La protección de la salud en México: Un derecho fundamental en construcción

Miguel **Carbonell** y José **Carbonell**

(IIJ-UNAM)
(Facultad de Derecho-UNAM)

1. INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección de la salud está consagrado como un derecho humano de toda persona en el artículo cuarto constitucional. Asimismo, también se encuentra recogido en una serie de tratados internacionales ratificados por México. Más allá del aspecto normativo, la salud es una dimensión fundamental para explicar el bienestar de los seres humanos, así como un componente determinante del desarrollo económico, ya que es un elemento inseparable del capital humano. Como atinadamente sostiene Nora Lustig,

> El valor instrumental de la salud es fácil de entender cuando se piensa que por enfermedad hay pérdidas en la producción, y cuando se puede reducir la enfermedad con la ciencia, lo que incrementa la productividad de los trabajadores y la de un país. Al mismo tiempo, la salud entendida como concepto amplio que incluye la nutrición, tiene un impacto sobre la productividad del trabajador adulto; y también lo tiene de manera indirecta sobre la escolaridad porque mejor salud y mejor nutrición tienen un impacto ya comprobado, no solamente en términos de los años de escolaridad, sino en el aprendizaje y la formación educativa de los individuos.
> De igual manera el poder tener una situación mejor en términos sanitarios permite utilizar recursos naturales que tal vez antes, con la existencia de epidemias y situaciones endémicas, no se podían tener. En la medida en que haya una ausencia de enfermedad se liberan recursos que se pueden utilizar en la sociedad de otra manera.
> La relación entre el desarrollo económico y la salud, por la cual Foguel recibió el Premio Nobel, muestra que Inglaterra, a lo largo de los siglos XIX y XX, aproximadamente entre un tercio y la mitad del crecimiento se explicaba por mejoras en la salud mediante un impacto, sobre todo en el ámbito de la productividad.[1]

El disfrute del nivel más alto de salud que sea posible, es parte de nuestra comprensión contemporánea de la calidad de vida. Sin salud, ninguna persona puede aspirar a vivir plenamente, a desarrollar sus planes de vida de conformidad con sus propios deseos o a progresar desde cualquier punto de vista. A nivel social, el derecho a la salud y su adecuada garantía representan una medida del avance de los países.

Gracias a la evidencia empírica de carácter comparado, sabemos, por ejemplo, que "un año de incremento en la esperanza de vida se traduce en un incremento de entre 1 y 4% del PIB. En términos de productividad las diferencias en la salud

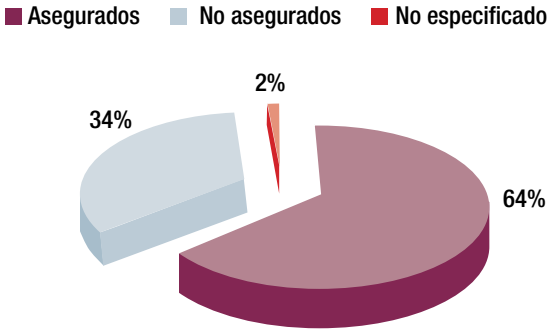
[1] Lustig, Nora. "La salud, pobreza y crecimiento" en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (Eds.). *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*. Fundación Mexicana para la Salud, A.C, México, 2005, pág. 216.

explican aproximadamente 17% de la variación en el producto por trabajador."[2]

Por el contrario, un sistema de salud precario y con un desempeño pobre –como el mexicano– "puede afectar el crecimiento económico de la nación al debilitar la productividad laboral, aumentar la carga de las enfermedades y reducir la participación de la familia en la actividad económica, en la asistencia escolar y en el aprendizaje. Las deficiencias en las condiciones de salud ante la ausencia de cobertura de aseguramiento también tienen impacto en la situación de pobreza mediante el gasto catastrófico en servicios de salud y la reducción en la capacidad para trabajar."[3]

En este sentido, según los datos recabados por el Censo de Población y Vivienda 2010, el acceso integral y sin discriminación a servicios de salud en este país es todavía una materia pendiente. Como se aprecia en la siguiente tabla, una tercera parte de los mexicanos declaran carecer de protección sanitaria de cualquier tipo. Esto significa que aproximadamente unos cuarenta millones de personas no tienen adecuadamente garantizado su derecho humano a la protección de la salud.

Tabla 1. Población asegurada en alguna institución de salud (Pública y privada)



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda, 2010.

Así pues, el acceso efectivo a la protección de la salud de los mexicanos es un tema fundamental para la agenda y el debate públicos. Mejores niveles de salud facilitarían la consecución de metas económicas y sociales más elevadas.

Quisiéramos destacar el aspecto de la justicia como criterio de estructuración del sistema de salud, de modo que las decisiones que se tomen estén en línea con una concepción general sobre lo que es justo. No hay que ver al sistema de salud como un servicio público más, sino como un elemento vertebrador de lo que puede y debe ser una sociedad animada por ideales de justicia, que es el único tipo de sociedad en el que pensamos que vale la pena vivir.

Las personas que no tienen adecuadamente cubierto su derecho a la asistencia sanitaria enfrentan la vida con enormes dificultades. Contar con un seguro médico (público o privado) puede significar la diferencia entre la vida y la muerte. Las posibilidades de morir de una persona sin seguro médico, por ejemplo, se multiplican por tres frente a quienes padecen la misma enfermedad, pero la enfrentan con el apoyo de un seguro, según datos de un estudio publicado en Estados Unidos.[4]

2. EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

El párrafo cuarto del artículo 4 constitucional garantiza el derecho a la protección de la salud para todas las personas. En su segunda parte, dicho párrafo ordena al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, de acuerdo con lo establecido en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

Su texto es el siguiente:

> Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

[2] Knaul, Felicia. "Salud y competitividad" en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (Eds.). *Op. Cit.*, pág. 224.
[3] OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México*. OCDE, París, 2005, pág. 17.
[4] De Lora, Pablo y Zúñiga Fajuri, Alejandra. *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid, Iustel, 2009, pp. 42-3.

El derecho a la salud (o a su protección[5]) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos.

Así por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el "derecho a la atención o asistencia sanitaria."[6]

El derecho a la salud también genera, como sucede con todos los derechos sociales, la obligación del Estado de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución, es decir, la salud; tal protección supone la obligación del Estado de abstenerse de dañar la salud, que es una obligación negativa; de la misma manera, hace nacer la obligación –positiva– de evitar que particulares, grupos o empresas la dañen.[7]

Podría decirse que el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas.

El derecho a la salud obliga también a los particulares; así por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados, la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública. Si no lo hiciera se podría configurar el delito de omisión de auxilio que prevén los distintos códigos penales de la República.

La salud, como objeto de protección del derecho que se comenta, se puede entender, de acuerdo con una definición de la Organización Mundial de la Salud, como "un Estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad."[8]

Es importante enfatizar la idea, contenida en la definición anterior, de que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo o social. Desde luego, el goce de la salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etcétera. La salud como un bien social solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado.[9]

La protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales –en términos políticos y económicos– de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado de bienestar.

De la consideración del derecho a la salud como derecho fundamental deriva que el sistema de prestaciones que se establezca para hacerlo realidad debe tener por lo menos las tres siguientes características: universalidad, equidad y calidad.[10]

La *universalidad*, derivada conceptualmente del carácter de derecho fundamental de la protección a la salud, es recogida también normativamente por vía directa del texto constitucional, al designar como sujeto del derecho a "toda persona".

[5] No es lo mismo el derecho a la salud que el derecho a la protección de la salud; aunque consideramos que no es relevante entrar en cuestiones puramente semánticas, sí es apropiado señalar que el primero es más amplio, mientras que el segundo parece dar cuenta, más bien, de la obligación que tiene el Estado de desarrollar acciones positivas tendientes justamente a proteger la salud o repararla cuando ha sido afectada; sobre esto, Leary, Virginia A., "Justicibialidad y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud", *Revista de la Comisión Internacional de Juristas*, número 55, Ginebra, diciembre de 1995, pp. 91 y ss.

[6] Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, "El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible", *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo*, año LXV, número 119, Buenos Aires, 25 de junio de 2001, pág. 16.

[7] *Ibíd.*, pág. 16.

[8] Freire, José Manuel, "Política sanitaria" en VV.AA., *Políticas sociales y Estado de bienestar en España. Memoria de 1999*, Madrid, Trotta, 1999, pág. 433.

[9] Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *Op. cit.*, pág. 17.

[10] Echániz Salgado, José I., "Política sanitaria: la reforma de la sanidad" en VV.AA., *Políticas sociales y Estado de bienestar en España. Memoria de 1999*, cit., pág. 400.

La *equidad* implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficiente. Con ello se buscan evitar las discriminaciones en el acceso, así como la consecución –por ese medio– del mandato de redistribución del ingreso y la riqueza consagrado en el artículo 25 de la Constitución mexicana.

Por su parte, la no discriminación en materia de derechos sociales se encuentra explícitamente recogida en el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dispone lo siguiente: "Los Estados Parte en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social".

En el mismo orden de ideas, el artículo 1, párrafo quinto, de la Constitución mexicana expresamente recoge la prohibición de discriminar por "condiciones de salud".

Finalmente, la *calidad* es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente (puesto que no sirve de nada un sistema sanitario que opere en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud sino seguramente a su empeoramiento), también es un elemento para alcanzar un mínimo de igualdad entre quienes acceden a servicios públicos de salud y de quienes lo hacen a servicios privados.

El derecho a la salud en el ordenamiento jurídico mexicano

En México, aparte de lo que dispone el artículo 4°, el tema de la salud también se aborda en el artículo 2° constitucional, apartado B, al establecer entre las obligaciones de las autoridades federales, locales y municipales las de abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas: "III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil".[11]

La ley que desarrolla los mandatos del artículo 4 en materia de salud es la "Ley General de Salud", publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984 y que ha sufrido diversas reformas con posterioridad.

En su artículo 2, dicha ley establece que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes "finalidades":

> I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
> II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
> III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación, y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
> IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
> V. El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
> VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
> VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La misma Ley, en sus artículos 5 y 6 define los componentes del Sistema Nacional de Salud y sus objetivos. En el artículo 13 define la distribución de competencias entre la federación y las entidades federativas.[12]

En este sentido, más allá de lo dispuesto por el artículo cuarto constitucional, la Ley General de Salud establece claramente que los mexicanos que no cuenten con acceso a algún tipo de atención sanitaria, deberán ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. En particular el artículo 77 bis 1 ordena 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 Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

[11] El propio apartado B del artículo 2° también impone la protección de la salud de las mujeres indígenas migrantes, en su fracción VIII.

[12] Sobre tal distribución, Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, Cámara de Diputados, IIJ-UNAM, 2000.

> La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de 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 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, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

La legislación secundaria en materia de derecho a la salud tiene un carácter más bien orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud que a los ciudadanos que son sujetos de ese derecho. Como sucede con buena parte de los ordenamientos secundarios que regulan los derechos sociales fundamentales, la legislación en materia de salud no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles a los poderes públicos.

En la jurisprudencia se encuentran escasos pronunciamientos en los que se haga referencia al derecho a la salud. Un caso interesante fue el de la tesis que se transcribe a continuación, emanada a propósito de la interposición de un amparo por parte de una persona que había contraído el virus VIH/SIDA y que reclamaba, en 1996, la emisión del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamento del IMSS para ese año.

El 25 de octubre de 1999, con su acostumbrada celeridad de respuesta, el Poder Judicial de la Federación, a través del Pleno de la Suprema Corte, resolvió el caso y emitió el siguiente criterio:

> **SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCION, QUE COMO GARANTIA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTICULO 4º. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCION DE MEDICAMENTOS BASICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS**. La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4º, párrafo cuarto de la carta magna, establece en sus artículos 2, 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del Sector Salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos." Tesis P.XIX/2000 del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Otros casos interesantes que han resuelto por los jueces federales mexicanos tienen que ver con el régimen jurídico y los límites a las donaciones de órganos (acción de inconstitucionalidad 10/2005, resuelta por el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 6 de noviembre de

2007)[13], con la construcción y adecuado abastecimiento de los centros de atención médica (juicio de amparo 1157/2007-II, resuelto por el Juzgado Séptimo de Distrito del Estado de Guerrero mediante sentencia de fecha 11 de julio de 2008) y sobre el derecho a la salud y la libertad de trabajo, respecto a la cuestión específica de las cirugías estéticas (amparo en revisión 173/2008, resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 30 de abril de 2008).[14]

Desde otra perspectiva, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ha realizado varios pronunciamientos interesantes sobre las violaciones de derechos fundamentales en el ámbito de la salud, debido en buena medida a que las quejas que le han llegado en esta materia han crecido de forma considerable, llegando a ubicarse entre las primeras causas por las que los ciudadanos acuden ante la Comisión a quejarse.

Según datos del informe correspondiente al año 2002 de la Comisión, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) era la segunda institución que mayor número de expedientes de queja había generado, superado solamente por la Procuraduría General de la República; en sexto lugar dentro de esa escala de valoración aparecía el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).[15]

Si se toma en cuenta el número de recomendaciones emitidas, de nuevo el tema de la salud cobra mucha importancia dentro de las tareas de la Comisión; en 2002 la autoridad a la que le fueron dirigidas el mayor número de recomendaciones (7 en total) es el director del IMSS. En las 49 recomendaciones emitidas durante ese año, el tercer hecho calificado como violatorio de derechos humanos fue la "negativa o inadecuada prestación del servicio de salud" y el sexto fue la "contracepción forzada".[16]

En la actualidad parece que la situación no ha cambiado mucho. En el informe de 2011, la Comisión afirma que las quejas relacionadas con violaciones al derecho a la salud, sumaron 2,434, la mayoría de éstas en contra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1,668, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 583, por hechos violatorios consistentes, en su mayoría, por otorgar inadecuada atención médica, omitir, proporcionar atención médica y negar las prestaciones de seguridad social a que se tiene derecho.[17]

Por lo que se refiere al número de recomendaciones emitidas por la Comisión durante 2011, el IMSS recibió diez, el ISSSTE tres y la Secretaría de Salud, dos.

En este sentido, conviene recordar que la Comisión Nacional ha determinado, en su *Manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos*, algunas conductas como claramente violatorias del derecho a la salud: abandono de paciente, aislamiento hospitalario o penitenciario por tener la condición de seropositivo o enfermo de VIH, deficiencia en los trámites médicos, falta de notificación del estado de salud de VIH, investigación científica ilegal en seres humanos, negativa de atención médica, negativa de atención médica por tener la condición de seropositivo o enfermo de VIH, negativa o inadecuada prestación de servicio público y negligencia médica.[18]

3. LA SALUD EN MÉXICO EN PERSPECTIVA COMPARADA

Además de analizar la situación específica del derecho a la salud establecido en la Constitución y de su efectiva protección, hay que poner la situación de México en una perspectiva comparada. Es decir, observar cómo estamos en relación a otras naciones.

Como atinadamente sostiene José Manuel Freire –un reconocido experto en salud pública comparada–:

> Conocer qué sucede en otros países, y especialmente en aquellos más cercanos y parecidos es obligado para todos los sectores. Las comparaciones internacionales ofrecen un me-

[13] Sobre este tema, vale la pena ver los argumentos que desde la teoría de la justicia distributiva ofrecen De Lora y Zúñiga, *El derecho a la asistencia sanitaria*, cit., pp. 223 y siguientes.
[14] Tanto el caso del abasto a las medicinas como los que se acaban de mencionar han sido analizados por diversos autores en la obra colectiva *Garantismo judicial. Derecho a la salud*, México, Porrúa, 2011, pp. 201 y siguientes.
[15] CNDH, *Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2002*, México, CNDH, 2003, pág. 33.
[16] *Idem*, p. 55.
[17] CNDH, *Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011*, México, CNDH, 2012, pág. 12.
[18] Soberanes Fernández, José Luis, "La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos" en Muñoz de Alba Medrano, Marcia (coordinadora), *Temas selectos de derecho y salud*, México, IIJ-UNAM, 2002, pp. 182-183.

dio excelente para analizar la propia realidad con otra perspectiva, ampliar horizontes y aprender viendo cómo funcionan en otros países distintas combinaciones de recursos, esquemas organizativos y normativas. En cierta medida, lo que sucede en otro país puede ser considerado un valiosísimo experimento natural –gratuito– del que sacar conclusiones (…) Sin embargo, en políticas públicas raramente se hacen realidad las enormes ventajas de analizar sistemáticamente cómo en otros países abordan problemas específicos y con qué resultados. Y sin embargo, aunque raramente es posible copiar las soluciones de otros, es obligado aprender de los demás (…) El análisis internacional comparado de la sanidad es especialmente necesario por la complejidad del sector –sin duda el más complejo de las sociedades modernas–, por la importancia de los temas en juego –la salud individual y colectiva, cuantiosos recursos, etc.– y por la necesidad de tomar decisiones basadas en la evidencia de efectividad y calidad que se dan en el sector salud.[19]

Así pues, uno de los mejores indicadores de la salud de la población es el de la esperanza de vida a los 65 años. En el siguiente cuadro se puede apreciar la situación actual así como la evolución –expresada en años de vida ganados– desde 1960.

Cuadro 1. Esperanza de vida a los 65 años

	Esperanza de vida a los 65		Años ganados desde 1960	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Japón	18.9	24.0	7.3	9.9
Francia	18.2	22.5	5.7	6.9
España	18.3	22.4	5.2	7.1
Suiza	19.0	22.2	6.1	7.1
Finlandia	17.3	21.5	5.8	7.8
Canadá	18.1	21.3	4.6	5.2
Noruega	18.0	21.1	3.5	5.0
Bélgica	17.5	21.1	5.3	6.4
Suecia	18.0	21.0	4.3	5.7
Reino Unido	18.1	20.8	6.2	5.7
Alemania	17.6	20.8	5.4	6.6
Holanda	17.4	20.8	3.5	5.5
Islandia	18.3	20.6	3.3	3.8
Irlanda	17.2	20.6	4.6	6.2
Portugal	17.1	20.5	4.7	6.0
OCDE	**17.2**	**20.5**	**4.4**	**5.6**
Estados Unidos	17.3	20.0	4.5	4.2
Dinamarca	16.8	19.5	3.1	4.2
México	17.0	18.0	2.8	3.4
Rep. Eslovaca	13.9	17.6	0.7	3.0
Hungría	13.7	17.6	1.4	3.8
Turquía	14.0	15.9	2.8	3.8

Fuente: OECD Health Data 2011.

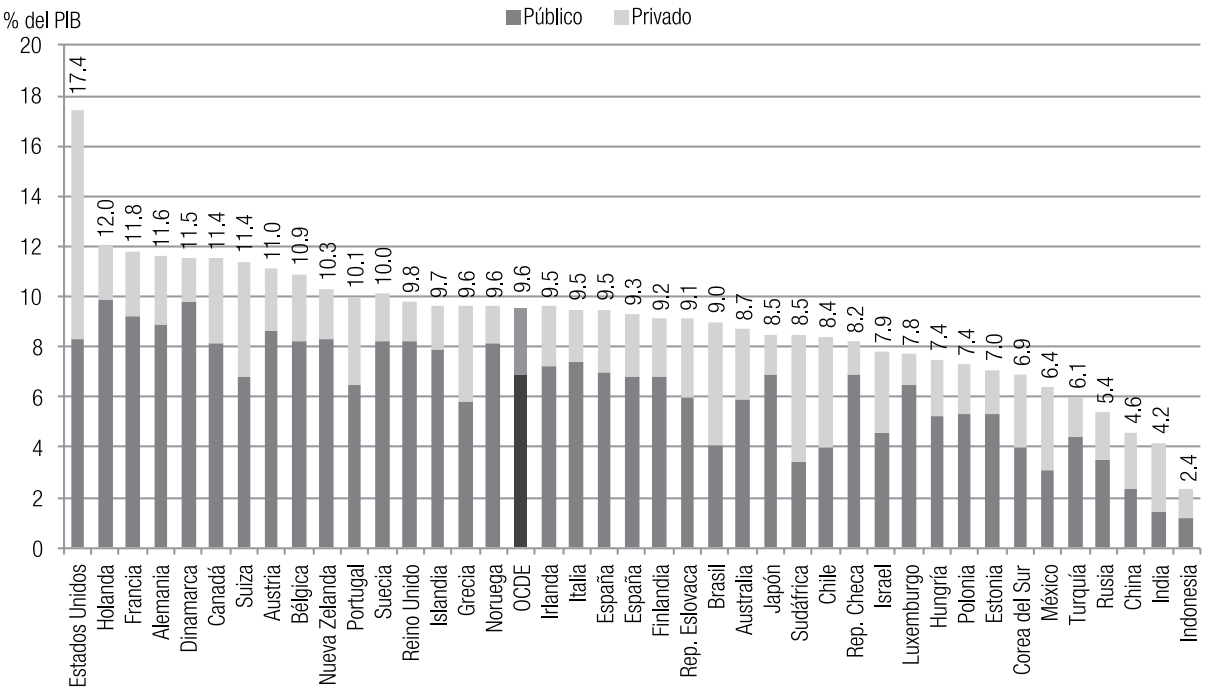
[19] Freire, José Manuel. "El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones". Mimeografiado, pp. 1-2.

Si bien México no está particularmente mal clasificado en este apartado, en comparación con los demás países de nivel de desarrollo similar –se ubica ligeramente por debajo del promedio de los países de la OCDE en el caso de los hombres, aunque dos años y medio en las mujeres–, es de destacar el poco avance relativo en los últimos cincuenta años.

Desde 1960, la esperanza de vida a los 65 años sólo aumentó 2.8 años para los hombres y 3.4 para las mujeres. Por el contrario, Japón extendió la esperanza más de 7 años y casi diez años respectivamente. En este caso, México se encuentra por debajo del promedio de los países de la OCDE por un año y medio, para los hombres, y 2.2 para las mujeres. Es decir, parece que en este punto, el avance desde 1960 ha sido casi imperceptible comparativamente hablando.

Por lo que se refiere a algunos indicadores clave sobre las condiciones del sistema de salud mexicano, cabe aludir, en primer lugar, al gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto –tanto público como privado–[20]. El país destina a este rubro el 6.4%, en donde el gasto privado es ligeramente superior al público (3.3 frente a 3.1%).

Tabla 2. Gasto total en salud



Fuente: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.

En este punto cabe hacer dos comentarios. Primero, en términos comparativos México gasta poco en salud y se encuentra bastante lejos del promedio de la OCDE (9.6% del PIB, 3.2 puntos más), por no hablar de los países que más invierten en este rubro: Estados Unidos (un caso anómalo que gasta el 17.4), Holanda, Francia, Alemania, Dinamarca o Canadá, todos por encima del 11% del PIB.

El segundo punto tiene que ver con el componente del gasto. Mientras que en casi todos los demás países predomina de forma muy marcada

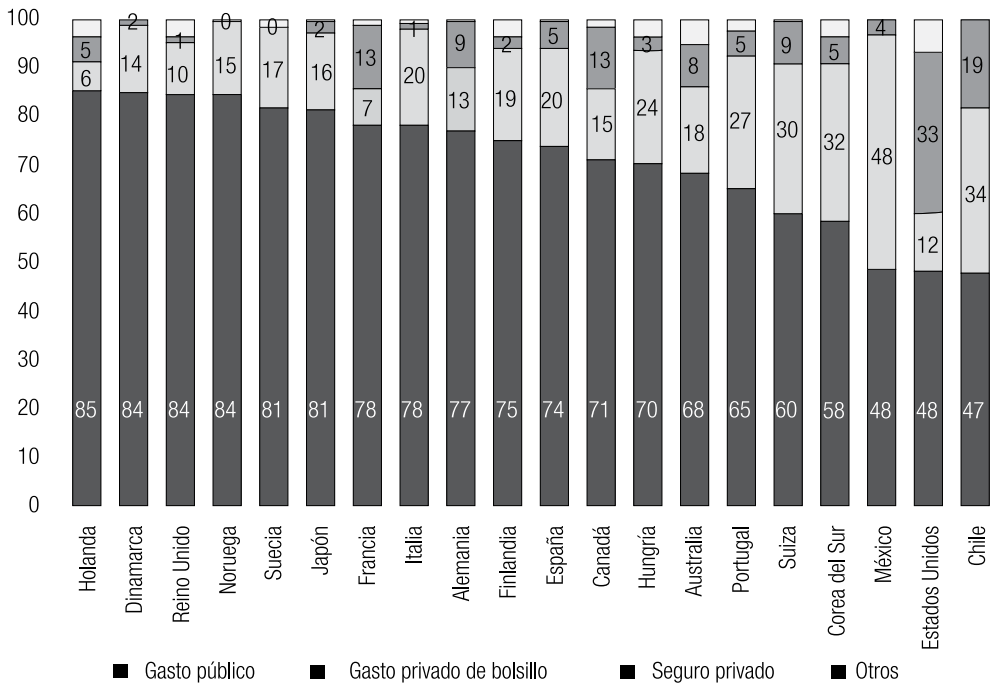
[20] Los datos son de 2009, último año para el que se dispone de cifras comparables para todos los países.

(excepto EU) el gasto público, aquí es ligeramente minoritario. De hecho, el promedio de la OCDE es 6.9% frente a 2.7 de gasto privado.

Este fenómeno se aprecia de forma mucho más nítida en la siguiente tabla, en donde se descompone el gasto en salud por tipo de financiamiento.

Mientras que el gasto público en salud en la gran mayoría de países es superior al 75% del total, en México se limita al 48%. En este sentido es de destacar Holanda (en donde el servicio público alcanza el 85%), Dinamarca, Reino Unido y Noruega (84), o Suecia y Japón (81% del total).

Tabla 3. Gasto en salud por tipo de financiamiento



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD Health Data 2011.

Adicionalmente, se puede advertir en la tabla que casi todo el gasto privado en este país es por la vía del desembolso directo y no a través de seguros médicos particulares. Es decir, existe poca previsión y la población lleva a cabo el gasto cuando ya se encuentra frente a algún padecimiento, por lo que queda expuesta a sufrir situaciones de tipo catastrófico o empobrecedor.

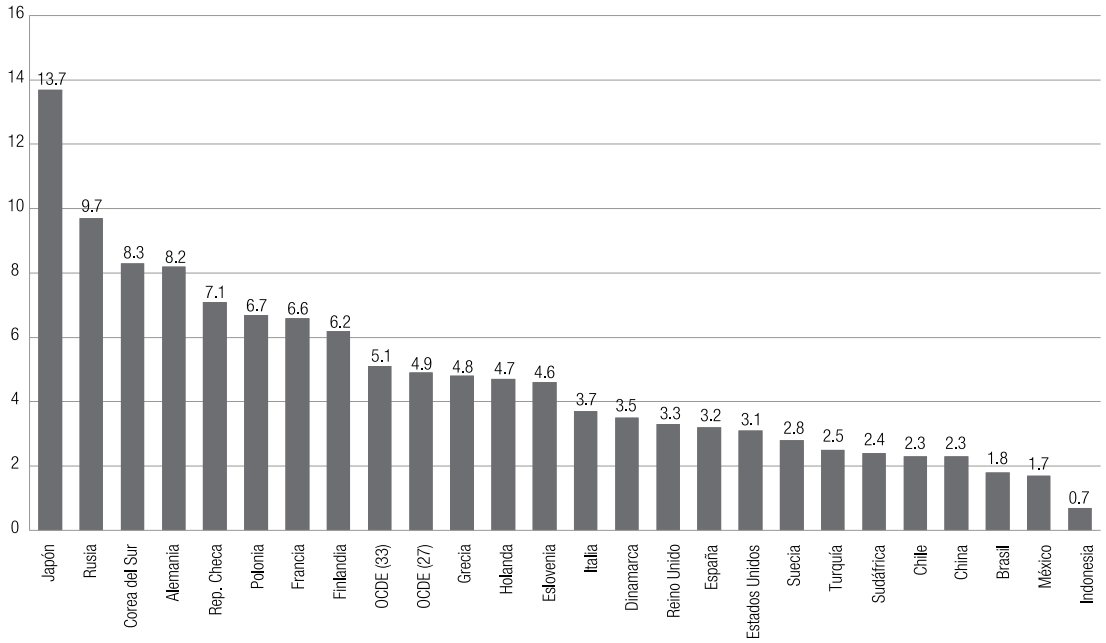
Por lo que se refiere a infraestructura física, nuestro sistema sanitario tampoco resulta bien ubicado.

En cuanto al número de camas de hospital disponibles por cada cien mil habitantes, México se encuentra en penúltimo lugar de los 39 países analizados por la OCDE, en su informe anual "*Health at a Glance*". En este rubro, únicamente Indonesia cuenta con menos camas.

Así, mientras México tiene 1.7 camas por cada cien mil pobladores, Japón multiplica por nueve ese número (cuenta con 13.7), seguido de Rusia (9.7), Corea del Sur (8.3) y Alemania (8.2).

Países no tan alejados en cuanto a nivel de desarrollo, superan ampliamente a México en infraestructura sanitaria. Por ejemplo, Turquía, Sudáfrica, Chile, China, Brasil o el ya citado caso de Rusia, cuentan con mayor número de camas.

Tabla 4. Número de camas de hospital por cada 1000 habitantes

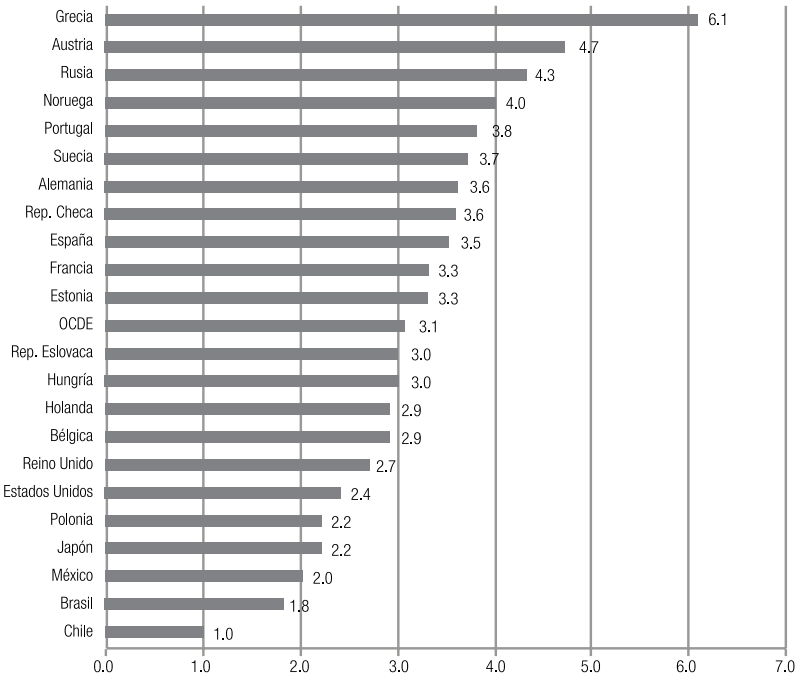


Fuente: Elaboración propia con datos de OECD Health Data 2011.

Por lo que toca a los médicos por cada mil habitantes, se puede observar en la tabla 5 que México también se encuentra rezagado, ya que únicamente cuenta con dos médicos por cada mil pobladores. Dicha cifra es muy distante del caso, por ejemplo, de Grecia, en donde hay más de seis médicos por cada mil habitantes.

En este punto, si bien superamos a nuestros vecinos chilenos (1 médico por mil habitantes) y brasileños (1.8), el país dista ampliamente del caso húngaro (3 médicos por cada mil pobladores), eslovaco (3) o del promedio de las naciones de la OCDE (3.1 médicos).

Tabla 5. Número de médicos por cada 1000 habitantes

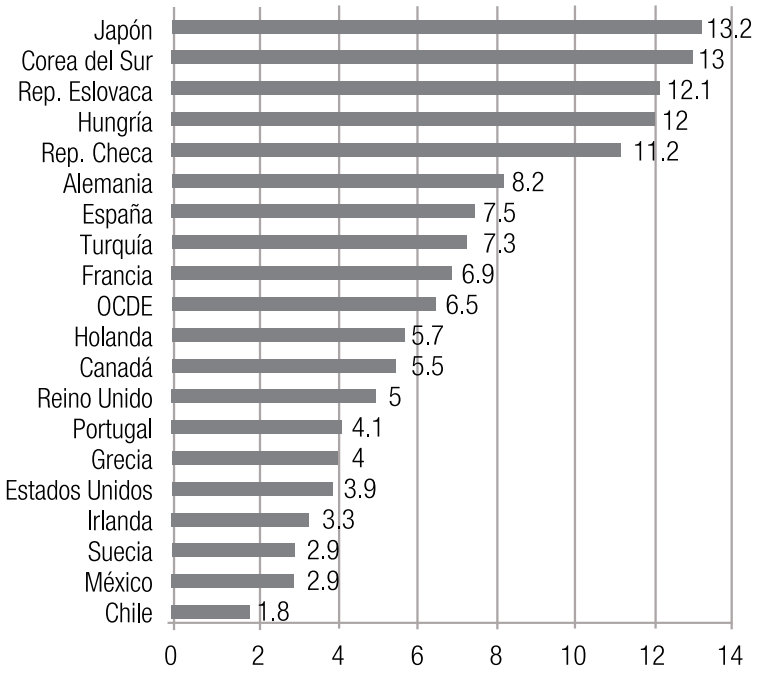


Fuente: Elaboración propia con datos de OECD Health Data 2011.

En consecuencia, el número de consultas médicas anuales por habitante es muy bajo. En la tabla 6 se aprecia claramente. México tiene, en promedio, 2.9 consultas con un doctor per cápita, anuales, y en este rubro únicamente supera a Chile. Se encuentra muy alejado de países como Japón (13.2), Corea del Sur (13), Eslovaquia y Hungría (12) o República Checa (11.2).

Es decir, en promedio, un mexicano consulta al médico unas cuatro veces menos por año que un japonés, un coreano, un eslovaco o un húngaro.

Tabla 6. Número de consultas anuales médicas per cápita



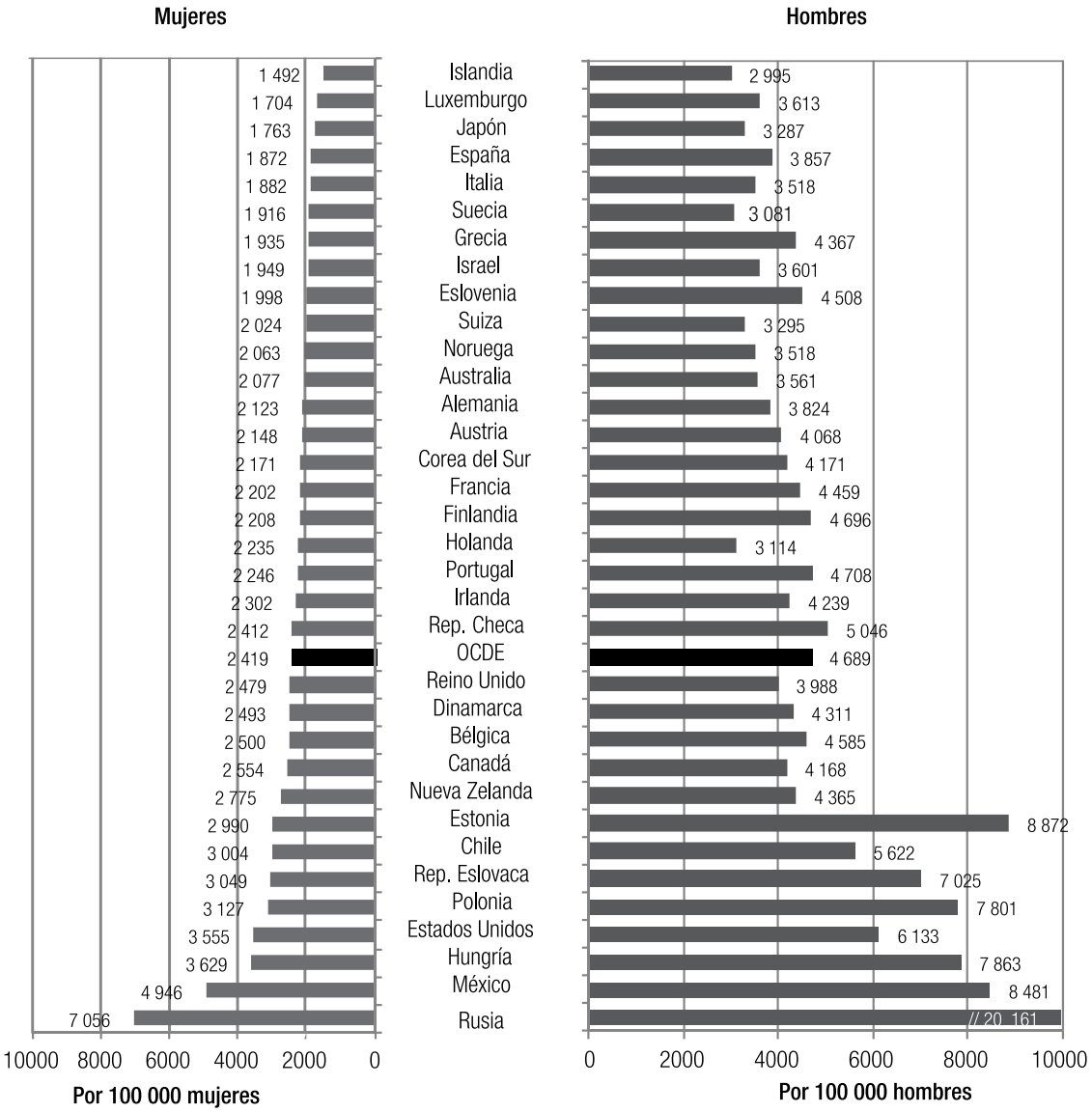
Fuente: Elaboración propia con datos de OECD Health Data 2011.

Así, el resultado final se puede sintetizar en la siguiente tabla. Dicha gráfica se refiere a los años potenciales de vida perdidos.

Este indicador es una medida de mortalidad prematura, que proporciona un método explícito para ponderar las muertes que ocurren en edades jóvenes. Este índice se calcula restando la edad a la que ocurrieron las muertes específicas, de un límite de longevidad seleccionado, definido aquí como 70 años. Por ejemplo, una muerte que ocurre a los cinco años de edad se cuenta como 65 años potenciales de vida perdidos. El indicador se expresa por cada 100 mil habitantes, aunque se presente de forma desagregada por género.[21]

[21] OCDE. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OCDE, París, 2011, pág. 26.

Tabla 7. Años potenciales de vida perdidos



Fuente: OECD Health Data 2011.

México es el segundo país en donde las mujeres pierden más años de vida (sólo precedidos por Rusia) y el tercero en el caso de los hombres (por delante de Rusia y Estonia). Las mujeres mexicanas tienen una mortalidad prematura tres veces mayor que sus congéneres islandesas, por ejemplo, más del doble que el promedio de países de la OCDE, y mayor en un 50% que un país como Chile. Por su parte, las cifras de los varones de este país son casi idénticas, solo que un poco más matizadas: están muy cerca de triplicar a Islandia y casi duplican a la media de los miembros de la OCDE.

Cabe resaltar que al interior de México, la mortalidad prematura de las mujeres es prácticamente la mitad que la de los hombres; fenómeno que por cierto ocurre de forma parecida en todos los países.

4. LA FRAGMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA EQUIDAD DEL GASTO PÚBLICO

El Sistema Nacional de Salud está integrado por una serie de instituciones, claramente diferenciadas según el segmento de la población a la que atienden. El resultado es que la atención sanitaria se encuentra fragmentada y, por tanto, coexisten distintos tipos de beneficios y calidad en el servicio; subsisten cuotas y aportaciones diferenciadas según la institución y las condiciones del beneficiario; y presenta diferentes fuentes de financiamiento (impuestos, cuotas, etcétera). Todo ello acaba produciendo ineficiencia y principalmente, inequidad.

De este modo, el sistema de salud mexicano

> Nació dividido al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos –a quienes llamó "derechohabientes"– y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como "población abierta". Posteriormente y bajo esta misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del ISSSTE que ofrece cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.[22]

El sistema de seguridad social es el más importante. Su financiamiento es de forma tripartita: aportan recursos los propios trabajadores, los empleadores y el gobierno. Dentro de este esquema, el IMSS es la institución más grande. Cuenta con aproximadamente 52.3 millones de derechohabientes. Por su parte, en el ISSSTE se encuentran asegurados alrededor de 12 millones de personas.

Junto a estas instituciones coexisten otros organismos. Por un lado, se encuentra el equivalente al ISSSTE de los trabajadores de los gobiernos estatales y municipales[23] que afilia alrededor de un 1.5 millones de beneficiarios. Adicionalmente existen dos regímenes especiales dentro de los trabajadores al servicio del Estado –con entidades propias–: es el caso de Pemex, en primer lugar, y de los miembros de las fuerzas armadas (estos últimos afiliados al ISSFAM[24]). Estos dos subsistemas cubren aproximadamente 1.5 millones de personas.[25]

Sin embargo, todavía quedan al menos dos instancias que también dan acceso a servicios sanitarios. Nos referimos a los programas "IMSS-Oportunidades" y al "Seguro Popular". En el primer caso, IMSS-Oportunidades es un programa cuya "finalidad es proporcionar servicios de salud a la población más vulnerable del país, contribuyendo al desarrollo integral de los mexicanos al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población."[26]

El Seguro Popular surgió a partir de una reforma a la Ley General de Salud en 2003 y arrancó propiamente en enero de 2004. Es el mecanismo mediante el cual se atiende a la población que no contaba –y que no cuenta– con acceso a servicios de salud, por no estar afiliada a alguna institución de seguridad social.

Según la citada Ley de Salud, se podrán incorporar al Seguro Popular todas "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" (artículo 77 bis 3). Con ello se rompe con el vínculo tradicional entre acceso a los servicios de salud y la obligación de ser trabajador activo. Es decir, al contrario de lo que sucede con las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etcétera) no es necesario tener cierta categoría laboral para poder contar con dicho beneficio.

Así pues, en la siguiente gráfica se puede apreciar la evolución reciente del número de derechohabientes en las principales instituciones de salud.

Destaca el rápido crecimiento de afiliados al Seguro Popular, reflejo de la importante inversión que se ha llevado a cabo en los años recientes, para dar acceso a la población no asegurada a servicios de salud. Según datos oficiales, al término de 2010 dicho programa contaba con más de 43 millones de beneficiarios.

22 Secretaría de Salud. *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP, FCE. 2ª edición, México, D.F., 2006, pp. 18-19.

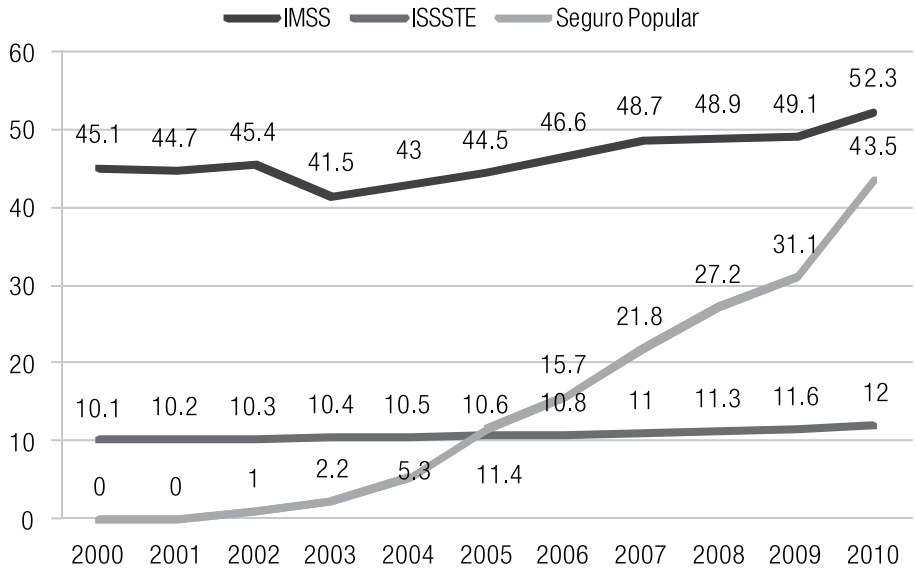
23 Algunos estados y municipios afilian a sus trabajadores al ISSSTE, sin embargo otros gobiernos estatales cuentan con su propio sistema de seguridad social.

24 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

25 Martínez, Gabriel. *Análisis de desigualdad del gasto en salud en México*. Documento de apoyo del Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2008, pág. 6. También Aguilera, Nelly. *Gasto en Salud: Gasto Público en Salud en México en el marco de la cobertura universal*. México Evalúa, 2011, en http://www.mexicoevalua.org/descargables/a4de11_Gasto-publico-en-salud-en-Mexico-NellyA.pdf

26 http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx

Tabla 8. Derechohabientes del sistema público de salud, por institución y año (Millones)



Fuente: SHCP, 2012.

En este sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirma que el sistema de salud en México difiere de los de la mayoría de otros países pertenecientes a dicho organismo. En particular, asevera que:

> Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las zonas rurales. Cada institución –ya sea estatal o de la seguridad social– presta servicios de salud en todos los niveles de atención en sus propios establecimientos. La población en general percibe a los Servicios Estatales de Salud (SESA) como proveedores de menor calidad en relación con los servicios prestados por el sistema de seguridad social, aunque esto refleja en parte el hecho de que los recursos por familia asignados a las instituciones de seguridad social son casi dos terceras partes mayores que aquéllos asignados a los SESA.[27]

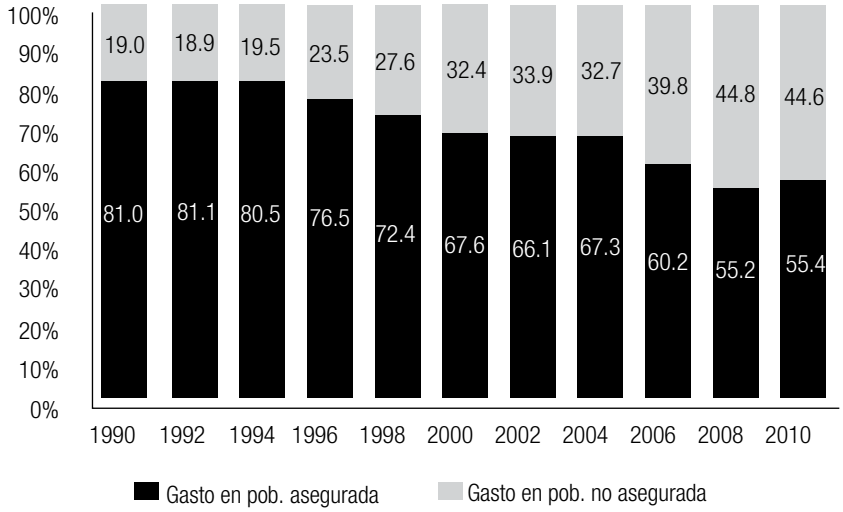
Por su parte, la equidad del gasto en el rubro de salud deja mucho que desear. Por citar solamente un ejemplo, "el gasto público por beneficiario es 50% mayor para la población asegurada (PA) que para la no asegurada (PNA). Este sesgo en favor de la PA implica regresividad en el acceso a los servicios públicos de salud, mientras la asignación de recursos fiscales a favor de la PNA implica progresividad en el financiamiento de estos servicios.[28]"

En la siguiente tabla se puede observar la distribución del gasto público sanitario desde 1990, entre ambos esquemas.

[27] OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México, Op. Cit.,* pág. 11

[28] PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados*. PNUD, México, 2011, pág. 16

Tabla 9. Proporción de gasto público en salud: Población asegurada/No asegurada



Fuente: Secretaría de Salud. SICUENTAS, 2011.

Como se aprecia, resaltan claramente dos puntos. Primero, el gran desequilibrio histórico en favor de la población asegurada, a pesar de que hasta hace poco no era mayoritaria. Adicionalmente, hay que decir que durante este periodo se ha ido corrigiendo de forma importante este desequilibrio.

De hecho, "hasta la década pasada, el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada (PNA) era significativamente menor al que recibían los servicios para la población asegurada y la cobertura en estratos pobres era limitada. A partir de la última década, las brechas de cobertura se han cerrado y su financiamiento ha aumentado hasta converger con el sector asegurado, gracias a programas de ampliación de cobertura rural, transferencias condicionadas al uso de servicios de salud (Oportunidades) y el Seguro Popular."[29]

Sin embargo, es evidente que todavía perdura un sesgo importante en el gasto público en beneficio de la población asegurada. En el siguiente cuadro se puede apreciar quienes pertenecen a este segmento poblacional por decil de ingreso y desagregado por institución.

[29] Scott, John. *Gasto Público para la Equidad: Del Estado Excluyente hacia un Estado de Bienestar Universal*. México Evalúa, disponible en http://www.mexicoevalua.org/descargables/cc9720_Gasto-Publico-para-La-Equidad-27-Oct-2010rev.pdf, pág. 20.

Cuadro 2. Distribución de asegurados por tipo de institución

Decil	IMSS	ISSSTE	ISSSTE Estatal	Pemex
I	2.2	1.2	1.4	4.2
II	4.8	2.2	2.3	2.2
III	7.7	2.6	4.7	1.9
IV	9.5	4.6	3.9	5.3
V	11.3	6.7	8.5	6.3
VI	12.2	8.1	8.1	8.2
VII	12.7	11.7	12.8	12.2
VIII	13.5	16.3	17.6	13.2
IX	13.4	20.2	20.4	20.9
X	12.9	26.5	20.3	25.5
Urbano	90.1	90.8	88.7	86.9
Rural	9.9	9.2	11.3	13.1
Coeficiente de concentración				
Nacional	0.20	0.45	0.39	0.40
Urbano	0.22	0.46	0.40	0.42
Rural	-0.04	0.27	0.27	0.25

* Puede no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.
Fuente: SHCP, 2012.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el grueso de derechohabientes pertenece a los estratos con mayores recursos. Únicamente el 7% de sus afiliados se encuentran entre el quintil más pobre. Por el contrario, más de la mitad de los afiliados (52.5%) se encuentran entre el 40% de la población con más ingreso. Más aún, uno de cada cuatro derechohabientes pertenece al quintil más rico del país. De tal forma que el Coeficiente de Concentración (CC) es de 0.20[30]. Además, son –de forma abrumadora– habitantes de las ciudades (nueve de cada diez).

Por lo que se refiere al ISSSTE (que cubre a los trabajadores del sector público), la desigualdad es mucho más marcada. Solamente 3.4% de sus derechohabientes pertenecen al quintil más pobre. Mientras que tres de cada cuatro de sus afiliados están entre el 40% de la población con mayores recursos económicos; y casi la mitad de sus agremiados (46.5) están dentro del quintil más rico.

Por el contrario, en el cuadro 3 se puede observar la distribución de los beneficiarios del Seguro Popular. La situación es prácticamente la inversa.

Cuadro 3. Distribución de asegurados en el Seguro Popular

Decil	Afiliación
I	17.5
II	16.6
III	14.5
IV	12.6
V	11.0
VI	9.4
VII	7.6
VIII	5.3
IX	3.6
X	1.8
Urbano	36.4
Rural	63.6
Coeficiente de concentración	
Nacional	-0.29
Urbano	-0.19
Rural	-0.48

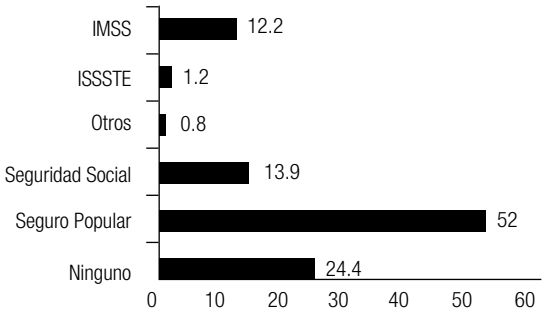
*No suma 100 debido al redondeo de las cifras.
Fuente: SHCP, 2012.

[30] El Coeficiente de Concentración "es un indicador cuyos valores pueden ir de -1 a 1. Si todo el gasto se concentrara en quienes están en la peor situación (máxima progresividad), el CC sería igual a -1, lo que indicaría un ciento por ciento de esfuerzo en reducir la desigualdad. En un caso intermedio, si el CC fuera igual a cero, el gasto dejaría inalterada la desigualdad. En el otro extremo, si el CC fuera igual a 1, se observaría la máxima regresividad posible (un 100% de esfuerzo en aumentar la desigualdad)." PNUD, *Op. Cit.*, pág. 65.

Los derechohabientes del Seguro Popular están, en buena medida, concentrados en los estratos de la población con menores recursos –la mitad de sus asegurados pertenecen al 30% más pobre–. Al contrario que los casos anteriores, el coeficiente de concentración de este esquema es de -0.29, lo que viene a confirmar que beneficia a los sectores más desfavorecidos. También desaparece la tendencia en favor de la ciudad: casi dos tercios de los miembros del Seguro Popular viven en el campo.

Ahora bien, si nos limitamos al análisis de la realidad de la población clasificada dentro del primer quintil –el 20% más pobre de México–, se percibe nítidamente la gran desigualdad existente en esta materia.

Tabla 10. Porcentaje de cobertura del quintil más pobre



Notas: "Otros" incluye Pemex, Sedena, Marina y hospitales universitarios. "Seguridad social" es el total del IMSS, ISSSTE y otros.
Fuente: CEEY, 2012.

Dentro de este segmento poblacional, solamente el 12% de sus miembros están afiliados al IMSS, únicamente el 1.2 son derechohabientes del ISSSTE y el 0.8 es miembro de alguna de las demás instancias de seguridad social existentes. En conjunto, poco menos del 14% de los mexicanos más pobres –uno de cada siete– tiene acceso a este tipo de instituciones.

En contraste, más de la mitad (52%) de estas personas pertenecen o están afiliados al Seguro Popular y prácticamente una cuarta parte del total carece de protección sanitaria de cualquier tipo.

Así pues, pareciera que estos dos subsistemas sanitarios se contraponen y a su vez se complementan. Mientras que las instituciones de seguridad social se enfocan a la población básicamente urbana y de mayores recursos, el Seguro Popular (y el programa IMSS-Oportunidades), benefician de forma más acusada a los mexicanos más desfavorecidos y que se concentran mayoritariamente en el ámbito rural.

La cuestión aquí es que los programas que privilegian a los segmentos con más recursos son también los que tienen un mayor presupuesto. Según datos de la Secretaria de Hacienda, en 2010, exclusivamente en salud, el Estado mexicano gastó a través del IMSS 165 mil 121 millones de pesos, del ISSSTE 39 mil 511 millones, del sistema de Pemex 10 mil 626 millones y en el conjunto de fuerzas armadas casi 6 mil 500 millones de pesos. El total rebasa los 220 mil millones de pesos.

Por el contrario, en los programas que benefician mayoritariamente a los segmentos con menores recursos, comparativamente se invirtió poco. En el mismo año, 2010, el presupuesto para el Seguro Popular fue de 50 mil 270 millones y para IMSS-Oportunidades se destinaron poco más de siete mil millones de pesos.[31]

Si comparamos nuestro sistema de salud en su conjunto, frente al de otras naciones de nuestro entorno, encontramos que "a pesar de la reducción en la regresividad del gasto, el país aún se encuentra entre aquellos con los sistemas de salud pública más inequitativos de la región, muy lejos de sistemas altamente progresivos, como los de Chile, Uruguay, Colombia o Costa Rica."[32]

5. CONCLUSIÓN: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN VERDADERO SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En México la cobertura universal todavía es una tarea pendiente: seguimos teniendo importantes problemas y carencias en cuanto al acceso a los servicios sanitarios, sobre todo entre la población con mayores necesidades.

El modelo segmentado actual –que genera una dualidad– ya no resulta adecuado. De hecho, "el mayor reto del sector salud es romper las barre-

[31] Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2010*. SHCP, México, 2012, pág. 36.
[32] PNUD, *Op. Cit.,* pp. 106-107.

ras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de la salud, para quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía."[33]

En este contexto, resulta indispensable avanzar hacia la creación de un sistema más integrado, que reduzca la exclusión y las desigualdades, en lugar de reproducirlas o incluso fomentarlas. La reforma debe ir hacia el acceso universal, con derechos claros y perfectamente transferibles entre las diversas instituciones, estandarizando las prestaciones y los niveles de atención y calidad. Resulta que tanto

> La Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS), el Banco Mundial (BM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) coinciden en que, para acabar con las desigualdades y cubrir los mayores riesgos a la salud, se debe crear un fondo único de financiamiento que cubra para todas las personas una lista de riesgos prioritarios, es decir, que se otorgue un paquete básico de beneficios definidos. El financiamiento del fondo estaría a cargo del gobierno federal. Cualquier otra contingencia podría ser cubierta por esquemas complementarios que pueden estar o no ligados a la participación laboral. Como complemento a la recomendación se establece que pueden ser múltiples los proveedores de este paquete básico, siendo posible que el IMSS, el ISSSTE, los SESA u otros proveedores públicos y privados participen de dicho mercado, en el cual el fondo único actúa como el pagador.
>
> Las propuestas buscan mejorar la equidad al establecer un paquete mínimo, incrementar la eficiencia al separar las funciones entre el financiamiento y la provisión, y el consecuente cambio en los esquemas de financiamiento de los proveedores, por lo menos para el paquete básico, y al introducir elementos de competencia entre los diferentes proveedores. En suma, se lograría un trato igual entre los mexicanos –al menos para el paquete básico–, se lograría mayor eficiencia y calidad y más satisfacción de los usuarios. En concordancia con los objetivos implícitos del SPSS, el fondo único implica la centralización de parte del gasto en salud.[34]

Para ello, deberíamos establecer al menos tres puntos vitales para la construcción de dicho sistema universal: la portabilidad, la convergencia y que fomente el mercado de servicios sanitarios.

> La portabilidad consiste en que todo ciudadano que cuente con algún seguro de salud, tenga el derecho de acudir a cualquier institución para su atención. Por convergencia se entiende coordinar los distintos esquemas de salud, tanto para la inversión en infraestructura médica como para la provisión de servicios, que puede ser llevada a cabo a través de un mercado de servicios médicos. En la conceptualización gubernamental, en este mercado de servicios médicos participarían instituciones públicas y privadas. La convergencia y el mercado de servicios médicos ayudarían a disminuir los costos y eficientar el sistema.
>
> Un sistema portable, convergente y con mercado de servicios significaría para el paciente que éste no tuviera dificultades de acceso, por lo menos financiero y geográfico, y no tuviera interrupciones en su atención médica, conforme necesite transitar por diferentes instituciones y niveles de atención, y que su atención se lleve a cabo al menor costo posible.[35]

A nivel macro, se deben establecer al menos cuatro grandes principios:

1. El sistema debe garantizar cobertura a todos los mexicanos.
2. No debe generar cargas fiscales sin contraparte clara de financiamiento.
3. No debe frenar el crecimiento económico a través de la distorsión de mercados; por definición, toda intervención pública modifica los comportamientos individuales, por lo que ésta debe prever las respuestas de los agentes y establecer incentivos para que los cambios de comportamiento vayan en el sentido deseable desde una perspectiva de bienestar individual y social.
4. El sistema de protección social está estrechamente relacionado con la política eco-

33 Secretaría de Salud, *Op. Cit.*, pág. 19.

34 Aguilera, Nelly. "Una propuesta integral para mejorar el sistema de salud" en Castañeda, Alejandro (Coord.). *Microeconomía, tomo X, Los grandes problemas de México*. El Colegio de México, México, 2010, pp. 354-5.

35 Aguilera, Nelly. *Gasto en Salud: Gasto Público en Salud en México en el marco de la cobertura universal*, Op. Cit., pp. 19-20.

> nómica, fiscal y laboral. Ha de establecerse sobre la base de un consenso social –que se debe lograr y ver reflejado dentro de las discusiones, negociación y aprobación de la reforma en el Poder Legislativo– de acuerdo con las necesidades comunes de la población, independientemente de sus características laborales, sociales, económicas y culturales.[36]

En este sentido –más allá del consenso político y social– no podemos obviar el gran tema para hacer realidad este esquema: su financiamiento. Como se ha dicho, nuestra propuesta va en el sentido de sufragar el sistema de salud a través de impuestos generales.

Un primer problema es nuestro bajo gasto público en salud: resulta muy reducido si lo comparamos con los países integrantes de la OCDE, pero también si nuestro análisis se centra en las naciones latinoamericanas.

El segundo punto –y el central– es el del costo directo que significa otorgar servicios de salud a todos los mexicanos. Según cálculos de algunos expertos, representaría alrededor de 3% del PIB.[37] Se trata de una cantidad importante de recursos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que México es el país que menos recauda de todos los miembros de la OCDE, incluso en América Latina, por lo que hay un margen de maniobra importante. En México, por ejemplo, se recolecta el equivalente al 3.4% del PIB por el Impuesto al Valor Agregado (IVA), mientras que en Brasil supera el 13%, en Argentina el 10 y en Uruguay está por encima del 8% PIB.[38]

En resumidas cuentas, nuestra propuesta busca eliminar la segmentación y el sistema dual existente, para pasar a un sistema integrado con cobertura universal, financiado centralmente a través de impuestos, y que ponga fin a la histórica desigualdad social en materia de protección de la salud.

Pretendemos que la provisión de atención sanitaria no discrimine a la población a partir de su estatus laboral –formal versus informal– o económico y sea accesible a todos los mexicanos sin distinción.

36 Centro de Estudios Espinosa Yglesias. *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias, México, 2012, pp. 146-7.
37 Levy, Santiago. *Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México*. Editorial Océano, México, 2008, pp. 318 y sigs.
38 OCDE. *Estadísticas tributarias de América Latina, 1990-2009*. OCDE, París, 2011, pág. 19.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, "El derecho a la atención sanitaria como derecho exigible", *La Ley. Suplemento de Jurisprudencia de Derecho Administrativo,* año LXV, número 119, Buenos Aires, 25 de junio de 2001.

Aguilera, Nelly. *Gasto en Salud: Gasto Público en Salud en México en el marco de la cobertura universal.* México Evalúa, 2011, en http://www.mexicoevalua.org/descargables/a4de11_Gasto-publico-en-salud-en-Mexico-NellyA.pdf

---------- "Una propuesta integral para mejorar el sistema de salud" en Castañeda, Alejandro (Coord.). *Microeconomía, tomo X, Los grandes problemas de México.* El Colegio de México, México, 2010.

Arredondo, Armando y Esteban De Icaza. "Costos de la Diabetes en América Latina: Evidencias del Caso Mexicano", *Value in Health,* 14 (2011).

Carbonell, José y Miguel Carbonell. *La construcción de la igualdad de género: estado de bienestar y políticas públicas.* IIJ-UNAM/ Conapred, México, 2010.

Carbonell, Miguel. "Articulo 4" en Carbonell, Miguel (Coordinador). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada y concordada.* Editorial Porrúa/IIJ-UNAM, Vigésima edición, México, 2009, Tomo I.

Centro de Estudios Espinosa Yglesias. *El México del 2012. Reformas a la hacienda pública y al sistema de protección social.* CEEY, México, 2012.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. *Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2002.* CNDH, México, 2003.

---------- *Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 201.* CNDH, México, 2012.

De Lora, Pablo y Zúñiga Fajuri, Alejandra, *El derecho a la asistencia sanitaria. Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva,* Madrid, Iustel, 2009.

Echániz Salgado, José Ignacio. "Política sanitaria: la reforma de la sanidad" en Garde, Juan Antonio (Ed.). *Políticas sociales y Estado de bienestar en España- informe 1999.* Editorial Trotta/Fundación Hogar del Empleado. Madrid, 1999.

Freire, José Manuel. "Política sanitaria" en Garde, Juan Antonio (Ed.). *Políticas sociales y Estado de bienestar en España- informe 1999.* Editorial Trotta/Fundación hogar del empleado. Madrid, 1999.

---------- "El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones". Mimeografiado.

Knaul, Felicia. "Salud y competitividad" en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (Eds.). *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos.* Fundación Mexicana para la Salud, A.C, México, 2005.

Leary, Virginia A., "Justicibialidad y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud", *Revista de la Comisión Internacional de Juristas,* número 55, Ginebra, diciembre de 1995.

Levy, Santiago. *Buenas intenciones, malos resultados. Política social, informalidad y crecimiento económico en México.* Editorial Océano, México, 2008.

Lustig, Nora. "La salud, pobreza y crecimiento" en Ruiz de Chávez, Manuel y José Cuauhtémoc Valdés Olmedo (Eds.). *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos.* Fundación Mexicana para la Salud, A.C, México, 2005.

Martínez, Gabriel. *Análisis de desigualdad del gasto en salud en México.* Documento de apoyo del Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México, 2008.

Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud,* Cámara de Diputados/IIJ-UNAM, México, 2000.

OCDE. *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. México.* OCDE, París, 2005.

---------- *Health at a Glance 2011: OECD Indicators.* OCDE, París, 2011.

---------- *Estadísticas tributarias de América Latina, 1990-2009.* OCDE, París, 2011.

PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados.* PNUD, México, 2011.

Scott, John. *Gasto Público para la Equidad: Del Estado Excluyente hacia un Estado de Bienestar Universal.* México Evalúa, disponible en http://www.mexicoevalua.org/descargables/cc9720_Gasto-Publico-para-La-Equidad-27-Oct-2010rev.pdf

Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2010.* SHCP, México, 2012.

Secretaría de Salud. *Sistema de protección social en salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.* Secretaría de Salud, FUNSALUD, INSP, FCE, México, 2006.

Silva García, Fernando (Coord.). *Garantismo judicial. Derecho a la salud.* Editorial Porrúa, México, 2011.

Soberanes Fernández, José Luis, "La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos" en Muñoz de Alba Medrano, Marcia (coordinadora), *Temas selectos de derecho y salud.* IIJ-UNAM, México, 2002.