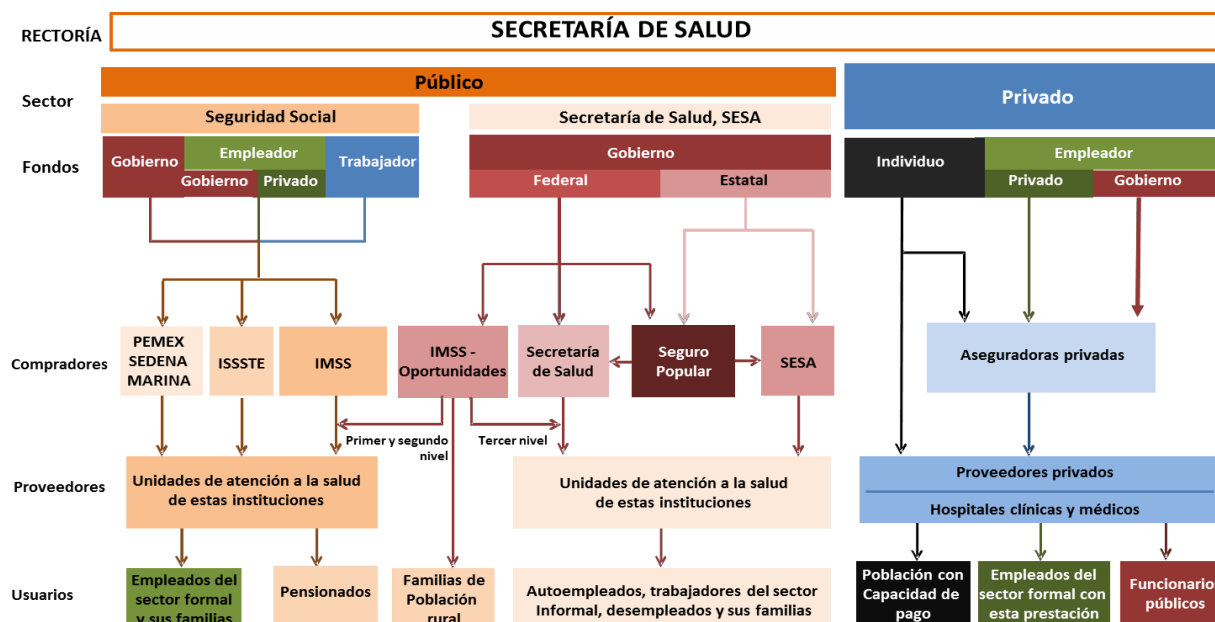
<sup>185</sup> De acuerdo al artículo 4 del Decreto de creación le confiere al Consejo de la Comisión Nacional de Bioética, el Consejo será el órgano responsable del cumplimiento de las atribuciones para la Comisión Nacional de Bioética que se señalan en el artículo 2 del propio Decreto.

esto no es precisamente lo que se espera de una Comisión Nacional de Bioética. Se espera que la Comisión Nacional de Bioética efectivamente influya de manera positiva en el curso de la salud de la población mexicana con acciones claras, decididas, producto de la participación plural, seria y comprometida de sus integrantes.

## VI. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN MÉXICO

El sector salud de México es complejo y fragmentado y ofrece una protección incompleta y desigual a la población, lo cual además limita la continuidad en la atención. La rectoría es atribución de la Secretaría de Salud y al sector lo integran instituciones públicas y privadas. El sector público comprende la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA), los servicios médicos de las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios médicos de las secretarías de Defensa Nacional y Marina (SEDENA, SEMAR) y de PEMEX. La figura siguiente ilustra la estructura del Sistema de Salud, sus fuentes de financiamiento, compradores, proveedores y población atendida.

**Estructura actual del Sistema de Salud de México**



El sector salud tiene avances importantes en la implementación de planes y de programas orientados a mejorar la cobertura y la oferta de servicios. Sin embargo, su segmentación, no solo entre instituciones sino también hacia dentro de las mismas, obstaculiza un desempeño apropiado. Esta segmentación también dificulta la capacidad de la Secretaría de Salud para ejercer la Rectoría del Sistema, lo que se refleja en la escasa convergencia de las políticas de salud entre las instituciones cuyos programas para las poblaciones bajo su responsabilidad tienen alcance, servicios y coberturas distintas. Además, existen diferencias en el gasto para salud y su administración por institución que se reflejan en: asignaciones desiguales per cápita y para inversión, así como en la producción de servicios y en el acceso y en la calidad de los mismos. Las instituciones de seguridad social y los servicios públicos para población no asegurada (programas de la Secretaría de Salud, Seguro Popular, IMSS Oportunidades y los servicios estatales de salud) ofrecen servicios de salud que no son similares en beneficios y en calidad. Debe señalarse que la fragmentación también conlleva a elevados gastos de administración, siendo México el país de la OECD con el mayor porcentaje en este rubro (10.7% del gasto total en salud).<sup>186</sup>

En lo que se refiere a la calidad de los servicios, se han hecho esfuerzos para su medición y su mejoría que incluyen la creación de guías de práctica clínica. Sin embargo, persiste una gran heterogeneidad en los criterios de atención y existen evidencias publicadas acerca de las limitaciones y de las disparidades en la calidad de la atención, tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio.

---

<sup>186</sup> El gasto total nacional en salud está basado en los siguientes aspectos de la atención médica: servicios de salud personales, medicamentos y suministros proporcionados a pacientes ambulatorios, servicios de prevención y de salud pública; gastos de administración y de aseguramiento, gastos totales en servicios colectivos y gastos de inversión. OECD International Classification for Health Accounts, OECD, 2007.

Las condiciones actuales del sector obstaculizan que se logre la cobertura universal con beneficios y con calidad homogéneos e impiden el acceso efectivo de la población, en particular de la más vulnerable, a servicios de salud con estándares aceptables. La capacidad instalada aún tiene limitaciones. El 30.9% de las localidades rurales entre 1,500 y 2,500 habitantes carecen de algún establecimiento médico en la comunidad. En lo que se refiere a personal de salud por cada mil habitantes, las instituciones públicas cuentan en promedio, a nivel nacional, con 0.45 médicos, 2.45 enfermeras y 0.71 camas censables con una gran varianza entre las entidades federativas. Estos indicadores están por debajo de los promedios de la OCDE e indican la necesidad de un mayor número y de una mejor distribución de los recursos humanos, de la infraestructura y del equipamiento. Sin embargo, ha habido esfuerzos por maximizar el uso de los recursos de salud disponibles. Por ejemplo, en el año 2009 se reportaron 66.1 pacientes atendidos por cada cama existente. Esta cifra es la tercera más alta de la OCDE después de Israel y Noruega.

También existen marcadas diferencias en la arquitectura y en el desarrollo de los sistemas de información de las instituciones. Se carece de un sistema de información robusto que brinde información epidemiológica y de la atención individual de manera oportuna y que permita la medición permanente del desempeño y de la toma informada de decisiones.

Las disposiciones del Congreso Constituyente de 1917 sobre Salud y Seguridad Social se plasmaron en los artículos 73 y 123. Este último, en su Apartado A, relativo a los *“obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo”*, en su fracción XXIX, establece que *“Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares”*.



La expedición de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943 suponía que la seguridad social sería la forma de *“proteger a todos los mexicanos en tiempos de adversidad tales como: la orfandad, la viudez, la enfermedad, el desempleo y la vejez, para dejar tras esta situación de siglos que ha sido resultado de la pobreza de nuestra Nación”*. Así, la protección ante riesgos de salud para todos los mexicanos partía del derecho a la seguridad social de los trabajadores y por extensión a sus familias. El artículo 2 de la LSS establece que: *“la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, ..., estará garantizada por el Estado”*.

La Constitución también establece otro régimen de Seguridad Social para los trabajadores del sector público y otro más para las fuerzas armadas (art. 123, apartado B, fracción XI y Art. 123, apartado B, fracción XIII, respectivamente), los cuales se despliegan en las leyes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE), y del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM). Así, la existencia de diferentes leyes de trabajo y de seguridad social, radica en la separación por apartados A y B del artículo 123 constitucional, para las relaciones obrero-patronales del sector privado y las de los trabajadores al servicio del Estado, respectivamente.

Sin embargo, contrario a la intención original, la seguridad social no cubrió a todos los trabajadores y sus familias. Por ello, la Secretaría de Salud, los servicios de salud de los estados y diversos programas atendían a la población no asegurada, a la cual se le denominó “población abierta”. En 1983 se reforma el artículo 4º constitucional para establecer que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”*, señalando que *“...la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”*. Este artículo refiere a las leyes particulares el acceso a la salud evitando la universalidad de los

servicios, ya que las leyes relacionadas tienen distintos destinatarios, les otorgan diferentes derechos y les establecen diversas obligaciones. Así, la fragmentación del sistema de salud en México emana, en principio, de la misma Constitución.

En 2004, se reforma la Ley de Salud para establecer el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), llamado Seguro Popular. El art. 77-Bis-1 de esta Ley dispone que *“todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al sistema de protección social en salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución...., sin importar su condición social.”* El artículo 77 bis 3 establece que *“las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud se incorporarán al SPSS....”* Como puede observarse de esta redacción, la población objetivo del SPSS no se limita sólo a los trabajadores no sujetos a LSS y sus familias sino son todos los no cubiertos, lo cual incluye a personas cuya condición laboral hace obligatoria su afiliación a la seguridad social pero cuyos patrones incumplen con dicha exigencia. Los sujetos de aseguramiento bajo la LSS son *“las personas que de conformidad con los artículos 20 y 21 de la Ley Federal del Trabajo, presten, en forma permanente o eventual, a otras de carácter físico o moral o unidades económicas sin personalidad jurídica, un servicio remunerado, personal y subordinado”*. Por tanto, la LSS excluye del aseguramiento obligatorio a los trabajadores por cuenta propia y a los mismos patrones, así como a sus familias. La afiliación a la seguridad social es obligatoria.

Las personas que no son trabajadores subordinados, que no están en edad de trabajar, y que no son familiares con derecho a la seguridad social de trabajadores afiliados, pueden acceder a los servicios públicos de salud a través de programas federales y/o estatales los cuales otorgan un paquete de beneficios diferente al que ofrecen las diferentes instituciones de seguridad social, y que son regulados a través de la Ley General de Salud. Es de

mencionar que el uso de los servicios de salud estatales, de la Secretaría de Salud y de IMSS-Oportunidades no está sujeto a la afiliación al Seguro Popular o a cualquier otro programa, la cual en todos los casos es de carácter voluntario.

Como se comentó, la afiliación a la seguridad social si es obligatoria, y por tanto el uso de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social está sujeto a la afiliación de los trabajadores o a su carácter de pensionados y se otorga por extensión a sus familiares, tanto descendientes como ascendientes directos. Por el contrario, el uso de los servicios de salud provistos por los servicios estatales y la Secretaría de Salud no está sujeto a ninguna afiliación, ni siquiera la del Seguro Popular. Debe señalarse que la afiliación al Seguro Popular en su inicio fue por familia y actualmente es por persona. Esta sección presenta las cifras de afiliación y uso de servicios, distinguiendo por deciles de ingreso; así como un análisis geográfico a nivel de localidad del acceso a los servicios de salud.

Existen discrepancias en las cifras oficiales de afiliación a los diferentes servicios de salud. De acuerdo con el Censo Nacional de Población 2010, de los 112 millones de mexicanos: 43.7 millones (38.9%) están afiliados a alguna institución de seguridad social, 26.2 millones (23.4%) están afiliados al Seguro Popular, y 38.0 millones (33.8%) no están afiliados a ninguna institución pública. En contraste, de acuerdo a las cifras de las propias instituciones, ese mismo año y en el período de levantamiento del Censo, 65.4 millones de personas estaban afiliadas a la seguridad social (52.3 millones al IMSS, 12.0 millones al ISSSTE, y 1.1 millones a SEDENA, Marina y PEMEX) y 36.8 millones al Seguro Popular; dejando 10.1 millones no afiliadas. Así, el Censo 2010 reporta cifras menores de personas afiliadas que las institucionales (21.7 millones menos con seguridad social y 10.6 millones menos con Seguro Popular). La afiliación al cierre de 2011 que reportan las instituciones es de 119.7 millones de personas, 68.0 millones con seguridad social y 51.8 millones

con Seguro Popular (en su conjunto más que la población del país), lo que representa un crecimiento de afiliación de 17.6 millones de personas (2.6 millones en la seguridad social y 15.0 millones en Seguro Popular). Las discrepancias en cifras pudieran explicarse, entre otras razones, por:

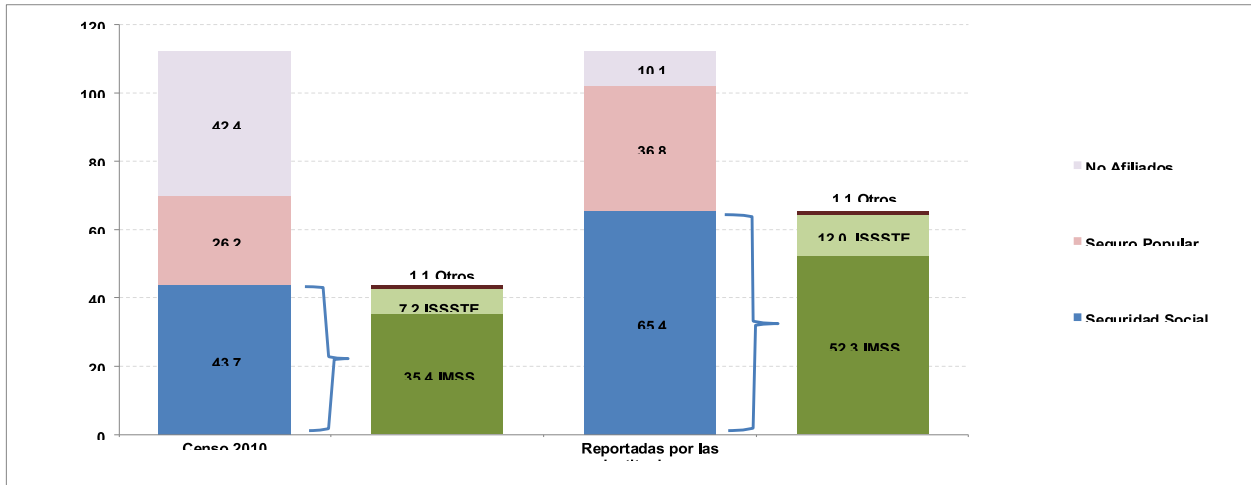
- Alta de registros administrativos confiables
- Desinformación de los beneficiarios
- Traslape de beneficiarios.

Por ejemplo, con respecto al punto referente al alta de registros administrativos confiables, el IMSS reporta que su estadística de 52.3 millones de derechohabientes proviene de sus bases de datos de afiliados y de pensionados, pero la relativa a los familiares corresponde a estimaciones con base en coeficientes familiares. Por otra parte, la afiliación en bloque (como en el caso de Progres/ Oportunidades) al Seguro Popular podría estar generando desconocimiento de la población de su afiliación. Durante 2010, de acuerdo a sus propias estadísticas, el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas, esto es, casi 48 mil personas al día.

Con respecto al traslape de beneficiarios entre instituciones, cifras de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 arrojan que 2.9% de los mexicanos (3.3 millones), reportaron estar afiliados a alguna institución de seguridad social y al Seguro Popular de forma simultánea, eso sin contar a aquellas personas que pudieran estar afiliadas a más de una institución de seguridad social. Estos traslapes además de deberse a los cambios en condición laboral de asegurados a no asegurados de aproximadamente el 20% de los trabajadores anualmente, también pueden atribuirse a: la fragmentación del sistema de salud en México, la falta de un padrón único de afiliados, la falta de conciliación de padrones entre el Seguro Popular y las instituciones de

seguridad social, y a problemas de selección adversa donde las personas hacen arbitraje dependiendo de los beneficios de salud de cada régimen.

### Composición de la afiliación 2010 por tipo de fuente de información (Millones de personas)

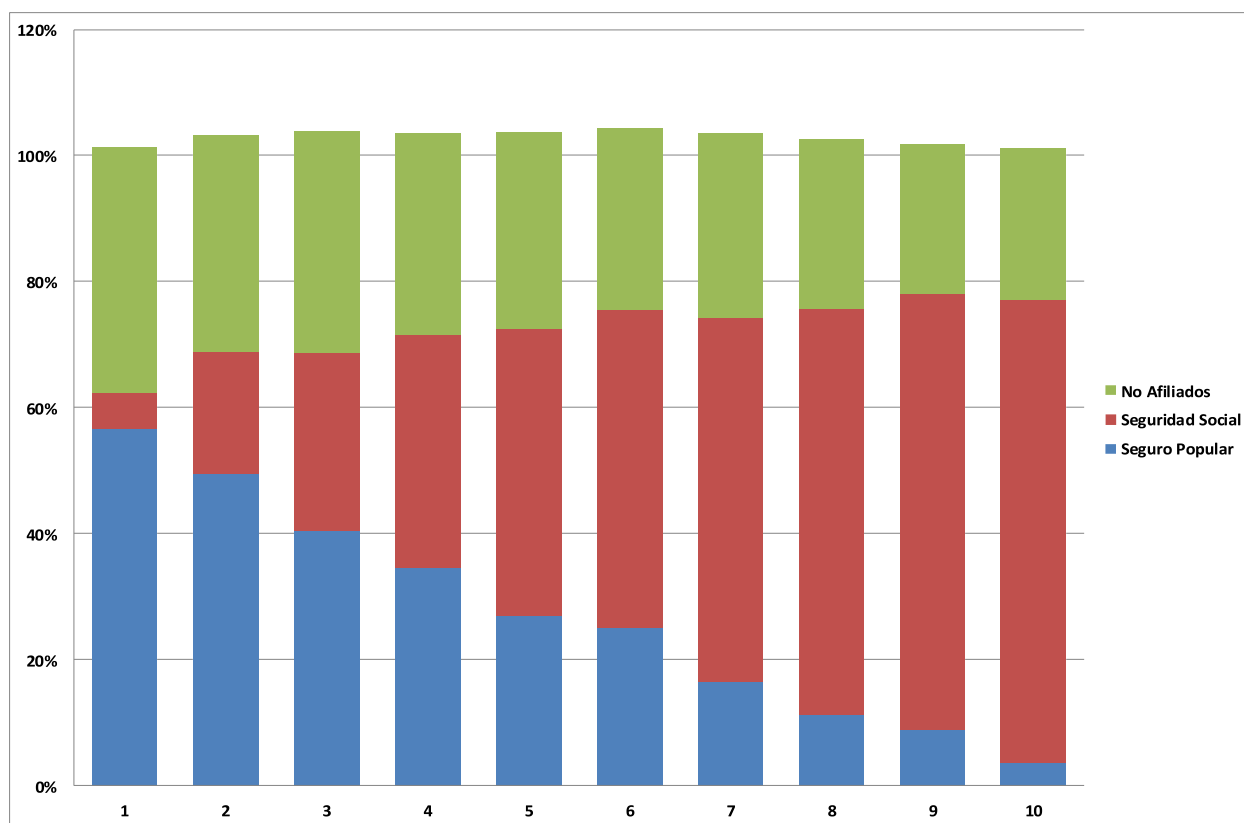


Fuente: Censo 2010, INEGI; memoria estadística del IMSS, Anuario Estadístico 2010 del ISSSTE, Informe de Resultados enero-junio 2010 del SPSS.

Nota: La cifra reportada por el Seguro Popular corresponde el primer semestre de 2010 y no a la cifra de cierre 2010 para que la información coincidiera con el periodo de levantamiento del Censo. Lo anterior debido a que en 2010 el Seguro Popular afilió a 12.4 millones de personas y en el primer semestre a 5.7 millones.

El Seguro Popular afilia a las personas sin seguridad social, independientemente de su nivel socioeconómico. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones con base en la ENIGH 2010, el Seguro Popular atiende principalmente a los deciles más bajos de la población, mientras que la seguridad social mayoritariamente a las personas de ingresos medios y altos. El 54% de las personas no afiliadas a alguna institución pública en 2010 se encontraba en los 4 deciles más pobres de la población.

## Composición de la afiliación de personas por deciles de ingreso, 2010

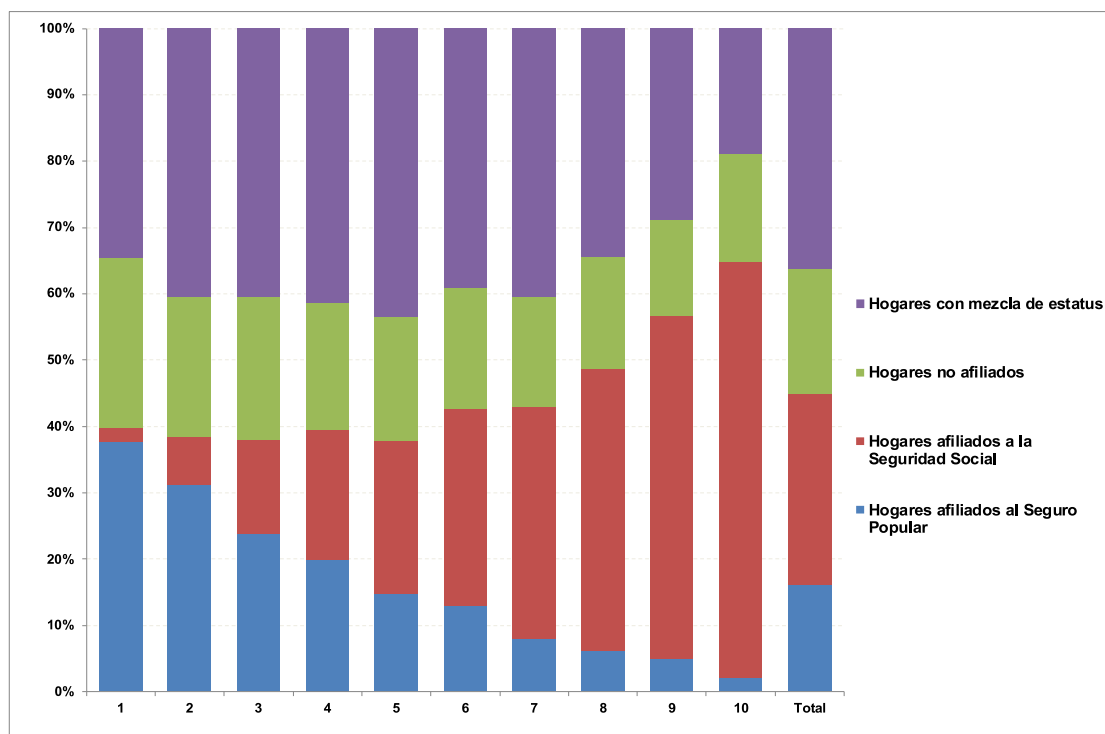


Fuente: ENIGH 2010.

Nota: Los porcentajes no suman 100, debido a que el 3.1% de la población reportó estar afiliada a la seguridad social y al Seguro Popular en forma simultánea.

Finalmente, cabe señalar que aunque se ha avanzado en términos de la afiliación a los servicios de salud, un fenómeno de las ineficiencias de tener diferentes sistemas es que coexisten en los hogares diferentes estatus afiliatorios. Mientras que el 63.7% de los hogares comparten estatus afiliatorio (16.1% al Seguro Popular, 28.8% a la Seguridad Social y 18.8% de no afiliados), el 36.3% de los hogares tienen mezcla de afiliación, es decir, algún o algunos de sus miembros están afiliados a uno o a otro sistema, o algunos de los miembros están afiliados y otros a ninguno.

### Distribución de hogares según condición de afiliación, por deciles de ingreso per cápita, 2010.



Fuente: ENIGH 2010.

Una de las barreras más importantes en la provisión de los servicios de salud y en el logro de la cobertura universal, y que por consiguiente pone en duda si ésta efectivamente se ha logrado, es la dispersión geográfica de las localidades rurales. De acuerdo al Censo 2010, en México hay 192,245 localidades, de las cuales, 188,594 (el 98.1%) son rurales (menos de 2,500 habitantes) y en las que viven 26 millones de personas; esto es, un promedio de 138.1 personas por localidad. Más de la mitad de las localidades del país, 103 mil localidades, tienen menos de 20 habitantes, y otras 36.2 mil localidades tienen entre 20 y 99 habitantes, lo que representa un reto en la instrumentación de cualquier política pública y en la provisión de servicios públicos.

Las localidades pequeñas no son sinónimo de localidades aisladas. De las localidades rurales: 36,228 están cerca de una ciudad (19.2% del total de

localidades rurales); 15,290 están cerca de un centro de población y casi 64 mil no están cerca de una localidad urbana pero que se encuentran conexas a una carretera. Sin embargo, hay poco más de 73 mil localidades (38.8%) clasificadas como aisladas, es decir, que no se encuentran cerca de una localidad urbana y están más de 3 km de una carretera, y en las que viven 6.7 M de personas, y son las que potencialmente representan un reto para provisión de los servicios de salud.

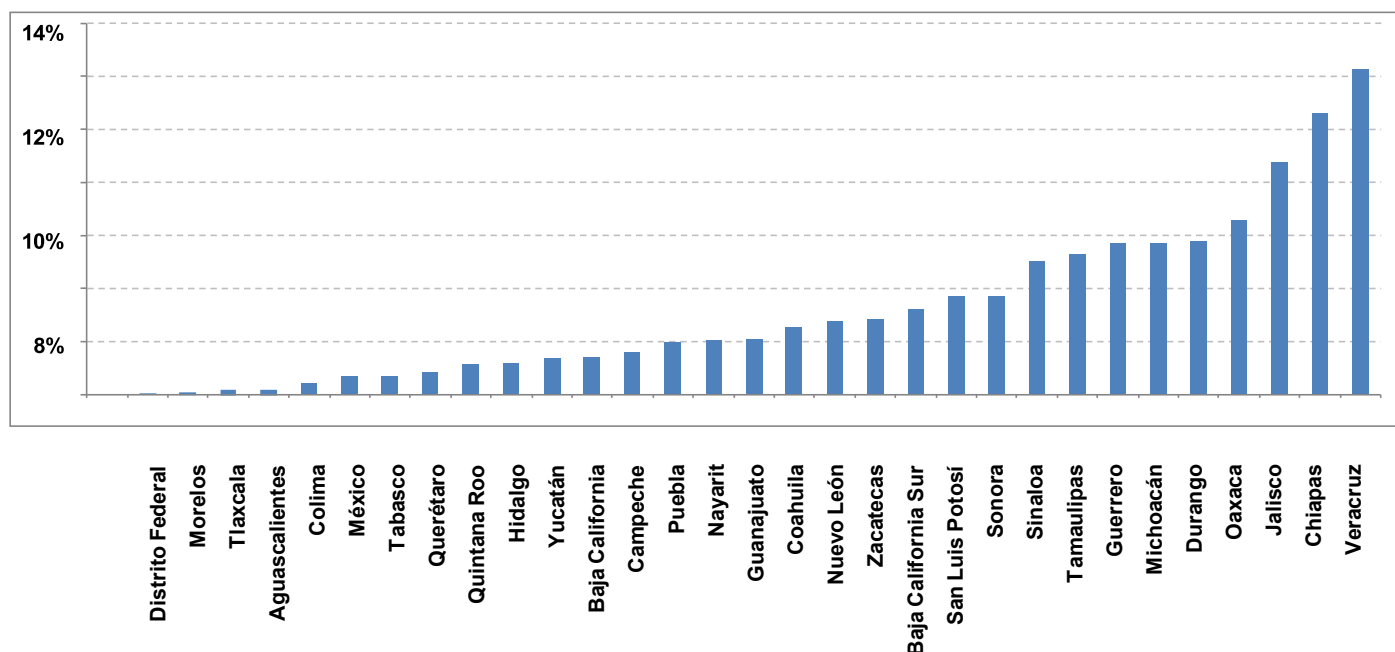
Del total de las localidades del país, el 7.4% (14,178) tienen un muy alto grado de acceso geográfico a los servicios de salud pues disponen en la localidad de un centro de salud y/o unidad de hospitalización; estas localidades concentran casi el 82% (91.6 millones) de la población del país. El resto de las localidades tienen diferente grado de acceso:

- Alto grado de acceso: 50 mil localidades con 10.4 millones de habitantes.
- Grado de acceso medio: 18 mil localidades con 2.3 millones de personas.
- Bajo y muy bajo grado de acceso: 52,658 localidades (27.4%) con 4.8 millones de personas.
- Sin acceso: 57,171 (29.7%) con 3.2 millones de personas (2.8% de la población del país). Estas son las localidades que presentan el mayor reto en la provisión de servicios de salud y donde se requiere una estrategia de provisión diferente.

Por último, siete entidades federativas concentran más de la mitad de las localidades sin acceso a servicios de salud como lo es en el caso de Chihuahua, Veracruz, Chiapas, Jalisco, Oaxaca, Durango y Michoacán.



## Distribución porcentual de las localidades sin acceso a servicios de salud por entidad federativa, 2010



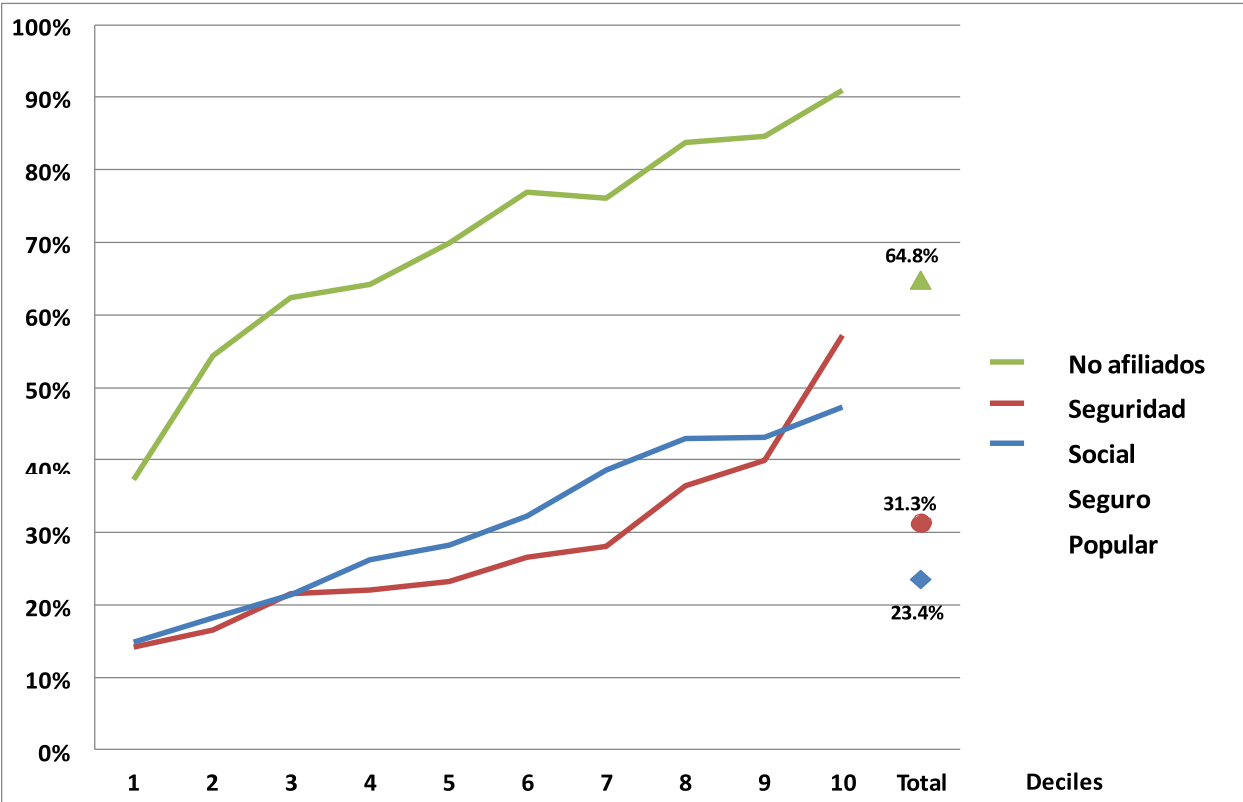
Fuente: CONAPO, CLUES y base de datos de distancia a centros de salud de Oportunidades.

Con respecto al uso de los servicios de salud, en 2010, 42.6 millones de personas (37.9% del total) reportaron usar consultorios, hospitales privados y consultorios de farmacias para atender sus problemas de salud, independientemente de su afiliación o no a las instituciones de seguridad social o al Seguro Popular. Aunque el porcentaje de uso de los servicios privados crece conforme el nivel socioeconómico, también la población en los deciles más bajos reporta hacer uso de ellos (Gráfica 7). Así, el 31% de la población en los 4 deciles más pobres hacen uso de los servicios privados de salud, aunque no necesariamente de forma exclusiva.

Por otro lado, la no afiliación no detiene el uso de los servicios provistos por la Secretaría de Salud: casi el 40% de las personas no afiliadas ni a la seguridad social ni al Seguro Popular hacen uso de dichos servicios, principalmente los de los deciles más bajos.

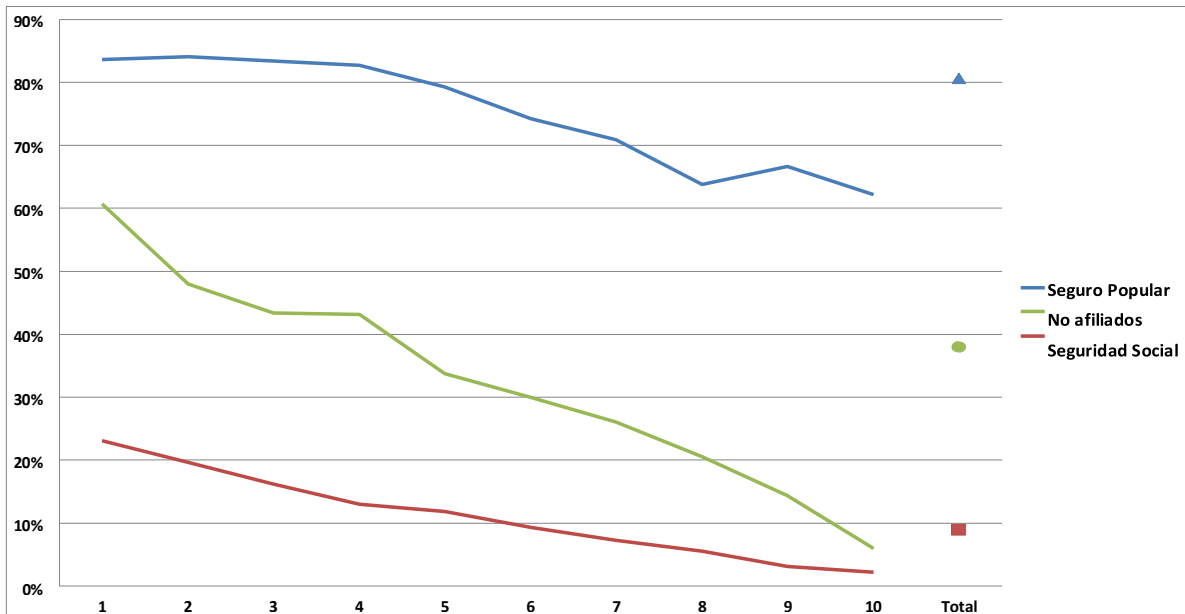
Como se menciona adelante, el 49% de los hogares del país gasta en salud un promedio anual de 5,138 pesos, siendo medicamentos y consultas médicas ambulatorias los rubros en lo que más se gasta, pues representan 30.2% y 28.3% de su gasto en salud, respectivamente.

**Personas que se atienden en consultorios de farmacias y/o en consultorios u hospitales privados, por afiliación y deciles de ingreso per cápita, 2010  
(Porcentaje respecto al total de cada decil)**



Fuente: ENIGH 2010.

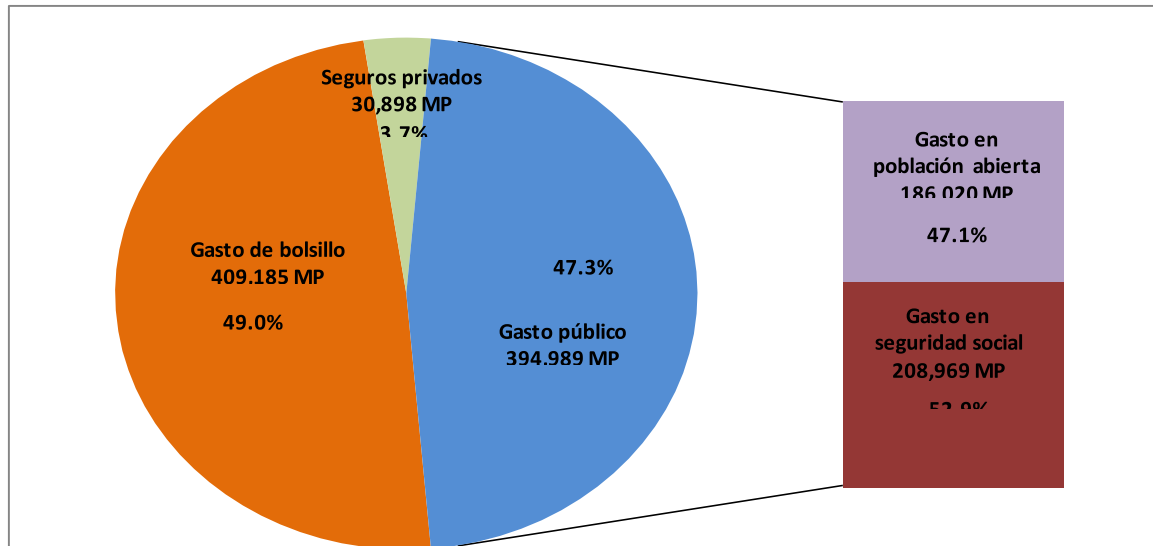
**Personas que se atienden en centros de salud, hospitales e institutos de la Secretaría de Salud, por afiliación y deciles de ingreso per cápita, 2010. (% respecto al total de cada decil)**



Fuente: ENIGH 2010.

En 2010, el gasto total en salud ascendió a 916,071 millones de pesos (MP), el 6.2% del PIB. Del total, el 49% fue erogado directamente por las familias mediante gasto de bolsillo, el 3.7% a través de seguros privados y el 47.3% restante lo constituyó el gasto público en salud. Del total del gasto público, el 52.9% corresponde al gasto en salud de las instituciones de seguridad social, de PEMEX y de las fuerzas armadas; y, el 47.1% al de los servicios estatales, de la Secretaría de Salud y de IMSS Oportunidades para población no cubierta para la seguridad social (población abierta). Aun cuando el gasto público ha aumentado considerablemente en la última década, México es el país de la OCDE con el menor gasto total en salud; sin embargo, es el país con mayor porcentaje de gasto de bolsillo (49% del gasto total) y sus costos administrativos representan el 10.7% porcentaje muy elevado en comparación al 4% promedio de los países de la OCDE.

## Composición del gasto total en salud (2010)



Fuente: OECD Health Data 2011 y Cuenta Pública.

En el esquema actual de financiamiento en salud en México, los hogares mexicanos llevan la mayor carga. Lo anterior debido a que además del gasto de bolsillo, una parte del considerado gasto público en salud - el relativo a los seguros de salud del IMSS y el ISSSTE- es financiada en su mayoría por aportaciones de los trabajadores (tanto del sector público como privado) así como por las cuotas patronales al IMSS, por un monto total de 106,826 MP (el 27% del gasto público); este último no considera las cuotas del gobierno como patrón. Considerando ambos rubros, en 2010 el gasto familiar y privado financió el 64.4% del gasto total en salud.

En 2012, el presupuesto de las instituciones públicas de salud asciende a 461,510.5 MP; de los cuales 226,119 MP (49%) se destinan a población sin seguridad social, en tanto que el 51% se dirige a la población asegurada por alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR). El gasto público total aumentó de 2000 a 2012 en 81.7% en términos reales (equivalentes a un gasto mayor en 2012 de 207,487 MP en ese año, con respecto a 2000), y de 2006 a 2012 en 36.7%. El crecimiento se concentra en el gasto destinado a la población sin seguridad social con

aumentos en los mismos períodos de 152.9% y 59.2% mayoritariamente Ramo 12- Salud (que incluye al Seguro Popular) el cual crece en los mismos periodos en 376.8% y 108.1%. El gasto público en salud para la población del sector privado y público con seguridad social tiene crecimientos diferenciados. El gasto en salud para la población afiliada del sector privado (IMSS) tuvo un crecimiento real del 36.0% y 16.6% para los mismos períodos, en tanto que los recursos canalizados a la población asegurada del sector público (ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) tuvieron incrementos de 68.5% y 32.7% en mismos lapsos.

**Gasto ejercido de las instituciones públicas de salud, 2000-2012**  
**Millones de pesos nominales**

INSTITUCION	2000	2006	2011	2012 / _**	Variación 2000	Variación 2006
					vs 2012/_***	vs 2012/_***
					Real / _***	Real / _***
NACIONAL	134,470.6	257,348.4	445,076.2	461,510.5	81.7%	36.7%
Población sin Seguridad Social (Secretaría de Salud con Seguro Popular, Ramo 33, IMSS- Oportunidades, Seguro de Salud para la Familia y Gasto Estatal)	47,331.3	108,220.6	208,045.0	226,119.0	152.9%	59.2%
Ramo 12 "Salud" / _1	12,599.5	41,547.7	99,806.4	113,479.7	376.8%	108.1%
Ramo 33 "FASSA"	22,832.4	40,674.3	59,627.8	61,951.0	43.6%	16.1%
Programa IMSS-Oportunidades / _2	3,661.9	5,151.9	7,849.2	8,500.0	22.9%	25.7%
Seguro de Salud para la Familia / _3	1,222.7	3,971.4	5,688.4	5,887.5	154.9%	13.0%
GASTO ESTATAL / _4	7,014.8	16,875.3	35,073.2	36,300.8	173.9%	63.9%
Población del Sector Privado con Seguridad Social (IMSS)	68,427.9	114,919.5	169,878.8	175,824.6	36.0%	16.6%
Instituto Mexicano del Seguro Social / _5	68,427.9	114,919.5	169,878.8	175,824.6	36.0%	16.6%
Población del Sector Público con Seguridad Social (ISSSTE, PEMEX, Defensa y Marina)	18,711.4	34,208.3	67,152.4	59,567.0	68.5%	32.7%
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado / _6	12,552.9	22,947.9	48,089.1	44,498.0	87.6%	47.8%
Petróleos Mexicanos / _7	4,397.7	8,321.8	11,873.7	8,691.9	4.6%	-20.4%
Secretaría de la Defensa Nacional / _7	1,659.3	2,326.1	5,653.5	4,982.4	58.9%	63.2%
Secretaría de Marina / _7	101.5	612.5	1,536.1	1,394.7	627.4%	73.5%

Fuente: Secretaría de Salud, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, Estados de Ingresos y Gastos por Ramo de Seguro del IMSS e ISSSTE, de diferentes años y Presupuesto de Egresos de la Federación para 2012. Variaciones reales se calcularon con el deflactor del PIB 2012.

El financiamiento de los servicios de salud para población no asegurada provistos por la Secretaría de Salud, los servicios estatales e IMSS Oportunidades se hace completamente con recursos públicos, mayoritariamente de origen federal (en un 84.5%) y en menor medida con recursos estatales. A nivel federal, el

financiamiento se encuentra disperso en varios programas con reglas diferentes lo cual complica aún más el escenario institucional y la relación entre la federación y las entidades federativas: Ramo 33-FASSA, el Ramo 12 con diferentes programas de la Secretaría de Salud incluyendo el Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación y el programa IMSS Oportunidades operado por el IMSS. Cabe señalar que aunque el diseño del Seguro Popular incluyó el pago de las familias afiliadas según su nivel socioeconómico; en la práctica, más del 98% de las familias están exentas del pago de la prima. En lo que se refiere al Seguro para la Familia de régimen voluntario ofrecido por el IMSS, al ser deficitario, su gasto es financiado en su mayoría por disponibilidades del IMSS (en un 67.6%), los afiliados aportan el 17.6% y el gobierno federal con la cuota social, el 14.8%.

Por su parte, los recursos registrados como gasto público destinado a los servicios de salud de la población afiliada al IMSS y al ISSSTE no provienen en su totalidad del Gobierno Federal. En el caso de los servicios de salud del IMSS, conforme a la LSS, su financiamiento proviene mayoritariamente de las cuotas de trabajadores y empleadores y en menor medida de la cuota social (del gobierno federal). Así, en 2011 (último año con cifras disponibles a este nivel), de los 169,878.8 MP que se gastaron en servicios de salud del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del IMSS, 108,489.9 (63.9%) provinieron de las cuotas obrero-patronales. En contraste, en el caso del ISSSTE, para el mismo año, de los 48,089.1 MP que se destinaron a servicios de salud, sólo 9,707 MP (20.2%) fueron financiados por los trabajadores (en este caso, el gobierno federal aporta a la vez la cuota social y la cuota del empleador). Los servicios de salud de Pemex y las Fuerzas Armadas, se financian en su totalidad por el gobierno federal.

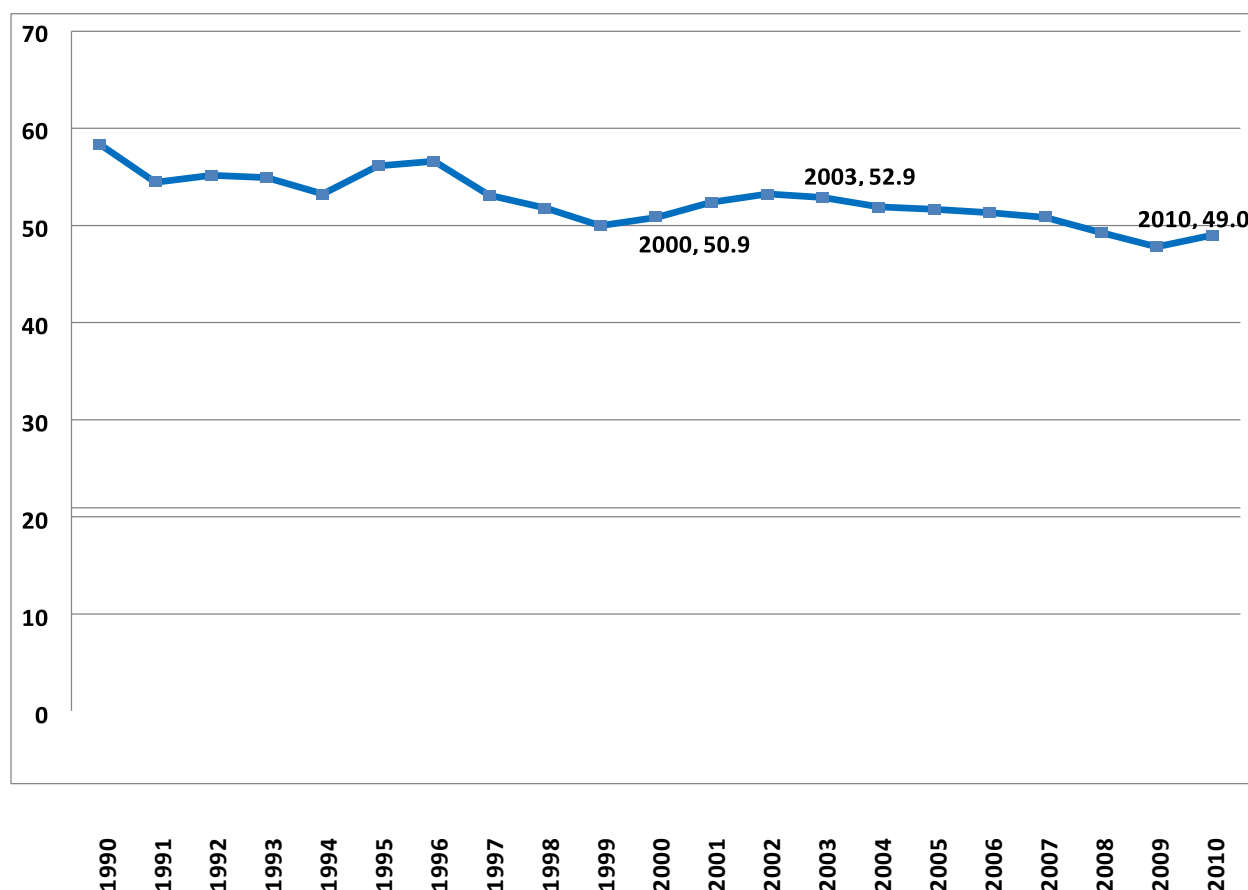
Así, considerando sólo los recursos fiscales del gobierno federal, en 2011 la aportación anual por persona según régimen de afiliación tiene una gran varianza y es la siguiente: IMSS, \$1,421; población no cubierta por la seguridad social

(atendida por servicios estatales de salud, Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades), \$2,439; ISSSTE, \$5,390; Pemex y Fuerzas Armadas, \$17,489. Como puede observarse, la población afiliada al IMSS es la que recibe la menor aportación per cápita del Gobierno Federal para sus servicios de salud, ya que en su mayoría éstos son financiados por las cuotas de trabajadores y patronos. Debe señalarse que los costos de administración y rectoría representan en promedio, el 22% del gasto público en salud, porcentaje demasiado elevado.

En 2003, año en que inició el Seguro Popular, el 52.9% del gasto total en salud provenía del bolsillo de los hogares; para 2010 ese porcentaje sólo ha disminuido 3.9 puntos porcentuales para quedar en 49.0%. El Informe de rendición de cuentas 2010 de la SSA lo marca en 47.2%. En ese mismo periodo, el gasto público en salud destinado a población abierta aumentó 91% en términos reales; esto es, cada punto porcentual de incremento del gasto público para personas sin seguridad social está asociado a una reducción del gasto de bolsillo de sólo 0.04 puntos porcentuales. Lo anterior sugiere que el gran incremento de recursos públicos a población sin seguridad social ha sido ineficiente para reducir el gasto de bolsillo, objetivo principal de la creación del Seguro Popular.



### Gasto en salud financiado por los hogares (gasto de bolsillo), como porcentaje del gasto total en salud, 1990, 2010



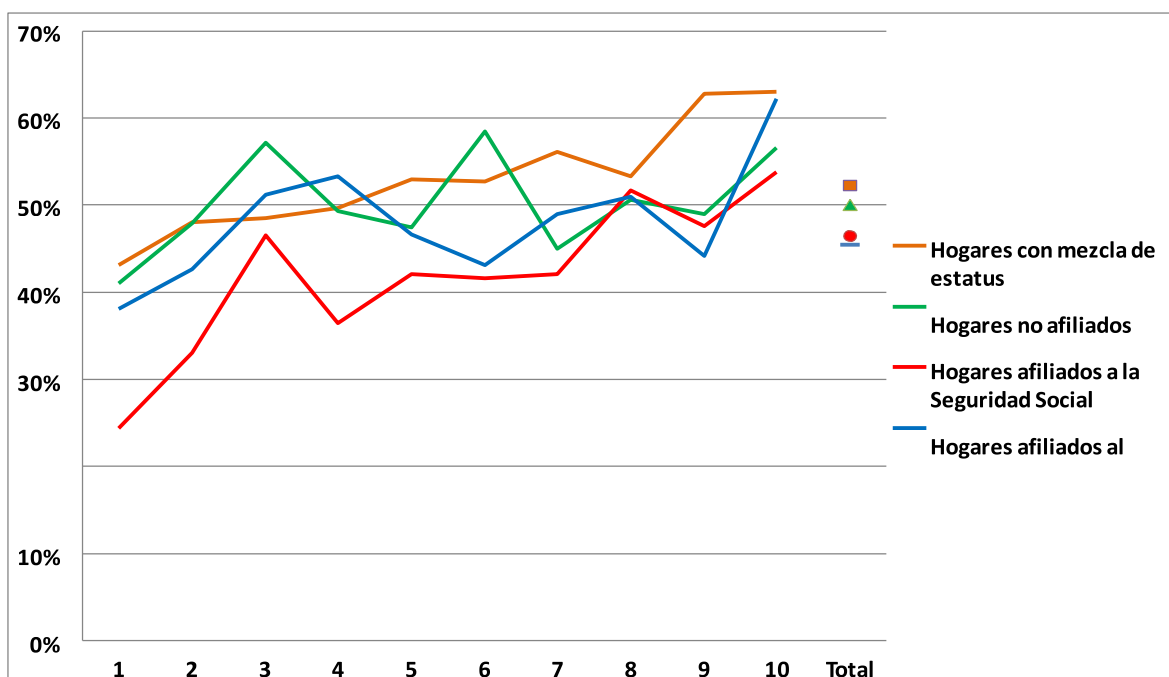
Fuente: OCDE.

El gasto total en medicamentos representa el 27.1% del gasto total en salud (1.7% del PIB), siendo el 80% desembolsado por los hogares, y el otro 20% por el sector público.

Por otro lado, de acuerdo a estimaciones con base en la ENIGH 2010, el 49% de los hogares del país gasta en salud un promedio anual de 5,138 pesos. Los rubros en los que más gastan los hogares son medicamentos y consultas médicas, pues representan 30.2% y 28.3% de su gasto en salud, respectivamente. Debe señalarse que los hogares gastan en salud, aun cuando

estén afiliados o no la seguridad social o al Seguro Popular, lo cual puede deberse a diferentes factores, entre otros, a una falta de cobertura y/o calidad adecuadas, que puede llevar a los hogares a acudir a consultorios privados e incluso auto-recetarse, así como a un inadecuado abastecimiento de las recetas en las farmacias de las instituciones públicas. La siguiente gráfica muestra el porcentaje de hogares que gasta en salud por decil de ingresos y afiliación. Como se puede observar, en promedio el porcentaje de hogares que gasta en salud es similar para el grupo de hogares afiliados a la seguridad social y al Seguro Popular, sin embargo, por nivel socioeconómico, hasta el decil 7, el porcentaje de hogares que gasta en salud es mayor para los hogares afiliados al Seguro Popular. Así, por ejemplo, en los 4 deciles más pobres, el 45% de los hogares afiliados al Seguro Popular gasta en salud, mientras que el porcentaje es de 39% para los afiliados a la seguridad social. Por otro lado, los porcentajes de hogares con gasto en salud son mayores para los hogares no afiliados y en los hogares con mezcla de estatus de afiliación. Lo anterior puede explicar cómo es que el porcentaje de gasto de bolsillo no haya disminuido como se esperaba con la implementación del Seguro Popular aún con el gran incremento en los recursos públicos dirigido principalmente a la atención de la población abierta.

## Hogares con gasto en salud, por afiliación y deciles de ingreso per cápita



Fuente: ENIGH 2010.

De acuerdo a la Ley General de Salud (LGS), la Secretaría de Salud es la encargada de ejercer la rectoría del sector. Sus facultades incluyen la regulación, la concertación y conducción de las políticas de salud; la vigilancia y la evaluación del desempeño del sector salud; así como el diseño, organización y vigilancia de las políticas en salud pública. A continuación se analiza la rectoría en los rubros de conducción sectorial, funciones de salud pública y beneficios y provisión de servicios; adicionalmente se incluye un componente de investigación en salud.

La conducción sectorial abarca:

- Definición y vigilancia de las políticas de salud
- Los sistemas de información
- Evaluación del desempeño.

Actualmente, la conducción del sector es complicada debido a su segmentación, y a las diferencias en el financiamiento, estructuras y procesos de las instituciones que lo componen. Además, la situación actual de la descentralización también representa un factor adicional de complejidad, debido a la debilidad de la interacción entre los ámbitos federal y estatal, a la falta de normas claras y específicas principalmente para ligar el presupuesto a indicadores de desempeño y para la rendición de cuentas, y a la necesidad de mayor capacitación del personal directivo en las entidades federativas.

La información en salud del país está a cargo del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y comprende: a) estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; b) factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y c) recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la atención a la salud de la población. En la práctica, los sistemas de información en salud también son segmentados y no son homogéneos. Las instituciones del sector tienen sistemas de información propios, con distintos grados de desarrollo y funciones. Esta situación obstaculiza el flujo de información entre las instituciones y el SINAIS, lo que limita la capacidad de analizar y utilizar con precisión y oportunidad la información en salud.

La evaluación del desempeño está a cargo de la Dirección General de Evaluación del Desempeño la cual tiene las atribuciones para establecer el marco normativo de las evaluaciones al interior de la Secretaría de Salud en lo que se refiere a las condiciones de salud, trato adecuado y equidad en el financiamiento y, en su caso, debe analizar y proponer alternativas para los problemas detectados.

Cada institución tiene sus sistemas de registro y vigilancia y realiza sus propias evaluaciones de desempeño. Estas se enfocan principalmente a programas específicos y la evaluación del impacto en la salud es todavía un proceso

incipiente. Mejores evaluaciones contribuirían a definir e implementar políticas más robustas; por ejemplo, para poder atribuir causalidades a las grandes diferencias que se observan en la mortalidad de menores de cinco años en México, donde Chiapas y Guerrero tienen una tasa de 22.9 y 22.8 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, mientras que en Nuevo León es de 12.1 por 1000. Estas asimetrías resaltan la importancia de la información y evaluación para equilibrar y articular del desempeño del sector en conjunto.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realiza y coordina evaluaciones de la política social del país, dentro de la cual se encuentra la salud. Al respecto, CONEVAL en 2011 evaluó quince de los 40 programas de salud. En su Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011, destaca que las evaluaciones del Seguro Popular señalan que se ha mejorado la equidad del financiamiento en salud para la población no asegurada, pero identificó los retos para mejorar el acceso efectivo, transparentar el uso de los recursos y de contar con un sistema más integrado de salud y con un servicios más homogéneo entre las instituciones.

Los programas nacionales de salud pública son de carácter obligatorio, están publicados en el Diario Oficial por acuerdo de la SSA (v.gr. Vacunación Universal) y se ha avanzado en su fortalecimiento. Por ejemplo: (i) la descentralización y desconcentración de la responsabilidad y los recursos a las secretarías de salud estatales para operar los programas de salud pública; (ii) la expansión de acciones de salud pública, como el esquema de vacunación a los menores de cinco años el cual pasó de seis a quince biológicos; y, (iii) el incremento de los recursos para salud pública.

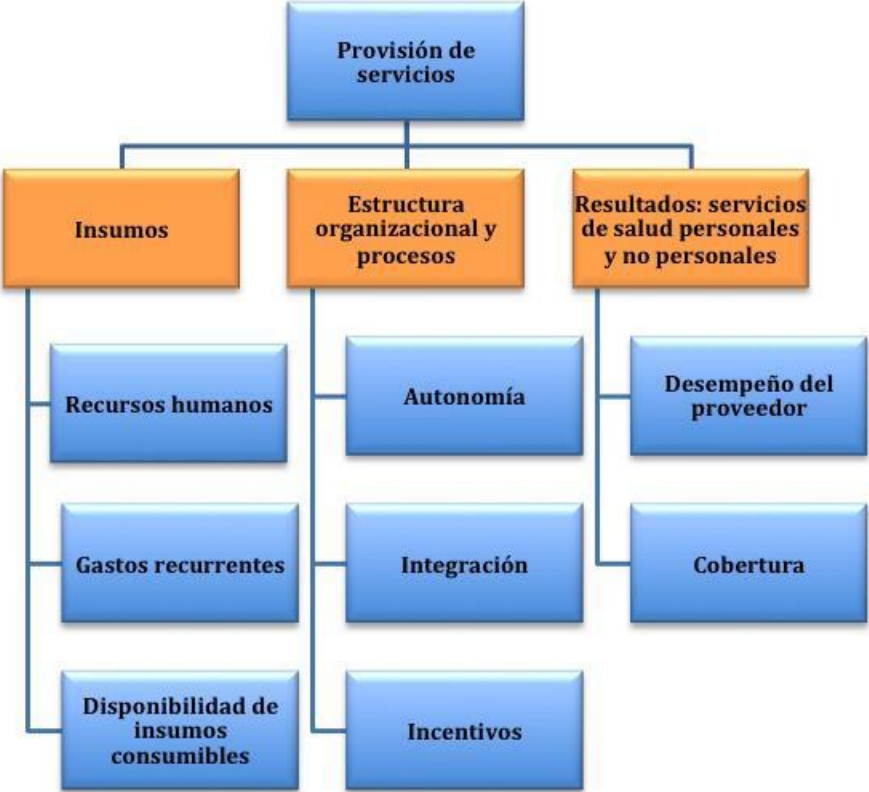
La implementación de los programas de salud pública es responsabilidad de las instituciones de salud y las secretarías de salud estatales y es heterogénea para algunos programas; por ejemplo, las vacunas de neumococo, rotavirus y virus

papiloma se han aplicado con diferente periodicidad y con diferentes inmunógenos; y por algunas instituciones de forma general y por otras sólo en ciertas localidades.

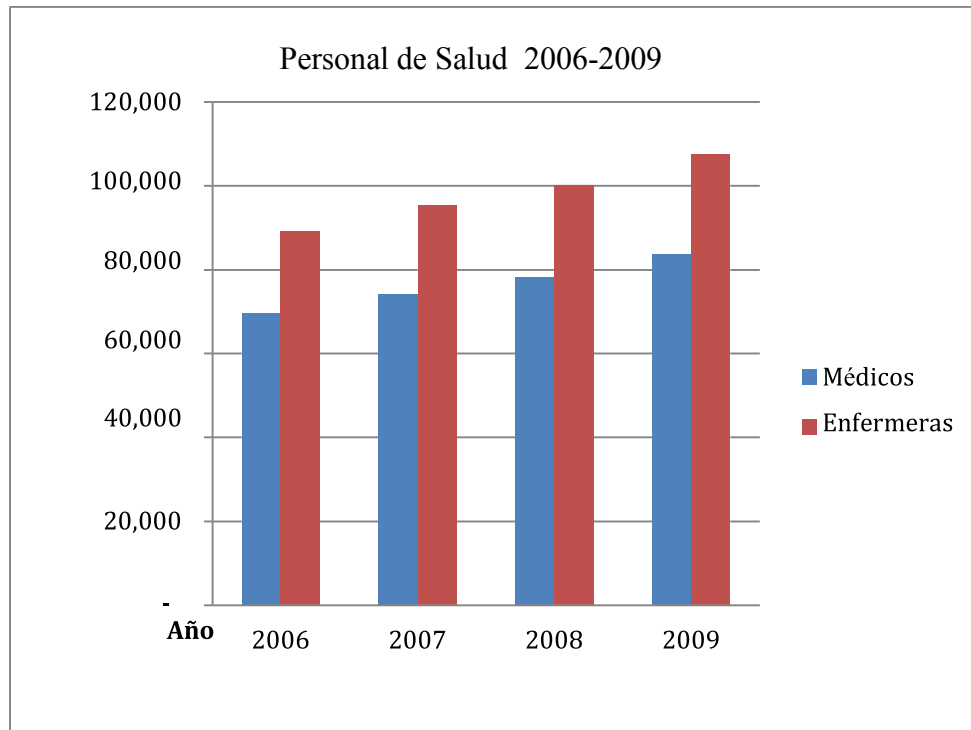
Dentro de los principales retos de salud pública se encuentran: i) el diseño y la mejor articulación de las acciones de salud pública a las necesidades de salud de la población con especial atención a los problemas emergentes (por ejemplo, la cobertura de detección de hipertensión actualmente sólo identifica a la mitad de los pacientes con este problema a pesar de que la enfermedad cardiovascular está entre las principales causas de muerte en el país; ii) acciones intersectoriales de salud pública, las cuales actualmente son limitadas; los avances del control del tabaco y de prevención de accidentes automovilísticos son un referente para este tipo de acciones; (iii) la existencia de diferentes programas institucionales de prevención de alcance nacional (PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura) que tienen mecanismos de operación y evaluación propios y que no son homogéneos con respecto a los servicios que ofrecen, cuando debieran constituirse en un solo programa; (iv) la prevención secundaria dirigida a la identificación temprana de complicaciones de padecimientos crónicos, la cual actualmente es muy limitada (por ejemplo, los complicaciones tardías en diabetes); v) distinguir y etiquetar presupuestalmente los recursos para salud pública de los recursos para atención médica; y, vi) desarrollar políticas y acciones en materia de salud ambiental y ocupacional.

El objetivo primario de la provisión de servicios es mejorar el resultado/ganancia en salud y responder a las expectativas de la población, y al mismo tiempo reducir las inequidades en salud evitables. La provisión de servicios parte del supuesto de que las necesidades de la población se debieran satisfacer con los servicios de la mejor calidad y cantidad posibles y con la mayor eficiencia. Para analizar la provisión de servicios en el sector salud mexicano se utilizó la propuesta de la OMS para evaluar el desempeño de los servicios de

salud la cual se muestra en la figura 2 y tiene tres áreas: insumos; estructura organizacional y procesos; y resultados. A continuación se desarrollan los componentes principales.



Los recursos humanos (médicos y enfermeras) en el sector público se han incrementado en forma gradual; el total de médicos aumentaron en el período 2006- 2009 en 20% y las enfermeras en 20.4 %.

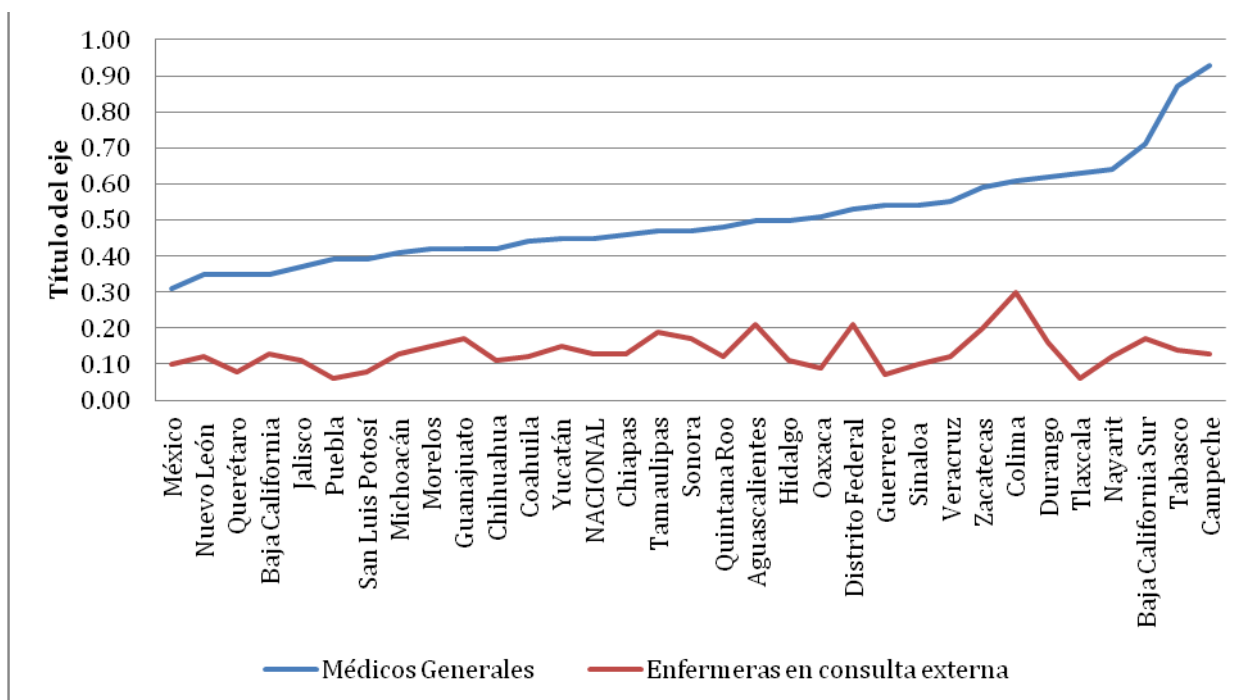


Fuente: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud.  
<<http://www.sinais.salud.gob.mx>>

Sin embargo, tomando como referente los parámetros de la OCDE para evaluar recursos humanos en salud, se identificó que en nuestro país es indispensable un mayor número y una mejor distribución de médicos y enfermeras para tener por lo menos un médico general o familiar y una enfermera por cada 2000 habitantes, como se propone en este documento. Actualmente, México tiene 0.45 médicos generales por cada 1000 habitantes y en las entidades federativas la variación es de 0.3 a 0.9 médicos; los países de OCDE tienen en promedio 0.8 médicos. Además la mayor parte de los médicos labora en áreas urbanas. Para tener un médico por cada 2000 habitantes, se requerirían adicionalmente aproximadamente 10,000 médicos generales o familiares. Esta meta es factible en el corto plazo ya que se gradúan 12,000 médicos generales cada año y sólo 6,400 ingresan a residencias médicas.



### Médicos Generales y Enfermeras en consulta externa por 1,000 habitantes por Entidad Federativa, 2009



Fuente: Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 2009. Secretaría de Salud \*Sin Institutos Nacionales de Salud para las Enfermeras

México en total tiene 2.5 enfermeras (de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel) por cada 1,000 habitantes y el promedio de la OCDE es de 9.6 enfermeras/1,000). Considerando únicamente las enfermeras que laboran en unidades clasificadas como rurales y urbanas de la Secretaría de Salud (2009), nuestras estimaciones indican que en nuestro país hacen falta aproximadamente 25,000 enfermeras para alcanzar el promedio de una enfermera por cada 2,000 habitantes para la atención primaria. Esta meta también es factible de alcanzar dado que se gradúan 17,300 licenciadas en enfermería anualmente. La escasez de enfermeras se atribuye a los bajos salarios y a condiciones de trabajo desfavorables. Las tareas que realizan en atención primaria son actividades preventivas y comunitarias; en el ámbito hospitalario y en el cuidado de pacientes a domicilio resultan prácticamente imprescindibles en el contexto actual del país. Además, su nivel de formación y especialización es cada vez más complejo, lo cual les permite brindar

servicios de salud de carácter curativo y con la posibilidad de prescribir medicamentos. La ampliación en el número de enfermeras y en sus actividades permitiría expandir la cobertura y alcance de los servicios de atención primaria.

El Observatorio de Desempeño Ambulatorio 2010 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) reportó la asimetría del personal de salud entre instituciones. En el IMSS los médicos de atención primaria tienen título universitario y 40% tienen especialidad en medicina familiar; en la Secretaría de Salud, el 41% son pasantes de medicina en el servicio social (médicos que todavía no tienen título universitario) de los cuales el 81% trabaja en unidades médicas rurales. La provisión de servicios por médicos pasantes en el ámbito rural se originó a partir de la escasez de personal médico en los años 50's y desde entonces esta estrategia se ha mantenido; no obstante, se ha reconocido la necesidad de que la población rural sea atendida por personal profesional con un esquema de contratación atractivo y con altos estándares de calidad. En el país, hay 11,000 médicos pasantes laborando en instalaciones de la SSA y del Programa IMSS-oportunidades y la transformación de estas plazas hacia puestos permanentes seguramente requerirá una estrategia de mediano plazo.

Diversos análisis han señalado la necesidad de vincular la formación de los médicos con las actividades que deberán realizar y de articular al número de egresados con la potencial disponibilidad de plazas de trabajo. La Facultad de Medicina de la UNAM modificó el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, agregó nuevas áreas de formación en congruencia con el quehacer de los médicos generales y el perfil epidemiológico de la población; además ha identificado las áreas específicas en las que es indispensable incrementar la formación de médicos especialistas por ejemplo: nutrición clínica, geriatría, oncología pediátrica y nefrología.

La vinculación con el mercado de trabajo es necesaria debido a la dinámica laboral de las instituciones públicas. El IMSS estima que entre 2010 y 2015 requerirá 3,963 especialistas para cubrir sus plazas vacantes, y en los siguientes 15 años se jubilarán 34,600 médicos, esta cifra da cuenta de la potencial demanda en la formación de médicos generales y de médicos especialistas.

En 1997 la descentralización de la Secretaría de Salud a las entidades federativas concluyó con la conformación de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) *“con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de dirigir, administrar, operar y supervisar los establecimientos de servicios de salud transferidos por la SSA a los gobiernos estatales, administrar los recursos asignados, las cuotas de recuperación o de cualquier otro título legal e integrar un acervo de información y documentación que posibilitara a las autoridades e instituciones competentes la investigación, el estudio y el análisis de la salud.”* En la Ley de Coordinación Fiscal se creó en 1997 dentro del Ramo 33 el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

En 2003, la reforma a la LGS que crea el Seguro Popular, estableció que la mayor parte de sus recursos se asignarían y ejercerían directamente por los estados. En 2006, se firmó el Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud que incluyó las funciones de prestación de servicios, salud pública y control sanitario y se establecieron convenios de coordinación entre la federación y los estados. También se incluyeron los inmuebles y recursos humanos. En la actualidad, los principales retos son la transparencia y la rendición de cuentas de los recursos asignados a salud, a las entidades federativas y la liga de los recursos a indicadores de desempeño (por ejemplo, acceso efectivo, surtimiento de medicamentos, personal de salud). Asimismo, que el establecimiento de planes, programas y metas por la SSA incentiven su cumplimiento por los servicios estatales con un ejercicio eficiente de los recursos.

En 2010, la SSA publicó la iniciativa de la integración funcional del Sistema Nacional de Salud como una estrategia para alcanzar la cobertura universal, con dos vertientes: *portabilidad* y *convergencia*, pero sin fijar un calendario. La portabilidad pretende que los usuarios tengan acceso a servicios de salud en cualquiera de las instituciones del sector y tiene tres elementos: (i) expediente clínico electrónico; (ii) padrón universal; (iii) medio de identificación.

- Expediente clínico electrónico. Desde 2003 el IMSS e ISSSTE tienen expediente electrónico en su red de unidades de atención primaria; algunas de las secretarías de salud estatales tienen expedientes clínicos electrónicos con diferentes arquitecturas y funcionalidades. El reto es lograr la interoperabilidad, en lugar de que el sector cuente con un expediente electrónico único, lo que permitiría un manejo más oportuno y eficiente de la información.
- Medio de identificación. Actualmente no existe un modelo único. Las instituciones utilizan diferentes medios de identificación que no permiten el cruce de los diferentes padrones. El reto es extender el uso de la Clave Única de Registro de Población como dígito identificador en todo el sistema de salud ya que actualmente no se utiliza en todos los casos como parte sustantiva de los sistemas de registro
- El Padrón Universal de afiliados al sistema nacional de salud a la fecha no existe. El reto es construirlo y mantenerlo actualizado.

En convergencia, el documento de la SSA plantea como fin de esta estrategia garantizar la coordinación en el uso compartido de recursos y reducir los costos. Contiene los siguientes elementos: guías de práctica clínica, sistema de intercambio de servicios, política de adquisición y abasto de medicamentos, plan maestro sectorial de recursos para la salud y paquete de servicios. Estas actividades no tienen un calendario de implementación y actualmente se limitan al intercambio de servicios con tres convenios marco: i) Convenio de

Portabilidad 32x32 del SPSS con los Sistemas Estatales de Salud (SESA); ii) Convenio Marco para la Atención de la Emergencia Obstétrica, entre el IMSS, el ISSSTE y la SSA; y iii) Acuerdo General de Colaboración para el Intercambio Interinstitucional de Servicios.

En 2011, el INSP evaluó el avance de la integración funcional. La evaluación reportó múltiples retos económicos, administrativos, legales y organizacionales para lograrla.

El desempeño permite medir la situación actual y el avance de las intervenciones encaminadas a mejorar los servicios de salud. Algunos de los componentes del desempeño recomendados por la OMS son: conocimiento y habilidades del personal de salud; y grado de participación y satisfacción de los usuarios y efectividad de los procesos; calidad de las intervenciones educativas y, métodos para mejorar la calidad de atención y desarrollo de procesos de acreditación. El modelo de la OCDE incluye calidad (efectividad técnica, seguridad, atención centrada en el paciente), acceso efectivo y eficiencia y costo-efectividad.

Las instituciones de salud utilizan sistemas de evaluación de desempeño con indicadores, periodicidad, métrica y transparencia diferentes, que dificultan el seguimiento y la evaluación de la operación, la toma de decisiones informada y las comparaciones entre proveedores. Los principales retos son diseñar un sistema de evaluación del desempeño con indicadores semejantes para todas las instituciones, que tengan datos confiables, oportunos, con la misma métrica y periodicidad, públicos y disponibles para la toma de decisiones; asimismo definir estándares para que estos indicadores aseguren una provisión uniforme y de creciente desempeño.

Existe confusión en el uso de los términos afiliación, cobertura, cobertura efectiva y acceso efectivo. Afiliación se refiere al registro de una persona a una institución

proveedora de servicios de salud. En México, en el caso de las instituciones de salud diferentes a las de seguridad social no se requiere de afiliación para acudir a los servicios. Cobertura se refiere al número de personas afiliadas en relación al total de la población objetivo. Cobertura Efectiva se define como la probabilidad de que el individuo reciba una ganancia en salud derivada de intervenciones en salud en caso de necesitarlo. Para ello deben medirse demanda, acceso, utilización y ganancia en salud. Acceso efectivo es el grado de ajuste entre el sistema de salud y los usuarios e incluye dimensiones de ajuste (disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad de compra y aceptabilidad).

Los conceptos de afiliación y cobertura que son los más publicitados no aseguran ni la cobertura efectiva ni el acceso efectivo. Son insuficientes para determinar el potencial beneficio en salud de estar afiliado y recibir los servicios de salud que es medido por la cobertura efectiva la cual considera la identificación de necesidades, la información que tienen las personas sobre las intervenciones disponibles y la evaluación. Por ejemplo, la cobertura efectiva de los Programas Nacionales de Vacunación o de Detección de Cáncer Cervicouterino. Las mediciones de cobertura efectiva en países latinoamericanos, incluido México, indican que es indispensable contar con mejor información y que los programas en salud no han alcanzado la cobertura efectiva deseable. En 2006 se realizó un estudio en México para medir la cobertura efectiva de 18 indicadores de, entre otros, vacunas, atención materno-infantil, detección de cáncer cervical y de mama y atención de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, artritis e hipercolesterolemia. El estudio mostró que solo fue factible medir la cobertura efectiva en 8 indicadores; el resto carecían de información sobre calidad de atención.

En el caso del acceso efectivo que mide la relación entre la comunidad y el sistema de salud, la afiliación y la cobertura no aseguran que la población tenga acceso a instalaciones y personal, con tecnología, insumos, medicamentos y capacidad resolutive. Hoy en día no se conoce el grado de acceso efectivo de las

comunidades a los servicios de salud. Las mediciones de CONEVAL de acceso a la salud de la medición multidimensional de la pobreza utilizan datos de afiliación.

Los retos principales son elaborar un sistema de medición de indicadores de cobertura efectiva para los diferentes programas específicos y establecer indicadores de acceso efectivo que permitan saber por localidad el acceso real a los servicios de salud.

La investigación científica contribuye a la toma racional de decisiones en el área de la salud, tanto en el nivel individual de atención clínica de los enfermos, como en el ámbito colectivo relacionado con la toma de decisiones públicas. La necesidad imperativa de utilizar información basada en evidencia científica es un rasgo cultural común a las sociedades modernas que han alcanzado los mayores niveles de desarrollo, no solo por su valor intrínseco, sino por sus implicaciones utilitarias. Cada vez se reconoce más, que la investigación científica constituye un motor estratégico clave para impulsar el desarrollo y la economía de un país.

La producción científica mexicana en las ciencias de la salud en el periodo 1995-2005 registró 20,629 artículos científicos, de los que el 36% correspondió a los Institutos Nacionales de Salud, 28% a la UNAM, 13% al IMSS y 9% al CINVESTAV. Sin embargo, los artículos científicos no pueden ser los únicos productos de la investigación en esta área del conocimiento, ya que debe también participar en la identificación y propuesta de alternativas de solución a los problemas de salud, así como contribuir a la formación de recursos humanos. Requerimos migrar de la agenda de los intereses individuales de los investigadores, a la construcción de una agenda de prioridades de investigación en salud, conjuntando los esfuerzos de las áreas biomédica, clínica, epidemiológica, social y de servicios de salud, para que los resultados

de la investigación se traduzcan en el tiempo en mejores niveles de salud para la población.

Los principales retos a enfrentar son: 1) vincular la investigación biomédica a las necesidades de salud del país; 2) estimular la relación de la investigación biomédica con la innovación tecnológica, el desarrollo de patentes y la vinculación investigación- industria; 3) favorecer la investigación clínica para el estudio de problemas de salud priorizados por su relevancia, factibilidad, aceptabilidad política, aplicabilidad, urgencia de contar con nueva información y adecuación a los principios éticos; 4) estimular la investigación en ciencias sociales que es la menos desarrollada en el país y dirigirla principalmente a los grupos de población vulnerables (pobreza, migrantes, ancianos, indígenas, minorías sexuales, discapacitados, víctimas de violencia, mujeres en prostitución, niños en situación de calle, enfermos mentales); 5) fortalecer la relación de la investigación con la formación de recursos humanos; e, 6) incrementar la difusión de la producción científica nacional entre la población general con el fin de contribuir a ampliar su cultura científica.

Las distintas instituciones que componen el sector ofrecen distintos beneficios a sus afiliados. La seguridad social y la Secretaría de Salud no son substitutos perfectos y tienen diferencias en cuanto a sus bases legales, criterios de afiliación y beneficios otorgados, por lo tanto las personas afiliadas a los distintos esquemas no reciben los mismos beneficios, lo que por un lado es inequitativo, y por el otro, fomenta los problemas de selección adversa donde las personas hacen arbitraje entre los esquemas. A continuación se describen brevemente estas características.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud financia los servicios de salud a través del Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Estos servicios son otorgados principalmente en instalaciones de las Secretarías de Salud de los estados mediante paquetes e



intervenciones específicas: que cubren 1,585 diagnósticos definidos en: el Catálogo Universal de Servicios de Salud para atención primaria y hospitalaria de segundo nivel, las reglas de operación del SMNG y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Los paquetes/intervenciones de servicios se diseñaron en base al conocimiento de las necesidades de salud de la población, buscando favorecer la equidad y bajo un principio de eficiencia en la provisión de servicios. Adicionalmente los proveedores de servicios de salud a la población sin seguridad social, reciben recursos de la SSAQ, del ramo 33 FASSA, de IMSS Oportunidades y de recursos estatales.

El IMSS tiene un régimen obligatorio y un régimen voluntario. El régimen obligatorio, que es para los trabajadores asalariados y sus familias, comprende cinco ramos básicos de protección social: a) Seguro de enfermedades y maternidad (SEM); b) Seguro de riesgos de trabajo; c) Seguro de invalidez y vida; d) Seguro de retiro y vejez; e) Prestaciones sociales y guarderías.

El SEM garantiza la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, cubre 21 apartados de la 10a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos. El IMSS no tiene definidas las intervenciones o un paquete de beneficios explícitos; otorga los servicios en base a la capacidad resolutive de las unidades médicas que están organizadas de acuerdo a la complejidad de servicios que ofrecen. También puede otorgar servicio mediante convenios de subrogación con otras instituciones; incluso está facultado para revertir cuotas a las empresas que ofrezcan a sus trabajadores los servicios médicos y hospitalarios. El Cuadro 6 muestra las diferencias existentes entre el IMSS y La Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El régimen voluntario del IMSS cuenta con el Seguro de Salud para la Familia (SSFAM), al cual pueden incorporarse todas aquellas personas que no tienen derecho de acuerdo a su condición de trabajador. El Art. 240 Ley de la Seguro Social, establece que *“todas las familias en México tienen derecho a un*

*seguro de salud para sus miembros y para ese efecto, podrán celebrar con el Instituto Mexicano del Seguro Social convenio para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en los términos del reglamento respectivo.”* La Ley establece las cuotas a pagar por grupo de edad y al igual que en el régimen obligatorio, el Gobierno Federal cubre una cuota por familia afiliada a este seguro voluntario cuyas prestaciones en salud son las mismas descritas en el SEM.

El SSFAM no cuenta con un número significativo de afiliados y es deficitario. En el período 2005-2009, el SSFAM incrementó su número de asegurados de 334.000 a 371.000 asegurados y ha registrado resultados deficitarios desde 2001. En 2009, el monto de sus ingresos cubrió solamente 32% de sus gastos. El déficit se atribuye a diferentes causas: a) otorgamiento de servicios médicos sin restricciones; b) preexistencia de condiciones de los asegurados; c) selección adversa, e, d) insuficiencia de las cuotas que se cobran a los afiliados. Las estimaciones indican que para equilibrar financieramente al SSFAM, entre 2010 y 2025, sería necesario incrementar 721% las cuotas.

El informe de CEPAL 48 señala que “el Sistema de Protección Social en Salud ha avanzado hacia la afiliación universal en instituciones con servicios de salud y a la constitución de un paquete básico universal, pero ha profundizado la segmentación y jerarquización del Sistema Nacional de Salud, con deficiencia en la integración de los diversos segmentos que lo constituyen,” por lo cual todavía no se puede asumir el logro de la cobertura universal.

<b>Diferencias en las características, prestaciones y servicios de salud ofertados por el IMSS (régimen obligatorio) y por el Seguro Popular</b>		
	<b>IMSS</b>	<b>Comisión Nacional de Protección Social en Salud</b>
<b>Requisitos de afiliación</b>	Afiliación obligatoria para las personas que de forma permanente o eventual preste un servicio remunerado, personal y subordinado.	Afiliación voluntaria
<b>Pago por el afiliado</b>	Contribución proporcional al salario	Gratuito en función del decíl de ingreso (en la práctica todo es gratuito)
<b>Beneficiarios</b>	El cónyuge o pareja del asegurado o pensionado, así como los ascendientes y descendientes del asegurado o pensionado señalados en la Ley	La inscripción es por individuo.
<b>Prestaciones</b>	En salud, económicas**, sociales y pensiones	En salud
<b>Servicios de salud ofertados</b>	21 apartados de la 10a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), lo que representa 12,487 diagnósticos.  No hay una definición de intervenciones, sino una cartera de servicios otorgados en base a la capacidad resolutive de las unidades médicas de 1º, 2º y 3er nivel.	284 intervenciones* con 1,585 diagnósticos del CAUSES.  131 intervenciones del SMNG  Del FPGC
* Se denominan intervenciones porque son un conjunto de enfermedades y actividades de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación; también comprenden medicamentos y exámenes de laboratorio y gabinete. ** Las prestaciones económicas cubren la pérdida de ingreso laboral después del tercer día de incapacidad debido a una enfermedad general u ocupacional; la incapacidad puede ser temporal o permanente.		

El mercado de medicamentos en México vale 190.9 mil millones de pesos (MP) anuales en 2011, conforme a estimaciones de IMSHealth. De este total, de acuerdo a estimaciones propias, el sector público compra aproximadamente 60,000 MP (de los cuales la mitad son genéricos); principalmente a través de dos mecanismos: compra de medicamentos (compra por pieza) y compra de servicios de distribución y provisión de medicamentos (servicios integrales). El resto del mercado (130 mil MP) tiene una mezcla de genéricos intercambiables, genéricos de marca y medicamentos de patente.

En un cálculo conservador, el precio de venta de un medicamento genérico en farmacia es el doble que en el sector público (considerando márgenes de

distribuidor y farmacia y costo de desplazamiento de la institución pública). Ello deriva de: (i) la diferencia en los precios de venta del fabricante al canal privado vs al sector público (en promedio de 1.5. a 1); (ii) márgenes de distribución equivalentes para ambos sectores (12%); y (iii) el margen de distribución de la farmacia (15%). Esta diferencia de precios es relevante tanto para analizar el gasto de bolsillo en salud de los mexicanos (dado que de acuerdo a la OCDE, el gasto público en medicamentos es de 27% y el gasto privado en medicamentos es del 73% del gasto total); como para el diseño de una política de abasto de medicamentos para el sector público.

La problemática de medicamentos es multifactorial por lo que debe analizarse y abordarse en toda la cadena de suministro, desde la producción hasta la dispensación y uso. La cadena de suministro de medicamentos e insumos para la salud puede dividirse en las siguientes etapas: i) compra; ii) distribución primaria (fabricante/distribuidor entrega en almacenes del proveedor de los servicios de salud); iii) distribución en punto de servicio; iv) prescripción y v) aplicación (dispensación y apego por el paciente). Soluciones parciales pueden derivar en mayores costos, ineficiencia y corrupción, de los que ya se presentan hoy en día a lo largo de toda la cadena.

El valor potencial del abasto de medicamentos que debería proporcionar el sector público está fijado tanto por lo que hoy compran las instituciones de salud y seguridad social como por lo que actualmente compran los pacientes en el mercado privado. Una política integral de abasto de medicamentos similar a la actual de las instituciones de seguridad social (con genéricos y patente) para toda la población costaría aproximadamente (a precios de compra del sector público) 78,330 MP; es decir, 18,330 MP adicionales a los que hay en gasto.

La estructura de precios de venta entre canales incentiva en la actualidad, entre otros, desabasto intencional del sector público y compras directas fuera de licitación o bajo la figura de servicios integrales. Una política de vales abierta implicaría bajo una estimación propia muy conservadora un costo adicional para

el sector público de por lo menos 30,000 MP (adicionales a los 30,000 MP que hoy gasta), de abastecerse a nivel de farmacias privadas todos los medicamentos genéricos que actualmente compra. El abasto de medicamentos para toda la población, a un nivel similar al que hoy tienen las instituciones de seguridad social (con genéricos y patente), tendría una exposición al riesgo máxima de 156,600 MP. Lo anterior, dado el diferencial de precios entre el sector público y privado señalado. Estos datos señalan de manera general el riesgo financiero para el gobierno federal de establecer una política de vales abierta para todos los casos de prescripción.

## VII. LA SITUACIÓN COMPARATIVA DE SALUD A NIVEL INTERNACIONAL Y EN MÉXICO

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho <sup>187</sup> reiteró que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, de acuerdo a la definición ya establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1948. La Conferencia de Alma-Ata reafirma que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social de suma importancia que exige la intervención de los sectores sociales y económicos, además del de la salud. En la Conferencia se establece que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es de naturaleza política, social y económica y que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Además, enfatiza que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en forma individual y colectiva en la planificación y en la aplicación de su atención para la salud.<sup>188</sup>

Tomando como punto de partida a la Declaración de Alma-Ata, las políticas públicas en salud deberían ser un proceso democrático de participación de los

---

<sup>187</sup> La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS (Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas) y la actual CEI (Comunidad de Estados Independientes). La síntesis de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se expresa en la Declaración de Alma-Ata que subraya la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000". La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria expresó la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, de los trabajadores de la salud y de la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. La Declaración de Alma-Ata posee un total de diez puntos no vinculantes para los estados miembros, en los cuales se busca dar la base para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud.

<sup>188</sup> Organización Panamericana de la Salud. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 20 de agosto de 2010.

diversos sectores de la sociedad y con un gobierno encaminado a la resolución de los problemas de salud, con equidad y justicia, dentro del marco de una bioética fundamentada en los derechos humanos de la población. Esto significa que las políticas públicas en salud no sólo representan las acciones de tipo sanitario o de atención médica. Significa que existen determinantes sociales que provocan alteraciones en la salud de los individuos y de las poblaciones. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la forma en que se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. De esta forma de distribución dependen, a su vez, las políticas públicas en salud existentes. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, así como las diferencias injustas y evitables que en materia sanitaria se observan en y entre los países.<sup>189</sup> Así, la salud es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de una sociedad. Entonces, las políticas públicas en salud deberían comprender, cuando menos, las siguientes actividades tendientes a dar solución a los problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud:<sup>190</sup>

- La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- La prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- El tratamiento apropiado de las enfermedades y de los traumatismos comunes.

---

<sup>189</sup> Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>. Consultada el 20 de agosto de 2010.

<sup>190</sup> Organización Panamericana de la Salud. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 20 de agosto de 2010.

- El suministro de medicamentos esenciales.

Así, todo gobierno debería formular políticas, estrategias y planes de acción como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para lograr llevar a cabo las actividades arriba mencionadas, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos internos disponibles y utilizar racionalmente los recursos externos a los que se tenga acceso. Como se puede observar, las políticas públicas en salud deben necesariamente contemplar la resolución de los determinantes sociales de la salud.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”,<sup>191</sup> en el año de 2005. Esta Comisión tenía como objetivo el ofrecer asesoramiento respecto a la manera de mitigar los determinantes sociales de la salud por medio de políticas públicas en salud adecuadas. De acuerdo a la OMS, las personas socialmente desfavorecidas tienen menor acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a los grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Lo paradójico es que estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes habían existido en el mundo la riqueza, los conocimientos, la sensibilidad y el interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. Así, la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han

---

<sup>191</sup> En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, se estableció la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”. Esta Comisión tenía como propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y de políticas que se apoyaran en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y que disminuyeran las inequidades sanitarias. Para alcanzar este objetivo, la Comisión trabajó durante tres años a partir de marzo de 2005. La Comisión estaba formada por destacados formuladores de políticas y por gerentes, científicos, grupos expertos y miembros de la sociedad civil, que fueron designados por el Director General de la OMS. La Comisión colaboró estrechamente con aquellos países cuyos líderes políticos, funcionarios de la salud, grupos de la sociedad civil y otras partes interesadas, se hayan comprometido a actuar sobre los determinantes sociales de la salud a través de un proceso de implementación temprana de las recomendaciones de la Comisión.



predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud han aumentado y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.<sup>192</sup> Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales. Por ejemplo, entre los países que han cumplido las metas del Milenio, la mayoría de los de la Unión Europea casi no poseen pobreza extrema; Canadá ha cumplido las Metas para el milenio, pasando a sólo tener en 2008 un 0,21% de su población viviendo en la pobreza extrema, cuando en 1990 casi el 6% de su población se encontraba en la pobreza extrema; Turquía, Ucrania y Rusia en el este de Europa han

---

<sup>192</sup> La Declaración del Milenio fue aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000 en Nueva York. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se intentan alcanzar para 2015. Los ODM se componen de 8 Objetivos y 21 metas cuantificables que se supervisan mediante 60 indicadores.

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario. Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal. Asegurar que en 2015 la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015. Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.

cumplido las metas para el Milenio; asimismo, Sudáfrica, Nueva Zelanda y Australia; Malasia, Filipinas, Vietnam, Hong Kong, Taiwán, Singapur, Corea del Sur y Japón en Asia; y en Latinoamérica, Venezuela logró, con casi 10 años de anticipación, incrementar a 92% el porcentaje de personas con acceso sostenible al agua potable, cuando la meta era llevar esta cifra a 84% para 2015, Chile ha cumplido las Metas para el Milenio, Cuba ha cumplido la mayoría de las metas, sobre todo en el aspecto social, y está previsto su cumplimiento total para el año pactado por las Naciones Unidas (2015).<sup>193</sup> En contraste, en el caso de México, se observa que la evolución hasta el año 2006, de acuerdo al último reporte por parte de la oficina en México de las Naciones Unidas con respecto a los Objetivos para el Milenio,<sup>194</sup> los indicadores se mantienen en alerta debido al incumplimiento de las metas en cuanto a la disminución de la pobreza extrema (al contrario se ha incrementado en formas alarmante), en relación a la disminución de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna y de las enfermedades como el VIH. El VIH, en México, va en ascenso pasando de una incidencia de 4.4 por 100,000 habitantes, en 1990, a 8.2 en 2006. Asimismo, la tasa de desempleo entre las personas de 15 a 24 años, va en aumento pasando de 4 a 4.6. A las cifras de la OMS, es pertinente mencionar que la OCDE<sup>195</sup> ha concluido que en 1980 el 41 % de los latinoamericanos vivía en la pobreza y para 2002 ya era de 44% con el 19.4 viviendo en la extrema pobreza. Para el caso de México, en 2010, el 60% vive en la pobreza y la pobreza extrema rebasa ya el 24%. A los datos anteriores, se

---

<sup>193</sup> Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>. Consultada el 20 de agosto de 2010.

<sup>194</sup> Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.objetivosdelmilenio.org.mx/>. Consultada el 20 de agosto de 2010

<sup>195</sup> La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), es una organización de cooperación internacional, compuesta por 33 estados, cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales. Fue fundada en 1960 y su sede central se encuentra en el Château de la Muette, en la ciudad de París, Francia. En la OCDE, los representantes de los países miembros se reúnen para intercambiar información y armonizar políticas con el objetivo de maximizar su crecimiento económico y coadyuvar a su desarrollo y al de los países no miembros. Se considera que la OCDE agrupa a los países más avanzados y desarrollados del planeta, siendo apodada como club de los países ricos. Los países miembros son los que proporcionan al mundo el 70% del mercado mundial y representan el 80% del PNB mundial. La OCDE se ha constituido en uno de los foros mundiales más influyentes, en el que se analizan y se establecen orientaciones sobre temas de relevancia internacional como economía, educación y medioambiente. El principal requisito para ser país miembro de la OCDE es liberalizar progresivamente los movimientos de capitales y de servicios. Los países

pueden agregar los indicadores de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud para el 2009:<sup>196</sup> la tasa de mortalidad documentada en México es de 55.6 por cada 100,000 habitantes mientras que en los Estados Unidos de América es de 13.3 y en Canadá es de 8.8; la mortalidad infantil en México es de 15.7 por cada 100,000 habitantes y en los EU es de 6.7 y en Canadá de 5. Las cifras hablan por sí mismas y demuestran una situación de injusticia e inequidad en México.

Ante esta situación, en el informe final de la “Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud”, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales que a continuación se resumen brevemente:<sup>197</sup>

**1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.** Para la mejora de las condiciones de vida cotidiana, el Informe señaló que se requería actuar en las siguientes situaciones específicas:

**a) Equidad desde el principio.** A escala mundial, de acuerdo al Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, no menos de 200 millones de niños no se desarrollan plenamente. Ello tiene enormes consecuencias para su salud y para la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, el invertir en los primeros años de vida de los seres humanos es una de las medidas que con más probabilidad permitiría reducir las inequidades sanitarias. Ante esta situación, la OMS recomienda que se establezca un mecanismo interinstitucional que garantice:

✓ La coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera

---

miembros se comprometen a aplicar los principios de: liberalización, no discriminación, trato nacional y trato equivalente. México es miembro desde 1994.

<sup>196</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha iniciado desde el año 1995 la recolección de información de salud bajo la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud y Perfiles de País con vista a monitorear la situación de salud de los Gobiernos Miembros adoptados por la Organización. El objetivo principal de esta publicación anual es presentar la última información disponible sobre los indicadores básicos de salud para cada país de la Región de las Américas.

<sup>197</sup> Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>. Consultada el 20 de agosto de 2010.

infancia

- ✓ La disposición de un paquete integral de programas de calidad para todos los niños, las madres y los prestadores de atención en salud
- ✓ La oferta de enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad a todos los niños.

**b) Entornos salubres para una población sana.** Las condiciones de vida de la población inciden de forma importante en la equidad sanitaria por lo que el propiciar un medio ambiente social y cultural digno y suficiente es indispensable para favorecer la presencia de una población sana. Para ello, se requiere como mínimo:

- ✓ El acceso a una vivienda de calidad, a agua salubre y a servicios de saneamiento ya que es un derecho de todo ser humano.
- ✓ La promoción de conductas sanas como la actividad física, una alimentación sana y la disminución de la violencia y de los delitos mediante una ordenación adecuada del medio y por la aplicación de controles reguladores de sustancias nocivas como el alcohol.

**c) Inversión sostenida en el desarrollo rural**

**d) Acciones económicas y sociales para mitigar el cambio climático y otros tipos de degradación medioambiental**

**e) Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno.** El empleo y las condiciones de trabajo tienen efectos importantes en la equidad sanitaria. Cuando son buenos, aportan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, y protegen contra los trastornos físicos y psicosociales:

- ✓ La OMS propone que el pleno empleo y el trabajo digno sean los objetivos centrales de las políticas sociales y económicas nacionales e internacionales

- ✓ La formulación de políticas económicas y sociales que aseguren a los hombres y a las mujeres empleos de calidad suficientemente remunerados que tengan en cuenta el costo real y actual de una vida sana
- ✓ La protección de todos los trabajadores por normas y políticas laborales básicas internacionales y nacionales que mejoren las condiciones laborales de todos los trabajadores.

**f) Protección social a lo largo de la vida.** Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social. Extender la protección social a toda la población constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación. La Comisión recomienda en ese sentido:

- ✓ La instauración de políticas integrales de protección social y reforzar las existentes
- ✓ Los sistemas de protección social deben incluir a quienes están en situación de precariedad laboral, en particular a quienes trabajan en el sector no estructurado, en el servicio doméstico o en la asistencia a otras personas

**g) Atención de salud universal.** El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud, pueden desaparecer. La Comisión pide que se disponga de sistemas de atención de salud basados en los principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal, centrados en la atención primaria de salud, con independencia de la capacidad de pago.

**2. Luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos.** La inequidad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática. Es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que

toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, de la riqueza y de otros recursos sociales y del acceso a éstos. La Comisión recomienda:

- a) La equidad sanitaria debe ser un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos
- b) Garantizar la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones
- c) Reforzar el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y de servicios básicos esenciales para la salud y para el control de los artículos que dañan la salud

**3. Medición y análisis del problema.** La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como de mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. Las acciones deben ser llevadas a cabo por los gobiernos, los organismos multilaterales, la OMS, la sociedad civil, el sector privado y las instituciones de investigación.

México al ser miembro permanente de la Organización Mundial de la Salud, como órgano especializado de la Organización de las Naciones Unidas, se ha adherido y participado en la elaboración de los puntos arriba descritos. Así, las políticas públicas en salud en México se deben adherir a los principios y a las recomendaciones mencionadas.

Anteriormente, en el año 2000, la OMS ya había publicado el Informe sobre la Salud titulado “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”.<sup>198</sup> En dicho

---

<sup>198</sup> El Informe sobre la Salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. Cada año el informe combina una evaluación de la salud mundial a cargo de expertos, incluidas estadísticas sobre todos los países, con el análisis de un tema concreto. La finalidad principal del informe es

Informe se mencionaban conclusiones que ya se oponían al esquema neoliberal de retracción del Estado en cuanto a sus responsabilidades y a sus competencias. Se veía con claridad que la salud no podía regirse bajo esquemas de privatización ya que la salud, como derecho fundamental, debía ser promovida y protegida por el Estado: <sup>199</sup>

- a) La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al Gobierno. La gestión prudente y responsable del bienestar de la población –en otras palabras, la rectoría- es la esencia de un buen gobierno.
- b) La salud de la población es siempre una prioridad nacional y que el gobierno tiene en ella una responsabilidad continua y permanente.
- c) El dinero invertido en salud se encuentra por debajo de su potencial de desempeño, especialmente en los países en desarrollo. El resultado es un elevado número de defunciones evitables y de vidas truncadas por algún tipo de discapacidad. Las consecuencias de ese fracaso recaen desproporcionadamente sobre los pobres.
- d) El objetivo de los sistemas de salud no es solo mejorar la salud de la población, sino también protegerla contra los costos financieros de la enfermedad.
- e) La rectoría de los sistemas de salud, por parte de las autoridades gubernamentales responsables, consiste en supervisar la totalidad del sistema, evitando la miopía, la estrechez de miras y el error de hacerse de la vista gorda ante las fallas detectadas.

En el mismo año de 2008, la OMS publicó “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”, al igual que el Informe Final de la “Comisión sobre

---

proporcionar a los países, a los organismos donantes, a las organizaciones internacionales y a otras entidades, la información que necesitan para ayudarles a tomar decisiones de política y de financiamiento. El informe se difunde de forma pública, desde universidades, hospitales docentes y escuelas, pasando por los periodistas y a cualquier persona interesada en la salud internacional.

<sup>199</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Ginebra. 2000.

Determinantes Sociales de la Salud” ya descrito. La razón que impulsó a la OMS fue la petición de sus Estados miembros. Los motivos que impulsaron a dicha petición fue el hecho de que la globalización está afectando a la cohesión social de muchos países y que los sistemas de salud, elementos fundamentales de la estructura de las sociedades contemporáneas, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían. Por ello, continúa el Informe, la población está cada vez más descontenta ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades. Este Informe retoma a la Declaración de Alma-Ata de 1978 y reconoce que en aquel entonces la atención primaria de salud se presentó como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas. La declaración ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud visualizada en Alma-Ata adoptaba una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, debían abordarse a través de un enfoque amplio que abarcara a toda la sociedad. De ese modo se cumpliría el objetivo de mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar de forma notoria la eficacia de los sistemas de salud. El Informe de la OMS del 2008, en su exposición de motivos, afirma que los sistemas de salud, incluso en los países más desarrollados, no alcanzan esos objetivos y que el problema radica en que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Se insiste en que sin una reorientación sustancial, es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes y las repercusiones del cambio climático. Y ante esta situación, en lugar de reforzar su capacidad de respuesta y de prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más



fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir y es por ello que concluye que la atención primaria es más necesaria que nunca. Y es más necesaria que nunca porque ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención.

De esta manera, la OMS propone que los países basen sus decisiones relativas al sistema de salud y al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas. Estas cuatro orientaciones representan los principios básicos de la atención de la salud:<sup>200</sup>

- 1. Cobertura universal.** Para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Si carecen de dicho acceso, las desigualdades en materia de salud producen décadas de diferencias en la esperanza de vida. Estas desigualdades plantean riesgos, en particular brotes de enfermedades para todos.
- 2. Servicios centrados en las personas.** Los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades.
- 3. Políticas públicas saludables.** La OMS considera que todas las políticas públicas deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas”, en todos los gobiernos.
- 4. Liderazgo.** Los actuales sistemas de salud, con la política actual, no se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes y eficaces. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se

---

<sup>200</sup> Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Ginebra. 2008.

preste atención a estas peticiones. Para asumir un liderazgo sensato es necesario saber lo que funciona.

Al perseguir estos cuatro objetivos de atención primaria de salud, la OMS considera que los sistemas nacionales de salud pueden llegar a ser más coherentes, más eficientes, más equitativos y mucho más eficaces.

El reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental y como producto de determinantes sociales no es un asunto que se remonte sólo a la Declaración de Alma-Ata y a los Informes sobre la Salud que la OMS ha publicado desde 1995. La salud, como un derecho humano reconocido en las normas éticas y jurídicas, fue realidad desde 1948. De hecho, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, instrumento regional aprobado por la Novena Conferencia Internacional Americana celebrada en Bogotá del 30 de marzo al 2 de mayo de 1948, antecedió a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que sería adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de ese mismo año. La contribución regional a esta última fue relevante. En su artículo 11, la Declaración Americana asocia el derecho a la preservación de la salud con el derecho al bienestar cuando establece que “toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.<sup>201</sup> Asimismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>202</sup> se pronuncia en el mismo sentido. En ese sentido, para la

---

<sup>201</sup> Diccionario Latinoamericano de Bioética. Dir. Tealdi JC. Bogotá:UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008, p. 67.

<sup>202</sup> El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es un tratado multilateral general que reconoce derechos de segunda generación y establece mecanismos para su protección y garantía. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor el 3 de enero de 1976. Se compromete a las partes a trabajar para la concesión de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas, incluidos los derechos laborales y los derechos a la salud, la educación y un nivel de vida adecuado. El Pacto es parte de la Carta Internacional de Derechos Humanos, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, incluida la última del Primer y Segundo Protocolos Facultativos. El Pacto es supervisado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. México lo ha firmado y ratificado.

bioética resulta importante comprender la historia, la realidad y las alternativas posibles de esa atención de la salud en su asociación con el conjunto de medidas que el artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>203</sup> ha recogido bajo el título “Responsabilidad social y salud”.<sup>204</sup>

Así, queda claro que la salud es un derecho fundamental que debe ser protegido e impulsado por los gobiernos de los Estados y plasmarse por medio políticas públicas en salud que resuelvan y satisfagan las necesidades de la población. Este es el camino que la experiencia internacional muestra para ser seguido por los países miembros de la OMS, como lo es el caso de México.

En los apartados anteriores se ha analizado brevemente algunas consideraciones sobre políticas públicas en salud, la tendencia internacional junto con las recomendaciones en dicha materia y el ejemplo de México en cuanto a la estructura que coordina el diseño y la puesta en marcha de las políticas públicas en salud. Pero conviene preguntarse ante qué problemas se enfrentan este tipo de políticas y cuáles serían los pasos por darse para la búsqueda de soluciones ante dicha problemática. Se han referido algunos datos emitidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, los programas y recomendaciones para abatir los denominados determinantes sociales de la salud, así como algunas cifras con respecto al caso de México. De manera de hablar con mayor amplitud de lo que ocurre en nuestro país, es prudente retomar algunas situaciones que complementen lo ya expuesto anteriormente.

---

<sup>203</sup> UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.

<sup>204</sup> Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Artículo 14, Responsabilidad social y salud:

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta 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, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:
  - a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
  - b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
  - c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
  - d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y
  - e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

El Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social<sup>205</sup> del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)<sup>206</sup> concluía, para datos del 2006, que 44.7 millones de personas eran pobres, o sea casi la mitad de la población mexicana y que la crisis económica amenazaba con incrementar la pobreza.<sup>207</sup> En su Informe del 2008 consideraba que la población en pobreza en las áreas urbanas era de gran magnitud. Continúa mencionando que el crecimiento económico per cápita del país ha sido muy bajo, que el empleo formal no ha crecido lo suficiente mientras que el informal lo ha hecho de manera importante y que los salarios reales promedio prácticamente no han cambiado en 14 años. Si nos situamos ante las conclusiones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo, ante este panorama de pobreza y de falta de oportunidades para ascender en la escala social, es difícil pensar en la posibilidad de enfrentar por parte de la población afectada acciones que influyan en los determinantes sociales de la salud. Resultado de lo anteriormente mencionado, como ya se ha mencionado previamente, alrededor del 60% de los mexicanos no cuentan con acceso a la seguridad social; el avance en la reducción de la mortalidad infantil y, especialmente en la mortalidad materna, ha sido muy lento; el problema se agudiza en zonas de alta marginación y pobreza.<sup>208</sup> El Informe del CONEVAL es demoledor al enunciar que el aumento en

---

<sup>205</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México, 2008.

<sup>206</sup> El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con autonomía y capacidad técnica para generar información objetiva sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México, que permita mejorar la toma de decisiones en la materia. El CONEVAL tiene como funciones principales: 1) Normar y coordinar la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y las políticas, programas y acciones que ejecuten las dependencias públicas; y 2) Establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

<sup>207</sup> Para el caso de México, en 2010, el 60% vive en la pobreza y la pobreza extrema rebasa ya el 24%.

<sup>208</sup> La tasa de mortalidad que está documentada en México es de 55.6 por cada 100,000 habitantes mientras que en los Estados Unidos de América es de 13.3 y en Canadá es de 8.8. La mortalidad infantil en México es de 15.7 por cada 100,000 habitantes y en los EU es de 6.7 y en Canadá de 5. Las cifras hablan por sí mismas y demuestran una marcada situación de injusticia y de inequidad en México.

el gasto social (que incluye salud, educación, redes sanitarias, entre otras cosas) se asocia con aumentos del gasto corriente financiados en buena parte con recursos petroleros, o sea, no es producto de una redistribución del presupuesto de ingresos original que proceda de ingresos del gobierno federal como los impuestos, los derechos, los aprovechamientos, etc., sino que procede de recursos extraordinarios que como su nombre lo indica serán limitados y probablemente ausentes en un tiempo previsible. Dicho Informe no termina ahí cuando afirma que el objeto de la política social está fragmentado y disperso, que un gran número de acciones y programas sociales no son progresivos, que no se mencionan explícitamente los derechos sociales en los planes y programas gubernamentales; que los derechos sociales no guían las políticas de desarrollo social; que se observa una insuficiente coordinación al interior y entre instituciones que tienen a su cargo los programas y políticas de desarrollo social; la inexistencia de coordinación entre la federación, los estados y municipios en materia de desarrollo social; la deficiencia de la calidad de algunos servicios públicos, en particular en el caso de la educación y la salud; que no existe suficiente coordinación entre el conjunto de programas sociales, la seguridad social formal y la política laboral, lo que atenta contra los derechos sociales universales, y genera pocos empleos formales y salarios bajos. Estas conclusiones de la CONEVAL demuestran que la luz roja de alarma se encuentra presente en las políticas públicas sociales entre las que se encuentran las de salud. Los datos del CONEVAL proceden de un propio organismo de la administración pública federal y por ello es que la sensación de alarma aumenta, al ser cifras oficiales que pudieran incluso estar aminoradas. Sin el ánimo de pretender desacreditar estas cifras, la realidad que muestran es de enorme preocupación y es por ello que es urgente e inminente la puesta en marchas de acciones decididas para tratar de revertir esta situación.

En fecha posterior al Informe del CONEVAL, el Gobierno Federal emite el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, cuyo lema es “Por un México sano:

construyendo alianzas para una mejor salud”.<sup>209</sup> Este Programa plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país. Cada uno de estos objetivos está asociado a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012:<sup>210</sup>

1. Mejorar las condiciones de salud de la población
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

La lectura de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 hacen un reconocimiento de que la salud de la población mexicana se encuentra en un nivel no adecuado y que por lo tanto se deben llevar a cabo acciones para mejorarla. Asimismo, reconoce que los servicios de atención no se otorgan con calidad y seguridad en buena parte de los casos y que por ello se deben confeccionar políticas tendientes a corregir esta situación. Los otros tres objetivos llaman la atención debido a que se menciona que el empobrecimiento es debido situaciones de deterioro de la salud y que por lo tanto se debe mejorar la salud para combatir a la pobreza. En otras palabras, se desliza la justificación de que la población es pobre debido a que se enferma, pero no se menciona que existen determinantes sociales que provocan la enfermedad. Si bien la pérdida de la salud puede conducir a la disminución o a la pérdida patrimonial, la realidad es que ante una población pobre que ya llega al 60% de la población mexicana en el 2010, lo que sucede es que las personas ya están pobres antes de la enfermedad y que la enfermedad los vuelve más pobres y que de una pobreza patrimonial pueden pasar a una pobreza de capacidades e incluso a una pobreza alimentaria.

---

<sup>209</sup> Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Programa Sectorial de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”. 2007.

<sup>210</sup> Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. 2007

Además, se insiste en realizar intervenciones focalizadas a los grupos marginales de la población. En estos tres objetivos se desliza el hecho de que las intervenciones en salud se deben dirigir en forma localizada a los individuos sin reconocer que ciertas condiciones sociales, económicas, culturales, políticas e ideológicas influyen en la existencia de determinantes que afectan a la salud como lo son la pobreza, el bajo nivel educativo, la falta de saneamiento, la deficiencia de abastecimiento de agua y de alimentos adecuados, etc. En otras palabras, el Gobierno Federal pretende llevar a cabo una inversión ideológica consistente en afirmar que la pérdida de la salud es la causa de la pobreza y no que la pobreza sea un determinante para la salud de los individuos y de la colectividad.

Teniendo como referencia al Programa Sectorial de Salud 2007-2012, la Secretaría de Salud emitió en el mismo año de 2007, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, bautizándolo con el mismo nombre de “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”. En dicho Programa se menciona que “tras un amplio diagnóstico de la situación nacional, se han identificado ejes rectores que guiarán los esfuerzos sectoriales para dar cabal respuesta a las demandas más vivas y legítimas de la población: dar énfasis a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; garantizar el aseguramiento universal, con el propósito de que cada mexicano tenga acceso a servicios integrales de salud; garantizar que los bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios; suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos; brindar una atención de calidad, con calidez y segura a toda la población, y, por último, fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico para ofrecer a los pacientes una atención efectiva en sus lugares de origen.”<sup>211</sup> En este Programa se vuelve a enfatizar con mayor claridad el enfoque hacia acciones individualizadas y focalizadas pero sin mencionar la importancia de que estas acciones de salud deben de ir acompañadas con una política concertada con otras esferas de la administración pública para que se actúe efectivamente en el combate a la

---

<sup>211</sup> Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”. 2007, p. 8.

pobreza mediante actividades que influyan positivamente sobre los determinantes sociales de la salud.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 señala que el proceso de envejecimiento y la exposición a riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables han modificado el cuadro de las principales causas de muerte, al observarse en México una transición epidemiológica caracterizada por un predominio cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Así, considera que menos del 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, a problemas reproductivos y a padecimientos asociados a la desnutrición que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico, que el 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y que 73% son debidos a padecimientos no transmisibles como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer. Del total de la mortalidad observada, el mismo Programa señala que alrededor de 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004, eran evitables. De este total, 60.4% sucedieron en hombres y 39.6% en mujeres. En las mujeres, las principales causas de muertes evitables fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal, la cardiopatía isquémica, el cáncer de mama, la diabetes, el cáncer cérvico-uterino, las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio, la cirrosis hepática y las infecciones respiratorias agudas. En los hombres, los principales responsables de las muertes evitables son la cirrosis hepática, la cardiopatía isquémica, las afecciones originadas en el periodo perinatal, los accidentes de tránsito y el VIH/SIDA. Se estima que alrededor de 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004 eran evitables.<sup>212</sup> Cuando el Programa Nacional de Salud afirma que la mortalidad es debida a “estilos de vida poco saludables”, se desliza el hecho de que la población se encuentra ante esta transición epidemiológica por observar hábitos que son responsabilidad de la población misma y no aclara que estos estilos de vida poco

---

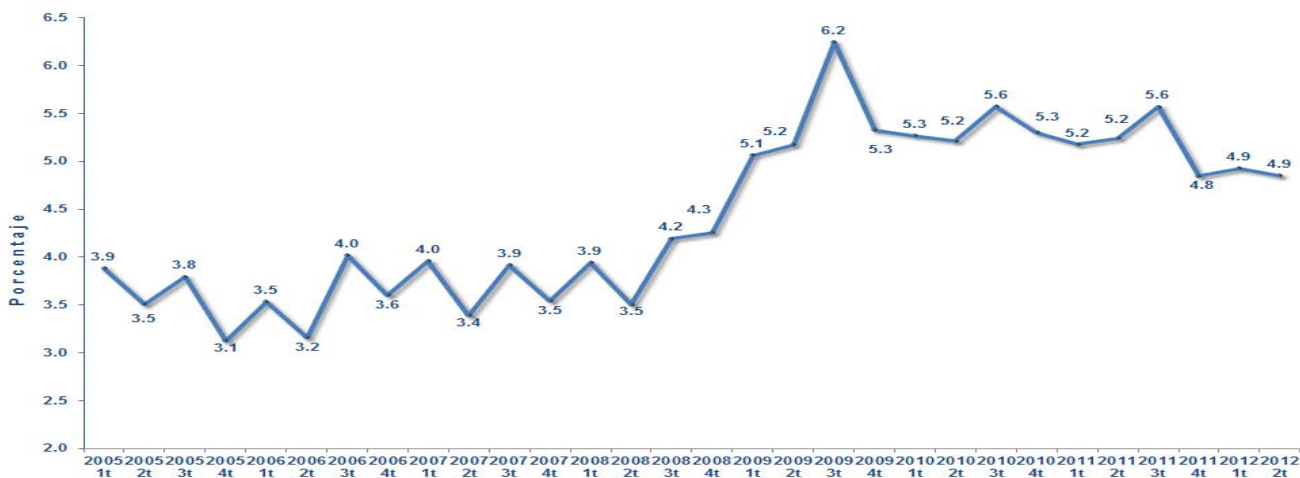
<sup>212</sup> Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud” (2007).

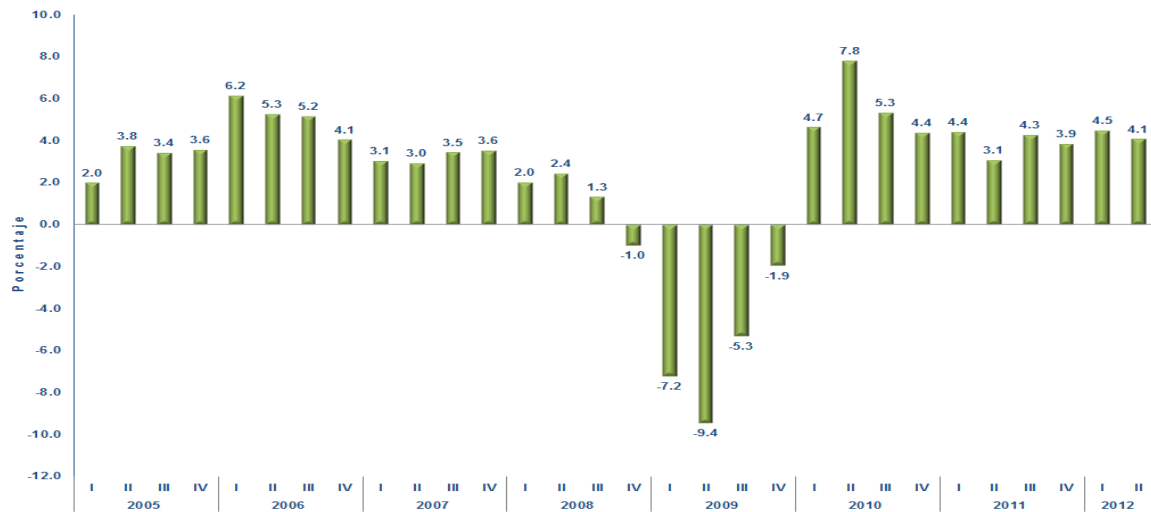


saludables son producto de estilos de vida inducidos por una estructura social y económica productora de pobreza, de alimentación inadecuada, de concentración urbana, de jornadas laborales que sobrepasan lo permisible para una buena salud, etc.

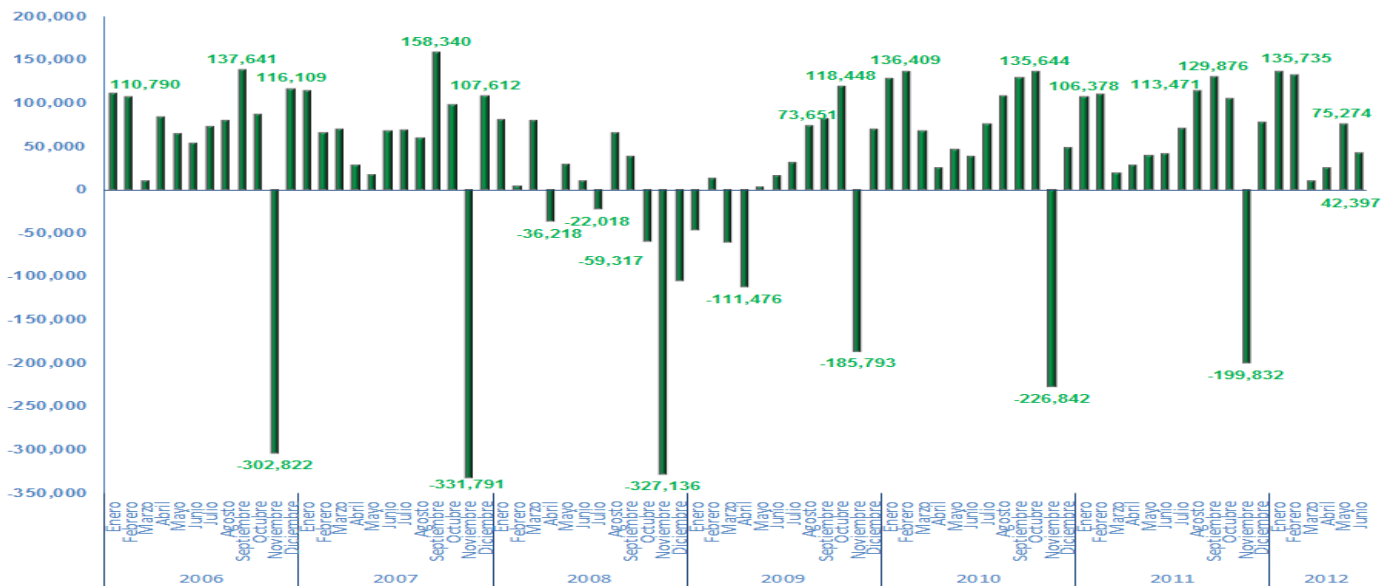
El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), recién publicó un informe que contempla una variedad de datos y de evaluaciones que se encuentran actualizadas para el año del 2012. Esta información permite observar la evolución que ya se ha señalado en páginas previas. Estos datos y evaluaciones se refieren a los indicadores de la pobreza así como a los programas y a las acciones de gobierno en torno a ella. Los indicadores de la pobreza son, a su vez, determinantes sociales de la salud. Por ello, la lectura y el análisis de los indicadores de la pobreza son esenciales para la comprensión del fenómeno de la salud y de la enfermedad. El comprender a la salud y a la enfermedad como un fenómeno social permite diseñar e implementar acciones en salud a través de una estructura organizativa que se enfoque desde una perspectiva intersectorial para su integración funcional. La perspectiva intersectorial permite desarrollar una política de desarrollo social que tiende a velar por la realización de los derechos sociales vinculados con la salud y con ella misma. Una de las formas más efectivas para mejorar la política pública en salud es evaluar y medir con objetividad lo que se ha logrado y lo que falta por alcanzar. Esta evaluación y medición se lleva a cabo a través de los indicadores de los determinantes sociales de la salud y que coinciden con los indicadores de la pobreza. La política social se orienta principalmente al desarrollo de programas y de estrategias que tienen la finalidad de mejorar la educación, la vivienda, la salud, la seguridad social, el medio ambiente, las condiciones sanitarias, disminuir la discriminación, entre otras cosas. Sin embargo, es innegable que el crecimiento económico, el mercado laboral, la inflación, forman parte de la política social de cualquier país. La evolución de la pobreza y de la desigualdad está estrechamente relacionada con la evolución de la situación económica de un país. México no es la excepción. Así, procederemos a retomar lo concerniente a los determinantes sociales de la salud

ya que de la acción sobre éstos dependerá la conformación de un sistema de salud adecuado para responder a las necesidades en salud de la población. Durante la crisis económica del 2009, la reducción del Producto Interno Bruto (PIB) fue de 6% y se perdieron alrededor de 172 mil empleos netos. Desde el 2007 y hasta mediados del 2010, el precio de los alimentos se incrementó a más del doble que la inflación general. Ambos fenómenos afectaron de manera importante al poder adquisitivo del ingreso de los trabajadores en el país. El poder adquisitivo del ingreso laboral cayó de manera importante entre finales de 2008 y finales de 2010, se estabilizó durante 2011, pero no ha retomado su nivel previo a la crisis del 2009. Durante esta crisis, la desocupación se incrementó y no ha logrado retomar los niveles de 2007. Esto ha ido de la mano de un crecimiento muy bajo para las necesidades económicas y sociales de un país en desarrollo como es el caso de México. Lo anterior se puede apreciar mejor en las siguientes gráficas:





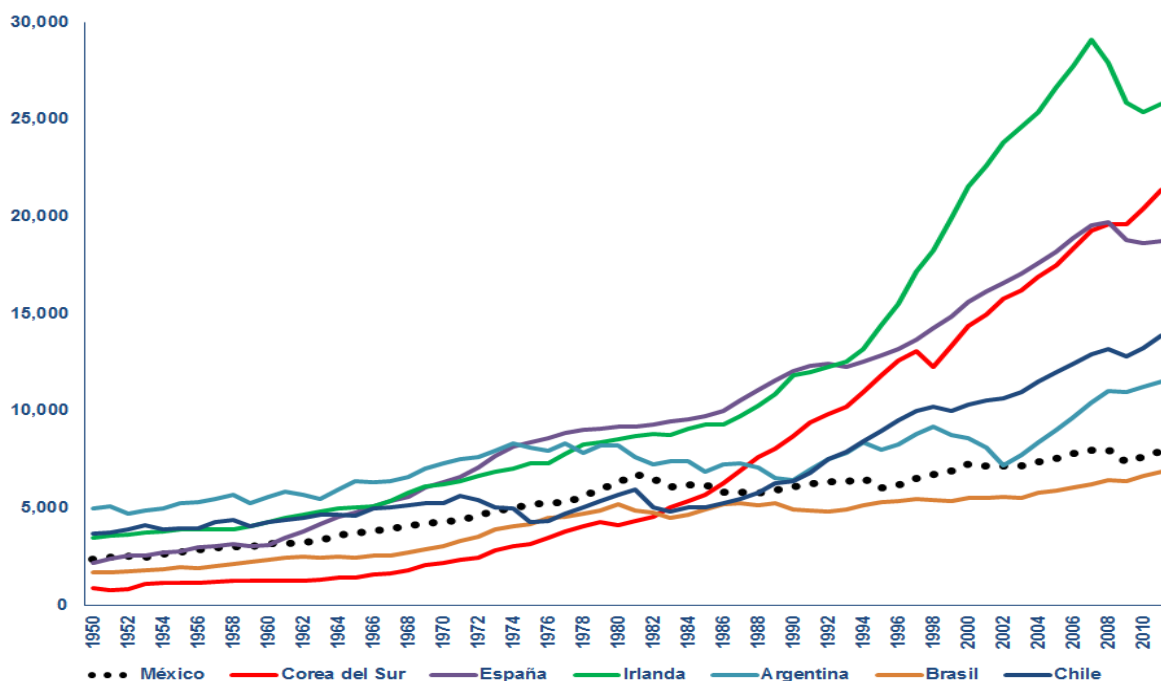
**El número de trabajadores registrados en el IMSS que se genera año con año es insuficiente para incorporar al casi 1.2 millones de personas que se incorporan al mercado laboral**



El crecimiento del PIB per cápita anual promedio de 1990 a 2010 fue de sólo 1.2% y de sólo 2% entre 1950 y 2010, tal y como lo muestra la siguiente gráfica. Asimismo, el mercado laboral se caracteriza por bajos niveles de productividad, salarios exigüos para un porcentaje alto de la población, falta de competitividad y una muy alta tasa de

informalidad. Desde hace varias décadas se crean anualmente menos de 1.2 millones de empleos formales en el país, que es el incremento aproximado de la población de 16 años o más que se incorpora al mercado laboral cada año. Será difícil mejorar la situación social de la población, especialmente el ingreso, si México no logra tener un crecimiento económico sostenido promedio anual per cápita de más de 3%. La política de desarrollo social y la política económica deben ser parte de una política nacional integral de desarrollo.

### Producto Interno Bruto, 1950-2010



Con los datos anteriores se puede apreciar que la pobreza es un hecho objetivo demostrable como un efecto directo de dichos indicadores. De forma de poder medir la pobreza, el CONEVAL se apoya en la Ley General de Desarrollo Social. Esta medición incluye a los siguientes factores:

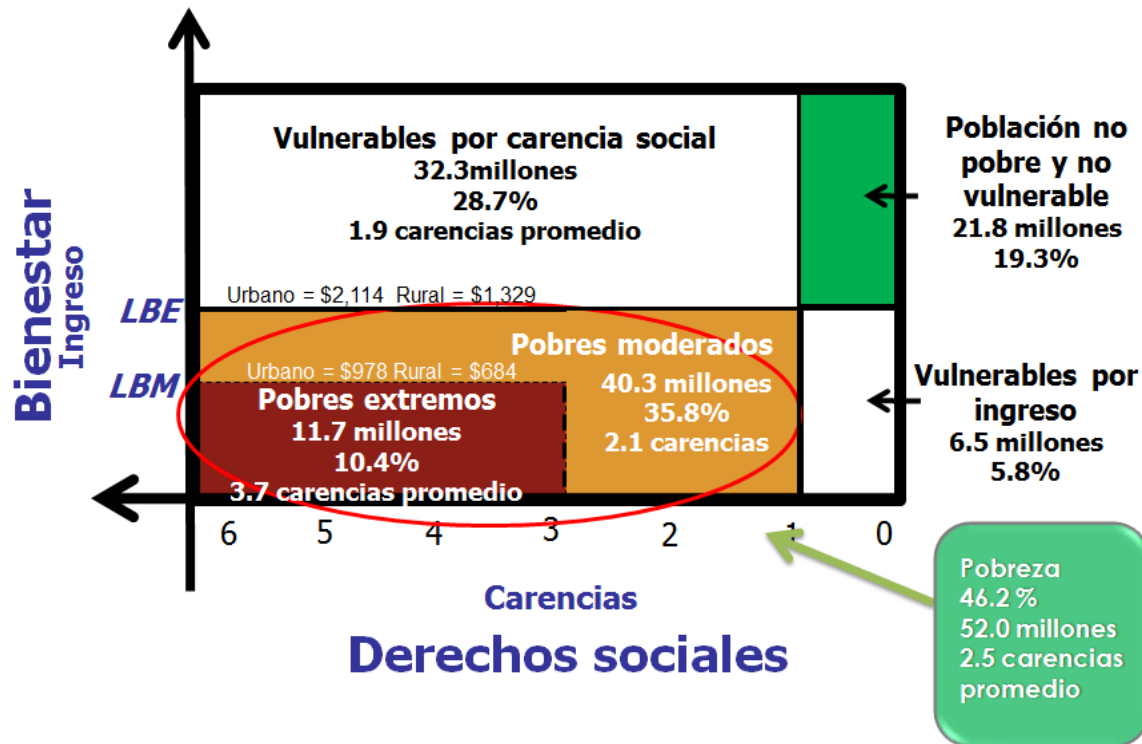
- Ingreso
- Acceso a la salud
- Acceso a la seguridad social
- Rezago Educativo
- Calidad y espacios de la vivienda
- Acceso a servicios básicos en la vivienda

- Acceso a la alimentación

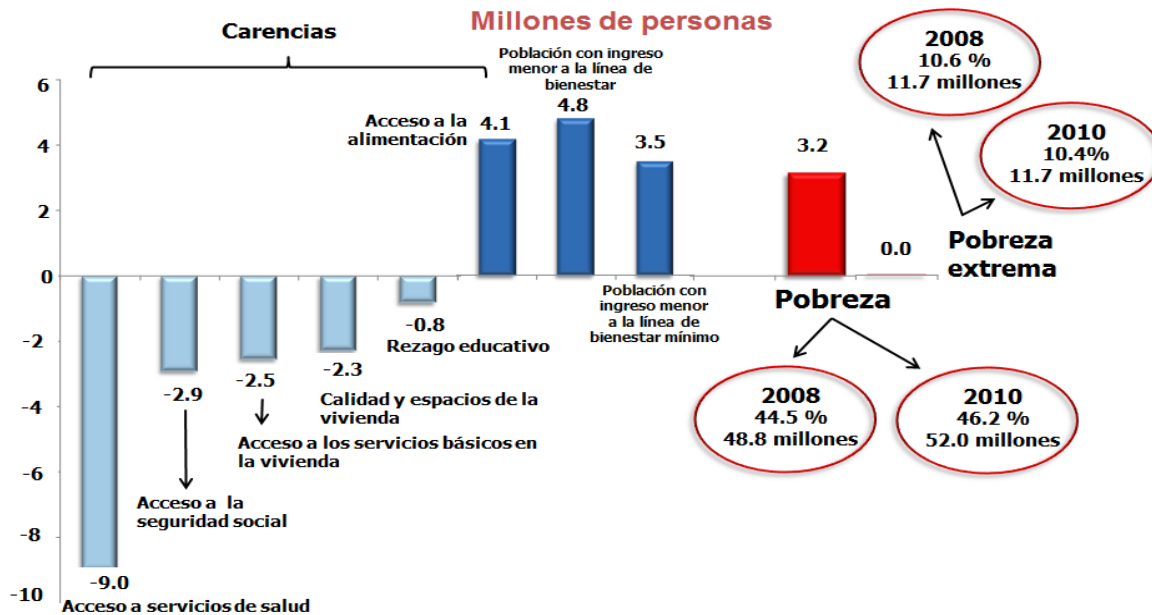
A partir de esta concepción señalada por la Ley General de Desarrollo Social, es pobre quien tiene ingresos bajos y quien además tiene una o más carencias sociales de las señaladas arriba. Por esta razón, es importante analizar la evolución de estos factores en forma conjunta. La Ley General de Desarrollo Social también considera al indicador de cohesión social que se puede medir con base a la desigualdad.

Entre 2008 y 2010 la población en pobreza en el país pasó de 44.5% a 46.2% y que representó un incremento de 48.8 a 52.0 millones de personas. En el mismo periodo, la población en pobreza extrema se mantuvo en 11.7 millones de personas. En estos años, de acuerdo a los datos de CONEVAL, el ingreso real de los hogares se redujo, especialmente en las áreas urbanas. Asimismo, se registró un incremento de la población que carece de acceso a la alimentación. En contraparte, según CONEVAL, en el mismo periodo aumentó la cobertura de servicios básicos como el acceso a los servicios de salud, a los servicios básicos en la vivienda, en la calidad y en los espacios de la vivienda, en la seguridad social y se redujo el rezago educativo. Sin embargo, los datos anteriores se confrontan con los datos siguientes que proceden de la misma matriz de análisis que muestran que el porcentaje de pobres es mucho mayor y que concuerda con los datos expresados Boltvinik en el trabajo realizado en COPLAMAR y que ya se han comentado en otro apartado:

## Indicadores de pobreza, 2010

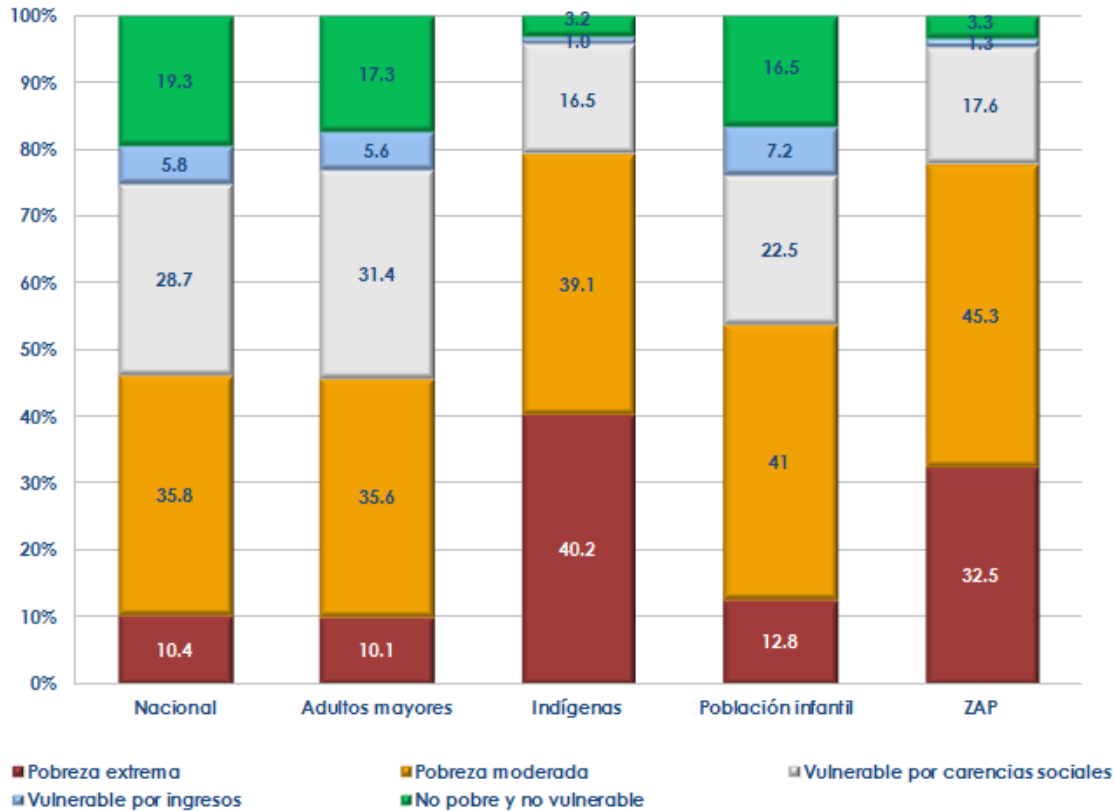


## Cambio en el número de personas en pobreza en México 2008-2010



Fuente: Estimaciones del CONEVAL

**Población según situación de pobreza  
Grupos selectos, México, 2010  
Fuente: estimaciones del CONEVAL**

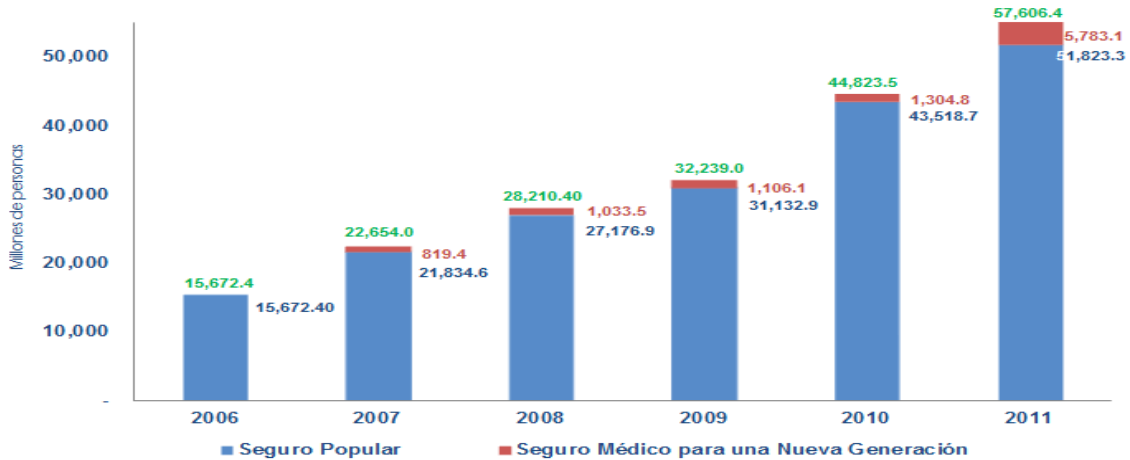


Entre 1992 y 2010, a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares, se observa que el ingreso real neto total per cápita se mantuvo constante. Lo anterior coincide con un crecimiento del PIB per cápita promedio anual de sólo 1.2% entre 1990 y 2010. Esta tendencia se observa también en la evolución 1992-2010 de la dimensión de pobreza por ingreso alimentaria y de patrimonio. Lo anterior implica que será difícil reducir la pobreza por ingresos si no se llevan a cabo políticas para incrementar el ingreso real de la población en México. La evolución del mercado laboral tiene efectos directos sobre la dimensión del ingreso en la medición de pobreza. La reducción de la pobreza tiene que venir en buena parte de las mejoras al mercado laboral.

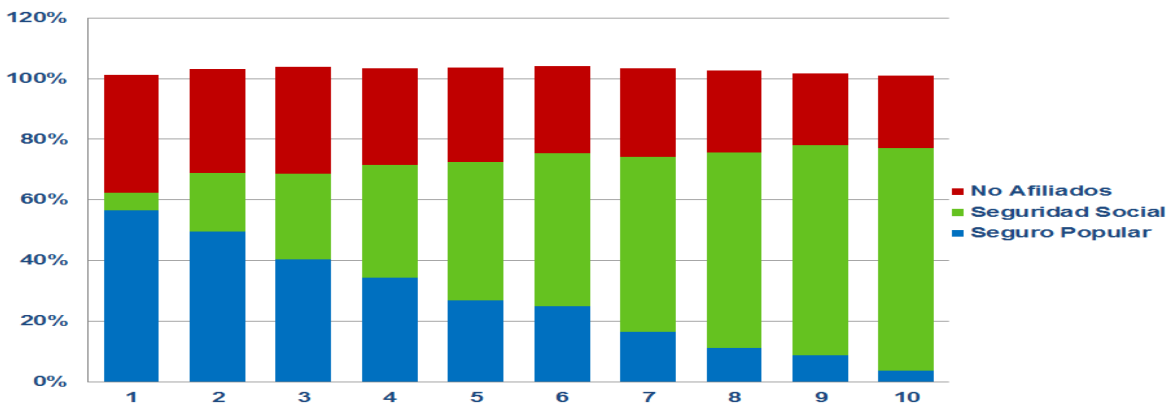
Una variable muy relacionada con el mercado laboral es la de la seguridad social (personas que no cuentan con prestaciones laborales junto con sus familiares, así como los adultos sin pensión). En 2010, ésta fue la mayor carencia social en México y que afecta al 60.7% de la población. Entre 2008 y 2010 se redujo la carencia estadística de acceso a la seguridad social, pero no porque haya aumentado el porcentaje de personas ocupadas con seguridad social contributiva, sino porque se incrementó el porcentaje de adultos mayores cubiertos por programas de pensiones no contributivas y con apoyo de programas sociales. Entre 2008 y 2010 el programa de “70 y más” duplicó su cobertura de 1 a 2 millones y esto significó una cobertura aproximada del 50% de su población potencial.

Entre 2000 y 2010, de acuerdo a los datos aportados por la Secretaría de Salud (SSA), se observó una reducción importante de la carencia de acceso a los servicios de salud (derechohabencia), que pasó de 58.6% a 33.2%. Durante el periodo 2008-2010, según los datos de la SSA, se observa una importante reducción estadística de 40.8% a 31.8%. Esto aparentemente se debió de manera fundamental al avance de la cobertura del Seguro Popular. De acuerdo a las cifras proporcionadas por la misma Secretaría de Salud, la afiliación al Seguro Popular y al Seguro Médico para una Nueva Generación creció de manera pronunciada en los últimos años. La población atendida por el primero aumentó de 15.7 millones de personas en 2006 a 51.8 millones en 2011, mientras que la del segundo pasó de 819.4 mil personas atendidas en 2007 a 5,783.10 mil personas atendidas, de acuerdo con registros administrativos. Esto, de acuerdo a las cifras antecedentes parecería ser un primer paso hacia la universalización de la atención en salud. Sin embargo, resulta difícil creer en un crecimiento exponencial de la afiliación en aproximadamente 26 millones de personas en 5 años, o sea, 5 millones anuales, 600,000 mensuales, 20,000 diarios, casi mil por hora. Para ello se requeriría de una estructura administrativa de la que carece el Seguro Popular siendo que la actividad principal del Seguro Popular es de financiamiento. En las gráficas siguientes se puede observar que el crecimiento exponencial pareciera casi un modelo matemático que hace nacer dudas sobre el verdadero comportamiento de la afiliación al Seguro Popular.

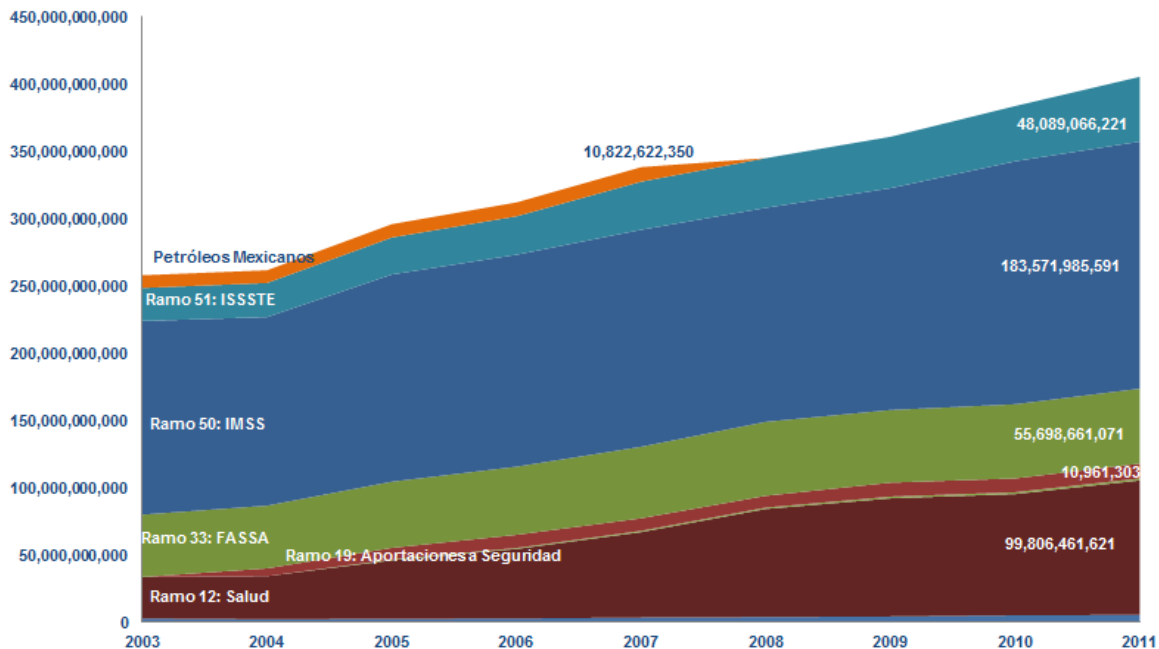




### Proporciones importantes de la población de los deciles de ingreso de menores recursos está afiliada al Seguro Popular



El gasto total en salud del Gobierno Federal creció 30 por ciento entre 2006 y 2012, pues aumentó de 312,021 millones a 405,317 millones. Este aparente crecimiento lo es en términos absolutos pero no en efectos reales debido a que este crecimiento del gasto total en salud solo fue una adecuación del fenómeno inflacionario. La inflación para ese sexenio fue de aproximadamente de 25% en forma acumulada y el gasto de salud fue aumentado en aproximadamente la misma proporción. Así que el gasto en salud ha permanecido invariable en los últimos seis años y en rezago en comparación con los estándares internacionales.



Respecto al rezago educativo, se observó una reducción marginal de 21.9% a 20.6% a cargo principalmente por la reducción del rezago de la población adulta.

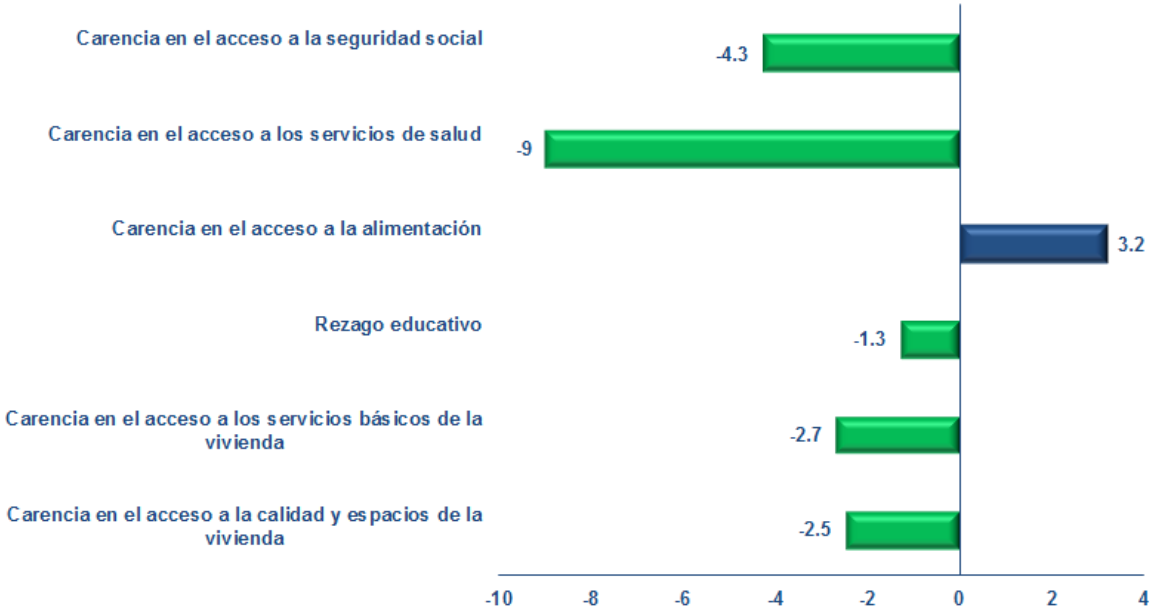
La carencia en la calidad de las viviendas (material de pisos, techos, muros y grado de hacinamiento) tuvo una reducción de 41.5% a 17.0% entre 1990 y 2010. Entre 2008 y 2010 se registró una reducción de la carencia por la calidad y los espacios de la vivienda desde 17.7% a 15.2%. Destaca la reducción en el porcentaje de personas que viven en casas con pisos de tierra, de 15.8 a 4.8% y esto ha sido cuestionado por la disparidad de las cifras presentadas por el gobierno federal. Respecto a la carencia de servicios básicos en las viviendas (agua, drenaje, electricidad), ésta tuvo una reducción de 44.3% a 19.3% entre 1990 y 2010. Asimismo la carencia de servicios básicos en la vivienda disminuyó de 19.2% a 16.5%, a cuenta de la reducción de la falta de agua.

La carencia social que se incrementó entre 2008 y 2010 fue el acceso a la alimentación, con relación directa a la caída del ingreso. La población con carencia de acceso a la alimentación subió de 21.7% a 24.9%, lo que significa que aumentó el porcentaje de

personas que reportaron haber variado su alimentación o que algún miembro de la familia no se alimentó lo suficiente algún día por un problema económico.

La población con carencia por acceso a la salud, de acuerdo con la medición de pobreza de CONEVAL, disminuyó nueve puntos porcentuales: de 40.8 por ciento en 2008 a 31.8 por ciento en 2010. Esto representa que 9 millones de personas accedieron a los servicios de una institución de salud entre dichos años. Esta es la carencia que disminuyó de manera más pronunciada entre las consideradas para la medición de la pobreza y que el discurso de gobierno de 2006-2012 se le ha deseado atribuir a la afiliación del Seguro Popular. Veremos que estas cifras no concuerdan como se verá más adelante.

Por lo pronto, se puede apreciar que del número de carencias sociales como determinantes sociales de la salud, el acceso a los servicios de salud parece ser el que más ha disminuido como resultado directo de la supuesta cobertura del Seguro Popular:



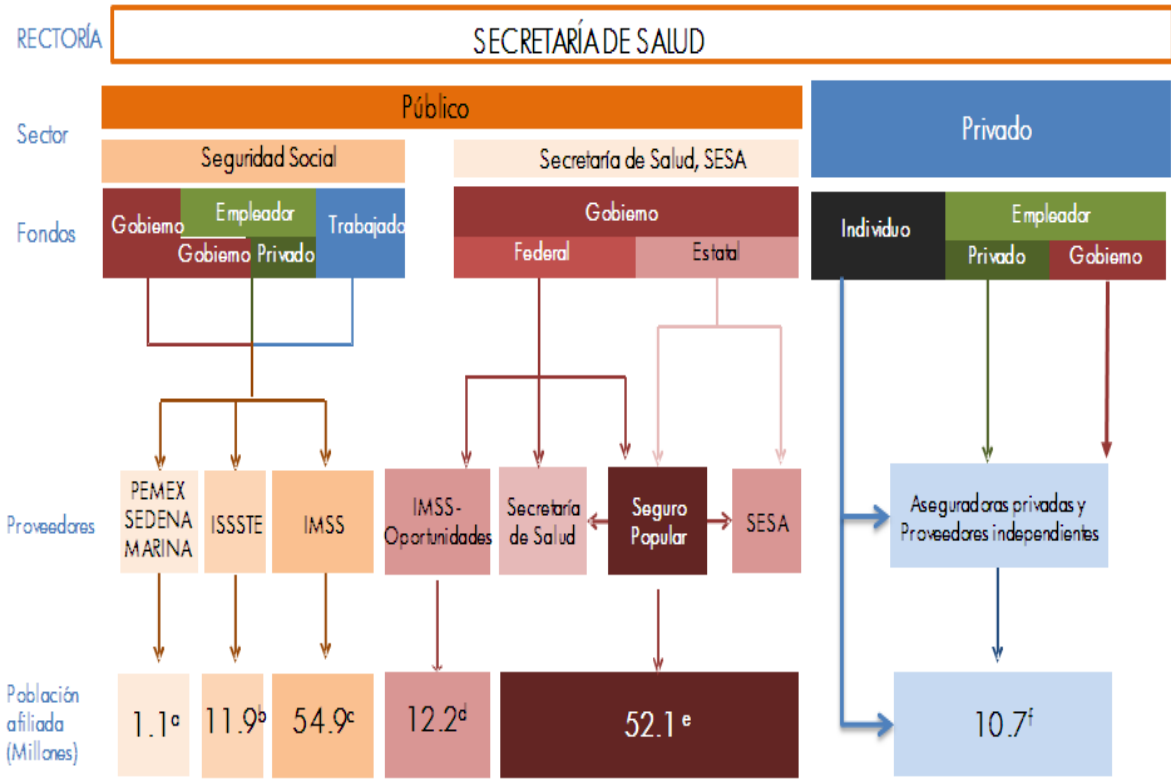
En 2010 el 33.2% de la población no estaba afiliada a ningún servicio de salud ni tenía un seguro privado. No obstante, la suma de la población afiliada a las instituciones públicas entre 2010 y 2011 es mayor que la población del país, lo que refleja las limitaciones existentes para mantener actualizados los padrones de afiliados y el hecho de que un

porcentaje de la población está afiliado a más de una institución de salud. Una de las consecuencias de esto es la inexistencia de la portabilidad del acceso.

Hay diferentes paquetes de beneficios y el gasto por persona es diferenciado por condición de aseguramiento. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales (ISSSTE) pueden atender el total de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios en Salud (CAUSES) mientras que el Seguro Popular ofrece una cobertura de 284 intervenciones.

Existen numerosas instancias que proveen servicios de salud (IMSS, IMSS-Oportunidades, ISSSTE, ISSSTE estatales, Secretaría de Salud en las entidades federativas, PEMEX, Secretaría de Marina, la Secretaría de Defensa Nacional y hospitales privados, entre otras), lo que conlleva a que el sistema de salud mexicano sea segmentado, descoordinado e incomunicado.

**Población afiliada por institución 2010-2011**

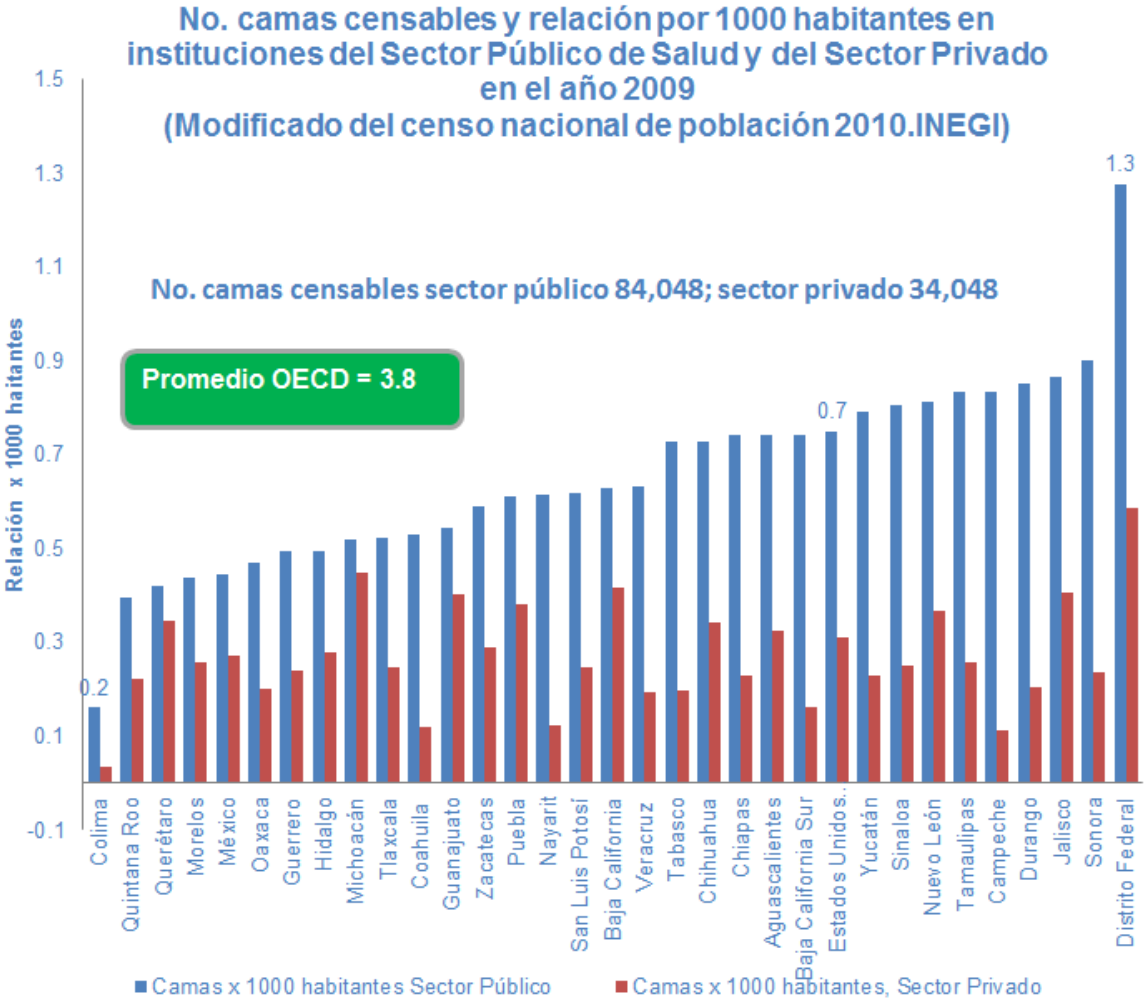


Fuente: <sup>a</sup> Datos del ENIGH, 2010  
<sup>b</sup> Portal del ISSSTE, datos 2010  
<sup>c</sup> Cubos del IMSS, datos 2011  
<sup>d</sup> Información estadística del portal IMSS-Oportunidades, datos 2011  
<sup>e</sup> Portal del Seguro Popular, datos 2012  
<sup>f</sup> Portal de la Comisión Nacional de Seguros, datos 2011

Total ≈ 132.2 millones en el sector público (18.1% de traslape)  
 INEGI: 112 millones de mexicanos

Sin embargo, estas instancias presentan una deficiente calidad en la atención. Un ejemplo es la insuficiente e inequitativa distribución de infraestructura, equipo y personal entre las entidades federativas. En promedio la tasa de médicos generales por cada 100 mil habitantes es de 0.45 y la brecha entre las entidades federativas entre la tasa menor y la mayor es de 0.62.

**Distribución desigual de infraestructura y personal 2009-2010**



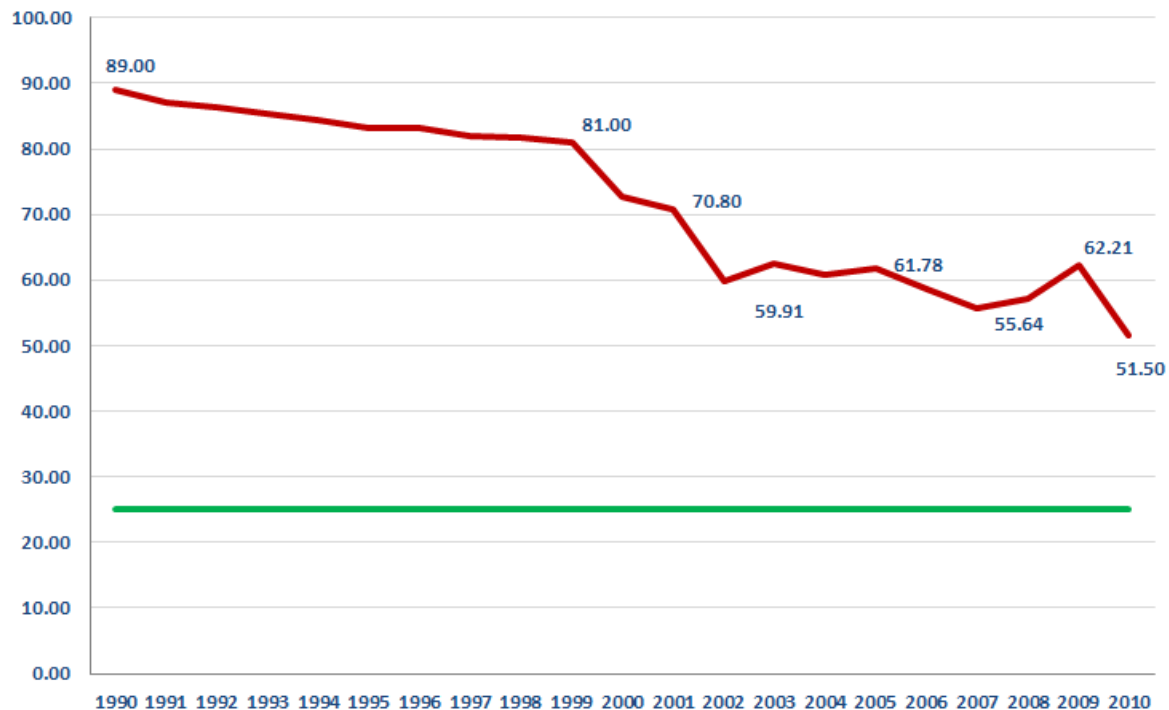
Fuente: Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 2009. Secretaría de Salud.

En cuanto a la intervención denominada Atención Curativa Eficiente se encontró que el número de muertes hospitalarias en las unidades de segundo nivel de atención se elevó de 3.65 a 3.94 defunciones por 100 egresos hospitalarios del año 2008 al año 2010.

Uno de los principales retos en materia de equidad en salud y justicia social en México es el de la mortalidad materna. El volumen de fallecimientos por esta causa constituye un problema de salud pública en tanto que las muertes maternas son potencialmente evitables. Su ocurrencia refleja la presencia de elementos graves de desigualdad social e inequidad de género en el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención a la salud. Si bien el nivel de la razón de mortalidad materna ha disminuido desde 1990 (89 muertes por 100,000 nacidos vivos en 1990 y 51.5 en 2010), la tendencia no es suficiente para cumplir la meta del milenio en 2015. Algunos de los problemas institucionales que posiblemente han dificultado el avance en la reducción de la mortalidad materna son:

- Deficiencias en la comunicación entre los diferentes niveles de atención (referencia y contrarreferencia).
- Que la existencia de una unidad de salud, y en muchas ocasiones la afiliación a un programa, no siempre asegura el acceso efectivo a los servicios, sobre todo de aquellas mujeres que se encuentran alejadas de las unidades médicas.
- Hay unidades médicas integrales sin capacidad resolutive real (aún en hospitales de tercer nivel), pues tienen problemas de equipamiento, insumos o de recursos humanos capacitados.
- Hay mujeres que son dadas de alta de las unidades médicas pronto después de haber ingresado a pesar de tener un diagnóstico considerado de alto riesgo.
- Las mujeres embarazadas pobres, sobre todo quienes no son beneficiarias de programas como Oportunidades y Seguro Popular, tienen mayores dificultades para acceder con efectividad a los servicios de atención para población abierta. No obstante, también quienes están afiliadas al Seguro Popular o son beneficiarias de los programas, presentan dificultades.

En cuanto a los Objetivos del Milenio, la mortalidad materna observada en México está muy lejos de cumplir la meta señalada para el 2015 que era de disminuir en tres cuartas partes la mortalidad materna. Actualmente estamos en 51.5 por cada 100,000 nacidos vivos y la meta debería ser de 22 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos.



Fuente: elaboración propia con base en el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

De la lectura de los datos presentados en las páginas precedentes se pueden extraer las siguientes observaciones:

- Hubo avances importantes en la cobertura de programas sociales para adultos mayores, pero eso implica que actualmente existan pensiones contributivas y no contributivas desarticuladas y con subsidios públicos enormemente desiguales operadas por los tres órdenes de gobierno.
- Los subsidios a los sistemas de pensiones contributivas favorecen a los estratos de mayores ingresos, con niveles de beneficios y regresividad mayores para los trabajadores públicos.
- Existen diferentes esquemas de pensiones diferenciados para trabajadores asalariados.
- Existen varios tipos de pensiones: vejez, riesgos de trabajo, invalidez y vida, de orfandad y pueden ser acumulables.
- Hay muchas agencias aseguradoras (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatales, PEMEX, CFE, Fuerzas Armadas, entre otras).

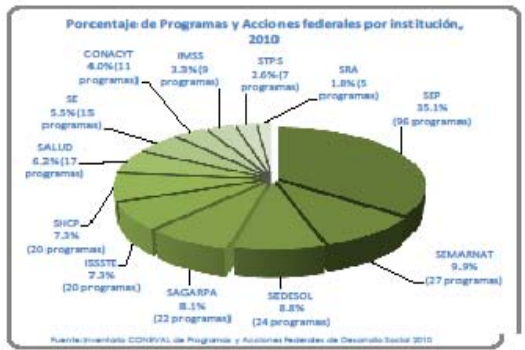
- Carencia de política de recaudación y asignación de recursos a nivel federal y estatal
- Carencia de integración entre agencias públicas.
- Falta de políticas adecuadas de manejo de las reservas
- Insostenibilidad financiera de los fondos de programas.
- Inversión: riesgo por uso excesivo de fondos de pensiones para financiar al gobierno.
- No existen definiciones únicas y claras de discapacidad para la regulación de pensiones (temporales y permanentes).

Si bien no todos los programas o acciones deben ir necesariamente a la población en pobreza, se observa que diversas acciones se dirigen a la población con más recursos, lo cual disminuye la progresividad de la política de desarrollo social. Lo anteriormente señalado se puede percibir con mayor claridad en los siguientes gráficos:

### Dispersión de programas de desarrollo social federales, 2011



Existe un gran número de programas dirigidos a atender problemáticas similares. Éstos programas están dispersos en las dependencias y no siempre se coordinan entre sí. Adicionalmente, existen intervenciones a nivel estatal de las cuales no se cuenta con información sobre sus resultados.



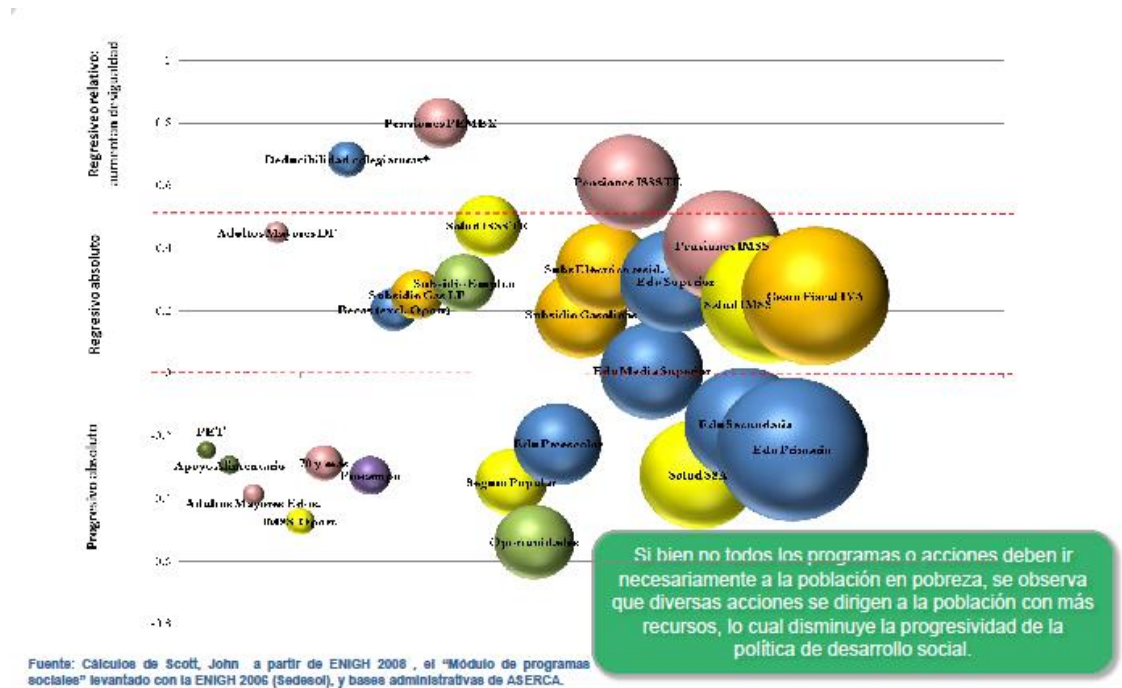
Año	Número de Programas	Número de Acciones	Total	Presupuesto Original MDP
2004	89	0	89	\$ 72,122.23
2005	78	0	78	\$ 73,006.65
2006	168	0	168	\$ 122,131.83
2007	104	0	104	\$ 73,171.71
2008	139	107	246	\$ 487,579.09
2009	180	92	272	\$ 587,588.07
2010	186	87	273	\$ 626,063.64
2011	178	94	272	\$ 692,003.81

Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.

Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en el Inventario CONEVAL de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social.



## Incidencia distributiva de los programas sociales y equidad del gasto social, 2010



Fuente: Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2011.

El sistema actual de protección social con que se cuenta en México por medio de diversos programas que se orientan especialmente a la población pobre tiene problemas de concepción a nivel global. Estos problemas se reflejan en una cobertura limitada, en su disociación con los derechos sociales, en la fragmentación institucional y financiera, la descoordinación entre programas tanto federales como estatales, desigualdades horizontal y vertical, así como financiamiento y entrega de paquetes de beneficios desiguales. Entre las consecuencias de estos problemas se encuentra la inequidad y la poca efectividad en el ejercicio de los derechos sociales, la insostenibilidad financiera en el mediano plazo y la ausencia de instrumentos de política pública efectivos para enfrentar crisis asociadas con el cambiante escenario contemporáneo. Es necesario considerar que los instrumentos de protección social deben repensarse en nuevas políticas y programas que logren proteger integralmente a los individuos y sus hogares mediante el acceso efectivo a ellos, en su sostenibilidad financiera y en la coordinación necesaria que impulse la capacidad de recuperación del nivel de consumo.

Si bien ciertos programas han tenido algunos resultados, su impacto es modesto para revertir los retos estructurales del mercado laboral. Por lo anterior, es importante subrayar que el incremento sostenido del poder adquisitivo del ingreso en el país debería provenir de las mejoras en el crecimiento económico, en el empleo, los salarios, la productividad, la inversión y la estabilidad de los precios (especialmente de los alimentos), entre otras variables. Los programas de desarrollo social son más efectivos para proteger a la población ante adversidades coyunturales que para la generación de empleos permanentes. La política de desarrollo social cuenta con algunos programas de protección social, pero son insuficientes para fortalecer el ingreso de la población ante reducciones circunstanciales como las vividas en el país en 2008-2010. En ausencia de estos mecanismos y ante las crisis recientes (financiera, en precios de alimentos y energéticos), se han favorecido a instrumentos como el de Oportunidades o los subsidios energéticos generalizados. Éstos últimos que no están focalizados hacia los más pobres. Sin embargo, estos mecanismos no están diseñados para proteger a esta población ante contingencias coyunturales. Es necesario diseñar programas para reducir los efectos coyunturales sobre el bienestar económico y el ingreso (por ejemplo, crear un seguro al desempleo contributivo o fortalecer algunos ya existentes, como el programa de Empleo Temporal).

Problemáticas identificadas en el ámbito educativo son la desigualdad en la calidad de la educación básica, en la educación media superior y educación superior; la insuficiente cobertura; desigualdad en el acceso y calidad de la enseñanza; las desventajas para acceder a la educación de los grupos vulnerables, así como el bajo desarrollo de la investigación básica y aplicada.

México se encuentra en una situación en la que existen simultáneamente grupos de población con malnutrición, sobrepeso y obesidad; esto impone retos adicionales a la atención de los problemas de seguridad alimentaria y nutricional, tanto en términos de acceso como de educación para la salud. Si bien los programas han tenido algunos resultados respecto al acceso a la alimentación, el efecto negativo de la reducción del ingreso y el aumento en el precio de los alimentos que el país sufrió desde 2007 excedió

el efecto de los programas sociales analizados. La inestabilidad económica que se prevé en años futuros, así como la constante fluctuación de los precios alimentarios, podrían mantener el tema de la alimentación como una prioridad para el país en los años siguientes.

Existe un gran número de programas y acciones de desarrollo social en el gobierno federal. Se identifica una gran dispersión y falta de coordinación entre las instancias federales. Si se incluye a los programas de los gobiernos locales, el problema podría ser aún mayor (no es fácil tener información sobre la política de desarrollo social en los gobiernos locales). No siempre queda clara la razón por la que se crean programas de desarrollo social año con año. Unos son creados por el poder ejecutivo, otros por el Congreso y otros por las entidades federativas, a través del legislativo local. Posiblemente muchos de ellos son creados para resolver problemas concretos de la población, pero debido a que no siempre se cuenta con resultados claros, la sospecha de un uso político es inevitable.

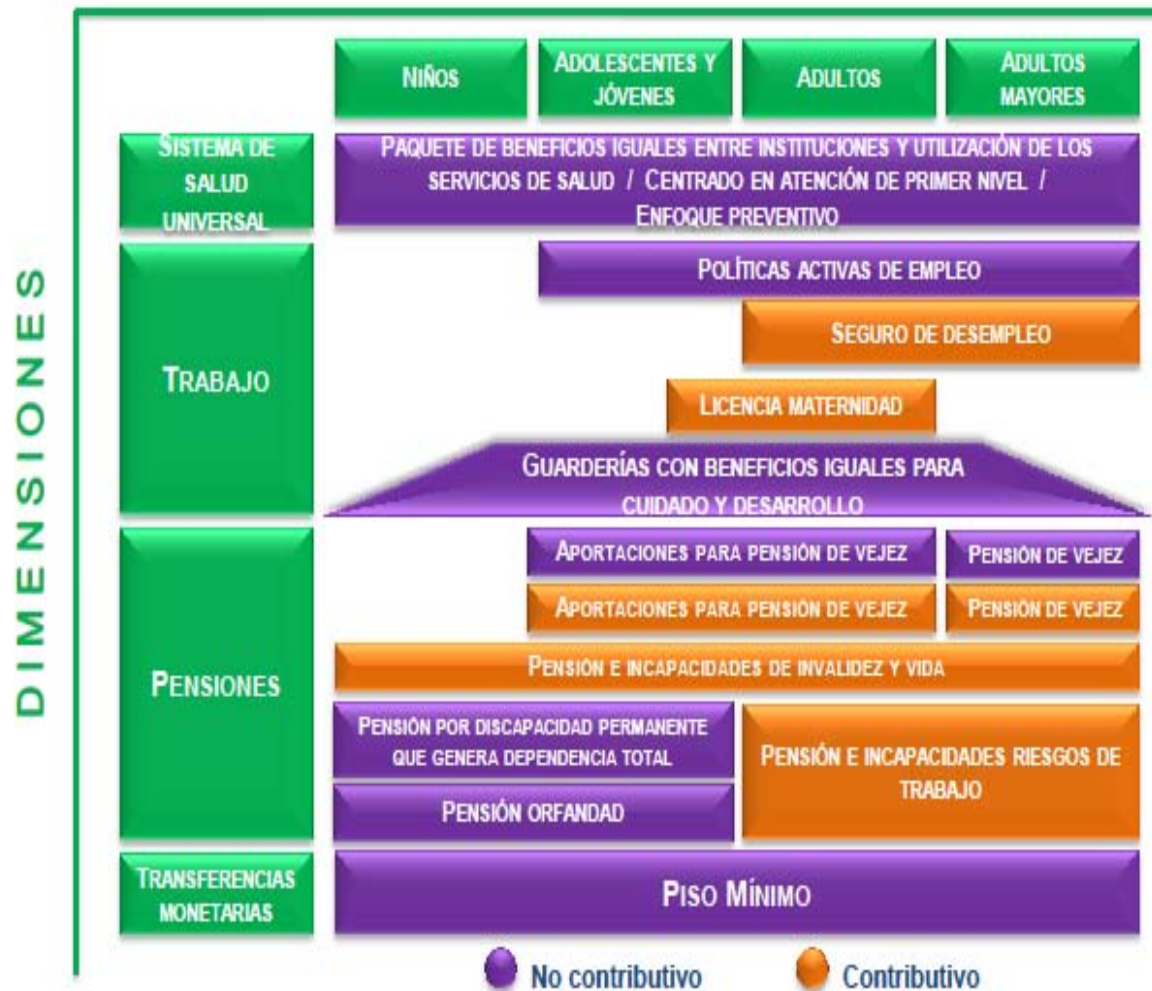
Los programas más progresivos o pro-pobres son Piso Firme, Oportunidades, IMSS-Oportunidades y DICONSA. Los más regresivos, o menos pro-pobres, son los beneficios de la seguridad social que se enfocan principalmente hacia cierto sector privilegiado de la población empleada formalmente en los sectores público y privado, como lo es el caso de las Guarderías del IMSS y el esquema de pensiones y de salud del ISSSTE.

Los programas de desarrollo social deben ser un complemento de las políticas más integrales y profundas que incrementen el crecimiento económico y el ingreso real en el país. Se han confundido en los diversos órdenes de gobierno las causas y los síntomas de la pobreza, con lo cual una buena parte de los programas sociales de superación de la pobreza atacan a lo segundo, o sea, a los síntomas. Las causas o determinantes de la pobreza y ciertamente de la salud lo son la falta de empleos y salarios bajos, el aumento en el precio de los alimentos, la insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud y de educación, la insuficiente cobertura de seguridad social, la baja productividad y competitividad, la insuficiente inversión pública y privada, la desigualdad de

oportunidades. La pobreza se combate y se reduce sistemáticamente cuando se busca atacar los dos frentes: el de las causas y el de los efectos. Este combate a la pobreza, por lo tanto, es el combate contra lo que afecta a la salud de una población.

El diagnóstico de la situación económica y social presentado, así como la evaluación del conjunto de los programas de desarrollo social realizada, permiten concluir que la política de protección social actual carece de una visión integral que permita enfrentar de manera equitativa, efectiva, coordinada y sustentable los riesgos asociados al acceso a la salud, al trabajo, la vejez, discapacidad y orfandad, así como los relacionados con el ingreso que enfrentan los mexicanos. Una de las barreras de acceso universal a la protección contra riesgos lo impone el financiamiento de la seguridad social por medio de contribuciones que excluyen a los trabajadores de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad. Además, el sistema actual es pro-cíclico; es decir, protege a más población en momentos de auge, pero cuando ocurre una crisis la deja sin ingreso por trabajo, sin servicios de salud y en riesgo de consumir sus ahorros para el retiro. Con base en este diagnóstico es imperativa la construcción de un Sistema de Protección Social integral. Algunas características básicas de este sistema deben ser el acceso garantizado a un sistema de salud centrado en la atención de primer nivel y con enfoque preventivo, en la existencia de políticas activas de empleo eficientes y de un seguro de desempleo, de una pensión de vejez universal, de un ingreso básico para todos, así como contemplar la modificación del actual esquema de financiamiento de la seguridad social para lograr la cobertura universal. La modificación del actual esquema de financiamiento de la seguridad social se muestra en la siguiente figura en donde los instrumentos contributivos son los financiados por los mismos beneficiarios, mientras que los no contributivos son los financiados con impuestos generales y que, usualmente, tienen propósitos redistributivos.

## CICLO DE VIDA



Asimismo, se debe contemplar la integración de un Sistema Nacional de Salud con las siguientes características:

- Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud como moduladora, organizadora y reguladora de la prestación de los servicios de salud.
- Ser universal y sin barreras al acceso con énfasis en la atención primaria y con enfoque preventivo.
- Ser financiado con impuestos generales y que utilice las infraestructuras pública y privada.

- Ser portable mediante la adscripción inicial a una unidad de salud y la eventual libertad de elección con un padrón único de beneficiarios y un expediente clínico electrónico.
- Dada su segmentación, el Sistema de Salud debe integrarse funcionalmente de tal manera que permita la convergencia a través de ña ampliación de las prestaciones en salud que hoy ofrece la seguridad social al sistema en su conjunto, de una política de medicamentos unificada que asegure el surtimiento oportuno en los establecimientos y la formación planificada de los recursos humanos que permita responder a las necesidades de salud.
- Garantizar una pensión de vejez a la población. La pensión debe ser universal no contributiva, ser sostenible financieramente mediante un sistema de prepago.
- Mejorar la eficiencia del gasto público en salud mediante la coordinación, la alineación y la eliminación de programas sociales duplicados o no orientados a población pobre.
- Analizar la ampliación de Oportunidades a las zonas en las que no se cuenta con oferta de servicios médicos, mediante la vinculación con acciones en localidades con población dispersa.

La pobreza se ha incrementado por problemas económicos (reducción del ingreso real, empleos insuficientes, bajo crecimiento económico, aumento de los precios de los alimentos) y no por razones directamente atribuibles a la política de desarrollo social. El objetivo de reducción de la pobreza no debe estar a cargo de una sola secretaría (en este caso la SEDESOL) sino que sea responsabilidad conjunta de los gabinetes económico y social. Prácticamente, todas las secretarías deberían tener como objetivo prioritario la reducción de la pobreza coadyuvando así a mejorar la calidad de vida de la población y propiciar la satisfacción de sus derechos.

En Puebla, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Veracruz y Chiapas, las carencias en acceso a la salud en 2010 fueron mayores a 36 por ciento, en donde destaca Puebla con una carencia de 41.8 por ciento. En estos estados se localiza el mayor volumen de población indígena que es la que menos acceso tiene. Por lo tanto, debe acelerarse la cobertura

universal del Seguro Popular en estas entidades, con una oferta adecuada de servicios de calidad y de medicamentos.

El disminuir el nivel de la mortalidad materna debe ser una prioridad del Estado Mexicano. Por ello, debe ampliarse la cobertura de los servicios de atención obstétrica, impulsar estrategias de identificación temprana y de atención oportuna de las complicaciones y de las emergencias obstétricas donde se localiza una alta proporción de mortalidad materna.

Dentro del panorama general que se ha esbozado, se podrían mencionar algunos aspectos que se proponen, desde el punto de vista bioético y administrativo, que se orienten a lograr que las políticas públicas en salud efectivamente satisfagan las necesidades de la población hacia quien se dirigen:

- Dar resolución a las causas subyacentes de la pobreza y de la falta de salud
- Aumentar el gasto público para la generación de las condiciones mínimas de sanidad: agua potable, drenaje, comida, saneamiento ambiental, etc.
- Tener presente que las condiciones de vida insalubres no resultan de la ignorancia sino de la impotencia de las comunidades para cambiar sus condiciones económicas y políticas
- Dar un lugar prioritario y central a los promotores comunitarios
- Fomentar la autosuficiencia y el uso de recursos locales baratos
- Dar prioridad a las medidas preventivas y a la educación sanitaria
- Descentralización y rendición de cuentas con fuerte apoyo central
- Facilitar la influencia de la comunidad en la naturaleza y en la calidad de los servicios
- Tener en cuenta que las intervenciones de salud nunca son políticamente neutrales. Pueden promover la independencia y la autosuficiencia o pueden fomentar la dependencia y la pasividad
- Considerar que la supervivencia no es suficiente. Se debe considerar como objetivo la mejora de la calidad de vida

- Utilizar una tecnología de bajo costo y de fácil manejo para todos los miembros de la comunidad
- Favorecer la creación de una cultura médica en la que se privilegie la prevención
- Tener en cuenta que un modelo basado en la intervención profesional no siempre será sostenible
- La mejor manera de asegurar la salud es involucrar a la comunidad en su mantenimiento

Estas propuestas estarían acordes con la propuesta que la OMS ha relanzado en el 2008 de dar énfasis a la atención primaria en salud como la solución al deterioro de las condiciones de salud de la población y a la deficiente actuación de los sistemas nacionales de salud. De esta manera, se haría presente la Declaración de Alma-Ata que sigue vigente después de más de 30 años. Este es el imperativo ético por seguir pero dentro de un contexto democrático, plural e incluyente. Es hora de desarrollar una bioética de intervención, más normativa, que sea el marco de las políticas públicas en salud dentro de un contexto que se fundamente en la promoción y en la protección de los derechos humanos como un deber de los Estados y de cada uno de sus componentes.



## VIII. PROPUESTA DE UN SISTEMA PÚBLICO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD JUSTO, EQUITATIVO Y SOLIDARIO EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Antes de plantear la propuesta que surge de la investigación de esta tesis, es conveniente examinar las propuestas que se han expuesto en los últimos años con la finalidad de reestructurar y reformar el sistema de salud en México, dadas las situaciones que se han examinado a lo largo de este texto. Las propuestas surgidas son la de Santiago Levy Algazi,<sup>213</sup> la de Ernesto Enríquez Rubio,<sup>214</sup> la de Funsalud<sup>215</sup> y la de Fernando Cano Valle:<sup>216</sup>

**A. Santiago Levy.**<sup>217</sup> Fue uno de los principales diseñadores del principal programa social de la política de desarrollo social en México, el Progres-Oportunidades,

---

<sup>213</sup> Santiago Levy Algazi es un político y economista mexicano que ha ocupado diversos cargos en la administración pública de México. Actualmente se desempeña como vicepresidente del Banco Interamericano de Desarrollo. Es Licenciado en Economía por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, Maestro y Doctor en Economía por la Universidad de Boston. De 1994 hasta 2000 sirvió como subsecretario de egresos en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, convirtiéndose en el arquitecto principal del conocido programa social Oportunidades que beneficia a las personas con carencias económicas. Anteriormente fue catedrático del ITAM, Presidente de la Comisión Federal de Competencia de México y director del Programa de Desregulación Económica en la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (hoy Secretaría de Economía (México)). Encabezó la Dirección General del IMSS del año 2000 al 2005 durante el Gobierno del Presidente Vicente Fox.

<sup>214</sup> Ernesto Enríquez fue Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización y Regulación y Fomento Sanitario y actualmente se desempeña como Presidente del Consejo Técnico Consultivo de la CNC. Fungió como Comisionado Nacional de Protección contra Riesgos Sanitarios de la Secretaría de Salud del 2000 al 2006.

<sup>215</sup> La Fundación Mexicana para la Salud se define a sí misma como una institución privada al servicio de la comunidad (FUNSALUD). Tiene por objeto contribuir al conocimiento científico y tecnológico y al estudio de políticas en materia de salud, mediante el impulso a la investigación, a la formación de recursos humanos de alto nivel y al desarrollo tecnológico. También identifica y caracteriza problemas de salud y genera proyectos para su solución. La misión de la Fundación consiste en contribuir al mejoramiento de la salud en México y su visión es ser punto de referencia en la discusión de la agenda de temas de salud en México.

<sup>216</sup> Profesor en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM con temas de interés en la Cobertura universal de la atención médica, Derechos Humanos y Medicina y Políticas de salud. Fernando Cano Valle es egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México con especialidad en Neumología y maestría en Ciencias Médicas, cuya tesis se enfocó a las enfermedades provocadas por la contaminación atmosférica y las adicciones. Entre sus cargos destacan los de Director de la Facultad de Medicina de la UNAM en dos periodos consecutivos, Coordinador de Asesores del Presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética y miembro del Consejo de Salubridad General. También fue director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de 2003-2008. Titular del Consejo Nacional contra las Adicciones del 2012 al 2014

<sup>217</sup> Levy Algazi, Santiago. ¿Universalización de la salud o de la seguridad social? *Gaceta Médica de México*, 2011; 147:455-68.

realiza una crítica sobre los incentivos perversos que varios de los programas sociales tienen sobre el empleo formal y también señala que la política social en el país tiene una fuerte deficiencia de diseño.

Levy también realiza una propuesta de estrategia de política social para resolver esta deficiencia al centrarse en separar la seguridad social de la condición de formalidad o informalidad del trabajo. Señala que la política social en México no parece estar construida con miras a alcanzar conjuntamente un objetivo de mediano plazo hacia el que apunten los distintos programas sociales de las dependencias gubernamentales. Debido a esto, es común que la operación de ciertos programas se contraponga con los objetivos de otros. De esta forma la política social estaría bloqueando la posibilidad de alcanzar los objetivos a los que algunos de sus programas aspiran. Por ejemplo, el Programa de Desarrollo Humano Progresá tiene la misión de dotar a niños y a jóvenes de escasos recursos de herramientas relacionadas con la alimentación, la salud y la educación, para que al llegar a la edad productiva tengan mayores oportunidades de insertarse en el mercado laboral y así contribuir a la generación de mayor bienestar y riqueza para ellos mismos y para el país. El problema que ve Levy es que varios de los programas sociales del gobierno están desincentivando el empleo formal porque ofrecen a los trabajadores no asalariados el mismo tipo de beneficios que a los trabajadores formales que pagan por ello a través de sus cuotas obrero-patronales. Entonces, ciertos programas de la política social nacional están desincentivando la conformación de un mercado laboral más sólido y productivo, donde se insertarían entre otros los que fueron beneficiarios de Progresá. Si los trabajadores ven que a través de otro tipo de programas (por ejemplo el de vivienda, el de salud, el de pensiones o el de guarderías) pueden obtener los mismos beneficios que las personas que pagan por ellos en el sector formal, tendrán grandes incentivos para decidir a trabajar dentro del sector informal, lo cual en el agregado tendría un efecto fuerte en varias áreas de la economía nacional y en el debilitamiento del mercado laboral. Programas como el Progresá o el Programa de Estancia Infantiles generan este tipo de incentivos. Sin

embargo, Levy tiene cuidado al señalar que su posición no es simplemente eliminar este tipo de programas que cubren las necesidades de todas aquellas personas que no son asalariadas, lo cual incluye no sólo a las personas que no trabajan, sino también a muchas personas que trabajan por su cuenta, a muchos trabajadores del campo, etcétera.

La raíz de este problema no está en el objetivo que persiguen este tipo de programas, sino en una característica del diseño de la política social en México. El problema es que la seguridad social en nuestro país solamente cubre a los trabajadores asalariados o formales, lo cual significa que el marco institucional no permite dar estos servicios por la vía de la seguridad social a todos aquellos que no son asalariados. Para Levy resulta fundamental eliminar el error de diseño que consiste en asociar la seguridad social a la condición de ser o no un trabajador asalariado. Esta característica de la política social mexicana provoca que el Gobierno del país enfrente un dilema: o dejar desprotegida a toda la población que no accede a la seguridad social por no ser asalariada, o establecer programas que ofrezcan a esta población los servicios que en el caso de los trabajadores formales ofrece la seguridad social, a pesar de que esto implique desincentivar el empleo formal, ya que mientras los trabajadores y las empresas formales pagan una cuota para acceder a los servicios de la seguridad social, los trabajadores informales los reciben gratuitamente. La opción para Levy no es eliminar los programas que, como el Seguro Popular, dan servicios sociales fundamentales a la población desprotegida por no ser asalariada, sino transformar la base de la política social para corregir el error de diseño del que ya se ha hablado.

En la actualidad varios de los programas sociales diseñados para los trabajadores no asalariados están generando incentivos perversos que promueven la creación de empleos y de empresas informales. Levy señala que en el esquema actual por cada peso de subsidio a la formalidad se dan tres pesos de subsidio a la informalidad, lo cual representa una asignación de presupuesto contraria a una que intente fomentar la productividad, el crecimiento y mejores empleos. Se

entrega un beneficio gratuito al trabajador informal, pero si consigue un empleo formal se le castiga con quitárselo. No es de sorprender, entonces, que los trabajadores y las empresas busquen la informalidad. Levy señala que subsidiar la informalidad es subsidiar la evasión de leyes. Se incentiva a los trabajadores a que acuerden con las empresas el no inscribirlos en el IMSS, lo que beneficia a la empresa porque no tiene que pagar cuotas, a cambio de recibir un sueldo un poco mayor. Así, tanto la empresa como el trabajador ganan y se genera que muchas empresas evadan la ley y que no contribuyan a la tributación. Este tipo de incentivos han impulsado la evasión en México, lo que ha ocasionado una reducción en la base tributaria y la consecuente reducción de la productividad y del crecimiento. La mayoría de las empresas informales son muy chicas porque así corren menos riesgo de ser detectadas. De esta forma, se está promoviendo la existencia de empresas muy pequeñas que difícilmente innovan en tecnología, invierten en capacitación o aprovechan economías de escala. Lo que las hace rentables no es el hecho de que sean productivas, sino el hecho de que evaden la ley.

La existencia de estos incentivos perversos y el hecho de que la política social se obstruya a sí misma la consecución de sus objetivos, empujan a Levy a plantear una reforma a la política social. Los programas de seguridad social no avanzan en la dirección adecuada y no hay en la estructura misma de la política social una lógica que incentive la creación de empleos formales. Para Levy esta condición nos obliga a replantearnos el tema y a comenzar a enfrentar la situación con una visión integral del problema y con la claridad de saber a dónde queremos llegar con nuestra política social. La política social debe tener un objetivo común y un plan de mediano plazo con objetivos claros. Levy ha sugerido impulsar un debate sobre la mejor forma de instrumentar la política social. En lo que a él respecta, propone estructurar una nueva estrategia de política social que garantice la seguridad social para todos y que separe a la misma de la dicotomía entre trabajo formal e informal. Para Levy, la seguridad social debe ser redefinida para que deje de ser un derecho exclusivo de los asalariados y se convierta en un derecho de

todos los trabajadores. Su financiamiento debe provenir para todos de la misma fuente. Así, la propuesta de Levy es que haya un mínimo de servicios sociales garantizados para todos los miembros de la sociedad. Lo primero que habría que acordar es cuáles serían los beneficios sociales que queremos que se incluyan en la seguridad social. Para definir esto, recomienda tomar en cuenta factores como la riqueza del país, así como su capacidad productiva y nuestras aspiraciones como sociedad. Una vez definido eso, habría que discutir sobre la mejor manera de pagar dichos beneficios.

Las características que tendría el esquema que él propone serían el establecimiento de un seguro de derechos sociales universales para todas las personas, en donde estarían incluidos una pensión de retiro, un seguro médico, uno de vida y otro de invalidez. Los recursos provendrían de juntar todos los recursos que hay actualmente en programas sociales dentro del presupuesto. Propone que se eliminen las contribuciones a la seguridad social que tienen que pagar las empresas y, a cambio, plantea implementar impuestos al consumo que se conviertan en la principal fuente de financiamiento. Con ello se esperaría quitar el incentivo de las empresas a evadir y se fomentaría la creación de empleos. Por otro lado, plantea un esquema para contrarrestar los efectos en las familias más pobres de la aprobación de una ampliación al impuesto al consumo. Para las familias de ingresos más bajos del país en el corto plazo un aumento de los impuestos al consumo tendría un efecto regresivo sobre su ingreso, por lo que propone que a las familias de bajos ingresos se les devuelva el monto adicional que pagarían por la ampliación del impuesto. Levy señala que la propuesta es altamente redistributiva porque las familias de menores ingresos no pagarían el costo del impuesto y, en cambio, tendrían derecho a un seguro médico, a una pensión de retiro, a un seguro de vida y, a mediano plazo, tendrían la posibilidad de conseguir un empleo formal. De esta forma, señala, la política social sería más equitativa y más conducente al crecimiento económico y a la generación de empleos.

Por último, también propone que los asalariados tengan un seguro de riesgo de trabajo y que las regulaciones sobre indemnizaciones al despido sean reemplazadas por un seguro de desempleo, que protegería a los trabajadores de un evento como el que se está dando este año con los despidos masivos a raíz de la crisis.

**B. Ernesto Enríquez Rubio.** <sup>218</sup> Como Presidente del Consejo Consultivo del CEN de la CNC, Ernesto Enríquez Rubio propone que la reforma profunda del campo que impulsa la Confederación Nacional de Campesinos (CNC) del Partido Revolucionario Institucional (PRI) debe tener un rostro humano. El planteamiento que hace la CNC a nivel nacional para lograr una Reforma Profunda al Campo busca que no solo le vaya bien a los campesinos en el tema de producción, sino también en el tema de desarrollo social. Así, señala que el desarrollo social del sector campesino no ha sido una prioridad para los gobiernos en cuanto a su salud, a su educación, a la capacitación que podamos llevar a hombres y mujeres del campo. La reforma que propone este autor va de acuerdo a los planteamientos del gobierno actual de Enrique Peña Nieto en darle seguridad social y protección a los jornaleros y un futuro pensionario. Esta propuesta va de la mano de la propuesta de Funsalud que es en esencia la propuesta del actual gobierno federal.

Enríquez Rubio efectúa un análisis de la situación actual del Sistema Nacional de Salud y analiza los diversos indicadores que lo lleva a la conclusión de que existen serias limitaciones en su organización y en su funcionamiento. De acuerdo al autor, el Sistema Nacional de Salud en México cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con tres pilares del aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la

---

<sup>218</sup> Enríquez Rubio, Ernesto. La protección social de la salud para todos los mexicanos. México, Examen, Número 205 Año XXII, Abril 2012, pp. 31-49.

administración pública federal y sus familiares; y el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los desempleados y sus familiares. Adicionalmente, coexisten otros de menor tamaño como el de PEMEX y el del ISFAM. Actualmente, estas instituciones públicas todavía conservan la responsabilidad de dirección, organización, financiamiento y prestación de los servicios médicos y de salud pública para cada grupo específico de su población asegurada, modelo que está siendo rebasado por las condiciones actuales, poniendo en riesgo la sustentabilidad del Sistema. Señala que la cobertura y el sustituir el gasto de bolsillo por el gasto público se ven obstaculizados por el entorno fiscal actual y la falta de consenso sobre la reforma tributaria, como lo menciona la OCDE. Es importante destacar lo que representa para el Sistema Nacional de Salud el costo administrativo de la planeación, administración y operación de los servicios en un modelo fragmentado, el cual en 2009 era 10.8% del gasto total en salud, cifra muy por encima del gasto administrativo en salud de los demás países de la OCDE. Asimismo, la persistencia de la segmentación del sistema mexicano de salud, con un sector privado extenso y prácticamente no regulado y un público distribuido en varios organismos integrados verticalmente que financian y prestan servicios de salud y cubren a diferentes grupos poblacionales, muestra que la organización actual del sector salud es insuficiente para atender la demanda actual y futura de los mexicanos en conjunto y alcanzar la universalidad en la atención y la pluralidad en el servicio. Además, se tiene un panorama preocupante en los aspectos:

- Financiero.

- a) Los seguros públicos asistenciales en salud son altamente deficitarios y si bien los asociados a las prestaciones económicas son superavitarios, sus excedentes no alcanzan a cubrir, por mucho, el faltante de los primeros. Se estima, por ejemplo, que el déficit de recursos en el IMSS al 2010 superó los 22 mil millones de pesos. De continuar esta tendencia, se alcanzarían casi 300 mil millones de pesos para 2050, situación preocupante porque el IMSS se encuentra ante presiones derivadas de las transiciones social y

económica que lo sitúan en una grave crisis, ocasionando con ello que los recursos destinados a la atención de la salud de su población derechohabiente sean cada vez más insuficientes.

- b) La Auditoría Superior de la Federación identifica que aún existe una proporción de gasto de bolsillo en salud de 47.7%, sólo 4.2 puntos porcentuales menor del porcentaje registrado en 2004, a pesar de los crecientes recursos asignados. Asimismo, señala que 94.8% de los afiliados encuestados por la ASF afirmaron que adquieren con sus propios recursos los medicamentos que les faltan.
  - c) Se tiene además, como reto, que disponer de mayores y crecientes recursos para la viabilidad del Seguro Popular; lo que hace necesario encontrar un esquema financiero sin precedente, a fin de mejorar la eficiencia de la oferta en el sector de la salud pública, dadas las dificultades de éste para solucionar sus problemas relacionados con la obtención de recursos para satisfacer la creciente demanda.
- Administrativo y prestación de servicios.
    - a) Las instituciones del sistema público de salud requieren atención inmediata y oportuna, dadas las presiones de factores como la transición demográfica y el incremento acelerado en la afiliación de la población que aumentan la demanda de servicios de protección de la salud así como la transformación de las necesidades de los servicios que se inicia con el crecimiento de la esperanza de vida. El número de mexicanos que se convierten cada año en adultos mayores superó a la tasa de natalidad. La población urbana es mayor que la rural, la fecundidad llegó al nivel de reemplazo y la población mayor de 65 años concentra hoy en día casi 55% de las muertes, es decir, en sólo cuatro décadas la proporción de muertes entre niños pequeños y adultos mayores se invirtió.
    - b) Para el Seguro Popular se han orientado, por razones clientelares y políticas, los recursos y los esfuerzos a la afiliación, pero no se aprecia con



tal claridad un compromiso por aumentar el acceso efectivo de los beneficiarios a los servicios de salud. Inclusive, es de llamar la atención que no existe un indicador claro, a nivel federal, que vincule el monto de los recursos asignados al Seguro Popular con el aumento en su capacidad de atención y en la ampliación del número de intervenciones.

- c) Existen graves diferencias en la calidad de la atención en los servicios de salud públicos y privados.
- d) La infraestructura es alarmantemente desigual entre los regímenes públicos de atención, así como en las remuneraciones del personal médico y paramédico. Por ejemplo, en el Seguro Popular las bajas remuneraciones, la temporalidad de los contratos por servicios profesionales y el disímulo nivel de preparación, no se encuentran ni en el ISSSTE ni en el IMSS, con el riesgo de un conflicto laboral. Existen duplicidades y desaprovechamiento de recursos.
- e) Se requiere mejorar el gobierno del Sistema mediante el fortalecimiento de los mecanismos de información y los marcos de rendición de cuentas para todas las instituciones, invirtiendo en capacidad administrativa a todos los niveles.
- f) El Seguro Popular afronta retos que incluyen la variación en la capacidad de algunos estados para administrarlo de manera adecuada.
- g) La supervisión de la Secretaría de Salud es más débil que aquella que ejerce para los servicios ofrecidos por la propia Secretaría (caso de los Institutos Nacionales de Salud).

La propuesta de Enríquez Rubio se puede resumir de la manera siguiente:

- Garantizar el financiamiento adecuado del Sistema Nacional de Salud mediante la introducción de las reformas fiscales necesarias para que se pague lo justo a partir de ampliar la base tributaria, reducir al máximo las exenciones y privilegios fiscales, simplificar el sistema fiscal, ejercer el gasto público de

manera eficaz y transparente y redefinir las obligaciones tributarias entre los tres órdenes de gobierno.

- Fomentar la contratación de cobertura bajo el Seguro Popular y reducir las barreras al acceso a servicios mediante el aumento de su disponibilidad y calidad, ampliando progresivamente el paquete de servicios de salud cubiertos, de forma de disminuir la diferencia de intervenciones cubiertas entre el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado con el Seguro Popular que es de 20 a 1 (CAUSES).
- Impulsar una mayor eficiencia de los hospitales y de los prestadores de servicios institucionales, mediante la introducción de una separación más clara entre proveedores y usuarios y de mecanismos de pago basados en resultados.
- Fomentar una mayor productividad de los profesionales de la salud vinculando la remuneración a la eficiencia y la calidad, asegurando que los médicos en práctica privada no reduzcan la disponibilidad de servicios públicos.
- Fomentar la calidad y la eficacia en función de costos, ampliando la prevención de enfermedades y las iniciativas de fomento de la salud.

**C. FUNSALUD.**<sup>219</sup> Los argumentos y el diagnóstico de Funsalud ya se han descrito en un capítulo previo por lo que omitiré repetirlos de nueva cuenta. La propuesta de Funsalud forma parte de la que ha impulsado el actual gobierno federal. Es una expresión de algunas recomendaciones de la OCDE. Se pueden resumir de la forma siguiente:

- Fortalecimiento de la rectoría de la Secretaría de Salud en cuanto al Sistema Nacional de Salud
- Reestructura del financiamiento de la salud mediante la aplicación de un fondo único proveniente de impuestos generales para el pago de los servicios de

---

<sup>219</sup> Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los Servicios de Salud: Propuesta de Funsalud. México, 2012, 126 p.

salud a múltiples proveedores privados y públicos

- Articulación de los servicios de salud por una organización horizontal de funciones
- Pluralidad en la prestación de servicios de salud por proveedores privados y públicos
- Garantía de contar con beneficios universales de salud

**D. Fernando Cano Valle.**<sup>220</sup> El autor realiza el análisis pormenorizado de la situación actual de la salud en México y detalla la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. En términos generales, sus conclusiones concuerdan con el análisis del trabajo presente de investigación y con el de los autores descritos. Su propuesta se puede resumir de la manera que sigue:

- La fuente de financiamiento de las prestaciones sociales debe encontrar una distinta a la destinada a la asistencia médica.
- El sistema de salud pública y de los riesgos para la salud deben operarse desde la Secretaría de Salud a través de una función rectora de carácter federal.
- El financiamiento del sistema de atención a la salud puede obtenerse por medio de un fondo común.
- Aumento del gasto en salud hasta alcanzar un 9%, de acuerdo al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), a la cual pertenece México.
- Adoptar las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a la formación de una instancia gubernamental de análisis y planeación de las necesidades en salud, así como el gestionar recursos de países donantes para alcanzar un mínimo del 0.7% del PIB para destinarlos a ampliar la oferta de servicios de salud, entre otras

---

<sup>220</sup> Cano Valle, F, Márquez Gómez D., Melgar Manzanilla P. Estructuras Médico-Administrativas en México: hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas Universidad Nacional Autónoma de México, 2014, pp. 322-336.

recomendaciones.

- Un aumento adicional del 5% al impuesto sobre herencias que se destinaría en una proporción de 80/20. Un 80% a las entidades federativas y un 20% a la Federación.
- Capacitación en derechos humanos para el personal médico y hospitalario.
- Programa de incentivos de permanencia para todo el personal de salud.
- Promover una sinergia pública-privada para la atención médica plural lo cual resultaría en una integración global de los servicios de salud.
- Promover un programa de consultorios médicos populares apoyados por la medicina privada, a precios módicos, cuya factura sería pagada por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud.
- El Sistema Nacional de Salud se sustentaría en una Secretaría de Salud operando como una agente central único para el diseño y operación de políticas en salud para todo el país como comparador universal de insumos para la salud y pagador único de servicios prestados en un marco del derecho a la salud.
- La operación en el país se dividirá en cuatro subsecretarías, en una primera etapa: norte, sur, pacífico y golfo. La Secretaría de Salud, propiamente, mantendría las funciones de planeación, dirección y finanzas y las cuatro subsecretarías tendrían a su cargo los procesos de atención médica de los tres niveles de atención. En una segunda etapa se daría la integración funcional de todas las instancias.

**E. Propuesta de esta investigación.** En la propuesta que sigue se toman en consideración aspectos de los autores previamente analizados en el presente capítulo, así como de la propuesta elaborada por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Los aspectos incluidos concuerdan con las conclusiones de esta investigación y por

ello se tomaron en consideración para su inclusión.<sup>221</sup>

La sociedad mexicana está entre las más desiguales del mundo, tanto desde la perspectiva del ingreso como del acceso a servicios sociales y de salud. En 2014 había municipios con cifras de mortalidad infantil similares a las de los países más pobres de África, mientras que en otros las cifras eran comparables a las de los países europeos más avanzados. Aunque desde los años setenta se han hecho esfuerzos importantes para abatir la desigualdad en salud mediante programas como IMSS-COPLAMAR<sup>222</sup>, IMSS-OPORTUNIDADES<sup>223</sup>, IMSS-PROSPERA<sup>224</sup>, y más recientemente el Seguro Popular, el marco de políticas sociales todavía es inestable, contradictorio y no garantiza la igualdad social. Mientras que el artículo 123 constitucional privilegia a la protección social como responsabilidad de las empresas en beneficio de los trabajadores, el artículo 4º fundamenta la asignación de recursos públicos como un derecho ciudadano a la salud para la población excluida de la seguridad social. En el contexto económico actual, estos dos grandes pilares institucionales pueden estorbarse mutuamente. El garantizar el

---

<sup>221</sup> Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México. Propuesta de Un Sistema de Servicios de Salud. México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2012.

<sup>222</sup> En 1977 el Ejecutivo Federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) como parte de una política integral para atender la pobreza. Con el objetivo de acelerar la ampliación de cobertura en salud en las zonas marginadas de México y aprovechar la experiencia adquirida por el IMSS, en 1979 la Presidencia de la República suscribe con éste un convenio de coordinación para el establecimiento de servicios de solidaridad social que derivará en el programa sectorial IMSS-COPLAMAR. A partir de esta fecha registra su primera expansión en términos de infraestructura al construir 30 hospitales de segundo nivel de atención y 2,715 unidades médicas de primer nivel. En 1981 ya contaba con una red de servicios integrada por 60 hospitales y 3,025 Unidades Médicas Rurales con los que se daba atención médica a más de 10 millones de indígenas y de campesinos. [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12\\_Cap08.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf)

<sup>223</sup> El IMSS Oportunidades era un programa federal que contribuyó a garantizar el derecho a la protección de la salud mediante el otorgamiento de servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbanas marginadas. Su origen respondió a la preocupación por ampliar los servicios de salud a la población desprotegida mediante un enfoque de cooperación entre el gobierno y la sociedad en el cuidado de su propio bienestar físico. [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12\\_Cap08.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf)

<sup>224</sup> El Programa IMSS-PROSPERA tiene como misión cuidar y fomentar de manera integral la salud de los mexicanos que no cuentan con seguridad social y que habitan en zonas rurales o urbanas marginadas en condiciones de pobreza extrema. La operación de IMSS-PROSPERA se sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se compone de dos vertientes primordiales que son la atención médica y la acción comunitaria. La atención médica gira en torno a los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica que se proporcionan a través de 3,594 unidades médicas rurales, 273 unidades médicas urbanas, 222 brigadas de salud, 37 unidades médicas móviles, 39 centros de atención rural obstétrica y 80 hospitales rurales, organizados en regiones y zonas que facilitan la organización de los servicios. Consúltase en: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>

derecho a la salud y la equidad requieren de un marco institucional y constitucional único basado en criterios explícitos de equidad en la asignación de los recursos públicos.

La salud de una población es el resultado de múltiples factores que dependen de políticas económicas, sociales y de la respuesta social organizada a los fenómenos de la salud y de la enfermedad. La equidad en salud se puede lograr asignando más recursos para las poblaciones con mayores necesidades (equidad vertical), o bien destinando la misma cantidad de recursos para poblaciones con las mismas necesidades (equidad horizontal). En cualquier caso, es necesario considerar el acceso real a los servicios, a las condiciones de salud, de la calidad y al trato que reciben los distintos grupos sociales. Un tema central en salud es la equidad en las contribuciones financieras y el aporte para servicios de salud en función de la capacidad de pago: los que más ganan contribuyen a la salud de los más pobres, los jóvenes contribuyen para los ancianos y los sanos contribuyen para los enfermos. Ello significa que la equidad vertical sería más justa y solidaria que la equidad horizontal. La equidad horizontal conllevaría a considerar a los segmentos de población en términos de una supuesta igualdad de circunstancias que no existe en la realidad actual presente en México.

Entre 1917 y 1943 se promovieron políticas de salud en dos grandes ejes. El primer eje fue el combate a las epidemias en los enclaves agroindustriales y el segundo eje fue el desarrollo de la seguridad social. El artículo 123 constitucional obligó a las empresas a garantizar la atención a la salud de sus empleados y de sus familias, considerado como un derecho laboral más que un derecho a la salud. La creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943 marca la primera reforma de salud del país. El Instituto Mexicano del Seguro Social integró los múltiples esquemas de protección social vigentes en un marco institucional para alentar la productividad, ampliar la protección y crear un nuevo pacto entre la industria, los obreros y el Estado. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, por su parte, unió el enfoque del

saneamiento sanitario con los nuevos servicios médicos surgidos de los ejidos colectivos impulsados durante el cardenismo.

Esta reforma estableció dos sistemas públicos y paralelos de salud: la seguridad social para los trabajadores del sector formal (Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y, desde 1959, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como los institutos de seguridad y de salud de cada entidad federativa) y la asistencia pública a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta situación introdujo tres factores de inequidad:

- La dualidad entre los servicios públicos para la población asegurada y no asegurada.
- Las diferencias entre los distintos sistemas de seguridad social.
- Las diferencias en el gasto de bolsillo de quienes no participan en el sector formal cuando pagan la atención a la Secretaría de Salud o a los servicios médicos privados.

Entre 1976 y los principios de los ochenta del siglo pasado se realizaron varios esfuerzos por llevar la cobertura de los servicios de salud a la población rural en torno a la estrategia de universalización de la atención primaria a la salud. Ese fue el origen del actual programa IMSS-PROGRESA que atiende a importantes sectores de la población rural.

La segunda reforma sectorial data de 1983 con el establecimiento del derecho constitucional a la salud y la meta de integrar un Sistema Nacional de Salud para garantizarlo. En los noventa, la equidad en salud cobró relevancia internacional. En México, la atención se enfocó en 10% de la población rural con mayores dificultades para recibir atención médica. Con apoyo del Banco Mundial, la Secretaría de Salud impulsó el Programa de Ampliación de Cobertura ofreciendo un paquete de 12 intervenciones básicas de salud enfocado a la atención de grupos vulnerables, en especial a niños y a mujeres en poblaciones sin servicios.

A partir del 2000, el debate internacional en torno a la equidad en salud se centró en la justicia de las contribuciones financieras, al mejoramiento de los niveles de salud y al trato digno de los pacientes. En el informe emitido en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud, México ocupaba la posición 144 entre 191 países clasificados según el grado de justicia de las contribuciones financieras en salud. En el 2003, la mitad de la población carecía de seguridad social y, a pesar de las políticas públicas declaradas, el 55% del gasto en salud era privado ya que se realizaba al momento de la atención médica y fuera de cualquier esquema de aseguramiento.

En 2003 se reformó el artículo 4º constitucional mediante el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud cuyo brazo operativo sería el Seguro Popular. Este Seguro propuso un esquema de contribución conjunto de los gobiernos estatales y federal, así como el precedente de las familias aseguradas con excepción de aquéllas en condiciones de pobreza extrema, o sea, la contribución es tripartita. El esquema estimula la afiliación gradual y voluntaria de las familias y el fortalecimiento y la acreditación de los proveedores de los servicios de salud pertenecientes a la Secretaría de Salud. El Seguro incluye la posibilidad de contratar a proveedores de servicios de salud que se encuentran dentro del sistema de la seguridad social y a entes privados en función de la capacidad del Estado Mexicano. Aunque la afiliación de familias ha progresado, no se ha alcanzado la cobertura universal originalmente propuesta.

Aunque el gasto total en salud sólo ha aumentado ligeramente, se ha dado un incremento anual de 23% en el gasto público en salud para no asegurados, lo cual muestra preferencia por atender a la población más pobre. No obstante, aún persiste una asignación regresiva del gasto público total en salud, así como del gasto en atención primaria y del gasto en atención materna, ambos de gran relevancia para la población pobre.

De cualquier manera, los servicios de la Secretaría de Salud son progresivos (pro-pobres) y complementarios a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social



y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, mientras que los servicios de IMSS-PROGRESA son todavía más redistributivos ya que enfoca los recursos y fomenta la utilización de los servicios de salud en la población en extrema pobreza.

Nuestro sistema de salud aún no ha logrado la igualdad de la salud de los mexicanos. El Instituto Mexicano del Seguro Social encara fuertes presiones financieras y aunque el Seguro Popular ha logrado movilizar importantes recursos, la Secretaría de Salud todavía enfrenta el reto de extender y de hacer operativo el sistema de protección social en salud. El Seguro Popular debe entenderse como un esquema de transición hacia un sistema integral de seguridad-protección social en salud que se construye sobre una base de un financiamiento fiscal universal. Esto implica una profunda reforma a los actuales sistemas de seguridad social que debe estar en el centro de la agenda pública.

Se propone un Sistema Único de Servicios de Salud (SUSS) que permita alcanzar la universalización de la atención a la salud con acceso efectivo, eficiencia y calidad que permita hacer realidad el derecho a la salud para todos los mexicanos por medio de la eliminación de las diferencias innecesarias, evitables e injustas, en un contexto de una seguridad social universal que esté financiada con impuestos generales con destino específico. La universalización debe basarse en políticas viables desde el punto de vista financiero y ser factibles de manera operativa de forma que permitan el acceso a los servicios de salud por todas las personas sin distinción de su condición laboral. Se propone dar prioridad en tiempo y en recursos a la población con mayores desventajas en el acceso a la salud.

Para lograr lo anterior, se requiere partir mediante la inclusión permanente de los valores de equidad, de libertad y de solidaridad donde los elementos centrales de universalidad y de atención primaria formen parte del Sistema Único de Sistema de Salud. Así, el Sistema Único de Sistema de Salud se debe organizar tomando

en cuenta los parámetros de calidad, de eficiencia, en la evidencia y con un esquema de rendición de cuentas. Este modelo deriva de forma general de la propuesta de universalización de los servicios de salud que ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Los dos valores fundamentales que mantienen el equilibrio entre la vida colectiva y el ejercicio de la individualidad son la equidad y la libertad. A partir de la equidad se desprende el principio de justicia y a partir de la libertad el principio de autonomía del individuo. La combinación de estos principios permitiría al individuo y a la sociedad alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Los tres elementos centrales propuestos son:

- a) universalidad del derecho a la salud para lograr la atención a la salud para todos los mexicanos de forma equitativa, justa y solidaria
- b) atención a la salud fundamentada en la estrategia de atención primaria sin descuidar la atención de las enfermedades manifiestas en los niveles segundo y tercero
- c) atención centrada en el individuo.

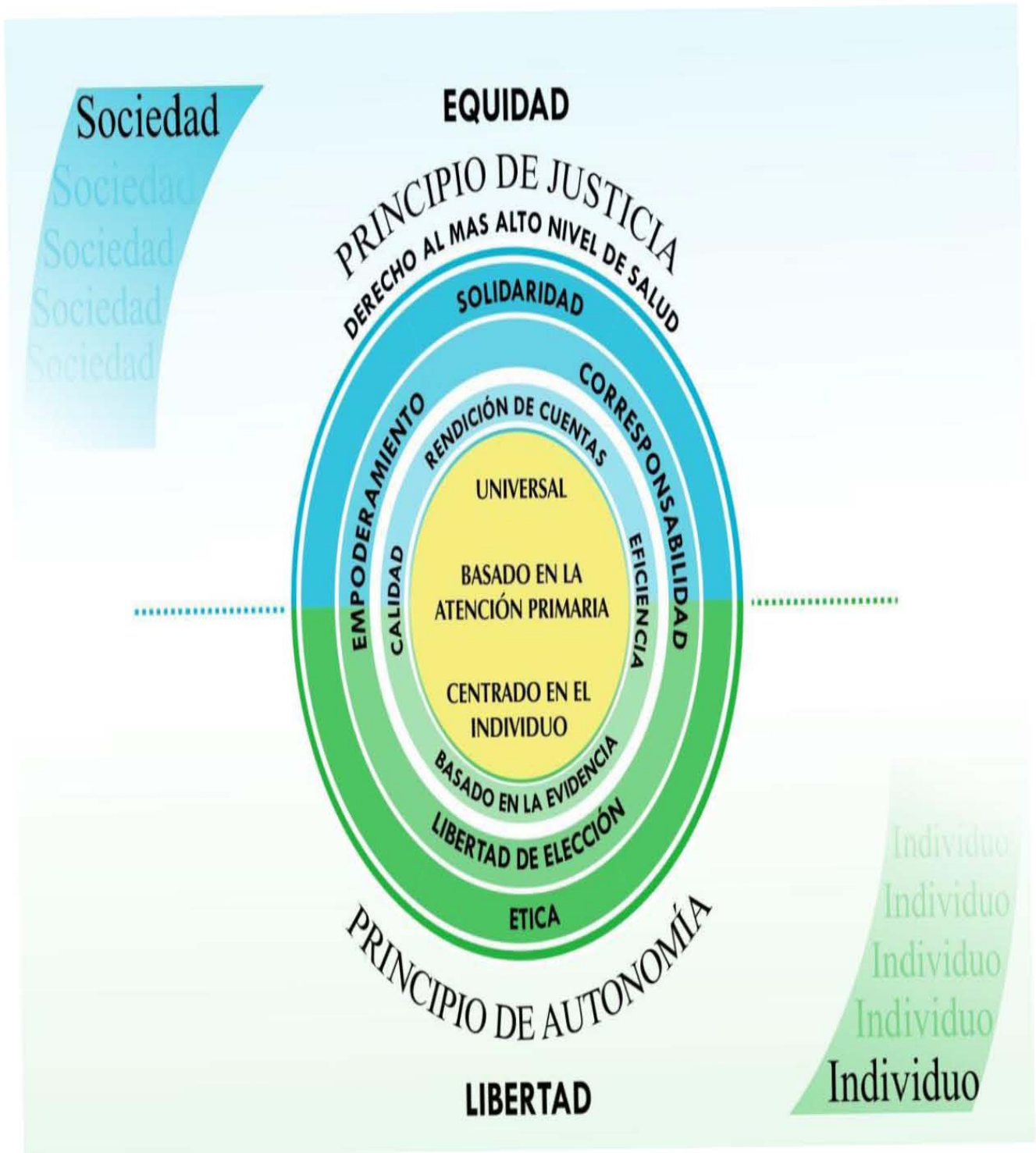
La universalidad del derecho a la salud se alcanzaría mediante la unificación del financiamiento que conlleva la integración funcional y orgánica de los proveedores de servicios públicos. La integración funcional requiere de:

1. Portabilidad, en un periodo inicial, para que el individuo pueda recibir atención a la salud donde la requiera. Esta estrategia operaría durante el periodo de transición hacia la unidad orgánica funcional del Sistema Nacional de Salud.
2. Convergencia para que todas las instituciones ofrezcan los mismos beneficios en salud, con recursos similares, aplicando guías de práctica clínica y con una política de recursos humanos para incrementar la producción de servicios con una calidad semejante.

3. Cobertura efectiva en la que los individuos reciban, en caso de necesitarlo, una ganancia en salud a partir de las intervenciones proporcionadas. Requiere la identificación de las necesidades, de la información a las personas sobre las intervenciones disponibles y de la medición de los resultados en salud.
4. Acceso efectivo consistente en el uso oportuno de los servicios por el individuo para lograr el mejor resultado posible en salud y que incluye las variables de oportunidad, de calidad y de eficiencia. El acceso efectivo engloba la disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad financiera y aceptabilidad.

Los servicios de atención de salud deben ser, además de equitativos, culturalmente aceptables, coordinados, continuos, centrados en el usuario y con sensibilidad social. Se propone que la atención primaria se consolide como la base del Sistema Único de Sistema de Salud y sea en ese nivel donde se resuelvan efectivamente la mayoría de las necesidades y de las demandas personales de salud. El personal en este nivel debe ser capaz de construir una colaboración permanente con los usuarios y de proveer servicios de salud que considere el contexto de la familia y de la comunidad. Esto extiende a la atención individual al ámbito de la salud pública mediante la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el trabajo comunitario. El acceso universal a la atención primaria es el principal objetivo de las reformas de los sistemas de salud en el mundo porque facilita el logro de la cobertura universal en salud.

## Valores y principios del Sistema Único de Servicios de Salud



Los valores y principios que se observan en la figura anterior guían la propuesta y la definición de las propuestas descritas en las siguientes secciones. La propuesta del Sistema Único de Salud se basa en tres políticas de atención a la salud:

- Salud pública
- Atención a la salud individual y familiar
- Producción social en salud.

Estas tres políticas son congruentes con los valores primarios del Sistema. La producción social de salud y la salud pública se sustentan en la equidad y en la solidaridad como su principal determinante. La atención a la salud individual y familiar se fundamenta en el ejercicio y en la protección de las libertades individuales. Todo anterior dentro del marco de la protección y el ejercicio de los derechos humanos y en forma específica en la implementación del derecho a la salud.

La propuesta de reorganización del sector salud incluye, entonces, el fortalecimiento de la Secretaría de Salud como rectora del sistema y la integración funcional inicial de las instituciones mediante la portabilidad, la convergencia y el acceso efectivo ya descritos anteriormente, para desembocar en la integración orgánica del sistema nacional de salud.

Tomando en consideración los factores descritos arriba, la primera fase de la propuesta de reorganización del sistema de salud consiste en:

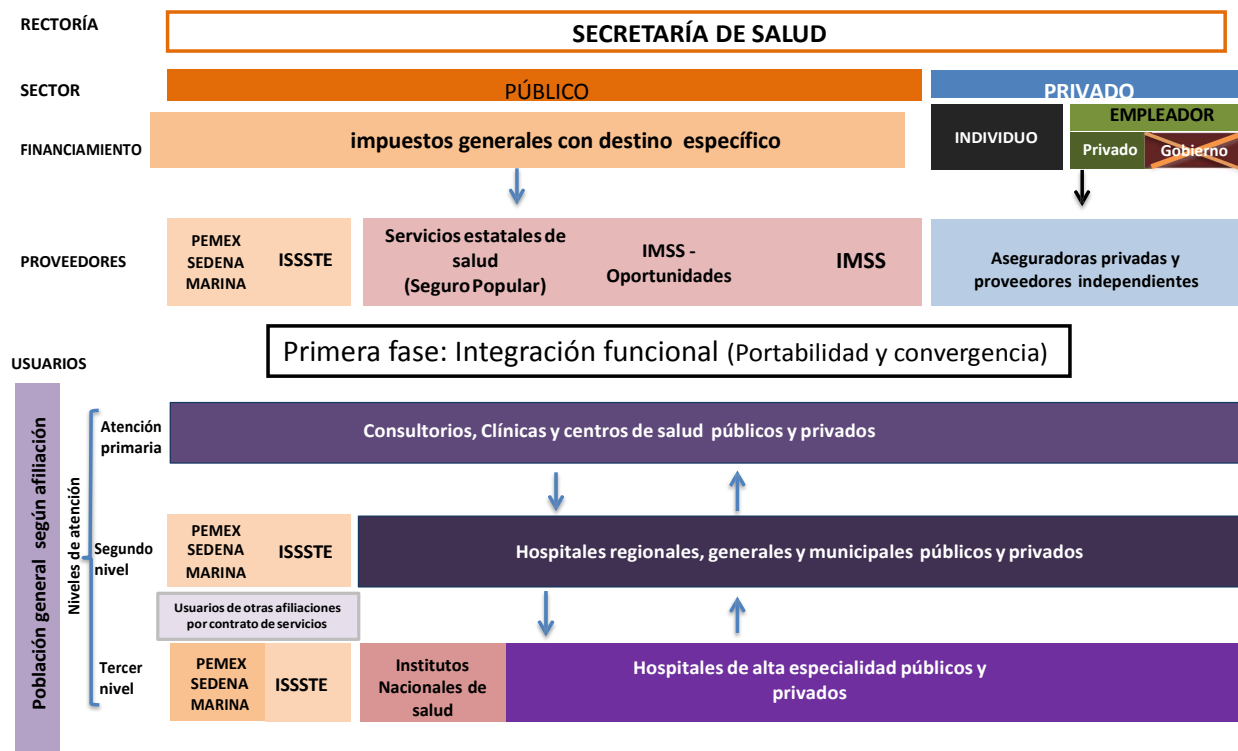
- Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud en sus funciones de regulación, de supervisión, de evaluación y de organización de los servicios.
- Financiar los servicios de salud con impuestos generales con destino específico con una cápita igual a las instituciones proveedoras, sin cesar

la contribución de los patrones y de los empleados para el Seguro de Enfermedades en el Sistema de la Seguridad Social.

- Se propone eliminar el financiamiento para el aseguramiento privado de los funcionarios del sector público de los tres poderes ejecutivo, legislativo y judicial.
- Integración funcional inicial de las instituciones, lo que en una primera fase significa avanzar en la portabilidad de derechos de los beneficiarios (en servicios de urgencias y en jornaleros, por ejemplo) y en la convergencia de las instituciones del sector con beneficios iguales para todos a través de esquemas de compensación económica.
- Las actuales instituciones públicas de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y los Servicios Estatales de Salud) continuarían otorgando los servicios de salud a su población afiliada durante la fase inicial en vías a la integración orgánica final.
- En la primera fase, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina continuarán con su forma original de financiamiento y de atención de su población afiliada.
- El sector privado funcionará a través de aseguradoras privadas y de proveedores independientes para los individuos con capacidad de pago y para las empresas que otorgan este beneficio a sus empleados.
- Las clínicas y hospitales privados podrán participar de forma transitoria, en tanto se logra la fusión orgánica y se cuente con la infraestructura necesaria, en un mercado controlado en el que las instituciones proveedoras públicas les comprarán servicios (contratos de servicios) para disminuir las listas de espera tanto en consulta de especialidades como en procedimientos de cirugía electiva. En cuanto se haya completado la fusión orgánica del sistema público de salud y se haya obtenido la infraestructura

necesaria, la participación de las clínicas y de los hospitales privados ya no será necesaria. La razón de lo anterior, es que el sector privado se rige bajo leyes del mercado libre y por lo tanto no puede depender su subsistencia por medio de los recursos públicos.

### Propuesta de la nueva estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Primera Fase)



Las estrategias que se proponen para cada uno de estos rubros son las siguientes:

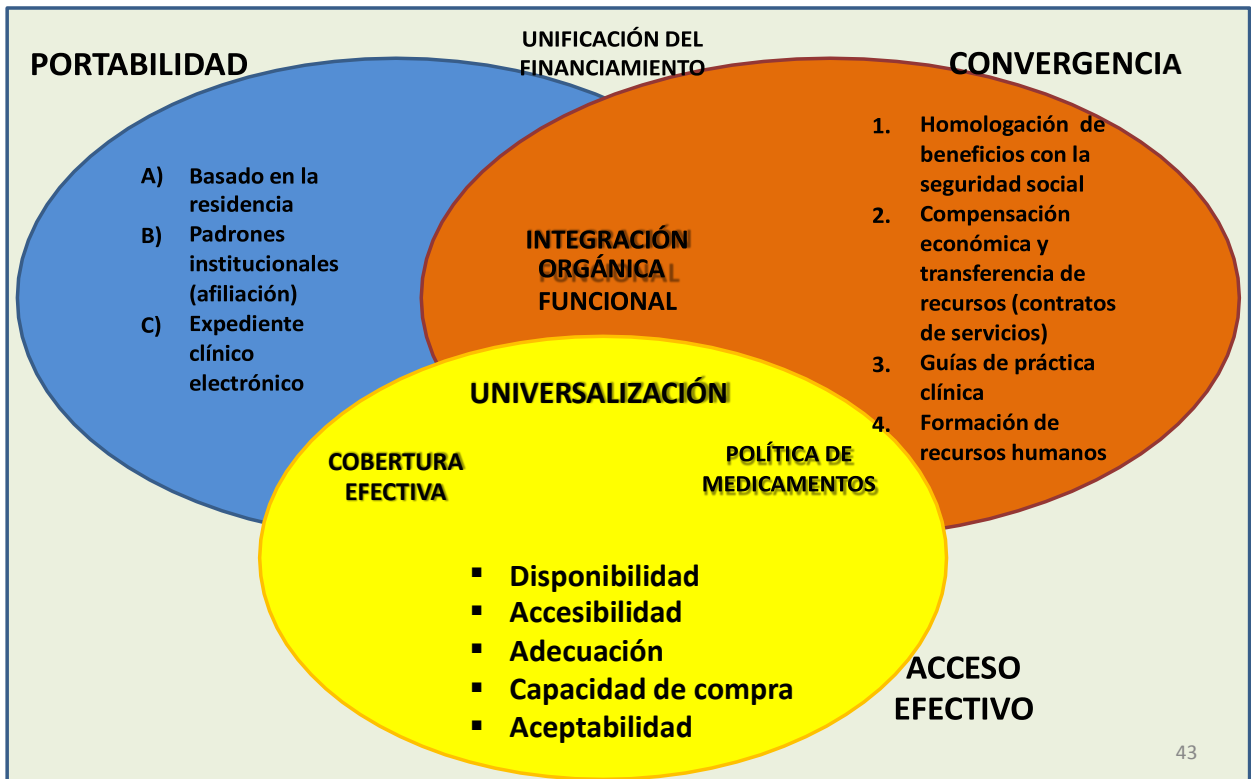
- Portabilidad transitoria:
  - a) Adscripción inicial a una unidad de salud y eventual libertad de elección para procedimientos seleccionados
  - b) integración de un padrón único de beneficiarios
  - c) Fortalecimiento de los sistemas de información en salud. Esto incluye la homogeneización de los criterios para el desarrollo y la implementación del expediente electrónico de los beneficiarios que contenga la información médica, la información demográfica, socioeconómica y de la afiliación a las instituciones de salud.
  - d) Avanzar en el expediente electrónico:
    - ✓ Datos del individuo. Normalizar los requerimientos mínimos de datos que deben tener todos los sistemas de registro de eventos médicos, de salud pública y de la información hospitalaria del paciente.
    - ✓ Registro Nacional. Desarrollar los lineamientos y poner en operación los repositorios nacionales de datos de los expedientes electrónicos de pacientes con condiciones de privacidad, interoperabilidad y portabilidad. Este debe contar con los atributos técnicos de confiabilidad, de disponibilidad, de facilidad de servicio y de facilidad de uso.
    - ✓ Despliegue de las normas para los que ya cuentan con el expediente electrónico así como para aquellos que deberán incluirlo en su proceso base. De esta forma, los prestadores de servicios se adecuarán y cumplirán en el menor tiempo posible con los requerimientos mínimos.



- ✓ Desarrollar las normas para la generación de información y de clasificación automática para fines de salud pública, de investigación, de seguimiento, de continuidad de la atención y de contención de costos.

### Financiamiento del Sistema Único de Salud

Proveniente de impuestos generales (con destino específico) y de las aportaciones patronales y de los empleados



- **Convergencia**

- a) Homologación de las prestaciones en salud que hoy ofrece la seguridad social para todos los ciudadanos, lo cual representa un avance sustancial hacia la universalización de los servicios de salud y una reducción de las condiciones de inequidad entre la población.

- b) Compensación económica entre instituciones durante la etapa inicial de integración.
- c) Desarrollo y utilización generalizada de las guías de práctica clínica en los servicios de salud para estandarizar la atención médica, facilitar la auditoría médica y su utilización como herramienta de contención de costos.
- d) Política de acceso a medicamentos que asegure el surtimiento oportuno de las recetas en los servicios ambulatorios y con disponibilidad efectiva de medicamentos en hospitales.
- e) Formación planeada de recursos humanos capaces de responder a las necesidades de salud. Por ejemplo, formación de enfermeras en atención primaria, modificación de los requisitos de acceso a las especialidades médicas en donde los médicos trabajen dos años como médicos generales atendiendo a poblaciones vulnerables antes de presentar el examen de especialidad y prescripción de medicamentos seleccionados en el mismo nivel de atención por el personal de enfermería.

- **Acceso efectivo**

- a) Incremento de la cobertura geográfica en zonas rurales alejadas a través de la contratación de promotores comunitarios y auxiliares de salud en todas las comunidades de 500 a 2000 habitantes que carecen de personal médico y la incorporación de tecnologías, de comunicación y de asistencia médica para las comunidades de menor tamaño.

- b)** Fortalecimiento de las estrategias exitosas de atención en el medio rural.
- c)** En atención primaria, incorporación de los servicios privados de salud para la atención de los beneficiarios del Sistema Único de Salud y la redefinición del papel de la enfermera para la prescripción y para servicios domiciliarios de primer contacto.
- d)** Establecimiento de estándares de equipamiento y de tecnología para las unidades de atención a la salud.
- e)** Un sistema de gestión y de autogestión eficientes.
- f)** Estrategias de unificación del sistema de información en salud.
  - Esquemas de desarrollo profesional y de actualización de conocimientos del personal de salud.
  - Esquemas de reconocimiento que incluyan estímulos al desempeño
  - Estrategias de mejora de la calidad

## Indicadores de las dimensiones del acceso efectivo de la OCDE

<b>Acceso Efectivo Basado en la comunidad y el Sistema de Salud</b>	<b>Grado de ajuste entre el sistema de salud y los usuarios.</b>	Grado de cumplimiento de las diferentes dimensiones de ajuste.
<b>Dimensiones</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Disponibilidad</b>	Relación entre el volumen y la cantidad de servicios y fuentes disponibles	Número de médicos por 1000 habitantes *
		Número de camas por 1000 habitantes*
		Número de enfermeras por 1000 habitantes*
		Localidades de 1500 a 2500 habitantes con al menos un establecimiento médico (Rural)
		Número de localidades menores a 1500 habitantes con al menos un personal de salud (Rural)
<b>Accesibilidad</b>	La relación entre la localización de los individuos y los servicios	Distribución geográfica de los médicos*
		Tiempo de traslado (demasiado lejos)*
<b>Adecuación</b>	La relación de cómo están organizados los servicios para atender a los individuos	Número de unidades de atención médica que brindan servicio de urgencias las 24 horas por localidad
		Porcentaje de las unidades que brindan atención en más de un turno
		Desigualdad en el número de consultas por paciente*
		Tiempo de espera para la consulta*
		Tiempo de espera para la cirugía*
<b>Capacidad de compra</b>	Relación entre los precios de los servicios y los requerimientos de los ingresos del individuo, así como la capacidad de pago	Recetas surtidas al 100% a la población
		Gasto de bolsillo*
		Diferimiento en la atención por falta de recursos
<b>Aceptabilidad</b>	Relación entre las actitudes de los individuos acerca del personal y las características de los proveedores	Satisfacción con los servicios de salud

Además de la situación y de las propuestas mencionadas en materia de atención médica, la investigación científica en salud es un componente esencial del Sistema Nacional de Salud ya que tiene como objetivos principales el identificar las prioridades nacionales en salud, el fomentar una visión interdisciplinaria que facilite el trabajo colaborativo, el impulsar la investigación básica y aplicada a fin de consolidar la independencia intelectual del país y el promover la toma de decisiones basada en evidencia. Actualmente, los Institutos Nacionales de Salud, las Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social y las Universidades e Instituciones de Educación Superior cumplen esta función y desarrollan parcialmente algunos de estos objetivos, pero con una débil coordinación y una escasa integración. La investigación en salud podrá contribuir a incrementar nuestro capital social mediante el impulso de la generación, de la difusión del conocimiento científico en salud y de la formación de capital humano. El desarrollo del pensamiento científico facilitará lograr el más alto nivel posible de salud para la población. Para lo anterior, se propone:

- Comprometer recursos para la investigación de forma gradual hasta alcanzar el 2% del presupuesto de salud dando prioridad a aquellos problemas de salud susceptibles de ser disminuidos a través de los resultados de la investigación.
- Incorporar a las empresas privadas y a las organizaciones en salud para que consideren a las universidades y al sistema de salud como la vía para la generación de conocimiento para la solución de problemas específicos.

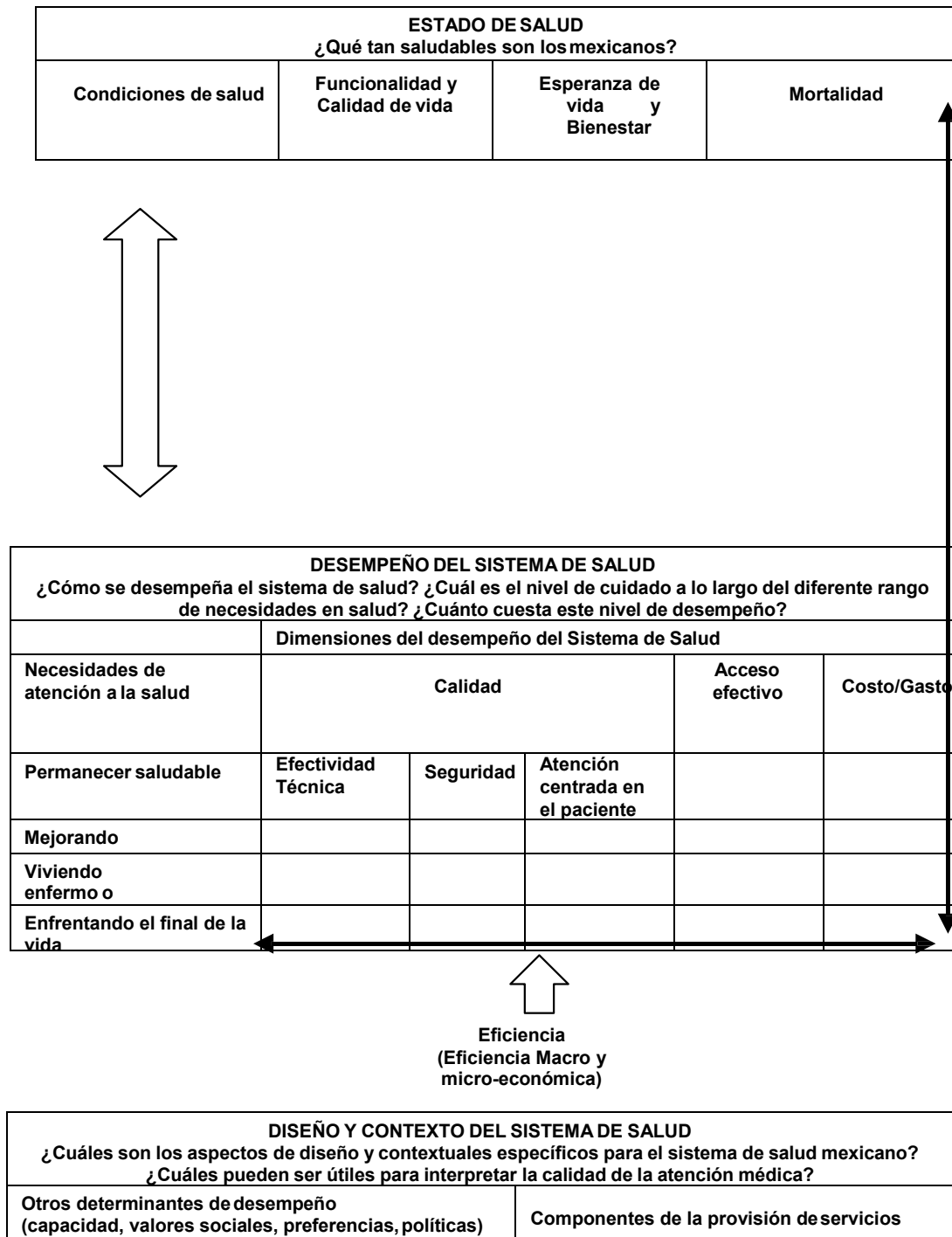
- Establecer prioridades de investigación en salud en el país considerando tanto problemas urgentes como aquellos que requieren tiempos prolongados para obtener beneficios.
- Promover los esfuerzos interdisciplinarios en investigación biomédica, clínica, epidemiológica, social y de servicios de salud para el estudio y la solución de problemas específicos.
- Apoyar a las áreas del conocimiento poco desarrolladas como la investigación en sistemas y en políticas de salud.
- Formar e incorporar nuevos talentos para fortalecer los grupos de investigación consolidados y desarrollar nuevas áreas y grupos de investigación.
- Difundir y promover el uso del conocimiento para la sociedad y para los tomadores de decisiones.

La propuesta no puede ser contemplada si no cuenta con elementos esenciales al seguimiento y a la evaluación del desempeño. Solo con datos confiables y públicos es posible medir la situación actual, el avance y el impacto de las intervenciones que se dirigen a mejorar la salud de la población. Para ello, se propone utilizar el marco conceptual propuesto por la OCDE que identifica las dimensiones de desempeño del sistema de salud y su interacción con las condiciones de salud de la población de acuerdo a los determinantes sociales de la salud. El modelo incluye cuatro niveles:

- El estado de salud prevalente en la población.
- Los determinantes de la salud no relacionados con la atención a la salud.

- Diseño y contexto del sistema de atención.
- Evaluación del desempeño del sistema de salud y su relación con las necesidades de salud a nivel individual como el tener salud, enfermar y sanar, enfermar y vivir con enfermedad o discapacidad y el hecho de enfrentar el final de la vida. Las dimensiones del desempeño del sistema incluyen la calidad con sus tres componentes de efectividad técnica, de seguridad y de atención centrada en el paciente, el acceso efectivo y la eficiencia.

## Desempeño del Sistema de Salud según modelo de la OECD



Fuente: OECD Health Policy Studies. Improving Value in Health Care. Measuring quality. OECD 2010; pp 37.



Cada una de las dimensiones de desempeño del sistema que se han mencionado debe ser seguido y evaluado. La propuesta es utilizar como base los indicadores de la OECD para cada uno de sus componentes, adecuados a la realidad mexicana. Ello permitirá avanzar en un esquema de evaluación que vaya más allá de los aspectos financieros y organizacionales que es la visión predominante en la actualidad. El siguiente cuadro muestra algunos de los indicadores propuestos.

<b>Ejemplos de indicadores de desempeño del sistema de salud</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Calidad</b><ul style="list-style-type: none"><li>Efectividad Técnica<ul style="list-style-type: none"><li>- Atención primaria</li><li>- Primera visita en el primer trimestre</li><li>- Atención de enfermedades crónicas agudizadas</li><li>- Tasa de mortalidad 30 días después de infarto agudo del miocardio</li><li>- Salud mental: Tasa de readmisión hospitalaria no planeada en esquizofrenia</li><li>- Cáncer: Tasa de detección de cáncer de mama</li></ul></li><li>Seguridad del paciente<ul style="list-style-type: none"><li>- Embolismo pulmonar post-operatorio</li><li>- Atención en urgencias</li><li>- Tiempo transcurrido para el ingreso hospitalario</li></ul></li><li>Efectividad interpersonal<ul style="list-style-type: none"><li>- Percepción del paciente</li><li>- Satisfacción del paciente</li></ul></li></ul></li><li>• <b>Eficiencia y costo efectividad</b></li></ul>

Para alcanzar una mejora en la atención se deben aplicar en forma simultánea diferentes estrategias, las cuales se deben basar en un sistema sólido de estandarización, de vigilancia, de

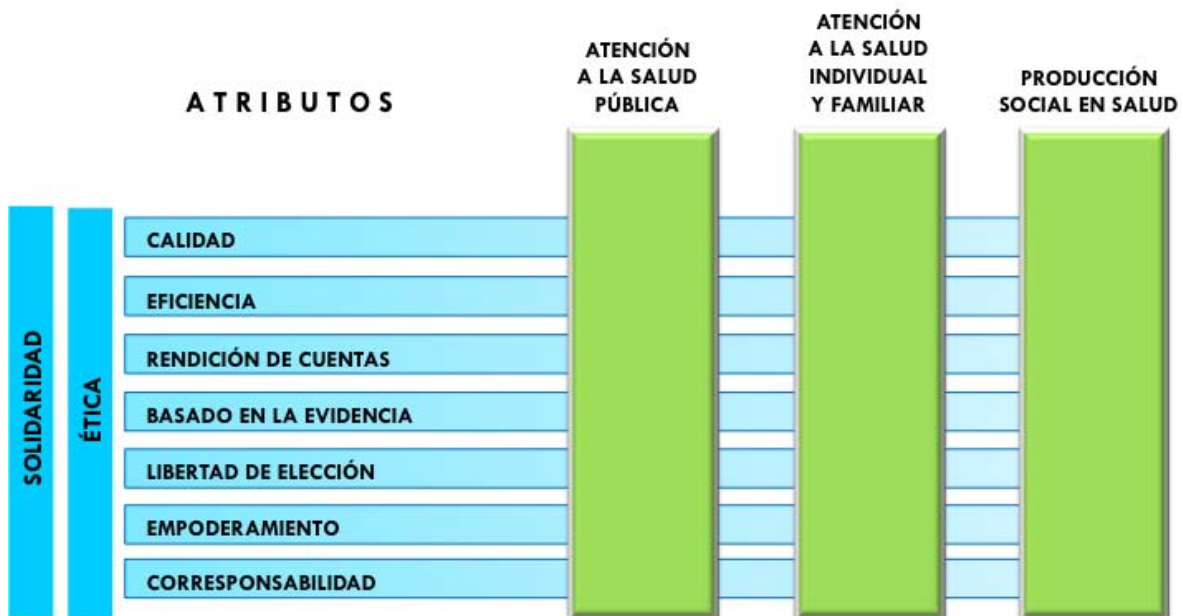
retroalimentación y de mejora de la calidad. Las estrategias que se proponen de manera inicial son las siguientes:

- Establecer un sistema de recolección y de información sistemática y rutinaria de datos que se basen en expedientes electrónicos nacionales que se vinculen entre sí.
- Implementar la auditoría clínica y organizacional a nivel nacional.
- Implementar un sistema de retroalimentación, benchmarking, alertas y guías clínicas vinculadas con el expediente electrónico.
- Organizar un centro de difusión de buenas prácticas clínicas y de medicina basada en la evidencia.
- Fomentar la ética clínica y la ética organizacional a través de los Comités de Bioética.
- Incorporar incentivos monetarios y no monetarios al desempeño.
- Establecer esquemas de priorización de los pacientes referidos a consulta de especialidades y a cirugía.
- Consolidar los sistemas de seguridad del paciente y de detección de eventos centinela.

Los párrafos anteriores describen el modelo conceptual y los principales componentes de la propuesta del Sistema Único de Salud. En los siguientes párrafos se describe el componente de los programas de los servicios de salud agrupados en tres grandes políticas:

- Atención a la salud pública
- Atención a la salud individual y familiar
- Producción social en salud

Estas tres políticas comparten los mismos atributos del modelo conceptual descrito de calidad, eficiencia, rendición de cuentas, criterios basados en evidencia, libertad de elección, empoderamiento y corresponsabilidad de los usuarios. Las propuestas de las políticas de salud pública y de atención individual y familiar toman en consideración las prioridades nacionales en salud de morbilidad, de mortalidad, y los atributos del modelo propuesto del Sistema Único de Salud.



Políticas del Sistema Único de Servicios de Salud

La salud pública debe identificar y responder a las necesidades en salud de prevención, detección oportuna, educación para la salud y promoción de la salud bajo una perspectiva poblacional e individual. La política de salud pública debe ser universal y obligatoria para todos los proveedores de servicios los cuales deben tener la capacidad de ofrecer los mismos servicios con la misma calidad. Para ello se propone:

- Distinguir y asegurar el financiamiento para las acciones de salud pública
- Elaborar un diagnóstico situacional de la infraestructura y de la operación del sistema de salud pública para fijar prioridades y acciones concertadas con los proveedores de los servicios de salud
- Establecer mecanismos de concertación para acciones de programas de salud que requieran de la participación de otros sectores y de seguimiento de las acciones acordadas
- Incorporar líneas estratégicas innovadoras como la salud urbana y la ambiental.

Se proponen las siguientes líneas estratégicas en salud pública con algunas de sus respectivas líneas de acción:

1. Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles
2. Bioseguridad
3. Salud ambiental para vigilar la calidad del ambiente como lo es el caso del aire, del agua, del manejo de residuos y la energía ionizante.

4. Salud ocupacional.
5. Control sanitario: inocuidad alimentaria, sanidad animal, zoonosis, control de vectores, calidad de medicamentos, calidad de agentes biológicos, exposición a riesgos sanitarios en establecimientos de atención médica, medicina tradicional.
6. Control de insumos relacionados a la salud, control de biológicos no médicos, tabaco, alcohol y drogas de diseño, sanidad Internacional.
7. Desastres, emergencias sanitarias y control en desastres naturales.

La atención a la salud individual y familiar requiere reenfocarse hacia el fortalecimiento de la atención primaria de la salud, lo que permitiría atender con efectividad aproximadamente al 85% de las necesidades y de las demandas de salud en este nivel y disminuir la demanda de los servicios de especialidad. Esta política cuenta con dos líneas estratégicas: la atención primaria en los entornos urbano y rural, y la atención hospitalaria.

La provisión de servicios de atención primaria para la población rural es uno de los grandes retos de la propuesta del Sistema Único de Salud, ya que en muchos casos estas comunidades carecen de acceso efectivo a los servicios de salud por su condición socioeconómica, cultural y/o geográfica. El componente de la atención primaria para la población rural y para las comunidades dispersas (localidades menores a 2,500 habitantes) propone la integración de un solo equipo de salud formado por un médico, una enfermera y un técnico en salud que lleven a cabo las funciones de promoción, prevención, detección oportuna y atención clínica. Esta propuesta se

sustenta en el Modelo de Atención Integral a la Salud propuesto por la Organización Panamericana de la Salud y por la Organización Mundial de la Salud que vincula las acciones médicas con las comunitarias para mejorar la salud de los individuos, las familias y las comunidades para propiciar entornos saludables y disminuir la propagación de padecimientos mediante la priorización de la prevención de riesgos y de daños a partir del autocuidado de la salud. Asimismo, se propone fortalecer la perspectiva intercultural para lograr la aceptabilidad y la participación de la población en las acciones de salud.

Las condiciones actuales del estado de salud de la población en México justifican ampliamente el fortalecimiento de acciones promotoras y preventivas de la salud en los distintos ámbitos individual, familiar y comunitario. El país enfrenta una doble carga de enfermedad caracterizada por la persistencia de trastornos ligados a la pobreza y de marginación social como las enfermedades infecciosas y parasitarias y en forma simultánea el surgimiento de alteraciones que anteriormente no existían y han aparecido por primera vez o remergido en una población o zona geográfica determinada como por ejemplo, la enfermedad de Lyme, el dengue en algunos estados ya declarados libres de la enfermedad y los nuevos tipos de virus de influenza.

El cambio significativo que ha tenido México en las causas de morbilidad en los últimos cincuenta años en todos los grupos de edad se ha acompañado de un cambio igualmente significativo de las principales causas de muerte y de discapacidad como lo son las enfermedades crónicas no transmisibles del tipo de la diabetes

mellitus, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Todo ello lleva a considerar la prevención y la detección oportunas con enfoque a la prevención de enfermedades y de conductas de riesgo con acciones focalizadas en grupos de edad específicos y con base en prioridades de salud. Para ello se propone establecer un solo programa nacional de prevención en salud que integre los ya existentes (PREVENIMSS, PREVENISSSTE, Línea de Vida y Consulta Segura).

Para otorgar mejores servicios a las poblaciones rural y urbana se requiere fortalecer la estructura de los servicios de atención primaria a través de:

- Dotar del equipamiento estándar e insumos necesarios a todas las unidades de primer nivel de atención a la salud
- Dotar de una unidad médica rural a todas las localidades entre 2,000 y 5,000 habitantes que carezcan de ella
- Integrar equipos de salud con un médico, una enfermera y un técnico para cada 2,000 habitantes
- Incorporar al Sistema Único de Salud a los médicos generales recién graduados donde no exista oferta suficiente de servicios públicos
- Diversificar las funciones del personal de enfermería, incluyendo la autorización de prescripción de medicamentos para licenciadas en enfermería
- El fortalecimiento de los sistemas de información en salud, entre ellos, la homogeneización de los criterios para el desarrollo y para

la implementación del expediente electrónico de los beneficiarios, como se ha comentado en líneas anteriores.

La atención hospitalaria incluye la atención de segundo y tercer nivel de problemas de salud médicos y quirúrgicos. En México, esta atención presenta varios problemas:

- Insuficiente infraestructura en materia de personal y en instalaciones.
- Calidad de la atención heterogénea.
- Uso de tecnología de mayores costos sin una política definida ni estrategias coordinadas para su selección, evaluación y adquisición.
- Deterioro del ánimo y de la actitud del personal de salud que se observa de forma generalizada.
- Insuficiencia de la atención hospitalaria en términos de oportunidad, accesibilidad y eficacia que genera, entre otros, el incremento en las listas de espera por un aumento de la demanda y una oferta hospitalaria que se ha quedado estancada en los últimos 30 años.
- Episodios de maltrato a los pacientes y de faltas a la ética profesional
- Falta de indicadores de la calidad de los servicios. Esta problemática requiere ajustes de intensidad variable en los componentes del sistema.

Para iniciar un proceso que permita, en el mediano y largo plazo subsanar las deficiencias de orden estructural, funcional y operativo



de la atención hospitalaria y con el objetivo de contar con un sistema que otorgue servicios de atención hospitalaria con acceso, oportunidad, recursos terapéuticos y tecnológicos adecuados, de calidad, seguros y basados en la evidencia así como con calidad técnica e interpersonal de excelencia, se proponen las siguientes líneas de acción:

**a)** Acceso oportuno a los servicios que cuente, entre otros:

- Un programa efectivo de referencia y de contrarreferencia.
- Un programa de eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios.

**b)** Evaluación y mejora de la calidad técnica de la atención con la implementación de, entre otros:

- Un programa de evaluación del desempeño que incluya la calidad técnica, basado en el enfoque clínico y en los indicadores de la OCDE.
- Un Programa Nacional de Auditoría Clínica.
- Un sistema de expediente clínico electrónico para la atención hospitalaria.

**c)** Impulso a una atención interpersonal con sentido ético y humanístico en la práctica clínica mediante, entre otros:

- La formación de Comités de Bioética y de Comités de Bioseguridad en todos los hospitales del sistema.
- Actividades de capacitación en aspectos de ética, de liderazgo y de gestión para sensibilizar al personal en el enfoque ético de la

atención.

A fin de atenuar la problemática derivada de la insuficiente estructura hospitalaria pública, se proponen dos acciones:

- Incorporar, de forma transitoria en tanto se amplíe la infraestructura pública, la infraestructura privada disponible en camas para reducir las listas de espera de cirugía programada, de consulta y de procedimientos de especialidades (por ejemplo, endoscopia, terapia respiratoria, hemodiálisis, procedimientos diagnósticos y cirugías ambulatorias)
- Avanzar en la construcción, el equipamiento y la operación de los hospitales generales urbanos y rurales necesarios.
- Creación de una instancia que evalúe los nuevos medicamentos y las innovaciones tecnológicas diagnósticas y terapéuticas.

Es importante reconocer que un reto de enormes implicaciones estriba en que los recursos son insuficientes para proporcionarle a cada mexicano las intervenciones más efectivas que el estado del conocimiento en medicina determinen. Equilibrar el principio de justicia con la eficiencia es complejo y ello ha generado diversas corrientes de opinión como ya se ha visto en un capítulo precedente en un esfuerzo por encontrar un camino adecuado que aporte a soluciones justas, equitativas y solidarias. A diferencia de la integración en paquetes de salud que presenta el Seguro Popular, la definición explícita de mecanismos para establecer prioridades permite alinear la inversión y los presupuestos a prioridades y a políticas previamente establecidas. Esto es más ético porque da un juicio justo a necesidades en

competencia. Es un requisito para aumentar la confianza de la ciudadanía, añadir legitimidad a la acción estatal y mejorar la relación precios-calidad.

Se propone establecer una política de suministro de medicamentos e insumos para la salud del sector público basada en:

- a) Mantener negociaciones y compras centralizadas de los medicamentos del Cuadro Básico Interinstitucional
- b) Establecer acuerdos que garanticen una disponibilidad no menor al 99.5% de medicamentos
- c) Prescripción razonada basada en las guías de práctica clínica.
- d) Actualización permanente de las guías de práctica clínica que incluyan todos los diagnósticos más comunes.
- e) Receta electrónica para fines de control de costos del sistema y monitoreo de las prácticas de prescripción.
- f) Expediente electrónico universal del paciente.
- g) Sistema Nacional de Fármaco Vigilancia para garantizar la seguridad del paciente

La protección social en salud incluye a los determinantes sociales de la salud que reconocen que la salud de las personas y su atención no pueden centrarse únicamente en el ámbito del sector salud ya que también es el resultado de factores sociales, económicos y ambientales. En 2005, la Organización Mundial de la Salud creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud que ha generado recomendaciones basadas en evidencia sobre intervenciones y políticas para mejorar la salud y para disminuir las inequidades en salud. Varios países han impulsado estrategias

intersectoriales basadas en el lema de la Organización Mundial de la Salud “Salud en todas las políticas” que son dirigidas hacia la disminución de la inequidad y de la pobreza. Estas estrategias requieren de cambios organizacionales en las instituciones, en el fortalecimiento de la gobernanza y en el trabajo colaborativo intersectorial.

Se propone trabajar inicialmente en cinco áreas:

- El rezago en salud definido como las diferencias en morbilidad relacionadas con la pobreza
- Propiciar en los adultos mayores el envejecimiento activo y saludable
- Disminuir en los adolescentes las actitudes de riesgo
- Implementar acciones para disminuir el sobrepeso y la obesidad
- Implementar acciones para disminuir los accidentes, la violencia y las lesiones

La inequidad en salud que se observa actualmente en México es un reflejo tanto de la falta de acceso efectivo a los servicios de salud como de, entre otros, de las condiciones socioeconómicas de los individuos, del rezago educativo, de la falta de infraestructura básica en el hogar y en la comunidad (agua, drenaje, electricidad, etc.), la dispersión poblacional, el crecimiento urbano desordenado y el hacinamiento. Por ello, la disminución del rezago en salud debe abordarse de forma intersectorial y con un enfoque territorial.

En materia de acceso a la salud, se deberá enfatizar el acceso efectivo y la atención de los grupos vulnerables y con alto grado de marginación en el ámbito rural y urbano. Se propone lo siguiente:

- Prevención y control de las enfermedades infecciosas y parasitarias
- Prevención y atención de la desnutrición y de la anemia en menores de cinco años
- Prevención y atención del riesgo obstétrico elevado
- Educación para la salud en relación a la violencia y las adicciones

Actualmente, existen varios programas alimentarios con objetivos nutricionales orientados a la población en pobreza, siendo el de Progresía el de mayor cobertura (25% de la población) y el que cuenta con mayor presupuesto. El objetivo de estos programas es mejorar la salud de la población a través del otorgamiento de transferencias condicionadas a la asistencia regular de todos los miembros del hogar a las unidades de salud. Estos programas han crecido en los últimos años sin un diagnóstico integral que describa y cuantifique este entramado institucional ni los efectos que estos programas en su conjunto están teniendo. Tampoco se justifica la pertinencia de contar con varios programas que tienen objetivos similares y población objetivo. El conjunto de programas no responde a una estrategia nacional. Asimismo, no existe una coordinación efectiva con estrategias complementarias. Por ello, es indispensable una mejor coordinación de estos programas con las políticas de salud y con respecto al acceso efectivo a los servicios. Esta coordinación requiere enfocar sus acciones a la mejora en la infraestructura básica pública y en el hogar en servicios básicos de agua potable, saneamiento, electricidad, agua

entubada, drenaje, letrinas, pisos firmes, etc. Estas acciones tendrían impactos en la salud y en la nutrición al permitir una mayor higiene en las actividades de los hogares y también están asociadas a una menor prevalencia de enfermedades gastrointestinales. La infraestructura en comunicaciones y transportes, por su parte, mejora el acceso para todo tipo de servicios, incluyendo los de salud.

Los comentarios anteriores de la presente propuesta se centran hacia el espectro limitativo de la atención a la salud y forman parte de la primera etapa de la reestructuración del Sistema Nacional de Salud. En una segunda etapa se propone asumir el reto social de cubrir a los ciudadanos contra todos los riesgos que les son comunes, no sólo riesgos de la salud. Es fundamental asegurar la cobertura no sólo de salud, sino también de pensiones de retiro, de invalidez y de muerte. Así como un trabajador no asalariado puede enfermarse, también puede fallecer, invalidarse, o alcanzar la vejez sin recursos. No debemos alcanzar la cobertura universal de salud a costa de nuestro sistema de pensiones, sobre todo ante el envejecimiento de la población que experimenta el país. Por eso no debemos aspirar a la universalización de la salud a través de cualquier combinación de programas y métodos de financiamiento. Debemos aspirar a la universalización de la salud dentro del contexto más amplio de la universalización de la seguridad social. No son conceptos excluyentes. Al contrario, son complementarios.

El reto económico es conceptualmente sencillo: unificar la fuente de financiamiento, de forma muy similar a lo que ahora ocurre en materia de educación. No podemos hablar con seriedad de la universalización de un derecho, si no hablamos al mismo tiempo de una fuente de

financiamiento que no discrimine entre los que disfrutan de ese derecho. Por esta y por otras razones, consideramos que debemos cubrir la seguridad social universal a través de la tributación general. El financiamiento vendría de establecer un impuesto al consumo, similar al impuesto al valor agregado y destinar específicamente los recursos generados por ese impuesto (o, mejor dicho, contribución) a garantizar los derechos de seguridad social de todos los trabajadores, con total independencia de su condición laboral y, por supuesto, género o lugar de trabajo.

Esta propuesta implica ofrecer a todos los trabajadores el mismo paquete de servicios de salud que actualmente reciben los trabajadores cuando están afiliados al IMSS. Ello representa una mejora sustancial respecto a la situación actual, ya que cuando los trabajadores no están afiliados al IMSS reciben el paquete de servicios de IMSS-Progresa o del Seguro Popular, que tiene una menor cobertura. Implica eliminar el impuesto a la formalidad y el subsidio a la informalidad que tanto daño causa al país. Dicho de otra forma, para una empresa las diferencias en costos de contratación a través de diferentes contratos desaparecerían. Ello eliminaría los incentivos a la evasión, a la simulación, y reduciría los costos laborales de las empresas. Las empresas se podrían dedicar totalmente a la labor más importante, crear buenos empleos con aumentos en productividad, que se traducirían más adelante en mayores salarios reales. Las empresas ya no tendrían por qué violentar los derechos sociales de los trabajadores, ni por qué evadir la ley. Al contrario, tendrían todos los incentivos para crecer, explotar economías de escala, invertir en la capacitación de sus trabajadores y aumentar la productividad. Esta arquitectura sería mucho más eficaz que la que tenemos y sentaría las bases reales de

una política social más incluyente y de un país más equitativo. El obstáculo central no es fiscal. El obstáculo central es, en nuestra opinión, ideológico. En este punto nos adherimos a la propuesta económica de Santiago Levy que señala la factibilidad de integrar a la seguridad social como un todo:

- Un seguro de salud igual al que hoy día reciben los trabajadores formales (paquete IMSS).
- Una contribución a la cuenta individual de retiro igual a la que hoy día recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (no sólo cuando es asalariado).
- Un seguro de invalidez y de vida también con cobertura de dos salarios mínimos.
- Un seguro de riesgos de trabajo y otro de guarderías, igual al que hoy reciben los afiliados al IMSS.
- Contribuciones complementarias para pensiones de retiro y para el seguro de invalidez y vida que iguallen las que reciben hoy los afiliados al IMSS.
- Garantía de pensión mínima de retiro igual a la que hoy tienen los afiliados al IMSS.
- Transferencias directas a las familias pobres para compensar el impacto de los impuestos al consumo con que se financiaría el sistema.
- Compensación a los gobiernos estatales por las menores participaciones que recibirían dado que parte de los impuestos al consumo estarían etiquetados para seguridad social.



- Terminar con el impuesto a la nómina para la vivienda (Infonavit).
- Absorber el pasivo laboral del IMSS por el gobierno federal.

La idea clave es financiar los beneficios de la primera parte, que son comunes para todos, con el pago de un impuesto común, que no dependa de la condición laboral.

Al efecto, se propone crear una contribución para la seguridad social universal con la misma mecánica que el IVA, aplicando ambos tributos sobre todo el consumo, sin exenciones, con una tasa total de 16%. De ésta, 10% sería para el Fondo Nacional de Seguridad Social Universal y 6% sería el IVA para el gasto público general.

Los beneficios de la segunda parte, al ser sólo para asalariados, se pagarían con una contribución patronal sobre la nómina.

## IX. A MANERA DE CONCLUSIÓN

A lo largo de este texto se ha intentado desarrollar un tema de vital importancia como los son la salud, la dignidad y los derechos humanos. Tres conjuntos de ideas que están íntimamente relacionados y que son fundamentales para el desarrollo de los sistemas de salud y sus servicios, tanto en México como en el resto del mundo.

Hace sesenta y siete años, los creadores de Constitución de la Organización Mundial de la Salud declararon que el disfrute del más alto nivel alcanzable de salud es un derecho fundamental del ser humano. En nuestro trabajo diario y en las esferas de gobierno y en la sociedad, todos estamos tratando de hacer de este derecho una realidad. El convertir las aspiraciones y las políticas en una realidad palpable.

Rara vez es tan fácil. Las presiones que todos los sectores de la sociedad y de gobierno enfrentan son intensas. El envejecimiento de la población, la rápida evolución tecnológica, el aumento de las expectativas de la población, el tipo de instituciones políticas, la pobreza, etc., todos estos son factores que generan presiones para aumentar el gasto en salud. Pero convencer a los estrategas y a los dirigentes de otras esferas de gobierno, cuya principal preocupación es la estabilidad macroeconómica, puede ser difícil o incluso en muchos aspectos una tarea casi imposible.

Tenemos que ser capaces de entregar resultados. Mejores resultados de salud son lo que importa al final. Pero, cómo se logran y qué beneficios, son igualmente importantes. Aquí es donde los derechos humanos y el derecho a la salud pueden ayudar. Todos estamos comprometidos en la búsqueda de la financiación sanitaria más adecuada para hacer aumentar la rentabilidad en la

asignación de los recursos y promover la eficiencia en el gasto mientras que al mismo tiempo se logre mantener la solidaridad en el financiamiento de los servicios.

El punto clave es que mientras se trata de asegurar una financiación adecuada, es igualmente crítico el asegurar que la carga de los costos sea compartida equitativamente en la sociedad. Es de preocupación no sólo el acceso a los servicios de salud sino la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en los que se garantice la confidencialidad, la reducción de los tiempos de espera, atención de calidad, eficiente, eficaz que contemple la relación directa con los derechos humanos de las políticas públicas en salud.

El derecho a la salud es un derecho inclusivo que contempla no sólo a la atención médica sino también a los determinantes subyacentes de la mala salud. Estos son mucho más amplios e incluyen el acceso al agua potable, al saneamiento adecuado, al suministro de alimentos inocuos y nutritivos, a condiciones laborales y ambientales saludables y el acceso a la información sobre la salud en general.

En el centro de la atención primaria de salud se encuentra una preocupación por la equidad. En México son amplios los grupos de personas que están siendo mantenidos al margen de lo que pueden ofrecer los sistemas de salud actuales y mayores los números que no tienen acceso efectivo a ellos. El marco de los derechos humanos puede ayudarnos a atender las necesidades de estos grupos de población. Las causas de la exclusión social son muchas y variadas. La atención a los grupos vulnerables de la población constituye un elemento esencial en un enfoque de derechos humanos porque el derecho a la salud exige el dar atención prioritaria a los más necesitados. Esto es importante en sí

mismo, pero el hecho de que estos derechos son parte de un marco jurídico internacionalmente reconocido obliga al Estado Mexicano a ello.

El derecho a la salud es una meta en la que el gobierno de México debe esforzarse. Es obvio que esto no puede lograrse sino a un mediano y largo plazo pero existen múltiples acciones que se pueden llevar a cabo en el corto plazo. Por esta razón el principio de realización progresiva es fundamental para el logro de los derechos humanos, en especial el de la salud. Sin embargo, este principio no es una excusa para la inacción. El derecho a la salud también contiene obligaciones inmediatas para realizar pasos concretos, deliberados y dirigidos hacia la realización plena de este derecho. Por esta razón, es importante tener en mano puntos de referencia e indicadores que nos guíen en el camino. En México, el compromiso del derecho a la salud se define como el derecho a la protección de la salud. Esta definición resulta de corto alcance porque conlleva una mira de acción sanitaria y de actividades en torno a la atención médica de manera primordial. Sin embargo, en la discusión generada en este texto se demuestra que la salud es el resultado de una serie de acciones intersectoriales de impacto social, económico y cultural y que por lo tanto es más acertado hablar del derecho a la salud.

Permítanme terminar con un mensaje sencillo. No puede haber ningún crecimiento real sin poblaciones saludables. No hay desarrollo sostenible sin abordar las enfermedades y la desnutrición. No hay seguridad nacional sin asistencia a los ciudadanos en crisis. Y no hay esperanza para la propagación de la libertad, la democracia y la dignidad humana si no tratamos a la salud como un derecho humano básico en donde la Bioética de Intervención tiene una tarea enorme por desempeñar.

## X.FUENTES

### BIBLIOGRAFÍA

1. Abramovich, Víctor, Curtis, Christian. Los derechos sociales como derechos exigibles. Madrid, Trotta, 2002.
2. Alexy, Robert. Teoría de los derechos fundamentales, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2002.
3. Amanda Glassman, Kalipso Chalkidou .Priority-Setting in Health. Building institutions for smarter public spending. Center for Global Development's Priority- Setting Institutions for Global Health Working Group, 2012.
4. Anna Dixon, Tony Harrison, Claire Mundle. Economic regulation in health care. What can we learn from other regulators? The King's Fund, London, 2011.
5. Australian Institute of Health and Welfare 2012. A working guide to international comparisons of health. PHE 159. Canberra: AIHW.
6. Berlinguer, Giovanni. Bioética cotidiana. Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.
7. Bobbio, Norberto. L'illusion du fondement absolu. Le fondement des droits de l'homme (Actes des entretiens de L'Aquila, 14-19 septembre 1964, Institut International de Philosophie). Firenze: La Nuova Italia, 1966.
8. Briseida Lavielle, Gabriel Lara, Daniela Díaz. Curitas para la salud: el Mapa de la Inequidad. Fundar Centro de Análisis e Investigación, 2004.
9. Briseida Lavielle, Rocío Moreno, Manuela Garza, Daniela Díaz. Gasto en salud: Propuestas para la Mesa de Gasto de la Convención Nacional Hacendaria. 2004, Fundar Centro de Análisis e Investigación México
10. Cano Valle F. Bioética y derechos humanos. México. Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.

11. Cano Valle, Fernando. "Los derechos humanos de la infancia, Salud y medio ambiente", en Bioética, Legislación, Políticas Públicas y Derechos Humanos, 2002.
12. Cano Valle, F, Márquez Gómez D., Melgar Manzanilla P. Estructuras Médico-Administrativas en México: hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.
13. Cohen, Gerald. Self-Ownership, freedom and equality. Cambridge University Press, 1995.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos Santiago de Chile, 2011.
15. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad Propuesta de Políticas e intervenciones para reducir las Desigualdades sociales en salud en España, 2010
16. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México, 2008.
17. Consejo Nacional de Salud. Versión Pública de los Acuerdos del Consejo Nacional de Salud 2001-2009. Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud. Solicitud INFOMEX febrero 2010.
18. Council for International Organizations of Medical Sciences- World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Ginebra, Suiza, 2002.
19. Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.
20. Daniela Díaz Echeverría, coordinadora. Muerte materna y seguro popular. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2007.

21. Daniels, Norman. Just Health Care, New York, Cambridge University Press, 1985.
22. Daniels, Norman. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge University Press, 2008.
23. Developing strategies for improving Health care delivery. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2010.
24. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Dir. Tealdi JC. Bogotá: UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008.
25. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Dir. Tealdi JC. Bogotá: UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008.
26. Documentos básicos, 43<sup>a</sup> edición, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
27. Doyal, Len y Gough, Ian. Teoría de las necesidades humanas, Barcelona, FUHEM-Icaria, 1994.
28. Elizabeth H. Bradley, Sarah Pallas, Chhitij Bashyal, Peter Berman and Leslie Curry
29. Engelhardt, H. T. Salud, medicina y libertad: una evaluación crítica, en Stefano Rodotà [ed.], Salud y Libertad, Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 1999.
30. Equity in Health and Health Care. A WHO/AIDS Initiative, OMS, 1996.
31. Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization, Geneva, 2010
32. Erik Blas, Johannes Sommerfeld and Anand Sivasankara Kurup. Social determinants approaches to public health: from concept to practice. World Health Organization, 2011.
33. Fleury S. Gobernabilidad democrática en América Latina. En: Banco Interamericano de Desarrollo e Instituto Interamericano para el Desarrollo

- Social (IDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: IDES; 2002.
34. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México: 2006/2012 visión de FUNSALUD. Fundación Mexicana para la Salud, México, 2006.
  35. Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los Servicios de Salud: Propuesta de Funsalud. México, 2012, 126 p.
  36. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Las Cuentas de la Dignidad: Una guía para utilizar el análisis de presupuestos en la promoción de los derechos humanos. International Human Rights Internship Program, 2004.
  37. Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. Programa Vivir mejor (2006)
  38. Gobierno Federal. Estados Unidos Mexicanos. Programa “Vivir mejor”. 2006.
  39. Grindle M; Thomas J. Public choices and policy Change. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, 1991.
  40. Gruskin S y Tarantola D. En: Ed. Retels R, Mc Ewen J, Beaglehole R, Tanaka H, Oxford Textbook of Public Health, Fourth Edition, Oxford, Oxford University Press
  41. Helena Hofbauer and Gabriel Lara. Health care: a question of human rights, not charity. Fundar Centro de Análisis e Investigación, México, 2002.
  42. Helena Hofbauer y Gabriel Lara. La salud: un derecho social, no un privilegio. FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, México, 2002.
  43. Hierro, Liborio. ¿Derechos humanos o necesidades humanas? Problemas de un concepto, sistema. Madrid, 1982.
  44. Hofbauer H. El derecho a la salud en México: de los “derechohabientes” a los “nada-habientes”. México. Fundar. 2002.
  45. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Eliminating health inequities. Every woman and every child counts. Geneva, 2011.



46. IOM (Institute of Medicine). Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health. Washington, The National Academies Press, 2012.
47. Irwin A, Scali E. Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva, 2010.
48. Jacobs, Lesley. Rights and Deprivation. Oxford, Clarendon Press, 1993.
49. Jonsen, Albert. The Birth of Bioethics. New York, Oxford University Press, 1998.
50. Lahera E. Política y políticas públicas. Santiago de Chile. Naciones Unidas CEPAL. 2004.
51. Laurell, Asa Cristina. La salud: de derecho social a mercancía, en Laurel, C. [coord.] Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, México, UAMX, Fundación Friedrich Ebert, 1994.
52. López D, coordinador. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002. Publicación Científica y Técnica, No. 589.
53. Mann, Jonathan. Health and Human Rights. New York, Routledge, 1999.
54. Mariana Pérez, Coordinadora. Cinco miradas al derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua. México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2010.
55. Martínez Bullé Goyri, Víctor M. "Aspectos bioéticos de los derechos humanos" en *Derechos Humanos: temas y problemas* Maqueda Abreu Consuelo y Martínez Bullé Goyri, Víctor M., Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 2010.
56. Milio, N. Promoting health through public policy. Canadian Public Health Association. Ottawa. 1989.

57. Nino, Carlos. *Ética y derechos humanos*. 2ª. ed., Buenos Aires, Astrea, 1989.
58. Nozick, Robert. *Anarchy, State and Utopia*. Oxford Basic Books, 1974.
59. Nussbaum M. "Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico", en Jorge Riechmann, comp., *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid, Los Libros de la Catarata. 1998.
60. OECD International Classification for Health Accounts, OECD, 2007
61. OCDE. *Perspectivas: México. Políticas Clave para un Desarrollo Sostenible*. OCDE, 2010
62. OECD. *Well-Being Indicators. Compendium of OECD*, 2011
63. OPS, Washington, 2011.
64. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre México*. 2006.
65. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas Sanitarias Mundiales. Una instantánea de la salud mundial*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2012.
66. Organización Mundial de la Salud. *Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 2008.
67. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el mundo "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud"*. Ginebra. 2000.
68. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el mundo "La atención primaria de salud, más necesaria que nunca"*. Ginebra. 2008.
69. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra, OMS, 2000.
70. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2006 - Working together for health*, Ginebra, OMS, 2006.

71. Organización Panamericana de la Salud. "Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud - Introducción y Generalidades". OPS, Washington, 2010.
72. Organización Panamericana de la Salud. Agua y Saneamiento: Evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública
73. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, OPS, Washington, 2008.
74. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, OPS, 2007
75. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05; 2005.
76. Pan American Health Organization-World Health Organization. Bioethics: towards the integration of ethics in health. Washington, USA, 2012.
77. Paulin J. Hountondji. El discurso del amo: observaciones sobre el problema de los derechos humanos en África. Los fundamentos filosóficos de los derechos humanos. Barcelona: Serbal/UNESCO, 1985.
78. Pérez Luño, Antonio-Enrique. La tercera generación de Derechos Humanos. Navarra: Aranzadi, 2006.
79. Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, 2007
80. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. 2007.
81. Prevention Institute and The California Endowment with The Urban Institute. Reducing health care Costs through Prevention, Los Angeles, CA, 2007.
82. Prieto Sanchís, Luis, Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial. Derechos sociales y derechos de las minorías, en

- Carbonell, M., Cruz Parceró, J. A., Vázquez, R. (compiladores), México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000.
83. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010.
84. Rawls, John. A theory of justice. Oxford University Press, 1971.
85. Rawls, John. La Justicia como equidad, una reformulación. Barcelona, Paidós, 2002.
86. Rawls, John. Liberalismo político. México, Fondo de Cultura Económica, 1995.
87. Riechmann, comp. Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad. Madrid, Los Libros de la Catarata. 1998.
88. Rodríguez Ortega G. "Bioética, legislación y políticas públicas" en Bioética, legislación, políticas públicas y derechos humanos. México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2004.
89. Sade, R. M. Medicine and Managed Care, Morals and Markets, en Bondeson, W. y J. Jones [eds.], The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights, Boston: Kluwer Academic Publishers, 2002.
90. Sánchez Rubio, David. Repensar los derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia. Sevilla, 2007, Editorial MAD.
91. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Resumen Ejecutivo de los principales resultados de la evaluación del Seguro Popular de Salud 2003-2006
92. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 "Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud". 2007.

93. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”. 2007.
94. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A, O’Campo P. Health in All Policies. Centre for Research on Inner City Health (CRICH) in the Keenan Research Centre of the Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael’s Hospital, Ontario, 2011
95. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization, Geneva, 2010
96. Tealdi , J. C., “La bioética latinoamericana: ¿ante un nuevo orden moral?”, en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética: ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004
97. Volnei Garrafa, Dora Porto, “Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice”, *Bioethics*, Vol. 17, Nos. 5-6, 2003.
98. Walt G. Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg, Witwatersrand University Press-Zed Books, London and New Jersey, 1994.

## **HEMEROGRAFÍA**

1. Akashah M, Marks S. “Accountability for the health consequences of human rights violations: Methodological Issues in Determining Compensation”, *Health & Human Rights: An International Journal*, Dec, 2006, 9(2): 257-280.
2. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. “Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados”, *Rev Panam Salud Pública*, 2011:29(2):84–95.
3. Amartya Sen. “¿Por qué la equidad en salud?”. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(5/6), 2002.

4. Andorno R. "Global bioethics and human rights". *Medicine and Law*, Mar, 2008, 27(1): 1-14.
5. Andorno R. "Global bioethics at UNESCO: in defense of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights". *Journal of Medical Ethics*, Mar, 2007, 33(3): 150-154.
6. Annas G. "Bioethics and Human Rights", *Hastings Center Report*, Sep, 2003, 33(5): 3.
7. Baker, Robert. "A theory of international bioethics: multiculturalism, postmodernism and the bankruptcy of fundamentalism", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1998, vol. 8, num. 3, pp. 201-231.
8. Bambra C, Fox D, Scott-Samuel SA. "Towards a politics of health", *Health Promot. Int*, 2005; 20:187-93.
9. Bartram J, Cairncross S. "Hygiene, Sanitation, and Water: Forgotten Foundations of Health", *PLoS Med*, 7(11), 2010.
10. Báscolo. "Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud", *Rev. Salud Pública*, 12 sup (1): 8-27, 2010
11. Boerma JT, Mathers C, Abou-Zahr C. "WHO and Global Health Monitoring: The Way", *PLoS Med* 7(11), 2010.
12. Braveman P, Gruskin S. "Poverty, equity, human rights and health", *Bulletin of the World Health Organization*, July, 2003, 81(7): 539.
13. Bustamante Domas. "Hacia la cuarta generación de Derechos Humanos: repensando la condición humana en la sociedad tecnológica", *Revista Interamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación*, No. 1 Septiembre-diciembre, 2001.
14. Censo 2010, INEGI; memoria estadística del IMSS, Anuario Estadístico 2010 del ISSSTE, Informe de Resultados enero-junio 2010 del SPSS.
15. Coleman C, Bouësseau M, Reis A. "The contribution of ethics to public health", *Bulletin of the World Health Organization*, Aug, 2008, 578-A.

16. D. Clouser; B. Gert. "Critique of principlialism", *J. Med. Phil.*, Vol. 15, 1990, pp. 219-236.
17. D'Oronzio J. "Keeping human rights on the bioethics agenda", *Cambridge Quarterly Of Healthcare Ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees*. Summer, 2001, 223-226.
18. Eleonora Cavagnero, a Christopher Lane, a David B Evansa & Guy Carrina. "Development assistance for health: should policy-makers worry about its macroeconomic impact?", *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:864–870.
19. Engelhardt, H. T. "Freedom and Moral Diversity: The Moral Failure of Health Care in the Welfare State", *Social Philosophy & Policy*, 1997, vol. 14, núm. 2, pp. 181-183.
20. Enríquez Rubio, Ernesto. La protección social de la salud para todos los mexicanos. México, Examen, Número 205 Año XXII, Abril 2012, pp. 31-49.
21. Epstein H. "Claiming the right to health", *Lancet*, Oct, 2005, 366(9492): 1155-1156.
22. Franco A, Palma M, Álvarez-Dardet. "Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000", *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004; 19:291-8.
23. Franco-Giraldo, Palma M, Álvarez-Dardet C. "Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980–2000", *Rev Panam Salud Pública*, 2006;19 (5):291-299.
24. Gabetta, Carlos, "Democracias fallidas". *Le Monde Diplomatique*, abril 2009
25. Gabetta, Carlos. "El Bib Bang de la crisis", *Le Monde Diplomatique*, marzo 2009.
26. Gallardo, Helio (julio/diciembre 2003). "Nuevo Orden Internacional, derechos humanos y Estado de Derecho en América Latina", *Revista Crítica Jurídica*, (22): p. 260.

27. Graham WJ, Adjei S. "A Call for Responsible Estimation of Global Health", *PLoS Med* 7(11), 2010.
28. Grindle M; Thomas J. "Public choices and policy Change", Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, 1991, en McKee M; Zwi A; Koupilova I; Sethi D; Leon D. "Health policy-making in central and eastern Europe: Lessons from the inaction on injuries?" *Health Policy and Planning*, 15(3):263-269.
29. Guy Carrin,a Inke Mathauer,a Ke Xua & David B Evans. "Universal coverage of health services: tailoring its implementation", *Bulletin of the World Health Organization*, November 2008, 86 (11).
30. Hepworth, J. "Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion", *Health Promotion International* 1997, Vol12 (3): 233-238.
31. Hohfeld, Wesley Newcomb. "Some Fundamental Legal Conceptions as Applied to Judicial Reasoning", *Yale Law Journal*. 23 (1913).
32. Institute of Population Health-University of Ottawa. "Gobernanza de sistemas de salud para lograr equidad: reflexiones críticas", *Canada Rev.Public Health*, 12 (1): 62-76, 2010
33. Kass N. "An ethics framework for public health", *Am J Public Health*, 2001; 91(11): 1776–1782.
34. Kopelman L. "Bioethics as public discourse and second-order discipline", *The Journal of Medicine and Philosophy*, June 22, 2009, 34(3): 261-273.
35. Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, Davey Smith G, Bassett M, Rehkopf DH, Miller C; "HIA «promise and pitfalls» conference group. Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives", *J. Epidemiol. Community Health*, 2003; 57:659-62.
36. Lane M. "Bioethics, health, and inequality2; *Lancet*, Sep 18, 2004, 364(9439): 1017-1019.



37. Laurell, Asa Cristina. "La globalización y las políticas de salud", *Salud Problema*, núm. 4, año 3, 1998.
38. Leary V. "The right to health in international human rights law", *Health Hum Rights*, 1994; 1:24-56.
39. Levin B, Fleischman A. "Public Health and Bioethics: The Benefits of Collaboration", *American Journal of Public Health*, Feb, 2002, 165-167.
40. Levy Algazi, Santiago. ¿Universalización de la salud o de la seguridad social? *Gaceta Médica de México*, 2011, 147:455-68.
41. Lolas F. "Bioethics in the context of global health programs", *Revista Panamericana de Salud Pública*, July, 1999, 6(1): 65-68. July
42. Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z y Fineberg HV. "Health and Human Rights", *Health and Human Rights: An International Journal*, Vol. 1, No. 1, 1994.
43. Marotta, Rocco, "Escasean alimentos en África... y en Estados Unidos". *Economía global y desarrollo en América del Sur. Economía SUR*, mayo 2008.
44. McKee M; Zwi A; Koupilova I; Sethi D; Leon D. "Health policy-making in central and eastern Europe: Lessons from the inaction on injuries?", *Health Policy and Planning*, 15(3):263-269.
45. Michael G. Marmot. "Policy Making With Health Equity at Its Heart", *FRCPJAMA*, May 16, 2012, Vol 307, No. 19-2033.
46. Murray CJL, Lopez AD. "Production and Analysis of Health Indicators: The Role of Academia", *PLoS Med*, 7(11), 2010.
47. Nancy Edwards and Erica Di Ruggiero. "Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation", *Scand J Public Health*, 2011 39: 43
48. Navarro V. "The economic and political determinants of human (including health) rights", *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 1978, 8(1): 145-168.

49. Organización Mundial de la Salud. Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002.
50. Panamerican Health Organization-World Health Organization. "Bioethics: towards the integration of ethics in health", *In 28th Panamerican Sanitary Conference, 64th Session of the Regional Committee*, Washington, USA, 17-21 september 2012.
51. Paul R Ward, Samantha B Meyer, Fiona Verity, Tiffany K Gill, Tini CN Luong. "Complex problems require complex solutions: the utility of social quality theory for addressing the Social Determinants of Health", *BMC Public Health*, 2011, 11:630
52. Rivas, Carlos, "Una brecha estructural", *Le Monde Diplomatique*, noviembre 2008.
53. Roberts M, Reich M. "Ethical analysis in public health", *Lancet*, Mar 23, 2002, 359(9311): 1055.
54. Ruiz Miguel, Alfonso. "Derechos liberales y derechos sociales", *Doxa*, 15-16, 1994, pp. 659-660.
55. Sader, Emir. "América Latina frente a la crisis". *Le Monde Diplomatique*, octubre de 2008.
56. San Sebastián M, Hurtig AK, Breilh J, Quizhpe A. "El Movimiento de salud de los pueblos: salud para todos ya", *Rev Panam Salud Pública*, 2005; 18:45-4.
57. Sapir, Jacques. "Tótem y Tabúes", *Le Monde Diplomatique*, marzo 2009.
58. Scanlon, T. "Nozick on Rights, Liberty, and Property", *Philosophy and Public Affairs*, vol. 6, núm. 1, 1976, p. 6-7.
59. Schneider MC, Aguilera XP, Smith RM, Moynihan MJ, Barbosa da Silva J Jr, Aldighieri S, et al. "Importance of animal/human health interface in potential Public Health Emergencies of International Concern in the Americas", *Rev Panam Salud Publica*, 2011;29 (5):371-9.

60. Scott-Samuel A, O'Keefe E. "Health impact assessment, human rights and global public policy: a critical appraisal", *Bulletin of the World Health Organization*, Mar , 2007, 85(3): 212-217.
61. Sfeir-Younis A. "The violation of human rights as a determinant of poverty", *International Social Science Journal*, June, 2004, 56(180): 321-325.
62. Snead O. "Bioethics and Self-Governance: The Lessons of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights", *Journal of Medicine & Philosophy*, June, 2009, 34(3): 204-222.
63. Somavia, Juan, *Le Monde Diplomatique*, enero 2009.
64. Sören Holm. "Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics", *J.Med.Ethics*, Vol. 21, 1995, pp. 332-338.
65. Starfield, Barbara, "Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population". *Rev. Panamericana de Salud pública*, 12(6), 2002.
66. Starfield, Barbara. "Politics, primary healthcare and health: was Virchow right?". *J Epidemiol Community Health*, August 2011 Vol 65 No 8.
67. Tealdi, J. C. "Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina", *Revista Brasileira de Bioética*, Vol. 1, No. 1, 2005, pp. 7-17
68. Testoni I, Zamperini A. "Health Policies and Bioethics: A psychosocial Perspective in Managing the Moral Question", *World Futures: The Journal of General Evolution*, Dec, 2005, 61(8): 611-621.
69. The PLoS Medicine Editors. "Can We Count on Global Health Estimates?" *PLoS Med* 7(11):1001002, 2010.
70. Thomasma D. "Bioethics and international human rights", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Winter, 1997, 25(4): 295.
71. Turolfo F. "Responsibility as an Ethical Framework for Public Health Interventions", *American Journal of Public Health*, July, 2009, 99(7): 1197-1202.

72. Van de Water HPA, Perenboom RJM and Boshuizen HC. "Policy relevance of the health expectancy indicator; an inventory in European Union countries", *Health Policy*, May 1996 Volume 36, Issue 2: 117-129.
73. Van Ginneken W. "Social Security and the Global Socio-economic Floor: Towards a Human Rights-based Approach", *Global Social Policy*, Aug, 2009, 9(2): 228-245.
74. Volnei Garrafa et al. "Bioethical language and its dialects and idiolects", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15, Supl. 01, 1999, pp. 35-42.
75. Volnei Garrafa, Mauro Machado Prado, "Hard bioethics: demanding the best for the most", *Perspectives in Health (OPS/OMS)*, Vol. 7, No. 1, 2002, p. 30
76. Yamey G. "Scaling Up Global Health Interventions: A Proposed Framework for Success", *PLoS Med* 8(6), 2011.
77. Yesley M. "What's in a name? Bioethics and human rights at UNESCO", *The Hastings Center Report*, Mar, 2005, 35(2): 8.
78. Zimmerling, Ruth. "Los derechos humanos en un mundo globalizado y unipolar. Contra la devaluación conceptual y el cinismo práctico", *Isonomía*, abril 2004 (20): 89.

## WEBOGRAFÍA

1. Agenda de Salud para las Américas (2008-2017). Disponible en: [http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health\\_Agenda.pdf](http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf).
2. Arroyo J, Cáceres E, Chávez S, Ríos M. Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Observatorio del Derecho a la Salud. 2004. <http://cies.org.pe/node/259>
3. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, et al. La salud en la infancia. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:39-46. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s021391112004000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s021391112004000400009&lng=es&nrm=iso)

4. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados Segundo Semestre 2006.
5. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [www.cnpss.salud.gob.mx](http://www.cnpss.salud.gob.mx).
6. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [www.cnpss.salud.gob.mx](http://www.cnpss.salud.gob.mx). Consultado el 06 de septiembre de 2010.
7. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. [www.cnpss.salud.gob.mx](http://www.cnpss.salud.gob.mx). Consultado el 06 de septiembre de 2010.
8. Fawcett S, Schultz J, Watson-Thompson J, Fox M, Bremby R. "Building multisectoral partnerships for population health and health equity", *Prev Chronic Dis*, 2010; 7(6). Disponible en: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/nov/10\\_0079.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/nov/10_0079.htm)].
9. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). [www.unicef.org/spanish/](http://www.unicef.org/spanish/)
10. Goodman T. Is there Right to Health? *J Med Philosophy*. 2005; 30:643-62. Disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/>
11. [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12\\_Cap08.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/12_Cap08.pdf)
12. <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera>
13. Hacer retroceder el paludismo, <http://www.rbm.who.int>
14. [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/prog\\_vivir\\_mejor.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/prog_vivir_mejor.pdf)
15. <http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/racs2008.pdf>
16. [http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf/pn](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf/pn):
17. [http://seguropopular.cnpss.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2006/segundo\\_trimestre/01.pdf](http://seguropopular.cnpss.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2006/segundo_trimestre/01.pdf)

18. [http://www.oecd.org/pages/0,3417,es\\_36288966\\_36288120\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,es_36288966_36288120_1_1_1_1_1,00.html)
19. [http://www.oecd.org/pages/0,3417,es\\_36288966\\_36288120\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,es_36288966_36288120_1_1_1_1_1,00.html). Consultado el 10 septiembre 2010.
20. [http://www.oecd.org/pages/0,3417,es\\_36288966\\_36288120\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/pages/0,3417,es_36288966_36288120_1_1_1_1_1,00.html). Consultado el 10 septiembre 2010.
21. <http://www.oei.es/revistactsi/numero1/bustamante.htm>. Consultado el 12 de enero de 2011.
22. <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
23. <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>. Consultada el 20 de agosto de 2010.
24. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
25. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 20 de agosto de 2010.
26. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 20 de agosto de 2010.
27. [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm). Consultada el 20 de agosto de 2010.
28. [http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa\\_accion\\_especifica\\_ssp.pdf](http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/programa_accion_especifica_ssp.pdf)
29. [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE2007-2012\\_SNIS.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE2007-2012_SNIS.pdf)
30. <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>. Consultada el 20 de agosto de 2010.
31. <http://www.unglobalcompact.org>.  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-037069ab/es/index.html>  
[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

32. Institute for Alternative Futures. Primary Care 2025: A Scenario Exploration. Alexandria, VA, 2012. Disponible en: <http://www.altfutures.org/pubs/pc2025/IAF-PrimaryCare2025Scenarios.pdf>.
33. Moon et al. Globalization and Health 2011, 7:39. Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/39>
34. OECD (2011). Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. [www.oecd.org/els/social/inequality](http://www.oecd.org/els/social/inequality)
35. Organización de Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/>
36. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). [www.unesco.org/](http://www.unesco.org/)
37. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>
38. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio.
39. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. <http://www.undp.org/spanish/mdg/basics.shtml>. Consultada el 20 de agosto de 2010.
40. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>.
41. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>. Consultada el 20 de agosto de 2010.
42. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es>. Consultada el 20 de agosto de 2010.
43. Organización Panamericana de la Salud.
44. Organización Panamericana de la Salud.
45. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
46. Pan American Health Organization. Health and Human Rights. 50th Directing Council of PAHO, 62nd Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, 2010 Sep 27-Oct 1. Washington, USA. Disponible en: [www.un.org/disabilities/documents/paho\\_mh\\_resolution.pdf](http://www.un.org/disabilities/documents/paho_mh_resolution.pdf).

47. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud.  
[http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plan\\_sectorial\\_salud.pdf](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf)
48. Salud: México 2002 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2002.pdf>
49. Salud: México 2002 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2002.pdf>
50. Salud: México 2003 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2003.pdf>
51. Salud: México 2004 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2004.pdf>
52. Salud: México 2005 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2005.pdf>
53. Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2006.pdf>
54. Salud: México 2007 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2007.pdf>
55. Salud: México 2008 Información para la rendición de cuentas.  
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/racs/sm2008.pdf>
56. Scott-Samuel A, OKeefe EM. Programas y proyectos, recopilación de artículos. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, marzo 2007; 85:161-244. Disponible en:
57. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados 2007  
<http://seguropopular.cnpss.gob.mx/images/contenidos/Transparencia/2007/informederesultados2007.pdf>
58. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados 2008  
[http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes\\_Resultados/informe\\_de\\_resultados\\_spss\\_%202008.pdf](http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_de_resultados_spss_%202008.pdf)



59. Sistema de Protección Social en Salud Informe de Resultados 2009  
[http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes\\_Resultados/informe\\_1sem2009.pdf](http://www.seguropopular.gob.mx/images/contenidos/Informes_Resultados/informe_1sem2009.pdf)
60. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2000  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2000.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2000.pdf)
61. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2001.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2001.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2001.pdf)
62. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2002.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2002.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2002.pdf)
63. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2003.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2003.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2003.pdf)
64. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2004.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2004.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2004.pdf)
65. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2005.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2005.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2005.pdf)
66. Situación de la salud en México. Indicadores Básicos 2006.  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB\\_2006.pdf](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2006.pdf)
67. WHO Commission on the Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health, April 2007.  
Disponible en: [www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm](http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm)
68. World Health Organization. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. Ginebra, Suiza, 2010. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500531\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500531_eng.pdf).

## LEGISLACIÓN

1. Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)
2. Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990)
3. Carta Árabe de Derechos Humanos (1994)

4. Carta de las Naciones Unidas (1945)
5. Carta Social Europea (1961, revisada en 1996)
6. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro (1992)
7. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994)
8. Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban (2001): Declaración y Programa de Acción de Durban
9. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena (1993): Declaración y Programa de Acción
10. Congreso Constituyente de 1917. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1917.
11. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. 2007.
12. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley del Seguro Social. 1995.
13. Congreso de la Unión. Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. 1984.
14. Consejo Nacional de Salud. Reglas de Operación del Consejo Nacional de Salud y su Secretariado Técnico. Diario Oficial de la Federación. 27 de enero de 2009.
15. Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)
16. Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984)
17. Convención de Belém do Pará (1994)
18. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999).
19. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985)

20. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
21. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
22. Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)
23. Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948)
24. Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951) y su Protocolo (1966)
25. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y su Protocolo (1999)
26. Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
27. Convenio (Nº 105) sobre la abolición del trabajo forzoso (1957)
28. Convenio (Nº 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)
29. Convenio (Nº 182) sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (1999)
30. Convenio (Nº 183) sobre la protección de la maternidad (2000).
31. Convenio (Nº 29) relativo al trabajo forzoso u obligatorio (1930)
32. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña (1949)
33. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar (1949)
34. Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (1949) y Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I) (1977) y Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II) (1977)

35. Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra (1949)
36. Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (1952-1994)
37. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina: Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1997)
38. Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena (1949)
39. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995): Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y, como complemento, Beijing (2000)
40. Cumbre Mundial en favor de la Infancia, Nueva York (1990)
41. Cumbre Mundial sobre la Alimentación, Roma (1996): Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y, como complemento, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después y Alianza Internacional contra el Hambre (2002)
42. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
43. Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975)
44. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa
45. Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y, como complemento, periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la infancia (2002): Un mundo apropiado para los niños
46. Declaración sobre el derecho al desarrollo (1986)
47. Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos (1998)

48. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)
49. Declaración sobre la utilización del progreso científico y tecnológico en interés de la paz y en beneficio de la humanidad (1975)
50. Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas (1992)
51. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
52. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)
53. Decreto por el que se crea el órgano desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética. Diario Oficial de la Federación. 7 de septiembre de 2005.
54. Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2001.
55. Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 2007.
56. Gobierno de la República de los Estados Unidos Mexicanos. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Diario Oficial de la Federación, 20 de mayo de 2013.
57. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)
58. OMS/OPS y UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. 6 al 12 de septiembre de 1978.
59. Organización de Estados Americanos. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Bogotá. 1948.
60. Organización de las Naciones Unidas. Declaración del Milenio en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York. Septiembre de 2000.

61. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París. 10 de diciembre de 1948.
62. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York. 16 de diciembre de 1966.
63. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos Protocolos (1966 y 1989)
64. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
65. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al SIDA (2001): Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: «Crisis mundial-Acción mundial»
66. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. 27 de enero de 2009.
67. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986.
68. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. 11 diciembre 2009.
69. Presidencia de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación. 27 de febrero de 2005.
70. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes (1982)
71. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991)
72. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)

73. Principios rectores aplicables a los desplazamientos internos (1998).
74. Programa de Acción Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague (1995): Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y, como complemento, Copenhague (2000)
75. Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte (1990)
76. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador” (1988)
77. Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. 2010.
78. Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. Diario Oficial de la Federación. 7 de julio de 2004.
79. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002): Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
80. Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II), Estambul (1996): Declaración de Estambul sobre los Asentamientos Humanos
81. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.