

El derecho de acceso a la salud dentro del Sistema de Salud Mexicano*

Georgina Magaly Salas Gámez*

Abstract

Este trabajo tiene por objeto invitar al lector a formarse una opinión en relación al tema de salud dentro de nuestro país. Uno de los indicadores indiscutibles que nos ayudan a conocer el desarrollo de un país es la salud de su población. Si bien es cierto han sido varias las campañas que el Gobierno ha promovido para proporcionar dicho servicio de una manera más popular, también es cierto que la calidad del mismo dista mucho de los presuntos esfuerzos por parte de las instituciones gubernamentales. Por lo anterior, expondré las deficiencias existentes dentro de las distintas instituciones de salud dentro de nuestro país, las cuales no sólo violan nuestro derecho a la salud sino el acceso a la misma.

Introducción

Nuestro sistema de salud cuenta con 67 años de vida. Su fundación data de 1943, año en que el presidente Lázaro Cárdenas creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA); posteriormente, el presidente Ávila Camacho estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a lo que siguió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Hospital Infantil de México, éste es considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. De aquí se desprende que el Sistema de Salud actual ha prevalecido por más de medio siglo, sufriendo una serie de

* Trabajo, merecedor de Mención Honorífica en el 2do. Concurso de Investigación Jurídica y Política – Sergio García Ramírez, categoría Licenciatura.

* Egresada de la Licenciatura en Derecho por la Universidad Iberoamericana León.

cambios cuantitativos de cobertura pero ninguno trascendental en cuanto a su estructura.

Ahora bien, el Sistema de Salud Mexicano cuenta con tres componentes básicos:

- a) Seguridad Social: da atención a más de 50% de la población; aquí se encuentran el IMSS y el ISSSTE
- b) La Secretaría de Salud y otras instituciones, parte del sector público o asociaciones civiles, y por último
- c) El Sector privado, el cual brinda una atención de calidad desigual, ya que sólo unas cuantas personas cuentan con los recursos necesarios para recibir este tipo de servicio.

Es importante señalar que los servicios de carácter privado se subdividen en: honorarios por servicios y servicios médicos prepagados, mientras que la seguridad social, según lo establecido por la ley, es la institución prestadora de servicios para los trabajadores de empresas privadas (IMSS) y para los del sector público sea federal, estatal (ISSSTESON, ISSSTELEON, etc.) o municipal.

Todo sistema de salud tiene por objetivo proporcionar este servicio a toda la población, sin restricciones; desafortunadamente esto no sucede ya que no existe un *sistema de salud efectivo* que garantice un aprovechamiento uniforme de los ciudadanos, lo que refleja que dicho sistema no sólo debe preocuparse por ser eficiente, sino que a su vez, debe velar porque éste sea equitativo.

Recordemos que un “sistema”, es un conjunto de "elementos" relacionados entre sí, de forma tal que un cambio en un elemento afecta al conjunto de todos ellos. Los elementos relacionados directa o indirectamente con el problema son representados de manera esquemática a la que se le denomina “modelo”.

De acuerdo con el planteamiento anterior tenemos que: **El Programa Nacional de Salud 2001-2006** pretendía asegurar la salud de sus habitantes anticipando *“la conformación de un sistema de salud universal, equitativo, solidario, plural, eficiente, de alta calidad, anticipatorio, descentralizado, participativo y vinculado al desarrollo; promocionando un sistema que en su conjunto se organizara para anticiparse a las necesidades de salud en todas las esferas en que se requiera: capacitación de recursos humanos, desarrollo de equipamiento e infraestructura, movilización de recursos financieros y concertación intersectorial, entre otras.”*¹

1.- Concepto de salud

Existen varias descripciones para la definición de “salud”, la primera gira en torno al equilibrio inestable del ser humano, de su organismo y de su cuerpo, esto en relación con factores biológicos, del medio ambiente y socioculturales, los que permiten a cada persona, además de crecer, incrementar sus posibilidades en función de sus intereses y de los de la sociedad en la cual se desenvuelve.

¹“Programa Nacional de Salud 2001-2006”, Secretaría de Salud (SSA).

Definir “salud” no es fácil, puesto que en la mayoría de los casos resulta mejor analizar los elementos que la condicionan. La salud, en términos físicos, es el resultado de la calidad de vida, bienestar y, en definitiva, de la felicidad; el objetivo de alcanzar la salud no corresponde exclusivamente a la medicina, sino que involucra al gobierno, a la sociedad y al individuo en sí.

“El estado de salud se define negativamente como ausencia de una “entidad morbosa”, es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables. En la segunda mitad del pasado siglo comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía este binomio. En 1956, René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: “Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”. También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos”².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) finalmente logró definir a la “salud” como: *“El estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. La cita procede

² *“Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena”* Orozco Africano, J.M. (2006)

del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y que entró en vigor al 7 de abril de 1948.

La salud implica que todas las necesidades fundamentales del ser humano no sólo sean satisfechas, sino que cumplan con características: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales; sin embargo, lo anterior resulta utópico ya que se estima que sólo entre 10% y 25% de la población mundial se encuentra completamente sana.

1.1 La salud como derecho

Los derechos humanos se refieren a la relación entre el estado y el individuo; ellos llevan a obligaciones del Estado y a derechos de los individuos. Definimos a los derechos humanos como aquellas "libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos"³, que incluyen a toda persona por el simple hecho de ser humana. El concepto de derechos humanos es considerado: universal, intransmisible, irrenunciable e inherente a todo individuo, y funge como símbolo de equidad y protección. Ante esto, la salud es reconocida como un derecho humano fundamental, pues es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos.

³ Papacchini, Ángel. *Filosofía y derechos humanos*. (Nota: Los derechos humanos fueron creados y ratificados en el año de 1945, p. 44; de forma similar, Nino, Carlos S. *Ética y derechos humanos*, p. 40. El concepto "bienes primarios" procede de John Rawls.

Existen dos concepciones del derecho a la salud, la primera la contempla como un “derecho ciudadano”, mientras que la segunda la define como “un bien de consumo” al cual se tiene acceso según el poder adquisitivo del que se goce. Considerando ésta última concepción entendemos que exista la falta de protección hacia el sector menos favorecido, lo que finalmente termina reflejándose en un servicio carente de equidad.

El primer avance en cuanto al reconocimiento del derecho a la atención social aparece tras la Revolución Francesa, en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (1793), en la que se afirma que la sociedad debe garantizar la ayuda de los “ciudadanos menos favorecidos”, y que tiene la virtud de reconocer el papel de los poderes públicos en la protección social. En este tiempo estaba delegada a los grupos de beneficencia dirigidos por la iglesia.

Alrededor del año 1948, “La Declaración Universal de Derechos Humanos” fue redactada con el propósito de defender los derechos fundamentales de la persona, reconociendo a la salud como parte de ellos. En este documento, el derecho a la salud se ve plasmado en el artículo 25:

“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”⁴.

⁴ Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de Diciembre de 1948.

El derecho al mayor nivel de salud es imperativo, al garantizar que los servicios sean congruentes con las necesidades de la población, por lo que el Sistema de Salud Mexicano debe ser responsable y al tiempo, debe ser orientado a que consiga la máxima eficiencia y efectividad. Hablar de salud es hablar de dignidad, por lo que diversos instrumentos internacionales se dieron a la tarea de incluir este derecho como parte esencial de su contenido.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 12 estableció:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁵. Y agrega que, entre las medidas que se obligarán a fin de asegurar la plena efectividad de ese derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños. b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente. c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas. d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la salud también es reconocida en numerosos tratados internacionales tales como:

- 1961: La Carta Social Europea
- 1978: Declaración de Alma Ata

⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

- 1981: Carta africana sobre los derechos del ser humano y de los ciudadanos
- 1988: Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales
- 1989: Convención sobre los derechos del niño

La Constitución Mexicana no es la excepción en cuanto a la protección del derecho a la salud, sin embargo ésta se realizó de forma tardía. En la Constitución de 1917 inicialmente se relacionaba la protección de este derecho con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora las cuales correspondían exclusivamente al trabajador y su familia.

Siguiendo la línea anterior, se da la redacción de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto de nuestra Constitución: *“Del trabajo y la previsión social”*, así como el que se promulgara la Ley del Seguro Social en 1943.

Fue en 1983 cuando al concepto de previsión social en salud, del art. 123, se le adicionaría el concepto de “Protección de la salud” en el artículo 4 constitucional; reformas que dieron inicio al sexenio del Presidente Miguel de la Madrid.

El derecho a la salud, como todos los demás derechos sociales, culturales y laborales son una conquista de generaciones, de aquí se infiere que la salud es un

tema preferente en la constitución de los Estados modernos, puesto que, a partir de la descripción y aplicación de políticas públicas relativas a la investigación y tratamiento de las enfermedades, es posible fortalecer el desarrollo y el bienestar de las sociedades. Al ser la salud un derecho fundamental, es necesario conocer la estructura y funcionamiento de los distintos sistemas de salud, así como los sistemas sociales y económicos que los generan.

2. Sistemas de salud

El sistema de salud abarca todas las organizaciones, instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud⁶.

Por sistemas de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. Los sistemas de salud tienen por objetivo dos puntos esenciales, por un lado se busca que el sistema sea eficaz y por el otro, trabajan para que las diferencias en la impartición del servicio sean mínimas, en pocas palabras, equitativas.

Son cuatro las funciones trascendentales dentro de un sistema de salud:

- Prestación de servicios
- Generación de recursos

⁶ *Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.

- Financiamiento y
- Rectoría

El desempeño de un sistema es competencia de su Gobierno, de aquí que la gestión responsable del bienestar de la sociedad se le denomine “rectoría” a la esencia de una administración adecuada. La salud de los ciudadanos es la prioridad del estado, a lo que debe responder de manera continua y permanente. Ahora bien, el objetivo de los sistemas de salud no sólo es mejorar el nivel y calidad de vida de la población, sino también ampararla ante los retos financieros que actualmente enfrentamos los mexicanos.

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata⁷ y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Entender la atención primaria como concepto, implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas⁸.

El acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades, la adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social, la participación de la comunidad en la definición y aplicación de las

⁷ La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de "atención primaria de salud" como una estrategia para alcanzar la meta de *Salud para Todos para el 2000*.

⁸ Declaración de Alma-Ata. En: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos», N° 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>, visitado el 3 de octubre de 2003).

agendas de salud y los enfoques intersectoriales de la salud son los principios representantes de un esfuerzo destinado a cambiar las prácticas del sector salud.

2.1 Tipos de sistemas de salud

Son 5 los tipos de sistemas de salud que a lo largo del tiempo se han aplicado:

A. Modelo Universalista o de Beveridge

Se aplica en el Reino Unido, Suecia, Noruega, Dinamarca, España, Portugal, Países del Antiguo bloque soviético y algunos del Caribe. Se caracteriza por una financiación pública cuyos recursos proceden en su mayor parte de los impuestos y con acceso general a los servicios, suministrados por prestadores públicos. Todos los trabajadores del sistema tienen gran responsabilidad en su conducción y gestión.

B. Modelo de Seguro Social

Tiene una menor participación del Estado. Posee una organización mucho más planificada y regulada, aunque fragmentada, con amplia descentralización. Este modelo se aplica en Alemania, Francia, Bélgica, Suiza y Japón, entre otros países. La financiación se hace en base a los aportes obligatorios de los trabajadores y empresarios. La gestión de recursos y la organización de los servicios están a cargo de entidades que, a su vez, contratan con proveedores privados y públicos.

Un sistema similar al de las obras sociales en Argentina. La cobertura es para titulares o grupo familiar.

C. Modelo de Seguro Privado

Son criticados por crear inequidad, por brindar una cobertura restringida y cubrir sólo al que paga. Este sistema puede provocar fuertes desigualdades, con una predisposición especial para excluir a los que más lo necesitan y concentrar la oferta de servicios en los más sanos. El gasto en general es alto y no guarda relación directa con las prestaciones de salud, sino con el marketing, la propaganda y el lucro. Tiene un nivel bajo de satisfacción de los usuarios y los indicadores de condición de salud son inferiores al promedio de los países europeos y Canadá.

D. Modelo Asistencialista

Se ocupa de brindar asistencia a las personas incapaces de asumir responsablemente el cuidado individual de su salud. Las acciones, para quienes sin duda son los más vulnerables, están centralizadas y se financian exclusivamente con los recursos del fisco.

E. Modelo Mixto

Es una mezcla con partes de uno y otro sistema. Nace tratando de incrementar la cobertura, con nuevas formas de organización, pero al mismo tiempo, segmenta la

integralidad de las prestaciones y su calidad. El gasto suele ser muy alto y está mal asignado, por falta de población objetivo y no se observa con claridad dónde está el dinero ni cuál será su destino. Hay tendencia a la utilización y financiamiento cruzado, con sobreutilización, las varias coberturas no se responsabilizan por la salud integral del beneficiario⁹.

2.2. Sistema de Salud en México

El Sistema de Salud Mexicano es un sistema fragmentado al igual que el de EU, esto es, presenta segregación en cuanto a integración poblacional e integración vertical de funciones esenciales, tales como: modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios¹⁰.

El sistema público de Salud en México se divide en tres grandes subsectores : los servicios que presta la Secretaría de Salud (SS) para aquellas personas que no cuentan con un empleo formal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para quienes cuentan con un empleo formal en el sector privado y, finalmente, los servicios que se brindan a aquellos que laboran en instituciones gubernamentales, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); en las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas

⁹ Lemus, J.D. et al. *Introducción a la Salud Pública*. En colaboración con el Dr. A.A. Lizárraga (Editores) Ed. Kohan, Buenos Aires, Julio, 1995.

¹⁰ “*Comparación del Sistema de Salud de México y Estados Unidos*”, María Magaly Vargas Ruiz, Octubre 2002, México DF; Espacio de información, análisis e investigación sistemática de los acontecimientos en el campo de la salud en México.

de México (ISSFAM) y de los servicios establecidos para atender a los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Asimismo, existe actualmente el Programa IMSS–*Oportunidades* que, como parte de dicho instituto, atiende a una porción de la población que no cuenta con un trabajo formal; y por último, el Programa Salud para Todos “Seguro Popular”, el cual tiene por objeto brindar el servicio de salud al sector de la población que no cuenta con recursos económicos.

En México, el financiamiento, se integra por una mezcla pública-privada:

- En la Seguridad Social el financiamiento es tripartita: estatal y cuotas obrero-patronales (público y privado). Más de la mitad del presupuesto público en salud lo ejecuta el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- En la población abierta: el financiamiento es público.
- En el sector privado, el financiamiento es privado.
- En la investigación en salud: el financiamiento es una mezcla de público y privado.

En México, como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA 2001-2006)¹¹, se plantearon los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.

¹¹ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. 3a. edición. México: Secretaría de Salud, 2001:73-82.

- Abatir las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

En el PRONASA 2001-2006 no sólo se discutió la necesidad de crear mecanismos para evaluar el cumplimiento de estos objetivos, valorar el funcionamiento general del servicio de salud y fortalecer la rendición de cuentas dentro del sector, (puesto que la evaluación es una actividad básica de la función rectora de la Secretaría de Salud (SSA)¹²), sino que, a la par, enfatizaría en el hecho de que no podría existir un progreso general del sistema de salud si éste no pudiese cumplir con las necesidades de los mexicanos.

El desempeño del Sistema de Salud en México durante los últimos años puede caracterizarse a través de dos procesos centrales y confluentes entre sí: la fragmentación y el deterioro de la calidad de sus servicios derivados de la reducción sistemática y progresiva del gasto público en la materia.

La mayoría de los países fallan en el momento de cumplir sus metas en torno al tema salud, por lo que termina reflejándose en la falta de calidad en el servicio, el poco acceso que existe para el mismo y la carencia de precios razonables y justos en la materia.

¹² Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 2004:49

Ahora bien, la razón de todo sistema de salud es el de mejorar ésta, lo que implica alcanzar el mejor nivel de salud posible para la población a lo largo de su vida. A pesar de ello, suele suceder que se tiende a proteger la salud promedio de la población, y se deja de atender a los grupos que no se encuentran dentro del rango privilegiado en nuestra sociedad. El sistema de salud tiene la responsabilidad y obligación de reducir este trato inequitativo en los usuarios protegiendo no sólo su derecho al acceso, sino también el respeto a la dignidad y confidencialidad de su información, situación que en la mayoría de los casos, a lo largo del país, se ve violentada por el personal de las diversas Instituciones públicas de salud.

El garantizar la seguridad financiera es otro de los aspectos relevantes dentro de los sistemas de salud. En México, la creación del **Seguro Popular** como parte del Sistema de Protección Social en Salud¹³ jugó parte fundamental en la estrategia durante la campaña electoral del ex presidente Vicente Fox Quesada y aunque el proyecto sonaba plausible terminó dejando a más de uno inconforme.

Por último, debemos recordar que entre los objetivos esenciales tenemos a los denominados *instrumentales*, puesto que son deseables sólo en la medida en que

¹³ Es un seguro voluntario que ofrece atención médica en Centros de Salud y Hospitales de la Secretaría de Salud, cubriendo las enfermedades más frecuentes y los medicamentos requeridos. El Seguro Popular ofrece a todos los miembros de las familias afiliadas, el paquete de servicios médicos incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), que contempla entre otras cosas: consulta general y medicamentos, hospitalización y las cirugías más frecuentes, atención de partos y cesáreas, exámenes de laboratorio y radiografías y exámenes preventivos.

contribuyen a mejorar las condiciones de salud. Aquí se encuentran: la utilización de los servicios y el uso eficiente de los recursos.

3. La Reforma a la Ley General de Salud

El 1 de enero del 2004 entró en operación en México el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo órgano principal, el Seguro Popular de Salud habría de cubrir, en el lapso de siete años, a los 48 millones de mexicano no asegurados. En abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó, con 92% de los votos del Senado y 73% de los votos de la Cámara de Diputados, una reforma a la Ley General de Salud que establece el sistema de protección social en la materia. Aquí, cualquier ciudadano que quedara excluido de la seguridad social sería cubierto por dicho seguro.

En los documentos que dieron sustento a la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la Secretaría de Salud de México señala que la segmentación del sistema mexicano de salud y las transiciones epidemiológica y demográfica dieron lugar a cinco grandes desequilibrios financieros:

- 1) **De nivel:** La inversión en salud es insuficiente para atender los retos que plantean las transiciones demográfica y epidemiológica.
- 2) **De origen:** El desequilibrio en el origen de los fondos está relacionado con el peso relativo del gasto público en el gasto total en salud.

- 3) **De distribución:** La segmentación del sistema mexicano de salud también ha favorecido la concentración de los recursos para la salud en las instituciones de seguridad social. En el rubro de atención médica, el gobierno federal asigna 1.5 veces más recursos per cápita a la población derechohabiente que a la población no asegurada.
- 4) **De esfuerzo estatal:** Esta indefinición se refleja en las abismales diferencias que se registran entre los estados en materia de contribución estatal a la salud.
- 5) **De destino de los recursos:** El sector salud dedica cada vez más recursos al pago de la nómina y cada vez menos recursos al gasto de inversión, hecho que ha influido negativamente en la ampliación de la infraestructura y en el equipamiento de las unidades¹⁴.

En este punto recordemos que el compromiso del gobierno federal era el hacer del derecho a la salud una realidad para todos los mexicanos, tomando por fundamento los principios de igualdad, no discriminación y universalidad del acceso a la salud; incluyendo el incremento del financiamiento de los servicios de salud destinados a la población que carece del servicio.

Seis años más tarde y con la ayuda de los medios de comunicación, el gobierno nos confirma que el Seguro Popular ha cumplido su propósito: *“más personas aseguradas que en el sexenio pasado”* frase con la cual nuestro presidente se

¹⁴ Secretaría de Salud. La salud en la reforma del Estado: hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2002; Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.

jacta de manera pretenciosa sobre un programa que más que productivo ha resultado ineficaz.

Conforme los conocimientos médicos han ido avanzando a lo largo de los años se han ido erradicando las causales más comunes de mortalidad en nuestra sociedad, y se han desarrollado otros trastornos crónicos o enfermedades como: el cáncer, la obesidad, la hipertensión y la diabetes son, hoy en día, una de las causales del incremento económico en la atención médica y en los medicamentos que ayudan a tratar el padecimiento. La carencia de hospitales, personal, insumos y programas de salud, así como la pobreza en la que se encuentran sumergidas más de 40 millones de mexicanos desmienten el avance que ha generado el *Seguro Popular* en materia de seguridad social. El dinero no alcanza y el índice de enfermos va en aumento; los medicamentos no son accesibles y el salario de médicos y personal de las instituciones de salud pública es vergonzoso. Las desigualdades geográficas que buscó combatir el Seguro Popular aún siguen vigentes.

Los estados más pobres son los que más población no derechohabiente tienen, en teoría, serían los que deberían tener los padrones con mayor número de afiliados y, por lo tanto, aportar más recursos para el seguro, “pero estos estados no tienen la capacidad financiera para hacerlo”, señala la investigadora Nuria Homedes, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas.

Al analizar lo anterior nos damos cuenta que los recursos destinados al programa del Seguro Popular por parte del gobierno no son los suficientes o, en su defecto, se encuentran pésimamente distribuidos lo que ocasiona una inevitable inequidad en el sector salud, y repercute en el propósito principal de la nueva Reforma a la Ley de Salud (Seguro Popular): **la universalidad en el acceso a la salud.**

4. Universalidad en el acceso a la salud

La raza, nacionalidad, sexo, condición social y religión son valores que han sido ratificados por resoluciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁵ y la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁶

En general, los países que cuentan con sistemas universales obtienen mejores resultados en salud y su distribución social es más equitativa que en aquellos que no cuentan con sistemas de salud que protejan a todos sus ciudadanos¹⁷.

Entendemos la *“universalidad en el acceso a la salud”* como el resultado de una oferta eficaz por parte de las autoridades que aseguran el acceso a servicios de

¹⁵ 26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Extensión de la protección social en salud. Iniciativa conjunta OPS-OIT, 2002

¹⁶ WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing>

¹⁷ 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, D.C.: OPS, 2007.

salud de buena calidad, que atienden las necesidades y características demográficas de la sociedad.

Los niveles de atención, la calidad de los servicios, la opinión de los usuarios y los conocimientos de los trabajadores de salud, son piezas fundamentales en la construcción de dicha oferta, aunado a la repartición equitativa del capital destinado a esta causa. Sin embargo, no basta la correcta distribución del presupuesto en la materia para garantizar que verdaderamente se cumpla la premisa de universalidad y mucho menos de equidad.

Enfermarse en nuestro país sale caro, el contar con algún tipo de padecimiento implica gasto, inversión y dinero. Dinero que 40 millones de personas no tienen en sus bolsillos; enfermarse en México no es una opción para esos 40 millones.

Se dice que se ha destinado los fondos suficientes en el área de salud, que ahora más mexicanos cuentan con un servicio que nunca pensaron tener, con mayor acceso a medicamentos, con atención médica y por supuesto que tienen al alcance un servicio de calidad por parte del personal de salud; pero esto es solo un mito.

En la actualidad, es muy común toparse con noticias relativas a la discriminación que sufren varios grupos de nuestra comunidad en materia de salud, así como la

falta de tolerancia, la ignorancia y la limitada información que el personal de las instituciones de salud pública posee en relación al tema de pacientes con VIH; es lamentable y vergonzosa.

La discriminación del sector salud en perjuicio de estas personas se externa cuando se realiza una distinción contra el paciente, que se traduce en un trato injusto sobre la base de pertenencia a un grupo determinado, lo que trae la violación a sus derechos fundamentales, principalmente en el derecho a la salud, a la dignidad, a la integridad y a que se respete su condición.

Claro ejemplo de lo anterior se representa en el caso de un hermosillense, derechohabiente del ISSSTESON¹⁸ y parte del magisterio en el estado. A principios de este año el afectado, tras presentar varias molestias, acudió a la institución de salud donde se encuentra afiliado. Al llegar y señalar que era portador del virus VIH el personal del nosocomio optó por recomendarle que se fuera a casa a descansar, ignorando su estado físico. Ante la necesidad de ser atendido, el afectado acudió a un médico particular quien le diagnosticó neumonía por lo que debía ingresarse inmediatamente. Una vez más el enfermo acudió al hospital y de forma déspota y grosera lo recibieron, no sin antes trasladarlo a un

¹⁸ El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON), es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene a su cargo el otorgamiento de las prestaciones y servicios de seguridad social, mayormente pensiones y servicios de salud, a favor de los servidores públicos del Gobierno del Estado de Sonora, Ayuntamiento y Organismos afiliados. (Art. 1 del Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.)

cuarto aislado donde, a manera de membrete, en la puerta, se exponían sus datos personales, condición y padecimiento, acto que incurriría en la violación a su derecho de confidencialidad, y por lo que sufrió menoscabo en su dignidad e integridad física.

Una vez que el ofendido fue dado de alta, el médico tratante le prescribió un tratamiento conocido como TARGA¹⁹. Al llegar a la farmacia, el personal comunicó al enfermo que no había medicamentos en existencia ni ahí ni en ninguna otra farmacia de la institución, por lo que debía esperar dos meses hasta que se les surtiera de nuevo.

A partir de aquí, el afectado comenzó una serie de procedimientos con el único afán de conseguir los fármacos que lo ayudarían a tener una mejor calidad de vida. Así como el caso anterior existen miles en nuestro país, situaciones donde se ven reflejados los imperfectos de un sistema de salud falto de iniciativa y visión.

Otro ejemplo latente de los tantos errores que representa nuestro sistema de salud actual se ve plasmado en el caso de la muerte de una madre indígena y de su hijo.

¹⁹ Se ha descubierto que, para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo por un largo tiempo, es necesario tomar más de un medicamento antirretroviral a la vez. Esto se conoce como terapia combinada. El término Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alude a una combinación de tres o más medicamentos anti-VIH. Cuando el VIH se duplica (hace nuevas copias de sí mismo) a menudo comete errores. Esto significa que dentro de una persona infectada existen diferentes cepas del virus. Ocasionalmente, se produce una nueva cepa que resulta ser resistente a los efectos de un medicamento antirretroviral. Si la persona no está tomando ningún otro tipo de medicación, la cepa resistente puede duplicarse rápidamente y se pierden los beneficios del tratamiento. Tomar dos o más antirretrovirales al mismo tiempo reduce enormemente el porcentaje de desarrollo de la resistencia.

Originaria de la comunidad de San José Mariscal Subicuski, Municipio de Tila Chiapas, de 30 años de edad, madre de cinco menores y embarazada de uno más, el día 4 de febrero de 2008 llegó esta mujer en labor de parto al Hospital Integral de Tila, donde de manera urgente, tras ser examinada se le envió al Hospital de Yajalón, municipio que se encuentra a una hora de distancia. Al arribar al hospital se le negó la atención por no contar con el Seguro Popular así como por la falta de un cirujano para intervenirla. De nueva cuenta se le transfirió a otro hospital ubicado a tres horas de distancia donde decidieron aceptarla pero bajo el entendido de que sería la última en ser tratada. Además, hicieron énfasis en la falta del Seguro Popular. Desafortunadamente, tras una larga espera la madre y el hijo fallecen.

Es así como la incompetencia de los responsables en el sistema de salud se ve evidenciada; la universalidad en el acceso a la salud como equivalente del Seguro Popular resulta una falacia, y la necesidad de los pobres sencillamente se deja de lado.

Conclusiones

Han transcurrido 67 años desde que nuestro sistema de salud fuera establecido y en este tiempo se ha visto involucrando en una serie de ajustes con el propósito de buscar el beneficio dentro del rubro de la salud de sus habitantes. Aún cuando la descripción del concepto de “salud” es amplia y las definiciones diversas, todas

coinciden en señalarla como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, social y emocional; de aquí que el concepto de salud implique que todas las necesidades fundamentales del ser humano se satisfagan para cumplir con características de índole afectivo, nutricional, social y cultural.

Hoy en día el derecho a la salud no sólo corresponde a un “derecho del ciudadano” sino a “un bien de consumo”, lo anterior derivado del poder adquisitivo con el que se cuenta para acceder al servicio.

A pesar de que el derecho a la salud se encuentre reconocido por múltiples tratados sobre los derechos del ser humano y de los ciudadanos entre otros, dentro de los que destacan: La Carta Social Europea, La Declaración de Alma Ata, La Carta Africana, pareciera que lo anterior es irrelevante.

En México, nuestra Constitución contempla dicho derecho; sin embargo, la protección de la ley aplica en algunos casos, dejando desprotegidos a otros tantos con lo que se refleja la inequidad de acción por parte de las organizaciones e instituciones que forman parte dentro del sistema de salud, cuya principal finalidad, por irónica que parezca, es la de mejorar la misma.

El acceso a la salud implica un compromiso por parte del Estado con la población, implica también: dejar de lado la necesidad de afiliación a un determinado seguro

para ser atendido; capacitar al personal de las distintas instituciones de Salud Pública que se encuentran a lo largo del país; realizar una adecuada distribución de recursos en el sector; elaborar estudios geográficos que indiquen propuestas para facilitar la construcción de hospitales, clínicas, centros de salud y caminos que permitan a las comunidades marginadas tener un mejor acceso a ellas; publicar cifras reales por parte del Gobierno Federal en cuanto a los avances realizados en entorno a la materia, así como inculcar en las autoridades de salud el sentido de humanidad que los ayuden a tener una mejor visión de las metas por alcanzar.

Autoridades, pensemos en favor de los demás y no sólo de unos cuantos. 40 millones de pobres piden a gritos atención médica, mejores oportunidades, alimentación y educación; no los privemos de sus derechos fundamentales, dejemos de lado las presunciones políticas y enfoquémonos en soluciones viables y lógicas que ayuden a nuestro país a salir de la condición tan desafortunada en la que se encuentra.

El derecho a la salud nos incluye a todos, basta de banalidades, luchas de poder y cifras maquilladas. Necesitamos una reforma integral en nuestro sistema de salud. Es momento de implementar un sistema de salud como política de estado y no como política de gobierno; desarrollemos nuestra economía y recordemos que

más allá de una responsabilidad por parte de nuestras autoridades de asegurar el acceso a este servicio es el preservar un derecho que nos beneficia a todos.

Bibliografía

“Programa Nacional de Salud 2001-2006”, Secretaría de Salud (SSA).

“*Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*” Orozco Africano, J.M. (2006).

Papacchini, Ángelo. *Filosofía y derechos humanos*, fueron creados y ratificados en el año de 1945, p. 44; de forma similar, Nino, Carlos S. *Ética y derechos humanos*, pág. 40.

Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de Diciembre del 1948.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

Informe sobre la salud en el mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, 2000.

Declaración de Alma-Ata. En: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie «Salud para todos»).

Lemus, J.D. et al. – INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA en colaboración con el Dr. A.A. Lizárraga (Editores) Ed. Kohan, Buenos Aires, Julio 1995.

“*Comparación del Sistema de Salud de México y Estados Unidos*”, María Magaly Vargas Ruiz, Octubre 2002, México, DF; *Espacio de información, análisis e*

investigación sistemática de los acontecimientos en el campo de la salud en México.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. 3a. edición. México: Secretaría de Salud, 2001:73-82.

Secretaría de Salud. Reglamento interior de la Secretaría de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, 2004:49

Secretaría de Salud. La salud en la reforma del Estado: hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2002; Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Hacia un Sistema Universal de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.

26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Extensión de la protección social en salud. Iniciativa conjunta OPS-OIT, 2002.

Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.

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, D.C: OPS, 2007.

Páginas electrónicas consultadas:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

<http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html>

<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/200/419>

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001794>

<http://www.cepal.org.ar/publicaciones/xml/6/4516/lcl1314e.pdf>

<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/CoopInterDoc/idioma1/16.pdf>

<http://www.ddhmujerchiapas.org/lavozdelasmujeres/node/24>

<http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/Discriminaci%F3n%20por%20VIH.pdf>