



Academia Nacional de Medicina

LA POSICIÓN DE LA ACADEMIA  
ANTE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La salud universal...  
una *entelequia*

Fernando Cano Valle  
Coordinador







LA POSICIÓN DE LA ACADEMIA  
ANTE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

LA SALUD UNIVERSAL... UNA ENTELEQUIA



## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

*Presidente*

Dr. Armando Mansilla Olivares

*Vicepresidente*

Dra. Teresita Corona Vázquez

*Secretario General*

Dr. Fabio Abdel Salamanca Gómez

*Tesorera*

Dra. Rosalinda Guevara Guzmán

*Secretario Adjunto*

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez



## INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

*Director*

Pedro Salazar Ugarte

*Secretario Académico*

Francisco Ibarra Palafox

*Secretario Técnico*

Raúl Márquez Romero

*Jefa del Departamento de Publicaciones*

Wendy Vanesa Rocha Cacho

# LA POSICIÓN DE LA ACADEMIA ANTE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

LA SALUD UNIVERSAL... UNA ENTELEQUIA

Fernando Cano Valle  
Coordinador



Academia Nacional de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto de Investigaciones Jurídicas

*La posición de la Academia ante el Sistema Nacional de Salud*

*La salud universal... una entelequia*

Dr. Fernando Cano Valle

Coordinador

Primera edición:

D.R. © 2018 Academia Nacional de Medicina de México (ANMM)

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

**Cuidado editorial:**

Formas e Imágenes, formaseimagenes@gmail.com

**Diseño y diagramación:**

Margarita Campillo Barron

Impreso y hecho en México

*Printed in Mexico*

## Contenido

Prólogo <i>Dr. Armando Mansilla Olivares</i>	9
Prospectiva del sistema de salud en México <i>Dr. Fernando Cano Valle</i>	15
Problemas de Salud en México, 2018-2030 en 5 regiones del país <i>Dr. Armando Mansilla Olivares</i> <i>Dr. Fernando Meneses González</i>	29
Algunos apuntes sobre el derecho humano a la salud en México <i>Dr. Leoncio S. Lara Sáenz</i>	69
Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México <i>Dr. Daniel Márquez Gómez</i>	86
Financiamiento inequitativo para la función salud <i>Dra. Pastora Melgar Manzanilla</i>	140
Recursos Humanos en el Sector Salud <i>Dr. José de Jesús Villalpando Casas</i>	166
Salud en el trabajo <i>Dr. Juan Antonio Legaspi</i>	179



Abordar los determinantes sociales de la salud para el logro de la equidad en salud y los objetivos del desarrollo sostenible <i>Dr. Manuel Urbina Fuentes</i>	190
La salud ambiental. Un componente clave para el desarrollo sostenible. Tendencias a nivel global y en México <i>Dr. Jacobo Finkelman</i>	203
El modelo de la desatención a la enfermedad renal crónica <i>Dr. Alejandro Treviño Becerra</i>	243
Autores	261

# PRÓLOGO

Dr. Armando Mansilla Olivares

La República Mexicana, se encuentra actualmente inmersa en un dinámico contexto internacional que es atraído por la incontenible inercia que desbordan los países desarrollados por implantar, con un interés material perfectamente definido, un proceso de globalización que desde ningún punto de vista puede ser equitativo, tan sólo por las características que derivan del origen y desarrollo a lo largo de la historia, de cada uno de los pueblos y las naciones alrededor del mundo.

La historia de la humanidad nos muestra la forma en que el hombre fue organizando su conocimiento y su quehacer paso a paso en distintos campos, alternando triunfos certeros con derrotas contundentes que le brindaron el poder de dominar el área que le compete, dentro de los límites que le impone la frontera del conocimiento. De entre todos ellos, los más destacados, los líderes, los que han enarbolado el estandarte con el que transformaron e impulsaron el desarrollo de la humanidad han sido los que establecieron la diferencia entre el caos y el orden, los que lograron la armonía, la disposición correcta, el lugar adecuado, el convenio y ajuste respetuoso entre las cosas, entre las personas, entre los

diferentes organismos y que además, no han perdido la visión de un todo, aun ante los más elevados rangos del conocimiento y el poder.

Estos hechos y circunstancias aunados al importante compromiso moral que tiene la Academia Nacional de Medicina para con la sociedad, los organismos vivos y el medio ambiente en el cual habitamos le permiten, fortalecida por el conocimiento y sabiduría de sus miembros y de quienes les han precedido, enarbolar el liderazgo mediante la expresión científicamente analizada y colegiada de su opinión con relación al campo de la salud, la enfermedad y la seguridad de nuestro pueblo.

10 Como órgano consultivo del gobierno federal desde los primeros años del siglo pasado y con el poder que le otorga la Presidencia Tripartita del Consejo Nacional de Academias, la Academia Nacional de Medicina se pronuncia, junto con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, sobre el modelo de atención en salud de nuestro país y el futuro de la seguridad social, a través de la obra titulada *La salud universal... una entelequia*, en la que diversos especialistas encabezados por el doctor Fernando Cano Valle, proponen de una manera clara y concisa, los mecanismos para solventar los retos que en salud, enfrentará nuestro país en las próximas décadas: los que si no se prevén ahora, podrían convertirse en obstáculos de difícil y costosa solución en el futuro mediano.

En esta obra, se enfatiza y se reconocen los alcances que en mayor o menor proporción han vertido en beneficio de nuestra población, instituciones como la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, así como los hospitales de PEMEX, de la SEDENA y de la Secretaría de Marina en las que laboran, tal y como la historia lo ha demostrado, personal médico, paramédico y administrativo, con una actitud desinteresada y de servicio que aunada al conocimiento y aportaciones de profesionales de otras áreas del conocimiento, han logrado que el pueblo de México haya modificado considerable y ostensiblemente sus condiciones de salud, así como su calidad y perspectivas de

vida. Sin embargo, con el paso del tiempo la población ha crecido, modificando sus necesidades y características epidemiológicas las que demandan, desde una perspectiva diferente, cambios que nos permitan enfrentar los retos que cada vez son más evidentes y que pueden mermar el bienestar de nuestra sociedad.

De tal forma que, con el objeto de apuntalar la propuesta que se vierte en esta obra, el doctor Leoncio Lara realiza una muy interesante reflexión sobre el derecho humano a la salud, sin hacer a un lado la grandeza de lo ya construido por nuestras instituciones y tomando ejemplos de lo que la historia nos ha demostrado ser más efectivo, en cuanto a la prevención y atención médica de la población, no sólo en nuestro país sino en el extranjero, dando paso a la opinión del doctor Daniel Márquez, quien con fundamento en la importancia que representa el estructurar por un lado, una Atención Primaria de calidad, efectiva y capaz de contener el enorme volumen que de ella deriva y por el otro, de fortalecer una atención especializada más efectiva y adecuadamente distribuida a lo largo del país en sus diferentes niveles de atención, propone un nuevo modelo, sin deslindar las responsabilidades ya asignadas por el Estado, mediante lo que la doctora Pastora Melgar considera como el fortalecimiento de la estructura económica de las instituciones y por ende, de su infraestructura. De tal forma que el pensar que una sola institución se hiciera cargo de esta enorme tarea sin tomar en consideración la historia de como fueron establecidas, sería un trabajo extraordinariamente difícil y complejo, con un enorme costo social y con resultados realmente impredecibles. Los autores, sin excepción alguna, hacen hincapié en la necesidad de abonar y fortalecer la infraestructura de servicio ya creada por otras instituciones y que de alguna u otra manera, ha demostrado su eficacia en mayor o menor proporción en cuanto a la atención de la población específica que les ha tocado atender y para la cual fueron creadas, ya que la atención que ofrecen no sólo es indispensable, sino invaluable para la sociedad mexicana.

12 En este mismo sentido y con el objeto de asegurar la proyección futura de las instituciones de salud, el doctor José de Jesús Villalpando aborda la importancia de la formación de Recursos Humanos, que son los que inyectan vida, apuntalan y reorientan el devenir de las instituciones, de la medicina y con ello, el de la seguridad social; por lo que la formación de profesionales tanto en el pregrado como en el posgrado, debe mantener un equilibrio relacionado con las necesidades reales de la población, permitiendo que estos recursos puedan ser aprovechados y en su momento renovados paulatinamente por el sistema de salud en el país, sin descuidar áreas de enorme importancia como son la relacionada con la prevención de las enfermedades, la salud ambiental y la salud en el trabajo, aspectos que fueron abordados desde una arista contundentemente real y perfectamente estructurada, por los doctores Jacobo Finkelman y Juan Antonio Legaspi; de tal manera que de lograrse este equilibrio, el país dará pasos firmes con los que se acercará cada vez más, a lo que el doctor Manuel Urbina aborda con el tema de equidad en salud.

Con el tema titulado el modelo de la desatención a la enfermedad renal crónica, el doctor Alejandro Treviño mediante datos extractados de la población mexicana y conclusiones obtenidas de sus propias investigaciones, presenta un problema de enorme magnitud, que ejemplifica la manera en la que la atención de una sola entidad nosológica, representaría un costo inalcanzable para el país, en el caso de que se decidiera continuar con un mismo modelo de atención, que habiendo demostrado una enorme eficacia en el pasado, actualmente no se ajusta a las necesidades de nuestra población. De la misma manera, se presenta, al inicio de estos temas, el análisis realizado en cinco diferentes regiones del país por un grupo de miembros de la ANM, en el que vierten el análisis de los tres principales problemas que enfrentaron en cada región y proporcionan, de forma práctica y concisa, la estrategia que debe seguirse para contener su evolución.

Finalmente, con el objeto de mejorar la calidad de la atención y del conocimiento vertido en el campo de la salud, nuestro país debe de cultivar la cultura de la investigación y de la innovación con aplicabilidad directa a la solución de los principales problemas de nuestra sociedad. Es por ello que en un país como el nuestro, que enfrenta graves retos de naturaleza económica, es muy importante reestructurar la investigación científica y comprender el que este campo del intelecto ya no puede ser abordado como solía hacerse en un pasado ya bastante distante, en el que un solo talento rodeado por un limitado grupo de estudiantes, lograba con pocos recursos pero con un gran ingenio, extraordinarios descubrimientos científicos. La ciencia en la actualidad requiere de la convergencia de grupos de mentes brillantes y del intelecto de sabios en muy distintos campos del conocimiento, para poder avanzar paulatinamente pero con paso firme y real en el conocimiento del medio ambiente en el cual nos encontramos inmersos.

13

Ya no podemos ni debemos hablar de un grupo de científicos, sino de grupos de intelectuales que en conjunto y simultáneamente están luchando desde diferentes aristas, para encontrar la explicación de un mismo fenómeno. Las universidades de hecho, deben promover el trabajo conjunto entre los grupos de intelectuales de sus institutos de investigación, precipitando la generación de trabajos entrelazados que nos permitan no sólo la conclusión de conocimientos sólidos, sino de conocimientos que aporten un servicio real y tangible a la sociedad.

Nuestro país no está en condiciones de respaldar económicamente investigación fortuita y aislada, cuyo producto sea incierto y friable y como resultado, de poco valor científico.

Es por ello, que la Academia Nacional de Medicina siempre se ha pronunciado porque la Investigación Científica en Salud se mantenga estrechamente ligada a los grandes Centros de Atención Médica, de tal forma que los laboratorios de investigación en biología molecular, fisiología, bioquímica, farmacología, neurociencia, etc., se encuentren

y funcionen dentro de la misma estructura hospitalaria, ampliando con ello la visión del investigador tanto básico como clínico y quirúrgico, enriqueciendo su conocimiento y aplicándolo directamente en beneficio de los enfermos y de la sociedad.

# PROSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Dr. Fernando Cano Valle<sup>1</sup>

**D**efinir no es lo mismo que demostrar, hemos llegado a ser demasiado normativos e incluso demasiado emotivos, demasiado normativos no sólo en el sentido de que, el deber ser suplanta demasiado al ser, al mundo, como es, sino también en el sentido de que perseguimos objetivos sin instrumentos, sin saber cómo y demasiado emotivos en el sentido de que el sentir trastorna la “Ratio” Razón. La solidaridad, está bien; pero no es suficiente.

Giovanni Sartori<sup>2</sup>

Es cierto la solidaridad, no es suficiente menos aún cuando se pretende plantear el propósito de cobertura universal; es de aceptarse que la cobertura universal de salud se define como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud, un contexto en el

<sup>1</sup> Profesor de carrera del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

<sup>2</sup> Giovanni Sartori (1924-2017) fue investigador en el campo de la ciencia política, Doctor *Honoris Causa* por la UNAM especializado en el estudio corporativo de la política.



que cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras.<sup>3</sup>

La cobertura universal de salud tiene dos componentes interrelacionados; por un lado, todos aquellos factores que intervienen en los servicios de salud esenciales y de calidad, según las necesidades; por el otro, la protección financiera frente a las necesidades de salud, incluyendo las situaciones de pobreza provocadas por los pagos directos en el momento en que se necesita el servicio. Toda la población debería poder beneficiarse de ambos componentes.<sup>4</sup> Esta aspiración puede verse como una entelequia y sobre ello hay que profundizar.

16      Ante la entelequia, es posible advertir dos enfoques: uno, como cosa irreal que no puede existir en la realidad; se relaciona con la utopía. El segundo enfoque se refiere a cosa real que lleva en sí el principio de su acción y que tiende por sí misma a su fin propio, convierte la posibilidad en realidad.

En este último sentido analicemos primero la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual ha cumplido 100 años, y ello no es un asunto trivial. A lo largo de ese periodo ha habido cambios impensados en su origen; organizaciones, gobiernos y sociedad se han visto inmersos en este proceso, se han introducido proyectos, aspiraciones y circunstancias en torno a la salud de la sociedad mexicana, cambios que perfilan y demandan que el sistema y sus retos actuales requieren de una sistematizada renovación.

<sup>3</sup> “Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas”. Mayo de 2014. Organización Mundial de la Salud, grupo del Banco Mundial, organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y fomento /el Banco Mundial 2014. ([www.who.int](http://www.who.int)) ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_from/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_from/en/index.html)). p. 1

<sup>4</sup> *Ídem.*

Las insuficiencias estructurales en la administración, los servicios fragmentados, costos que no tienen paralelo en los últimos 30 años, una morbilidad crónica creciente, repunte de infecciones, adicciones en mayor consumo, enfermedades mentales sin abordaje terapéutico eficiente, entre otras necesidades, definen una entelequia.

Ahora la agenda para el cambio requiere un rediseño fundamental, los escenarios y plataformas deben plantearse con claridad y anticipación, más que encontrarlos tardíamente años después con respuestas sencillamente lentas, inapropiadas o inequitativas.

No hay duda, el primer reto para el sistema de salud es la equidad. En México se han acumulado rezagos y persisten dolorosas desigualdades. Baste un ejemplo, con base en el presupuesto de gasto y cobertura para 2017, el IMSS excluyendo las prestaciones presenta un gasto per cápita de \$3 910.00; el ISSSTE \$3 973.00, Sedena, Marina y Pemex \$10 671; y el programa IMSS PROSPERA \$920.00; el Seguro Popular \$1 168.00.

17

Gasto per cápita 2017<sup>5</sup>

SEDENA, MARINA, PEMEX	\$10 671.00
ISSSTE	\$3 973.00
IMSS	\$3 510.00
Seguro Popular	\$1 168.00
IMSS PROSPERA	\$920.00

<sup>5</sup> [www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx](http://www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx)

Gasto en salud % PIB<sup>6</sup>

	2000	2013
	Privado	Público
EUA	7.48	9.04
Canadá	2.57	3.28
México	2.7	3.01

Gasto total en salud

18

	Público	Privado
	2000	2013
Canadá	70.35	69.70
EUA	43.04	47.08
México	46.56	51.73

Equidad

La OMS y el grupo del Banco Mundial en el monitoreo del progreso hacia la cobertura universal, dentro de las metas e indicadores hacen referencia a la equidad en forma enfática (mayo 2014). Con anterioridad en 1998 el gobierno mexicano firmó el convenio “Loanagreement” condicionando entre otras políticas:

- La separación entre las áreas de financiamiento y las áreas de atención médica.

<sup>6</sup> [www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx](http://www.Transparenciapresupuestaria.gob.mx)

- Alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros.
- Alentar la investigación de servicios clínicos del sector privado.

Ello con el firme propósito de romper el círculo vicioso de la inequidad en salud.

Hace más de doscientos años, Adam Smith escribió en su obra *La prosperidad de las naciones*: “Es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz, si la mayoría de sus miembros son pobres y miserable”.<sup>7</sup> Mientras que para George Alleyne,<sup>8</sup> “la equidad en materia de salud es fundamentalmente un tema ético moral, y no debemos negarnos a considerarlo tal”.

Se acepta que la salud es esencialmente un concepto social, también condicionado por las características biológicas, pero donde el aspecto social es mucho más importante. Las desigualdades de salud que tienen un origen social son injustas e injustificadas por que representan la distribución de los recursos de la sociedad de tal manera que ciertos grupos no disponen de oportunidades o de libertades humanas básicas.

Los sistemas fragmentados de salud, con su acceso compartimentalizado ligado a las fuentes y mecanismos de financiamiento han creado una segmentación desigual de la población en lo concerniente a su cobertura por los servicios de salud. Además, la magnitud de los gastos directos de bolsillo en salud, así como las pronunciadas inequidades en la distribución de la carga financiera entre los distintos quintiles de la población producen brechas aún mayores en el acceso a la provisión de servicios de atención a la salud.

<sup>7</sup> *A Quest for Equity. En busca de la equidad*, Selected Espeeches/Selección de discursos, George A. O. Washington, D.C.: PAHO, 2002, p. 590.

<sup>8</sup> George Alleyne, 7 de octubre de 1932 (edad 84). Educación: Universidad de las Indias Occidentales. Born in St. Philip, Barbados) served as United Nations Special Envoy for HIV/AIDS in the Caribbean region 2003-2010. He was appointed to the position by UN Secretary-General Kofi Annan in February 2003.

Al cabo del tiempo, quizá el impacto negativo más significativo, va en relación a la inequidad, y según Alleyne:

Si se acepta el criterio de que la pobreza es una privación de ciertas capacidades, una de las cuales es la salud, entonces, por definición, todo lo que se haga por mejorar la salud reduce la pobreza.

El progreso se ha visto obstaculizado por una serie de factores entre los que destacan:

- La falta de voluntad política.
- La falta de equidad en el acceso a todos los elementos de atención primaria de salud.
- La persistente baja consideración de las mujeres.
- El desarrollo económico lento.
- La dificultad para conseguir una acción intersectorial en materia de salud.
- La distribución desequilibrada de los recursos humanos y el escaso apoyo a los mismos.
- La inadecuación generalizada de las actividades de promoción de la salud.
- Los sistemas deficientes de información sanitaria.
- La contaminación, la insuficiente inocuidad de los alimentos y la falta de suministro de agua salubre y de saneamiento.
- Los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos.
- La inadecuada asignación y utilización de los recursos para tecnologías costosas.
- Los desastres naturales y producidos por el hombre.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 624.

## Salubridad y política

La esperanza de vida como un indicador social se ha incrementado exponencialmente de 36 años en 1910 a 75.5 en 2010, sin embargo esa esperanza de vida no se ha incrementado en los mismos términos para todos, hay lacerantes diferencias, el pobre vive menos.

Del periodo de transformación de las políticas de salud, nace la salubridad en México mediante el fundamento constitucional del presidente Venustiano Carranza,<sup>10</sup> Al proponer el cambio del Consejo Superior de Salubridad a Consejo de Salubridad General, entidad surgida de la Constitución de 1917. Pero los años comprendidos entre 1917 y 1926 pueden considerarse como un periodo de ambigüedades e indefiniciones. En primer lugar, se usan indistintamente los nombres de Consejo Superior de Salubridad y Consejo de Salubridad General, y hasta aparece, por 1922, la denominación Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal.<sup>11</sup>

21

## Carranza y la salubridad

El primero de mayo de 1917 toma posesión de la presidencia de la República Venustiano Carranza y es nombrado jefe del Departamento

<sup>10</sup> Venustiano Carranza cursó sus estudios preparatorios en el Ateneo Fuente de Saltillo, Coah., como el doctor José María Rodríguez. Vino a la ciudad de México para estudiar su carrera de medicina; pero un mal de la vista, atendido por el doctor Carmona y Valle, le impidió continuar sus estudios. Digno hijo de Jesús Carranza, se revela contra la usurpación huertista lanzando el 24 de marzo de 1913 el Plan de Guadalupe, por el que desconoce a Victoriano Huerta como presidente de la República y se da nacimiento al Ejército Constitucionalista cuyo primer jefe será el propio Venustiano Carranza y se establece que cuando este Ejército ocupe la ciudad de México, el primer jefe se encargará interinamente del Poder Ejecutivo.

<sup>11</sup> Martínez Cortés, Fernando, Martínez Barbosa, Xóchitl. *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*. México: SmithKline Beecham, 2000, Casa de vacunas SB, p. 57.

de Salubridad Pública el doctor y general José María Rodríguez, que venía fungiendo como presidente del Consejo Superior de Salubridad.<sup>12</sup>

Desde esa fecha surgen los reglamentos y disposiciones para el control de narcóticos, sin embargo es digno de mencionarse un hecho curioso que cursa ya 100 años y que revela un problema de salud específico; un señor de apellido Hermann tenía en su poder dos toneladas de opio que, según él, estaba destinado a la exportación. Pedía licencia al Consejo para conservarlo en tanto lo colocaba en el extranjero. El Consejo accedió a dicha petición a condición de que pudiera comprobar su existencia. El propietario debía reportar las cantidades vendidas al extranjero y las que comprasen los farmacéuticos nacionales para la obtención de sus alcaloides, entre ellos la morfina. En la actualidad aún no existe una estrategia nacional para el control de las adicciones.

22

Ante la carencia de estrategias y de una política nacional de salud se suceden las enfermedades, las epidemias como en 1915, cuando causaron grandes daños a la población, en particular el tifo y el tabardillo las cuales fueron estudiadas y combatidas con base en el reporte de Charles Nicolle que dio luz a los estudios de Ricketts, quien al final falleció en el Hospital General a causa de este mal. Por ello no es de extrañar que grandes hombres estuvieran involucrados en el control de esta epidemia; Gustavo Baz, Abraham Ayala González, Brioso, Edmundo Azcarate, en los 20's. durante la presidencia de Álvaro Obregón.

El país requiere con apremio de reglamentación clara y efectiva sobre el control epidemiológico y de narcóticos, preocupación esencial de la Academia Nacional de Medicina en sus más de cien años de existencia.

<sup>12</sup> *Íbidem*, p. 63.

## Academia Nacional de Medicina, más de un centenario<sup>13</sup>

La Academia Nacional de Medicina ha permanecido como una institución vigorosa durante sus 137 años de existencia. Su búsqueda incesante de soluciones a las necesidades de salud de los mexicanos no se ha interrumpido ante las vicisitudes sociopolíticas del México republicano. Sus miembros no dejaron de luchar contra la fiebre amarilla, venciendo las diferencias políticas de algunos de ellos, durante la Intervención Francesa y el Segundo Imperio. La Academia también estuvo presente en la solución al problema del estancamiento insalubre de las aguas de la Ciudad de México y en la campaña contra la peste bubónica en el Puerto de Mazatlán en los albores del siglo XX.

Ha sido testigo y participe en la fundación de las grandes instituciones hospitalarias del México moderno y de los organismos axiales de la medicina mexicana que perduran hasta nuestros días. Sus miembros, mexicanos ilustres, como Miguel F. Jiménez, Rafael Lucio, Gabino Barreda, Eduardo Liceaga, José Terrés, Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Gustavo Baz, Salvador Zubirán entre otros, han orientado con su fecunda trayectoria la enseñanza y los servicios médicos.

El ejemplo de Ignacio Chávez, precedido de notables médicos, incidió en el arte de la curación, en la salud pública, en la educación y fue referente de vida ejemplar y de valor.

23

<sup>13</sup> Academia Nacional de Medicina, es una institución médica mexicana. Fue creada el 30 de abril de 1864 como la Sección Médica de la Comisión Científica Literaria y Artística. Al año siguiente se separó como la Sociedad Médica de México. Miguel Francisco Jiménez fue su primer director. En 1873, recibió el nombre de Academia de Medicina de México y, en 1912, el presidente Francisco I. Madero la “declaró institución oficial y órgano consultor del gobierno mexicano”.



## El derecho a la protección de la salud

En atención a la iniciativa, que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución, el doctor Diego Valadés comenta que “en los cincuenta primeros años de la vida independiente mexicana, se fraguó y consolidó el concepto de que la salubridad y los servicios médicos eran competencia de las entidades federativas; no fue hasta 1908 cuando esta tendencia comenzó a invertirse”. Más adelante, el jurista señala “es posible advertir que se abre en México una nueva perspectiva para los servicios de salud y para el federalismo”. Puede afirmarse que a través del Sistema Nacional de Salud será posible imprimir nueva vitalidad al Sistema Federal Mexicano. El doctor Jorge Carpizo señaló que:

24

La Constitución Mexicana de 1917 configura un orden jurídico, político y social que parte de nuestra guerra de independencia con la Constitución de Apatzingán en la cual se configuró un sistema jurídico, político y social basado en: la noción de soberanía y los derechos del hombre, con exclusión de la libertad religiosa, un régimen republicano, el principio de la división de poderes y un sistema representativo indirecto.

La Constitución de 1917 ha asegurado décadas de paz social, ha permitido la creación de una importante clase media, ha asegurado a millones de trabajadores un mínimo de existencia digna, ha presidido el espectacular crecimiento demográfico sin que éste destruya al país, aunque sí lo ha entorpecido grandemente, y ha impulsado el mejoramiento de la población en educación, salud, habitación y oportunidades de superación personal.

La reforma no solamente consagró el derecho a la protección de la salud, adquirió el rango de garantía constitucional. El presidente de

la Madrid y el secretario Soberón modernizaron el Sector; se pasó de una etapa de sanitarismo a una política de salud sensata y viable; se instalaron programas para cambiar a la nación y reducir la desigualdad social. La propuesta fue más allá del paradigma convencional de la enfermedad como consecuencia de agentes patógenos, desnutrición o predisposición genética, y se orientó a la acción social, el acceso al recurso, al reordenamiento para la prevención. Esta reforma intentó modificar la antigua idea de reaccionar apresuradamente ante la emergencia o la epidemia de la peste del cólera. Peste es la metáfora que se ha usado desde tiempos bíblicos como la peor de las calamidades colectivas. Generalmente son las epidemias las que se asocian con las pestes. Es una forma de castigo, es la más vieja idea que se tiene de la causalidad de la enfermedad.

Hemos tenido avances, existen logros, no hay duda. Sin embargo, hay rezago; más aún en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades; pobreza, adicciones, violencia han salido de la Caja de Pandora y representan un terrible espectro en la salud pública.

Antes de 1980 se hicieron esfuerzos tentativos; algunos desordenados, de implantar cambios en la organización de la salud en México, que no necesariamente contaban con diagnósticos previos de las condiciones de salud de enfermedades con un adecuado sustento epidemiológico, con datos poco veraces y acciones carentes de estrategias; hubo lecciones no aprendidas en las diversas reformas en salud que pudieran ayudar a un mejor funcionamiento del Estado.

Por supuesto, en el lado positivo hubo avances con frecuencia lentos y caros. Se ha pretendido un manejo presupuestal propio, cuya intención ha sido hacer competitiva la infraestructura. En realidad el espectro general de los cambios del sistema de salud es difícil de resumir, también no lo es menos tratar de explicar los rezagos tradicionales que apuntan a la desproporción entre recursos invertidos y logros alcanzados. El análisis exhaustivo de los últimos tres y medio

años de los planes de desarrollo y los programas sectoriales de salud nos muestran serias deficiencias y nula conectividad.

Es necesario aceptar que en el periodo de referencia han existido políticas públicas en México en torno a la salud, también es pertinente aceptar que éstas no han logrado conmovier a las áreas fiscales y financieras para que los recursos que aseguran las funciones sean articulados. Las teorías del poder de la burocracia en la toma de decisiones argumentan que el poder burocrático ha crecido exponencialmente al servirse a sí mismo y en servir eficientemente al interés público.

## Derechos Humanos

- 26 La incorporación de los derechos humanos a la Constitución Mexicana conlleva una serie de replantamientos orientados a la protección del ser humano. Al revalorizar y hacer suyos los tratados internacionales introduce a todas las autoridades en sus competencias a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos.

La atención efectiva a los derechos humanos implica políticas públicas que dispongan de una fuente presupuestal de ingresos fiscales recurrentes para cubrir los costos. O bien, una hacienda pública con buenas intenciones de acuerdo con las necesidades de la sociedad mexicana.

No es de sorprender que en la actualidad la fragmentación del sistema público de la salud implique la duplicación de funciones, estrechamente relacionada con la inexistencia de un sistema nacional confiable de información, que motivan que la planeación estratégica de los recursos para la salud se desaproveche.

El financiamiento es de carácter presupuestal histórico y no genera incentivos al desempeño y a los resultados en salud.

Aunado a ello existe una multiplicidad de fuentes de financiamiento y cada una con su propia normatividad. El equipamiento de unidades con frecuencia no es el adecuado y, en general, los recur-

tos tecnológicos de apoyo de diagnóstico no se ubican en el nivel hospitalario. Al mismo tiempo, la infraestructura está subutilizada.

A partir del 10 de junio de 2011 México se ubica en el espectro de Estados que acogieron en su Constitución el paradigma de los Derechos Humanos. Sin embargo, uno de estos derechos por excelencia, transversal a otros derechos, el derecho humano a la protección de la salud, no está debidamente regulado en las normas constitucionales y legales.

## Administración

El mejor indicador que muestra la existencia de una oportunidad para mejorar el uso de los recursos en salud es el gasto administrativo. De acuerdo con la OCDE (2012), el gasto administrativo en México, que incluye acciones de rectoría y gestión del Sistema Nacional de Salud se ubica en cerca de 10% del gasto total, 2.5 veces más que el promedio de los países de la OCDE que es de 4% (OCDE 2012).<sup>14</sup>

27

Es necesario repensar el propósito de las políticas públicas en salud a la luz y necesidad imperiosa de los derechos humanos, la sinergia virtuosa de los derechos humanos representa la semilla del análisis moderno de las políticas públicas en salud, cuyas respuestas hasta el momento han sido insuficientes.<sup>15</sup>

La reforma, o bien, los cambios de mayor peso y trascendencia para la protección del ciudadano que puede verse afectado en su salud, ante la inconsistencia de una política de salud, presuponen la existencia de un Estado con capacidad efectiva para ejercer el orden jurídico que garantice el desempeño de su función. No hay

<sup>14</sup> Cano Valle, Fernando, Pantoja Nieves, Mónica, Sánchez Miguel, Martha. *El Péndulo de la medicina. El doble péndulo de la salud. Urge una reforma en el sistema de salud*. México: editorial Prado, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2017. p. 102.

<sup>15</sup> *Ídem*, pp. 123, 124.

igualdad legal posible ante programas o proyectos limitadamente desarrollados.

Una parte importante del sistema de salud es su financiación. Por tanto, a fin de llevar el sistema hacia el estado de perfección al que aspira, es decir a su entelequia, es necesario revisar las estrategias financieras y mecanismos institucionales de financiación de la salud, así como la administración de los recursos económicos para la salud. Ello implica una financiación suficiente y sostenible, así como una administración eficiente, eficaz y transparente, congruentes con el bien común y, por tanto, éticos desde la perspectiva de la ética política.

# PROBLEMAS DE SALUD EN MÉXICO, 2018-2030

EN 5 REGIONES DEL PAÍS

Dr. Armando Mansilla Olivares  
Dr. Fernando Meneses González

Para la Academia Nacional de Medicina (ANM) es claro el panorama epidemiológico de morbilidad y mortalidad nacional, que día a día enfrenta el Sistema Nacional de Salud y que es hoy prioridad nacional. Destacan en este escenario las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas y diversos factores de riesgo.

La presencia creciente de enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, neoplasias malignas tales como cáncer :de mama, de cérvix, de ovario, de colón, de próstata y de vías respiratorias como principales causas de atención clínica y de muerte, son preocupación de los académicos miembros de esta ANM.

A éstas hay que sumarles otros problemas transmisibles que han aquejado a nuestra población en el último quinquenio donde, destacan la infección por virus de Chinkungunya o la infección por virus de Zika.

También, es preocupación creciente, la presencia de enfermedades infecciosas como las intestinales, respiratorias, bucodentales o en su caso desnutrición, sumado a ello, la ANM tiene presente que la presencia y aumento de diversos problemas o factores de riesgo

en la población mexicana tales: como el sobrepeso, la obesidad, el consumo de tabaco en mujeres adolescentes, consumo de drogas “duras” por adolescentes, incremento del consumo de alcohol en jóvenes, principalmente mujeres, incremento de embarazos no deseados ni planificados en adolescentes, entre otros, pueden intervenir, modificarse y abatirse con políticas públicas en salud factibles, eficaces y eficientes.

30 Ante estos escenarios la ANM desarrolló un ejercicio de consulta con un grupo de académicos para atraer a la discusión problemas de salud presentes en cinco regiones del país, y que están “ocultos” por la magnitud del escenario de salud y enfermedad que predomina en el país. Ante ello se propone que estos problemas, vistos desde una óptica regional, pero sin menoscabo de los problemas de salud ya conocidos en el escenario nacional, tengan un punto de atención por las autoridades del Sector Salud a fin de comenzar a dar los primeros pasos que reduzcan, en el futuro mediano, el crecimiento desbordado de dichos problemas que afectan a la población mexicana.

El ejercicio de consulta que desarrolló la ANM con sus afiliados en cinco regiones del país tuvo como propósito que señalaran el principal problema de salud que, bajo su experiencia profesional y académica, debería incluirse en la lista de prioridades en salud a fin de lograr su prevención y control en el corto plazo.

En este documento se presentan los resultados de esta consulta agrupados por regiones, y al final una síntesis de otros problemas que consideran los académicos de las regiones consultadas deberían estar en la futura planeación de acciones de prevención y control que realicen las autoridades del Sector Salud, a considerarse en el desarrollo de un Programa de Salud de mediano y largo plazo.

## Región Norte

Tanto en el estado de Sonora, como en Chihuahua y Nuevo León los datos reportados de enfermedades transmisibles de acuerdo a la información publicada en la página del INEGI, así como en la página de la Secretaría de Salud, varían. Sobresalieron las infecciones gastrointestinales en niños en los periodos de primavera-verano. Estos datos cambian en la temporada invernal y sobresalen las infecciones respiratorias agudas.

Sin embargo en los consultorios privados las enfermedades más frecuentes fueron:

Estado de Sonora:

- Las enfermedades infecciosas y de ellas, la hepatitis A y las úlceras gástricas.
- Diabetes mellitus.
- Enfermedad celíaca.
- Cáncer.
- Infarto de miocardio/ictus.

31

Estado de Chihuahua:

- Muerte violenta.
- Enfermedades metabólicas (Diabetes).
- Mesotelioma.
- Suicidio.

Estado de Nuevo León:

- Cánceres de glándula mamaria y próstata, pulmón en hombres y mujeres y de colon con igualdad de frecuencia en varones y mujeres.



- Trombosis.
- Preeclampsia.
- Leucemias.
- Infartos de miocardio/ictus.

Las razones fundamentales por las cuales fueron señalados estos eventos en salud se deben al elevado número de consultas en el sistema privado, en los consultorios de los miembros de la Academia Nacional de Medicina que participaron en la consulta.

Se señalaron reiteradamente algunos factores que son en gran medida determinantes del subregistro de la información de la frecuencia de las enfermedades comunicables y no comunicables, los más sobresalientes obedecen:

- 32 Falta de coordinación entre las normas y guías de las distintas dependencias de salud estatales y federales, regionales y locales. Esto, en parte, se debe a los diferentes sectores de la población que las dependencias o instituciones de salud atienden.

### Repercusión social

Primero, se resaltó el alto costo económico del Sistema de Salud por la duplicidad de funciones, organismos y dependencias que en el ámbito federal, estatal y municipal existen actualmente.

Segundo, fue aceptada la creación de un solo Sistema Nacional de Salud, que unifique a los servicios actualmente dispersos entre el IMSS, la SS, el ISSTE, etc., para dar origen a la atención universal a todos los mexicanos viviendo dentro del territorio nacional, independientemente de su adscripción histórica en cualquiera de las dependencias de dicho sistema.

La repercusión social en el plazo inmediato es la incorporación de millones de mexicanos que estaban excluidos de los servicios de salud, ahora han quedado incluidos en el esquema del Seguro Popular, que genera diferentes necesidades para poder dar respuesta

a los requerimientos de servicios de calidad para toda la población mexicana.

Soluciones prácticas a corto y mediano plazo

Reconocemos la asimetría y la diversidad de las poblaciones y las enfermedades prevalentes, en las regiones geográficas diversas de México; sin embargo, resultó claro lo siguiente:

- Urge, como primera tarea, homologar las guías médicas, reglamentos y procedimientos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación entre las diferentes dependencias del Sistema Nacional de Salud.
- Establecer unidades médicas especializadas según la región geográfica del país, que coordinen en la etapa inicial los trabajos de salud de los diferentes componentes como son: el IMSS, la SS, el ISSSTE, etc. Esta oficina tendrá como su nombre indicar llevar la parte operativa, la coordinación de la vigilancia epidemiológica y la puesta en la realidad diaria del acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Sería recomendable que la nueva dependencia sea aparte y distinta de las instituciones actuales del Sistema de Salud.
- Aumentar la coordinación entre las Secretarías responsables de la formación de los recursos humanos del Sistema de Salud (médicos, enfermeras especialistas, médicos técnicos, epidemiólogos y administradores), y las instituciones y dependencias de Salud que emplean al personal operativo.
- Es urgente la homologación de la regulación estricta de la calidad en la formación de los médicos y otros profesionales de la salud, para evitar la desorganización y la proliferación de instituciones pseudoeducativas que tienen como fin el lucro o negocio y no los principios académicos requeridos para el ejercicio de las actividades de Salud.

## Región Centro

En esta región se detectaron 4 problemas importantes en la práctica médica; el uso poco regulado de medicamentos tópicos y de uso cosmético, la detección temprana de la resistencia a insulina, la apnea del sueño, cáncer de piel y melanoma cutáneo. Adicionalmente se identificó: un problema en el Modelo de Atención de Salud; un obstáculo para el desarrollo de la investigación en biomedicina; y una oportunidad para mejorar la calidad de la formación de recursos humanos en salud.

### Regulación/vigilancia de medicamentos tópicos y otros de uso cosmético

34

De manera muy equivocada, la iatrogenia causada por medicamentos de uso tópico ha sido soslayada tanto por pacientes como por médicos. Existe una actitud de tolerancia al abuso de productos tópicos, siendo que la piel y mucosas –diferentes a las del tracto gastrointestinal– son órganos con una enorme capacidad de absorción.

Existen medicamentos debidamente registrados que contienen principios activos que pueden ser muy tóxicos en sobredosis (ejemplo esteroides), cuya posología no se vigila estrechamente y tanto médicos como pacientes son inexactos en las indicaciones de su empleo. En este grupo destacan por su potencial toxicidad –además de los esteroides–, el fenol, resorcinol, ácido salicílico, hexaclorofeno, ácido bórico, mercuriales y podofilina. Asimismo, abundan los medicamentos no controlados o no registrados ante los que hay una gran tolerancia por ser de “uso local”.

En la medicina cosmética abundan este tipo de ejemplos y son con frecuencia causa de efectos adversos de gravedad variable. El problema se complica porque tampoco hay la debida farmacovigilancia de este tipo de medicamentos.

Por la naturaleza misma del problema, no se dispone de datos duros para cuantificar su ocurrencia, pero es evidente que los eventos adversos tienen un impacto desfavorable en la calidad de vida del paciente, y su tratamiento tiene un alto costo.

La respuesta inmediata del sector salud debe ser normar y vigilar el empleo de estos medicamentos. Los programas de farmacovigilancia de clínicas y hospitales públicos y privados deben poner atención a este tipo de presentaciones. Los médicos deben ser mucho más precisos en las indicaciones de su empleo en cuanto a cantidad, frecuencia y forma de aplicación, en lugar de dejar esta decisión a la discreción del mismo paciente. Indicaciones como “aplicar tres veces al día en el área afectada” pueden ser interpretadas de muy diversas maneras y por ende, deben evitarse.

Es importante que las autoridades sanitarias regulen y prohíban la venta no controlada de productos para uso cosmético en establecimientos como salones de belleza y clubes deportivos. En gimnasios se venden esteroides de manera ilegal y hormonales que contienen tiroxina. La venta de medicamentos que contienen dextroanfetaminas para controlar el apetito es otro ejemplo.

35

#### Detección temprana de la resistencia a insulina

De acuerdo a la Federación Internacional de Diabetes, más de 415 millones de personas tienen diabetes, para 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones. Uno de cada once adultos vive con diabetes. México ocupa el sexto lugar mundial en número de personas con diabetes, cantidad que está aumentando en cada país. Tres cuartas partes de las personas con diabetes viven en países de ingresos bajos y medios; la mitad de las muertes atribuibles a la diabetes ocurre en personas menores de 60 años y cada 6 segundos una persona muere a causa ella.

La mayoría de personas con diabetes tienen entre 40 y 59 años de edad, la mitad no son conscientes de su condición. La diabetes

causó 4.9 millones de muertes en 2014; ha originado al menos 548 millones de dólares de gasto sanitario en 2012; el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos (20-79 años). La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de muerte entre las personas con diabetes y puede representar 50% o más de muertes debidas a la diabetes en algunas poblaciones.

La resistencia a la insulina –también conocida como resistencia insulínica o insulinoresistencia– es una alteración hereditaria o adquirida de la respuesta tisular a la acción de la insulina. En términos fisiológicos se refiere a la inadecuada captación de la glucosa dependiente de insulina por parte de los tejidos, en especial del hígado, músculo y tejido adiposo.

36 Con el tiempo, como resultado de esta alteración los niveles de glucosa en sangre aumentan (Hiper glucemia) y se acompañan de hiperinsulinemia por la sobreproducción compensatoria de insulina por las células endócrinas del páncreas, llevando al organismo al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2. Aunque la resistencia a la insulina es un proceso multifactorial, que involucra tanto factores genéticos como adquiridos, cuenta con una serie de factores de riesgo que pueden predisponer a un individuo a desarrollar esta condición.

En términos epidemiológicos, el principal condicionante de la resistencia a la insulina es la occidentalización del estilo de vida, definida por el incremento de la ingestión de carbohidratos refinados y de grasas insaturadas de origen vegetal como aceites de canola, soya, girasol y otros, la reducción de la actividad física y el estrés crónico.

La resistencia a insulina es una condición que precede por años al desarrollo de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2, por lo que su detección e intervención oportunas podrían modificar el curso de la progresión de estas metabolopatías y cambiar el espectro clínico y epidemiológico de la diabetes en México.

Hoy se dispone de pruebas metabólicas que permiten detectar la resistencia a insulina de forma sencilla, no invasiva, que son

mucho más sensibles que los índices de uso común como el HOMA, el QUICKI y la determinación de péptido C. Su aplicación en forma masiva en población en riesgo, puede resultar en verdadera prevención de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, lo que tiene impacto de todo tipo. Además del bienestar físico de la población, hay consecuencias de tipo social, laboral y económico. La intervención oportuna puede modificar el curso de la historia y la epidemiología de la diabetes tipo 2 en el país.

Ya se dispone en México de este tipo de pruebas, específicamente del Índice Quantose® que se estima a partir de las concentraciones plasmáticas de ácido 2-alfa-hidroxi-butírico, ácido oleico, linoleil-glicero-fosfolina e insulina y que, en una escala de muy sencilla interpretación, es una medida del grado de resistencia a insulina.

Hoy por hoy, es el estudio que mejor correlaciona con la prueba de la “pinza hiperinsulinémica-euglucémica” considerada el estándar de oro para identificar y medir esta condición. A diferencia de los estudios genómicos, que estiman el riesgo poblacional de desarrollar diabetes cuando se tienen ciertos marcadores genéticos, el abordaje metabólico define el riesgo de cada individuo en particular, pues toma en cuenta el efecto del medio ambiente, nutrientes, peso, ejercicio, etcétera.

37

### Apnea del sueño

Se estima que 25% de los adultos mexicanos están en riesgo. Los estudios epidemiológicos han mostrado que el síndrome de apnea obstructiva del sueño es causa o se asocia a la mala calidad de vida, accidentes vehiculares, accidentes laborales y domésticos, síntomas depresivos y de ansiedad, problemas de memoria, atención y concentración, además de enfermedades cardiovasculares como: hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica, arritmias, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial pulmonar y enfermedad vascular cerebral.

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño se caracteriza por somnolencia diurna excesiva, trastornos cardiorrespiratorios y cognitivos secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño. Esta condición es muy prevalente en la población general y tiene efectos deletéreos sobre el sistema cardiovascular; aumenta la incidencia de accidentes viales a causa de la somnolencia, deteriora la calidad de vida y se asocia a un exceso de mortalidad. Suele afectar a personas obesas y los síntomas más importantes son los ronquidos y las pausas respiratorias repetidas. Cada episodio de apnea o hipopnea condiciona una caída en la saturación de oxígeno que altera la media nocturna y termina ocasionando serios problemas cardiovasculares a mediano y largo plazo. La desestructuración de la arquitectura del sueño conduce a la excesiva somnolencia diurna capaz de interferir en la vida social y laboral. Por definición, los eventos de apnea e hipopnea tienen una duración entre 10 y 30 segundos y ocasionalmente pueden prolongarse por más de un minuto. Los eventos respiratorios (apneas o hipopneas) pueden ocurrir en cualquier etapa de sueño; sin embargo, son más frecuentes en sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) y en las etapas N1 y N2 de sueño no MOR. Cuando los eventos respiratorios ocurren en sueño MOR suelen ser más prolongados y se asocian a mayor desaturación de oxígeno. Al resolverse el evento respiratorio, la saturación de oxígeno suele regresar a los valores basales. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía o poligrafía respiratoria, cuya versión simplificada es útil y suficiente en tres cuartas partes de los afectados.

El tratamiento médico más eficaz es la aplicación de presión positiva en la vía aérea que tiene escasos y leves efectos secundarios y es, en general, bien tolerado. Una vez adaptado el paciente debe realizarse un ajuste de la presión mediante polisomnografía o con instrumentos domésticos capaces de variar la presión hasta la corrección de los eventos respiratorios. El papel de la atención primaria es fundamental en la sospecha del cuadro, la utilización

correcta de los criterios de derivación y el control de los pacientes en tratamiento una vez adaptados. Adicionalmente se emplean medidas generales de las que el control de peso es la más importante y aplicable en todos los pacientes. Evitar el consumo de tabaco, alcohol y sedantes es una medida que se debe implementar en todos los pacientes con el problema. Se han empleado medicamentos hormonales, estimulantes de los centros respiratorios y modificantes de la macro arquitectura de sueño, pero los resultados han sido poco alentadores.

Las complicaciones crónicas y sistémicas de una condición tan frecuente impactan en la calidad de vida y costo de la atención de la salud. La identificación del problema y su tratamiento oportunos, deben redundar en beneficios y ahorros importantes al sistema de salud del país. Como ha sido una condición soslayada, es muy difícil estimar métricas.

39

#### Detección oportuna de cáncer de piel y melanoma cutáneo

El cáncer de piel ocupa el segundo lugar en frecuencia en México y en los últimos 10 años su incidencia se ha incrementado 20% y se está presentando en edades más tempranas. La detección oportuna es fundamental, ya que impacta en la sobrevida de los pacientes (ejemplo melanoma in situ: sobrevida del 95 al 100% vs. melanoma invasor 50% a 5 años). Además, disminuye sustancialmente los costos en tratamiento (ejemplo melanoma in situ: \$5 000.00 y melanoma metastásico: más de un millón de pesos). Además, el diagnóstico de cáncer de piel es de bajo costo, basado principalmente en la observación clínica y corroborado con biopsia de piel de fácil técnica.

Según datos del Instituto Nacional de Cancerología, en 2008 el cáncer de piel ocupó el primer lugar de consulta en hombres y el cuarto en mujeres. El carcinoma basocelular es el más común de ellos. Es localmente invasivo y de crecimiento lento y con bajo riesgo de generar metástasis, sin embargo, si no se trata oportuna y adecuadamente, el



carcinoma basocelular tiene la capacidad de provocar grandes destrucciones, y ciertamente las faciales son las más frecuentes. El carcinoma epidermoide representa el segundo lugar y es capaz de producir metástasis a ganglios regionales con una mortalidad de 25%. Tiene un crecimiento rápido y aparece con frecuencia sobre lesiones precancerosas como las queratosis actínicas, úlceras crónicas, etc. El melanoma ocupa el tercer lugar con 7.9 % en México y es la causa de 75 % de muertes por cáncer de piel.

40 El diagnóstico oportuno de estas neoplasias es muy importante, y con el tratamiento adecuado, la supervivencia y calidad de vida mejoran notablemente. La exposición solar es determinante en el desarrollo del cáncer de piel, especialmente la exposición intensa e intermitente durante la infancia y adolescencia. Se calcula que los niños y adolescentes pasan entre dos y tres horas expuestos al sol cada día y reciben más radiación ultravioleta B que los adultos.

Varios estudios han probado que el uso regular de filtros solares antes de los 18 años de edad puede reducir la incidencia del cáncer de piel (no melanoma) hasta 78 %. Actualmente se sabe que antes de los 18 años se ha acumulado 70 % del daño actínico crónico que se manifestará en la edad adulta, como foto envejecimiento o cáncer de piel, por lo que es importante iniciar las medidas de foto protección desde la infancia. En México no existe una cultura de foto protección y además persisten muchos mitos respecto al uso de foto protectores.

La mayor parte de la población mexicana desconoce los efectos nocivos que produce la exposición prolongada a las radiaciones solares. Según el Registro Nacional de Neoplasias Malignas, el cáncer de piel tiene una mayor incidencia en las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey.

Es necesario poder realizar el diagnóstico oportuno mediante campañas médicas de detección: Educación médica continua a profesionales de la salud, médicos de primer contacto y especialistas para identificar y canalizar a los pacientes a centros para confirma-

ción de diagnóstico y tratamiento; Difusión de la información a la población general en medios masivos para acudir al médico ante lesiones sospechosas de cáncer de piel y melanoma cutáneo; Campañas masivas a la población general de los riesgos de la exposición solar y los métodos de foto protección; Prevención de nuevos casos de cáncer de piel en poblaciones de menor edad; Identificación de casos más tempranos de cáncer de piel para su tratamiento oportuno. Aumento de la sobrevivencia de los pacientes con excelente calidad de vida. Reducción de los gastos del tratamiento de cáncer de piel en el sector público y privado.

Establecer mecanismos de financiamiento por prestación de servicios

41

Otro aspecto de la discusión abordado por este grupo de trabajo, consistió en realizar una propuesta para modificar el Modelo de Atención a la Salud en México y dado que la mayoría de hospitales y clínicas del sector público enfrentan carencias presupuestales, y que muchos de estos hospitales tienen un gran potencial para generar ingresos a la institución, podría normarse y ponerse en práctica un sistema de remuneración por la prestación de servicios como un mecanismo de mejora financiera de los sistemas nacionales de salud.

La eficiencia financiera de clínicas y hospitales públicos se verá reflejada en mejores servicios y en una reducción notable de cancelaciones de procedimientos, surtido incompleto de recetas, etc. Los hospitales y clínicas harán un mejor uso de su infraestructura. El personal médico puede mejorar su remuneración individual sin tener que trasladarse a otro sitio de trabajo. Existen diversas alternativas, todas sujetas al tipo de servicio y organización. Cirugías estéticas a precio reducido para pacientes “privados”. Maquila de exámenes de laboratorio clínico e imagenología en horarios en que no afecten la atención de los derechohabientes. Subrogación de servicios de anatomía patológica. Renta de consultorios a miembros del “staff”

para consulta externa privada en horarios vespertinos, etc. Se hizo la sugerencia de que los montos recaudados sean asignados al departamento que otorga el servicio, en lugar de formar parte adicional del presupuesto global de la institución. Este esquema podría detonar mayores iniciativas.

Promover, fomentar y apoyar investigación trasnacional que permita generar estrategias de innovación

42

Una proporción importante de la investigación biomédica realizada en México, no tiene aplicabilidad alguna en enfermedades que aquejan a nuestra población. La investigación biomédica básica y la investigación clínica se comunican, si acaso, muy poco, lo que no ha permitido generar estrategias de innovación en la ciencia y tecnología biomédicas del país.

Dadas las limitaciones de recursos públicos para realizar investigación, parece lógico que estos se destinen al desarrollo de conocimiento que resulte en aplicación en problemas de salud en la población mexicana. Esta estrategia además sería mucho más atractiva para la inversión privada, toda vez que podría resultar en la generación de patentes susceptibles de ser comercializadas. Las instancias públicas deberían enfocarse en apoyar este tipo de proyectos, para que la iniciativa privada también tenga interés en aportar. Las universidades e instituciones de enseñanza superior –como hospitales de tercer nivel– deben promover la interacción entre investigadores básicos y clínicos, además de buscar vínculos con empresas y fondos de inversión. La generación de productos científicos que encuentren aplicación en la práctica médica brindará cierto grado de independencia tecnológica en materia médica. Esto, sin duda, debería reducir los costos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos haciéndolos accesibles para un mayor número de pacientes. En el grupo de discusión se detectaron varias áreas donde existen brechas entre

los investigadores básicos y clínicos que de cerrarse, podrían generar sinergias muy importantes. La comunicación entre unos y otros debe ser fluida para lograr ser productiva.

#### Postura ante la formación de médicos esteticistas

El último tópico abordado por el grupo de discusión, en relación a propuestas ante la formación de recursos humanos para la salud, fue la necesidad de adoptar una postura firme y bien definida ante el problema creciente de la iatrogenia provocada por los médicos “esteticistas”.

Hay universidades en el país que están ofreciendo la “especialidad” de Esteticistas para médicos generales. Los límites del tipo de procedimientos que pueden y no realizar son muy confusos. Se han convertido en una causa importante de iatrogenia, junto con los productos sin registro, los productos milagro, y el abuso de medicamentos de empleo tópico. Existen variedades de estos procedimientos que son invasivos (como la mesoterapia: Tratamiento médico local de algunas enfermedades que consiste en introducir pequeñas dosis de diversos medicamentos en la parte del cuerpo afectada mediante inyecciones simultáneas con una jeringa circular provista de varias agujas) que con frecuencia resultan en infecciones graves o fatales.

Es necesario analizar y, según sea el caso, desaprobado o normar la formación de estos especialistas, definiendo claramente los procedimientos de estar capacitados para ejercer, y utilizando única y exclusivamente productos debidamente registrados por la autoridad sanitaria. El grupo de discusión considera que la Academia Nacional de Medicina debería definir una postura (quizás a través de la creación de un documento) ante esta situación.

## Región Sur

En esta región se buscó identificar aquella problemática en salud no cubierta por los programas de salud pública ya reconocidos, haciendo énfasis en los siguientes grupos:

Salud de la mujer, malnutrición, accidentes y violencias, salud mental y, salud en el adulto mayor.

La salud de la mujer

*Mortalidad materna: atención obstétrica*

*Cáncer: mama, cuello uterino y ovario*

- 44 La salud reproductiva ha sido un tema que ha permanecido en la agenda de género durante mucho tiempo, ya que constituye un derecho de todas y todos sin excepción; un derecho que desafortunadamente ha sido vulnerado en mujeres en todos sus ciclos de vida y desde todos los ámbitos. Muchas mujeres han aprendido a que otras personas decidan sobre su cuerpo y eso ha generado situaciones de violencia obstétrica y esterilizaciones forzadas.

En el contexto de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se llevó a cabo en el Cairo en 1994, se señaló que “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.”; en la Cuarta conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing en 1995, se aprobó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, que reconoce y reafirma el derecho de las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad.

En México se cuenta con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Población, la Ley General de Salud, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación Contra las Mujeres 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el Programa Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018 y la Estrategia Nacional para Prevención del Embarazo en Adolescentes, que respaldan las acciones de planificación familiar, anticoncepción y salud reproductiva.

Por lo tanto, la salud reproductiva promueve que las personas puedan gozar de una vida sexual segura y que decidan cuándo quieren tener hijos. En este sentido, supone el derecho de hombres y mujeres de estar informados acerca del funcionamiento de sus propios cuerpos y de los métodos anticonceptivos existentes.

45

De esta forma, la salud reproductiva está conformada por diversos servicios y técnicas, incluyendo la educación y los cuidados vinculados a las enfermedades de transmisión sexual.

Diversas estadísticas señalan que los embarazos no deseados suponen 50% del total, una cifra que incide en la existencia de abortos de alto riesgo y enfermedades venéreas de distinto tipo. Se estima que mueren 600 000 mujeres al año por complicaciones obstétricas, que no deberían existir en los países con adecuados planes de salud reproductiva.

La salud reproductiva también incluye la detección precoz de afecciones ginecológicas, con exámenes como el control mamario y el PAP.

Es importante señalar que el desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procrear, son dos derechos estrictamente vinculados con la dignidad de la persona y el desarrollo de sus capacidades, por eso, es necesario que esos derechos sean defendidos a nivel estatal, garantizando la integridad física y psíquica de la persona.

### *Embarazo en adolescentes*

En las adolescentes embarazadas el riesgo de abortar en condiciones poco seguras es mayor que en la mujer adulta. Se estima que se practican cada año tres millones de abortos peligrosos en mujeres entre los 15 y 19 años.

Los abortos con riesgo contribuyen en forma importante a los problemas de salud de larga duración y a la mortalidad materna en países de bajo y mediano ingreso. Las complicaciones derivadas del embarazo y el parto constituyen una importante causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años.

46 El embarazo temprano aumenta el riesgo tanto para la madre como para el niño. Aunque, se ha logrado reducir en las tasas de natalidad entre las adolescentes, el porcentaje de nacidos vivos a nivel mundial es altamente significativo en las adolescentes.

Las defunciones maternas ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad que afectan a mujeres en edad reproductiva. Cada año mueren por complicaciones obstétricas y el parto unas 287 000 mujeres, 99% en países en desarrollo.

El uso de anticonceptivos se ha incrementado en los últimos treinta años, sin embargo, un porcentaje importante de mujeres no tienen acceso a métodos seguros de anticoncepción y otras ignoran como aplicar estos cuidados particularmente en áreas marginadas.

Las mujeres que tienen un menor nivel socioeconómico o de ascendencia indígena son más vulnerables. En nuestro país la tasa de partos en adolescentes es de 73.6 bebés vivos por cada 100 000 nacimientos.

La mortalidad materna se considera un indicador de desigualdad y rezago social, ya que en los países con menor desarrollo económico, es más frecuente y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por estas causas. De ahí la importancia de que su disminución sea considerada prioritaria. En México la morta-

lidad materna pasó de 88.7 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos en 1990 a 34.6 en 2015

La distribución espacial de la muerte materna en México no es homogénea y se presenta con mayor frecuencia en entidades donde la desigualdad y el rezago social están presentes. En 2015 las entidades donde se reportó la mayor cantidad de muertes maternas por cada 100 000 nacimientos son: Chiapas (68.5), Nayarit (66.9) en tanto que en Quintana Roo fue de 20.7, Tlaxcala (20.1) y Querétaro (14.9)

### *Cáncer cervicouterino*

Es el segundo tipo más frecuente de cáncer en la mujer. A nivel mundial se reconoce su relación con la infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VPH). Esta situación es susceptible de revertirse al menos parcialmente con programas de educación sexual y prevención: vacunación y detección oportuna.

47

Actualmente se estima una ocurrencia de 13 960 casos en mujeres con una incidencia de 23.3 casos por 100 000 mujeres. En 2014 se registraron 3 063 casos nuevos de tumores malignos de cuello uterino con una tasa de incidencia de 6.08 por 100 000 mujeres mayores de 10 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años o más, en 2015 se registraron 3 994 defunciones, con una tasa cruda de 11.5 por 100 000 mujeres. Las entidades federativas con más alto índice de mortalidad son: Colima (17.7), Chiapas (17.6), Guerrero (15.6), Veracruz (15.4) y Oaxaca (15.2). Existe un incremento de CACU a partir de los 35 años, pero el mayor porcentaje corresponde al grupo de 50 a 59 años, alrededor del 30% de todos los casos registrados del 2014. La edad promedio de presentación es de 49.2 años.

### *Cáncer de mama*

Es la neoplasia más frecuente en la población mundial. En México en 2014 se registraron 11 372 casos nuevos de cáncer de mama con una



tasa de incidencia de 22.56 por 100 000 mujeres mayores de 10 años. En el grupo específico de mujeres de 25 años o más, en 2015 se registraron 6 252 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 18 defunciones por 100 000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad son: Sonora (28.6), Nuevo León (26), Coahuila (25.7), Chihuahua (24.8), Ciudad de México ( 24.7) y Sinaloa (22.2). El promedio de presentación del cáncer de mama es variable pero la mayor incidencia ocurre entre los 50 a 59 años en 45% de los casos.

Importancia de la salud de la mujer

Alta razón de mortalidad materna:

- 48
- En el medio rural de: Chiapas (68.1) por 100 mil NVR, Guerrero (58.7), Oaxaca (46.7) y Yucatán (42.4), Tabasco (40.7).
  - Moral y socialmente inaceptable, desequilibra el núcleo familiar y de la sociedad; refleja las verdaderas condiciones de salud de la población. Tasas de mortalidad por cáncer de mama x 100 000 mujeres (2013) : Campeche: 10.33, Chiapas: 11.8, Guerrero:10.3, Oaxaca: 9.0, Quintana Roo: 10.67, Tabasco: 12.11, Yucatán: 13.69.
  - Cáncer cérvicouterino: Campeche: 11.5, Chiapas: 17.2, Guerrero: 14.1, Oaxaca: 13.4, Quintana Roo: 14.1, Tabasco: 14.7, Yucatán: 13.2.

Propuesta para lograr la salud de la mujer

- Detección, vigilancia, seguimiento y atención oportuna y de calidad de embarazos de alto riesgo, en áreas rurales y marginadas y de embarazos en adolescentes;
- Mejora en la cobertura y calidad de la atención prenatal; servicios de atención obstétrica de emergencia; mejora en el servicio de ambulancias en las unidades de primer nivel, parto humanizado; seguimiento de puérperas.

- **Cáncer de mama:** implementar el acceso a los estudios de imagenología (mastografía y ultrasonido) a partir de los 40 años. Concientizar a las pacientes el mayor riesgo que tienen de padecer cáncer de colon y ovario.
- **Identificación de las pacientes con mayor riesgo de cáncer de mama** (mujeres con historia familiar de cáncer de mama y ovario).
- **Cáncer de cuello cérvicouterino:** mejorar el programa de detección oportuna de esta neoplasia; mejorar los insumos necesarios para la toma de la citología cervical; aumentar el número de citotecnólogos certificados; informar el resultado individualmente y proporcionar consejería sobre el resultado para la toma de decisión.

49

Elementos indispensables para lograr la salud de la mujer

Personal comunitario de salud (COCS, ARS), comités de salud, autoridades comunitarias y municipales, parteras tradicionales; unidades de salud del primer nivel; personal de programa PROSPERA; Hospitales básicos comunitarios y generales del segundo nivel, centros DIF, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

- **Cáncer de mama y ovario:** unidades móviles con equipo de imagenología, que cuente con personal capacitado.
- **Cáncer de cuello uterino:** Centros de detección oportuna de cáncer cérvicouterino.

Logros con los programas en la salud de la mujer

Desarrollo social, gobernanza, empoderamiento de la mujer, estabilidad del núcleo familiar:

- **Cáncer de mama, cérvicouterino y ovario:** identificación de mujeres con enfermedad temprana y limitar tratamientos agresivos; menor impacto psicológico de la paciente y del núcleo familiar; disminución de costos institucionales, familiares y sociales.
- Mayor número de años de vida saludable.
- **Control del cáncer cérvicouterino;** disminución de los casos avanzados de cáncer de mama y ovario.

## Malnutrición

Restricción nutricional intrauterina;

Desnutrición crónica (talla baja o desmedro)

50 en la niñez, sobrepeso y obesidad en el adulto

La malnutrición es un desorden de la salud en la cual las carencias, los excesos o los desequilibrios de la ingesta de energía y/o nutrientes en una persona se encuentran alterados.

La malnutrición comprende dos amplios grupos de afecciones: a) La desnutrición que ocasiona retraso en el crecimiento (talla inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que le corresponde de acuerdo a la estatura), insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales). b) Este grupo comprende el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidente vascular cerebral, Diabetes mellitus y enfermedades malignas).

La malnutrición tiene una distribución mundial, para combatirla se estableció en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016 una resolución en la que en el decenio de acción de las Naciones Unidas sobre la nutrición de 2016 a 2025 que se debía de hacer. El objetivo primordial es catalizar los compromisos políticos, que conduzcan a actuaciones mensurables contra todas las formas de malnutrición. La

finalidad, es que todas las poblaciones tengan acceso a dietas más sanas y sustentables para erradicar las formas de malnutrición.

En la región sur del país, específicamente en Yucatán, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) indica que hay 937 000 personas que padecen hambre y esta región permanece en los primeros lugares de desnutrición crónica en los niños en el séptimo lugar, en octavo lugar Campeche, en noveno Veracruz, en décimo Hidalgo y Quintana Roo el décimo tercer lugar.

#### Importancia de la malnutrición

Doble carga de la transición nutricional: Desnutrición en la niñez y sobrepeso y obesidad y problemas cardiometabólicos en el adulto:

51

- Fracaso de los múltiples programas alimentarios nacionales y estatales, porque no están diseñados para atender la problemática, por ejemplo desayunos escolares (ricos en CH<sub>2</sub>O simples).
- Consumo de alimentos chatarra vendidos en las escuelas.

#### Propuesta para corrección de la malnutrición

- Identificación y vigilancia en grupos de alto riesgo; Sistema de vigilancia nutricional; atención prenatal; capacitación efectiva al personal comunitario, del primer nivel de atención, de PROSPERA y maestros de primaria y secundaria.
- Orientación nutricional a la población; Programas de actividad física en escuelas e instituciones públicas y privadas; bebederos en escuelas y lugares públicos para disminuir la ingestión de bebidas embotelladas azucaradas.

Elementos indispensables para lograr la erradicación de la malnutrición

Personal comunitario de salud;  
Unidades del primer nivel de atención, nutriólogo;  
Maestros de primaria y secundaria; representantes y vocales de PROSPERA,  
Secretaría de Desarrollo Social; CONADE;  
Estancias infantiles: SEDESOL, PESA.

Logros con los programas de malnutrición

52 Menor costo social en la atención de las complicaciones de la malnutrición y el síndrome metabólico (SM); incremento en años de vida saludable; disminución de la morbilidad por problemas asociados a la malnutrición y al SM: infecciones, cardiometabólico; mejoramiento del nivel educativo.

Accidentes y violencia

Lesiones

Las lesiones causadas por accidentes de tránsito ocasionan pérdidas económicas considerables para las personas y sus familias, con el consiguiente deterioro económico y grado variable de limitación funcional y pérdida de la productividad.

Considerar factores de riesgo en los cuales se debe tener en cuenta el error humano:

Las quemaduras, el ahogamiento y la ingestión accidental de sustancias tóxicas son comunes en el hogar. Las lesiones consecuencia de accidentes en los niños son causas principales de morbilidad a nivel mundial, por lo que se le considera como un problema de salud pública. Se estima que anualmente 950 000

niños menores de 18 años fallecen como consecuencia de lesiones o por violencia y en cerca del 90 % son identificadas como no intencionales. Las heridas, las caídas, los accidentes automovilísticos y las quemaduras son las causas más frecuentes

La violencia intrafamiliar es un problema muy grave en la actualidad y ocasiona daño irreparable tanto en la víctima como en el agresor, ya que las personas que ejercen la violencia probablemente también fueron víctimas. Habitualmente este tipo de violencia no se produce en forma aislada, sino sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos agredidos son las mujeres, los niños y personas dependientes.

Acoso escolar - bullying

53

Bullying significa intimidación. Desafortunadamente está de moda debido, a los innumerables casos de persecución y agresividad que se están detectando en las escuelas y colegios y que están llevando a muchos escolares a vivir situaciones verdaderamente aterradoras. El bullying se refiere a todas las formas de actividades agresivas intencionales y repetidas que ocurren sin motivación, adoptadas por uno o más estudiantes contra otros.

Importancia de accidentes y violencia

Accidentes de tráfico cuarta y quinta causa de mortalidad general; elevada frecuencia de accidentes en el hogar y en el centro de trabajo.

Violencia intrafamiliar y escolar.

Propuesta para la prevención de accidentes y violencia

Es necesario desarrollar programas de educación para la salud, prevención de accidentes y crear conciencia en la población. En cuanto a violencias es necesario atacar las causas: deterioro del tejido social y

familiar, falta de oportunidades de trabajo, educación, etc. Combatir la corrupción e impunidad.

Implementar y vigilar los programas para prevención de violencia. Consejería familiar y apoyo a las víctimas.

Elementos indispensables para lograr la prevención de los accidentes y violencia

Unidades del primer nivel de atención médica; escuelas primarias, nivel medio y medio superior; autoridades locales, municipales y estatales; organizaciones sociales, sistema de justicia, organizaciones de la sociedad civil (OSC, Centros del DIF).

54 Logros con los programas de prevención de accidentes y violencia

Disminución de discapacidad y muertes evitables con el consiguiente aumento en años de vida saludable y en costos beneficio sociales e institucionales.

Disminución de costos y dependencia.

## Salud mental

Suicidios, depresión y adicciones

Según la OMS la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En la Salud Mental los factores psicosociales afectan la capacidad del paciente para enfrentar su enfermedad crónica. La capacidad de adaptación debe ser flexible, tener la mente abierta para ver que existen otras posibilidades distintas a las que hasta ahora se habían detectado. Es estar dispuesto o dispuesta a realizar los cambios necesarios en determinadas situaciones.

La importancia de la adaptación es muy importante para enfrentar los padecimientos crónicos, existen factores negativos que influyen en este proceso, tales como la depresión y la ansiedad, historias de abuso físico o sexual, las enfermedades psiquiátricas, exposición a estresores y trastornos del patrón del sueño.

La depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

55

En la región sur existe un incremento muy importante de suicidios, predominando los del área rural por la modalidad del ahorcamiento. En Yucatán los suicidios se incrementaron 61% en el año 2016.

La tasa de adicciones en nuestro país va en aumento, principalmente la marihuana y la cocaína. La edad de inicio de consumo de drogas es de 17.8 años (hombres 17.7 y mujeres 18.2), 8.6% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, 2.1% en el último año (1.8 millones y 1.2% en el último mes). 3.5% ha consumido cocaína alguna vez en la vida, 0.8% en el último año y 0.4% en el último mes. El consumo de otras drogas ilegales presenta prevalencias iguales o inferiores al 1.1% para el consumo alguna vez, de 0.2% en el último año y de 0.1% en el último mes.

Los datos muestran un incremento en el consumo de marihuana tanto en hombres como en mujeres. El consumo de cocaína se mantuvo estable en la prevalencia alguna vez y en el último año. En Jalisco, Quintana Roo y Baja California, que son los estados con las



más altas prevalencias, las acciones preventivas deben realizarse con mayor atención y celeridad. Con relación a 2011, el consumo en adolescentes incrementó tanto en hombres como en mujeres, particularmente el de marihuana; en tanto que el consumo de cocaína e inhalables permaneció estable. Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas. Dado los aumentos en el consumo de sustancias con respecto a años anteriores, resulta urgente ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven. Otro elemento de interés es desarrollar mayores esfuerzos, tales como ofrecer servicios con perspectiva de género, para facilitar que los usuarios con dependencia a las drogas asistan a tratamientos especializados, ya que sólo uno de cada cinco recibe este tipo de ayuda.

En la población de 18 a 34 años: La prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez incrementó de 11.3% en 2011 a 15% en 2016; en hombres aumentó significativamente de 18.5% a 22.8% y en mujeres de 4.6% a 7.6%. El consumo de cualquier droga en el último año pasó de 2.8% a 5%; en hombres aumentó significativamente de 4.7% a 8.2% y en mujeres se mantuvo estable de 1.1% a 2%. El consumo de cualquier droga en el último mes pasó de 1.4% a 2.7%; en hombres aumentó significativamente de 2.6% a 4.8% y en mujeres se mantuvo estable de 0.4% a 0.7%.

Jalisco (15.3%), Quintana Roo (14.9%) y Baja California (13.5%) reportan los porcentajes más altos de consumo de cualquier droga ilegal alguna vez, en la población de 12 a 65 años, con respecto a la prevalencia nacional (9.9%). En el último año, sólo Baja California (4.4%) tiene un porcentaje mayor al nacional (2.7%).

### Importancia de la salud mental

La tasa de lesiones autoinflingidas (suicidio) por 100 000 habitantes en Campeche es 9.5; Quintana Roo 9.3; Tabasco 9.1; Yucatán 9.03; lo

que contrasta con los estados de Chiapas 6.7; Guerrero 2.4 y Oaxaca 3.5 (INEGI 2015).

Sin embargo, las defunciones por suicidios en Chiapas se triplicaron en 5 años (2010-2015).

- La depresión tuvo hasta la semana 26 del 2017 (DGE-SS), las tasas por 100 000 habitantes de: Yucatán 65.4; Quintana Roo 41.3; Tabasco 36.15 que contrastan con las de Guerrero de 30.9; Oaxaca 22.8 y Chiapas 19.3.

Las tasas por 100 000 habitantes de pacientes fármaco-dependientes (INEGI 2015) fueron de: Quintana Roo 286.6; Yucatán 94.5; Guerrero 76.5; Campeche 67.4; lo que contrasta con las tasas de Oaxaca 46.3 y Chiapas de 25.8

57

Este último problema es una causa frecuente de demanda de consulta, de ausentismo laboral, de alteración del tejido social y de violencia, entre otros.

Propuesta para lograr la salud mental

Los servicios de atención a la salud mental se deben fortalecer, principalmente en el primer nivel de atención con un enfoque de salud mental comunitaria.

Elementos que participan en el manejo de la salud mental

Equipo de las unidades del primer nivel de atención (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales), COCS, maestros de las escuelas secundarias y preparatorias; personal de los centros del DIF; Hospitales básicos comunitarios y generales; servicios de psicología y psiquiatría, trabajo social, dirección de salud mental de la SSA; Instituto Mexicano de Psiquiatría y organizaciones de la sociedad civil.

## Logros con los programas de salud mental

Impacto en los indicadores de años de vida saludables y años de vida con calidad, restablecimiento del tejido social y disminución de violencia.

## Salud en el adulto mayor

El envejecimiento de nuestra población es una realidad, consecuencia de la disminución en los niveles de natalidad, aumento en la esperanza de vida y de la modificación de la población joven, anteriormente preponderante.

58 Estos cambios se asocian a corto y mediano plazo con un incremento en las enfermedades transmisibles, crónicas degenerativas, trastornos cognitivos, metabólicos lo que incide en la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria, mayor demanda de los servicios de salud, disminución de productividad y con frecuencia dependencia. La situación de envejecimiento en nuestro país no es diferente a lo observado en otros países con tendencia a acelerarse en las próximas décadas. Se estima que en el 2020 la población de adulto mayor será de 7% y para el año 2030 de 10%.

En 2015 la población menor de 15 años representó 27% del total, la población de 15 a 64 años 65% y la población de adultos mayores 7.2%.

Actualmente en los países desarrollados 20% o más en la población tiene más de 60 años. La OMS define como adulto mayor a toda persona con más de 60 años de edad, para países en desarrollo y mayores de 65 años para los países ya desarrollados. El adulto mayor recibe otros sinónimos como viejo, anciano, senil, etc., pero para una mayor comprensión nos referimos como adulto mayor.

En las últimas décadas, la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, los progresos de la nutrición y los niveles de vida han ocasionado un

incremento en la esperanza de vida. Hace dos siglos la esperanza de vida era de 30 años; en 1930 de 55 a 60 años de edad y en la actualidad sobrepasa los 70 años de vida.

Pirámide poblacional 2016		
Edad	H	M
60 a 64 a	1.5	1.7
65 a 69 a	1.1	1.3
70 a 74 a	0.8	1.0
75 a 79 a	0.6	0.7
80 a 84 a	0.4	0.4
85 o más a	0.3	0.4

59

Varones 4.7 Mujeres 5.7

Total 10.4 avance del envejecimiento

2010 - 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes.

2013 - 19 adultos mayores por cada 100 jóvenes.

2030 - 43 adultos mayores por cada 100 jóvenes.

A diferencia de los pacientes jóvenes, el adulto mayor está sujeto a factores biológicos, psicosociales, que alteran el proceso de reconocimiento de la enfermedad; el adulto mayor tiene dificultad para identificar o expresar su enfermedad, esta dificultad para reconocer la presencia de alguna enfermedad se debe a principalmente a tres factores: la adaptación de la enfermedad propia del

envejecimiento, la forma atípica en que se manifiesta y múltiples comorbilidades asociadas.

La edad se acompaña de cambios en la composición corporal incluyendo la disminución de la masa muscular y ósea, así mismo después de la mediana edad la masa grasa aumenta gradualmente en tanto que la magra disminuye lo que contribuye a debilidad muscular en los adultos mayores con riesgos relacionados con la calidad de vida y funcionalidad.

En el área de fisiología los cambios producidos por el envejecimiento, hacen a estos pacientes más susceptibles a presentar efectos adversos a drogas excluyendo el uso adecuado de terapia inmunosupresora. La presencia de comorbilidades tales como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HA) y Aterosclerosis pueden representar un desafío en el manejo de estos pacientes.

60

#### Importancia de la salud en el adulto mayor

- Envejecimiento acelerado de la población, población del adulto mayor: 2010: 7.4%; 2030: 10% ;
- Consecuencias: dependencia y discapacidad, inmunosenescencia: aumento de infecciones, enfermedades malignas y autoinmunes, osteoporosis y sarcopenia, patología encefálica (EVC), Alzheimer y demencia senil, enfermedades del aparato respiratorio: neumonía, EPOC, asma; malnutrición y alteraciones oculares.
- Exclusión laboral y social del adulto mayor.

#### Propuesta para mantener la salud en el adulto mayor

- Identificación oportuna de la patología del adulto mayor, debido a sus manifestaciones atípicas.
- Adecuar los programas ya existentes dirigidos al adulto mayor: HA, DM, obesidad, síndrome metabólico.

- Integrar a la atención de la salud programas como encefalopatía, enfermedades musculoesqueléticas, osteoporosis, sarcopenia y malnutrición.
- Insistir en los programas de vacunación en el adulto mayor.

Elementos que participan en el manejo de la salud en el adulto mayor

- Médicos de primer nivel actualizados con conocimientos de la patología del adulto mayor.
- Personal comunitario de salud (SSA).
- Medicina preventiva: vacunación.
- Instalaciones de rehabilitación adecuadas para el adulto mayor.

61

Logros con los programas de salud en el adulto mayor

- Mejorar la calidad de vida del adulto mayor y su inclusión en el proceso social.
- Disminuir costos de operación en la atención del adulto mayor: tratamiento oportuno, optimizando los recursos de la atención médica.
- Desarrollo social, recuperando la presencia activa del adulto mayor.

Región Noreste

Problema de salud: Insuficiencia renal

Se estima que en México existen al menos 250 000 (más de 150 mil ya están en diálisis) pacientes con insuficiencia renal terminal y se espera que para la siguiente década habrá un millón de enfermos que requieran diálisis; una gran parte de los casos de este padecimiento

son secundarios a DM TIPO II y de etiología idiopática y se necesita más investigación al respecto.

Se requiere establecer un programa eficiente de detección oportuna de daño renal para tratar de evitar su progresión, además del control adecuado de los enfermos diabéticos e hipertensos; incrementar la investigación y apoyar la realización de programas por parte del gobierno federal y estatal; incrementar el número de trasplantes e impulsar la política pública de donación de órganos; subrogación de los servicios de hemodiálisis a empresas del sector privado, en caso de que así convenga, para ampliar la cobertura de este servicio en los pacientes con insuficiencia renal y negociar tarifas que hagan viable la medida.

62 Para ello, se requiere el esfuerzo y acción del gobierno federal y estatal y Secretaría de Salud a través del Seguro Popular, que desde el presente año en su reglamento establece que 20% de la aportación solidaria estatal sea destinada en cada estado al tratamiento de la insuficiencia renal (diálisis y trasplante). Asimismo certificar a las empresas privadas con instalaciones para la realización de diálisis.

Esta acción permitirá proporcionar atención médica adecuada a los pacientes con insuficiencia renal en beneficio de su calidad de vida.

Problema de salud: Infecciones en los hospitales

Actualmente existe una pérdida de la eficacia terapéutica de varios de los antibióticos para tratar infecciones asociadas al cuidado de la salud. En México se hospitalizan alrededor de 8 millones de personas al año por diferentes causas y, es claro y reportado que, una buena parte de los hospitales carecen de un programa de prevención y control de infecciones nosocomiales eficiente, por lo que se llegan a infectar del 10 al 20% de los pacientes que ingresan a las unidades hospitalarias, de los cuales fallece al menos 5%, lo que equivale a tasas de mortalidad parecidas a las que tienen la diabetes

y enfermedades crónicas degenerativas y supera a los accidentes de tráfico o eventos cerebro vasculares. En los hospitales que atienden neonatos, es común que ocurran brotes de enfermedad y muerte, por infecciones nosocomiales.

Ante este problema, que persiste y va en aumento, se requiere una mejora radical de los programas de prevención y control de infecciones en las unidades hospitalarias con seguimiento de su instrumentación; la organización de una red de apoyo que mejore los servicios y la calidad de la información que actualmente proporciona la RHOVE; realizar una auditoría de este registro y mejorar su funcionalidad; implantación y seguimiento de los programas de bacteriemia cero en las unidades de salud.

Fortalecer el programa de agua limpia y uso racional de antibióticos en las unidades hospitalarias. Asimismo, desarrollar en la política pública dirigida a las unidades hospitalarias la implantación de programas de última generación sobre asepsia, antisepsia, desinfección y esterilización. En las unidades hospitalarias con atención de neonatos se hace necesario la implantación de un programa específico para prevenir y disminuir las bacteriemias y las muertes asociadas.

63

Con ello se contribuiría a la reducción de la enfermedad y la muerte en los hospitales, de los costos de atención, al egreso temprano de los pacientes a la conservación de la eficacia de los antibióticos.

## Región Noroeste (Jalisco)

Problema de salud: Demencia en adultos mayores

A pesar del creciente interés en brindar una mayor prioridad a las enfermedades crónicas en las agendas y estrategias de salud nacional y global, las enfermedades mentales en general y las demencias en particular, no constituyen una prioridad para los sistemas de salud



y los gobiernos en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, las demencias, son el mayor contribuyente de discapacidad, dependencia y mortalidad, en los ancianos.

La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6.0 y 6.5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 % en los países del Cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 % de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo.

64

La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410 938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos. De 3.4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4.1 millones para el 2020 y a 9.1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica.

Por lo que se sugiere instrumentar un programa de mediano y largo plazo que incluya tanto la formación de recursos humanos en salud, dirigido a reconocer los signos iniciales de la demencia. Desarrollo de programas de prevención que contribuyan a la reducción de la incidencia, así como de una línea de investigación nacional que aporte información sobre el problema y establecer un registro de casos que permita dar seguimiento a los pacientes y tener información para el desarrollo de intervenciones clínicas.

Problema de salud: Prevención de la muerte por eventos cardiovasculares en Artritis Reumatoide (AR)

La causa principal de muerte en AR son las enfermedades cardiovasculares. La reducción en la expectativa de vida es de hasta de 19 años. A pesar de las múltiples publicaciones a este respecto, no se han conside-

rado acciones preventivas en este sentido por el Seguro Popular o las instituciones de Seguridad Social.

En base a datos publicados de pacientes con AR sin comorbilidades pre existentes en instituciones de salud nacionales, se ha demostrado que tan temprano como a los 4 años de diagnóstico de la AR ya existe aterosclerosis prematura. Un importante factor de riesgos para este problema es la redistribución de grasa así como la obesidad, factores importantes que coadyuvan en la agresividad de la AR. Se ha estimado que cada año de evolución de AR equivale a los cambios que sufrirían los sujetos sanos en 10 años sobre su rigidez arterial.

Con base a ello se propone que el tratamiento de los pacientes con AR debe ir más allá del bienestar articular, con el Treat 2 Target que incluye la opción de prescribir terapia biológica (T2T). Esta visión obligaría a realizar en los pacientes con AR, como mínimo, estudios de eco Doppler carotideo y estudios de medición de rigidez arterial para realizar una intervención en tiempo y disminuir la mortalidad cardiovascular.

65

Una adecuación en la definición de la cobertura del tratamiento y estudios diagnósticos complementarios en pacientes con AR en el Seguro Popular y en las Instituciones de Seguridad Social contribuiría al aumento en la calidad y expectativa de vida del paciente con AR.

## Participantes del ejercicio

### Zona Norte

Sede: Monterrey, Nuevo León

---

**Coordinador:** Acad. Dr. Hugo Barrera  
**Participantes:** Acad. Dr. Guillermo Elizondo  
Acad. Dr. David Gómez Almaguer  
Acad. Dr. Ernesto Ramos  
Acad. Dr. Alejandro Gómez Álcala  
Acad. Dr. Norberto Sotelo Cruz  
Acad. Dr. Mario César Salinas Carmona

66

### Zona Noroeste

Sede: Guadalajara, Jalisco

---

**Coordinador:** Acad. Dra. Mónica Vázquez del Mercado  
**Participantes:** Acad. Dr. Manuel González Ortíz  
Acad. Dr. Eduardo Poletti  
Acad. Dra. Rebeca Olivia Millán  
Acad. Dr. Alfredo Feria  
Acad. Dr. Eduardo Rodríguez Noriega

**Zona Noroeste**

**Sede: León, Guanajuato**

---

**Coordinador:** Acad. Dr. Alejandro Macías  
Acad. Dr. Roberto González Amaro

**Participantes:** Acad. Dr. Juan Manuel Malacara Hernández  
Acad. Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Acad. Dr. Rafael Herrera  
Acad. Dr. Mario Humberto Cardiel Ríos  
Acad. Dra. Esperanza Ávalosa

67

**Zona Sur**

**Sede: Mérida, Yucatán**

---

**Coordinador:** Acad. Dr. José Antonio Zetina

**Participantes:** Acad. Dr. Antonio Baeza Bacab  
Acad. Dr. Héctor Ochoa  
Acad. Dr. Roberto Estrada Castañon  
Acad. Dr. Uria Guevara  
Acad. Dr. Mario Henry Rodríguez  
Acad. Dra. Leticia Rodríguez Moguel

**Zona Centro**

**Sede: Puebla, Puebla**

---

**Coordinador:** Acad. Dr. Alejandro Ruiz Argüelles

**Participantes:** Acad. Dr. Julio Granados

Acad. Dr. Luis Torres Buscolet

Acad. Dra. Ana Luisa Velasco

Acad. Dr. Sonia Tusie

Acad. Dr. Malaquias López Cervantes

Acad. Dra. Carmen García Peña

# ALGUNOS APUNTAMIENTOS SOBRE EL DERECHO HUMANO A LA SALUD EN MÉXICO

Dr. Leoncio S. Lara Sáenz

El concepto constitucional y legal  
del Derecho a la Salud

**S**e encuentra plasmado en el Artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece "...toda persona tiene derecho a la protección a la salud...".

El Constituyente de 1983 prefirió usar, en lugar de la expresión que regía en foros académicos y políticos, esto es, derecho a la salud, otra expresión más relativa a la viabilidad, la de preservación de la protección de la salud, en lugar de asegurar la conservación y goce de la salud que desde luego ha representado una posición constitucionalista y de política pública más racional y realista.<sup>1</sup>

La reforma de 1983 también determinó: "La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en

<sup>1</sup> Cfr. Sesión Ordinaria de la Cámara de Senadores, *Proyecto de Tercer Decreto, Obra Jurídica Mexicana, Derechos del Pueblo Mexicano*. México: Procuraduría General de la República, 1988, p. 1345.

materia de salubridad en general conforme lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución...”.

Esta disposición protege el acceso en condiciones de igualdad, a los servicios de salud y no a la salud misma,<sup>2</sup> en concreto, atribuye la titularidad de este derecho a todas las personas.

Relacionada esta disposición con el Artículo 1º Constitucional reformado el 11 de junio de 2011, relativo a que “...En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicanos sea parte...”, resulta además la relación del derecho de la protección a la salud, con los derechos de igualdad y de no discriminación, que dan por resultado estos dos principios que son rectores del derecho a la salud.<sup>3</sup>

70

Desde el punto de vista de la clasificación dogmática del derecho a la salud, además de su realidad como derecho humano, está su definición como derecho público subjetivo por la propia Suprema Corte de Justicia de la Nación SCJN, toda vez que por servicios de salud se han entendido “...las acciones a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad...”,<sup>4</sup> lo cual permitiría afirmar que todas las personas tienen un derecho a la salud para exigir la protección, la promoción y la restauración de su salud y la de la colectividad.

La Ley General de Salud, es la ley reglamentaria del derecho constitucional de la protección de la salud que tiene toda persona y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salud general.

<sup>2</sup> *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*. México: INEGI-CNDH-Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH, 2011, p. 40.

<sup>3</sup> *Idem*, p. 40.

<sup>4</sup> SCJN, Tesis P. XIX/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época. Tomo XI, marzo de 2000, p. 112.

Por otra parte, y de conformidad a la Ley General de Salud, artículo 2º, las finalidades del derecho a la protección a la salud son:

- El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- El disfrute de los servicios de salud y de asistencia social, que contribuyan al desarrollo social;
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

71

De lo anterior se pueden desprender algunas consecuencias:

1. La reforma de 1983 consagró un derecho social independiente de la voluntad de los titulares, por lo tanto, se puede ejercer libremente y el Estado tiene la obligación de hacerlo efectivo de manera directa o coordinada en el sector público y con el concurso privado y colectivo de la sociedad;
2. El derecho a la protección de la salud es integral en su cobertura y universal en cuanto protege a todas las personas y como no es un derecho a la salud con un inimaginable sujeto obligado a cumplirla, lo hace realidad cuando si determina que es un derecho a la protección a la salud, lo que significa la prestación de servicios de salud.

Para terminar este apartado, recordemos que la reforma de 2011 planteó la integración de la prestación de los servicios en un



Sistema Nacional de Salud, en el que la Ley General de Salud establece como objetivos:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar su calidad, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial énfasis en la prevención.
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país.
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.
- Impulsar un sistema nacional de administración de los recursos humanos para mejorar la salud.
- Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos y costumbres relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.
- Promover un sistema de fomento sanitario que auxilie al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

72

La Ley General de Salud, en su artículo 4º, reconoce como autoridades sanitarias al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los Estados, incluyendo al Gobierno del Distrito Federal.

## La salud como garantía social en México

El enfoque principal de este tema, lo iniciaremos con la tesis de Víctor de Currea Lugo<sup>5</sup> cuando expresa que: “los fines últimos del derecho a la salud son salvar vidas, mantener la salud y aliviar el sufrimiento”,

<sup>5</sup> Currea Lugo, Víctor de. *La salud como derecho humano*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005, p. 13.

de lo cual desprendemos por análisis contrario, que el derecho a la salud no puede ser el derecho a estar sano, “sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo de salud posible.”<sup>6</sup>

El derecho señalado tiene libertades, tales como el control de las personas de su propio cuerpo y su propia salud y medidas de protección, tales como los medios para mantener su salud o para recuperarla. Como derecho público subjetivo, tiene también, como en el caso del Artículo 4° de la Constitución Mexicana, la capacidad de exigir que el Estado le brinde la protección a la salud a la que éste se ha obligado al firmar y formalizar, por la vía de la ratificación del Senado, instrumentos internacionales en los que se reconocen aspectos determinados, universales e integrales, de derechos específicos relacionados con la salud de las personas.

73

De lo anterior, en el campo internacional uno puede colegir que en algunos países se ven los extremos en el ámbito de salud, ya que algunas naciones están más preocupadas por el cómo se muere, mientras que en otras la preocupación va más hacia el derecho humano de la salud, de cómo se vive,<sup>7</sup> es decir, por el nivel de prestación de los servicios de salud, por los problemas diarios de hambre, pobreza o desempleo, en otras palabras que, el fenómeno del contenido del derecho a la salud está en relación con las obligaciones que tiene el Estado de proporcionar niveles de bienestar y calidad de vida, tanto por convicción y garantía constitucional como por obligación y exigencia internacional.

En este contexto, es necesario hacer referencia a la etapa constitucional por la que atraviesa el país, en términos de haberse constituido como un Estado de Derecho.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, constituye el fundamento y primer principio del Estado de Derecho en

<sup>6</sup> Currea, *op. cit.* p. 13

<sup>7</sup> Currea, *op. cit.* p. 12

México, ya que establece garantías individuales relativas a los derechos de libertad, de seguridad jurídica y de justicia que en su conjunto integran un sistema de vida tutelar y protector de las desiguales y que, a través de las garantías sociales, garantiza temas fundamentales para todos los mexicanos.

Otro elemento del Estado de Derecho, es el de la democracia entendida en su vertiente de régimen político social del Estado mexicano, organizado sobre el principio de la soberanía del pueblo, la separación de poderes, la estructuración de un sistema representativo, el establecimiento de un régimen de partidos políticos y de derechos políticos y electorales de los ciudadanos, así como de las garantías de las mayorías y minorías y, desde luego, al principio mismo de la supremacía de la Constitución sobre todas las leyes.

74

Por otra parte, el tema de las garantías constitucionales y los derechos humanos expresa una decisión política fundamental incorporada a su Constitución, es decir, la del respeto a la preservación de la dignidad humana, como una garantía de un compromiso humanista y de una voluntad democrática del pueblo mexicano y por otro, la corriente internacional que reconoce como derechos humanos a dichas garantías fundamentales. Por lo tanto, los habitantes de México pueden disfrutar sin restricciones de la libertad, la igualdad, la seguridad jurídica y la propiedad.

En las constituciones que han regido a nuestro país, no se ha contemplado el concepto de salud, sino que el tema se ha abordado desde el punto de vista de la salubridad en general, por esta situación México decidió seguir el concepto de salud, expresado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS, suscrita en la ciudad de Nueva York el 22 de julio de 1946, en la cual se determina como: "la salud es un estado completo de bienestar, físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." y afirmó que "el grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de

raza, religión, ideología política o condición económica y social”,<sup>8</sup> o como se dijo en la exposición de motivos de la reforma Constitucional de 1983: “la salud no es un valor biológico, sino que es un valor social y cultural que el Estado no puede proteger, ni acrecentar, ni restaurar sin la participación de la Sociedad y del hombre en particular”.<sup>9</sup>

## El derecho humano a la salud en el derecho Internacional

Previamente al señalamiento de instrumentos internacionales en donde se registran o se establecen aspectos del derecho humano a la salud, es necesario considerar algunas características de la incorporación del derecho a la salud:<sup>10</sup>

- El derecho a la salud no está consignado solo y específicamente como derecho humano en algún instrumento o pacto internacional
- La salud es incluida en varios tratados o instrumentos internacionales como parte de otros derechos humanos, tal es el caso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 26 la incluye en el derecho a la seguridad social a la salud, o el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 7 relativo al derecho al trabajo, asocia a éste el derecho a la seguridad e higiene en el desarrollo laboral

<sup>8</sup> OMS, Constitución, Nueva York, 1946.

<sup>9</sup> Ruiz Massieu, José Francisco, “México” en Fuenzalida Puelma, Hernán L., et al, *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*. Washington, D.C. EUA, OPS-OMS, 1989, pp. 354 y ss. *Cfr. Iniciativa de la Reforma Constitucional sobre el Artículo 4° de 1983.*

<sup>10</sup> Currea, *op. cit.* pp. 109 y ss.

- En el ámbito del derecho internacional se pueden identificar instrumentos que reconocen el deber del Estado de prevenir las enfermedades y garantizar la salud, tal es el caso del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, firmado en 1966 en el cual los Estados parte reconocen "...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...", así como se comprometen a adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, medidas tales como la reducción de la morbilidad y sano desarrollo de los niños, la mejoría de la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales, así como la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica en caso de enfermedad
- La Observación Núm. 14 el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC,<sup>11</sup> ha establecido que el derecho a la salud comprende la observancia por parte de los Estados del Pacto de ciertos estándares esenciales e interrelacionados cuyo cumplimiento es rigurosamente obligatorio y que se refieren a la:
  - DISPONIBILIDAD, que significa la obligación de los Estados parte de garantizar la infraestructura o establecimientos, los bienes y los servicios de salud suficientes cuya naturaleza varía debido al grado de desarrollo y capacidad de cada Estado Parte.
  - ACCESIBILIDAD, que consiste en que la infraestructura de bienes y servicios de salud deben de ser accesible a todas las personas, evitando la discriminación, permitiendo la ac-

<sup>11</sup> Citada en Indicadores, *op. cit.*, en el *Informe sobre los Indicadores para Promover y Vigilar el Ejercicio de los Derechos Humanos*, pp. 28 y ss.

cesibilidad física, la posibilidad económica, si es necesaria y el acceso a la información.

- **ACEPTABILIDAD**, significa que la infraestructura o establecimientos, los bienes y los servicios de salud deben respetar la ética médica y ser adecuados y sensibles al género, a las necesidades de edad y estar diseñados para la confidencialidad y para mejorar el estado de salud de las personas.
- **CALIDAD**, que es el estándar referido a que la infraestructura, los establecimientos los bienes y los servicios de salud deben ser apropiados científica y médicamente, que son entre otros, personal capacitado, medicamentos no caducos aprobados científicamente, equipamiento correcto, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

77

La capacidad de los tratados es superior, regularmente, a las leyes nacionales sobre la materia, en cuanto que la ley determina lo posible del contenido del derecho a la salud, mientras que el instrumento internacional establece un contenido necesario, específico y cuando un Estado Parte se adhiere y lo ratifica en su régimen constitucional interno, se vuelve de carácter obligatorio.

## El derecho humano a la protección de la salud en México

Las recientes reformas de junio de 2011, establecieron tres aspectos vinculantes en el Artículo 1º de la Constitución, a saber:

1. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte...
2. ... Las normas relativas a los Derechos Humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los Tratados

Internacionales de la materia, favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

3. ...Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los Derechos Humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los Derechos Humanos, en los términos que establezca la ley.

78

Desde el punto de vista doctrinal, los derechos humanos son derechos públicos subjetivos que contienen una facultad o prerrogativa fundamental oponible en principio al Estado y sus autoridades, cuyo objeto atiende al respeto de la dignidad humana.<sup>12</sup>

También otros autores,<sup>13</sup> entienden por derechos humanos el conjunto de prerrogativas inherentes a la naturaleza de las personas, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de los individuos en una sociedad jurídica y democráticamente organizada.

En cuanto a la supremacía del derecho a la salud y en consecuencia del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4º Constitucional, es conveniente señalar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC, ha establecido en su Observación Núm. 14,<sup>14</sup> “que el derecho a la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

<sup>12</sup> Cfr. Rojas Caballero, Ariel Alberto. *Los derechos humanos y sus garantías en la Constitución Mexicana. Análisis y comentarios a la reforma publicada el 10 de junio de 2011*. México: Edit. Porrúa, 2011, pp. 14 y ss.

<sup>13</sup> Cfr. Lara Sáenz, Leoncio, *Derechos humanos y justicia electoral en México*. México: TEPJF, 2004, pp.16 y ss.

<sup>14</sup> Citada en el Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los Derechos Humanos, ACNUDH 2008/3.

Por otra parte, los principios que determina el Artículo 1º Constitucional, deberán de ser la base de la interpretación de la aplicación de los derechos humanos; repasemos sus contenidos y características, respecto a la Constitución y a la Ley General de Salud para constatarlo:

- **UNIVERSALIDAD.** La doctrina internacional de los derechos humanos señala que los mismos son atribuibles a todas las personas de manera independiente del género, la raza, el origen étnico, las preferencias sexuales, la nacionalidad o cualquier otra distinción. El derecho humano a la protección de la salud es, entonces, según el Artículo 4º Constitucional: “Toda persona...” y se debe promover y proteger, en cuanto a que, conforme al último párrafo del Artículo 1º Constitucional: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y las libertades de las personas.” El principio de universalidad lo ratifica la Ley General de Salud en su propio artículo 1º, cuando establece que “La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona...”
- **INTERDEPENDENCIA.** Es el principio en virtud del cual cada uno de los derechos humanos se encuentran ligados entre si, de tal manera que el reconocimiento, la prevención del derecho a la salud así como su ejercicio está ligado al derecho de la libertad, al derecho de la legalidad y a todos los demás derechos a los que la Constitución Mexicana extiende su reconocimiento y su protección, donde el Estado debe garantizar toda la gama de derechos propios del ser humano implícitos, para el examen, en el derecho humano, a la protección de la salud.



- **INDIVISIBILIDAD.** Este principio interpretativo de los derechos humanos se refiere al condicionamiento de que éstos son infragmentables o, dicho de otra manera, son integrales, no se pueden atribuir o reconocer parcialmente o por partes, pues todos son atribuibles a una sola persona o individuo, es decir, al ser humano y derivan de su dignidad. Por otra parte, la salud y su protección tiene que ser integral.
- **PROGRESIVIDAD.** Este último principio de interpretación o característica de los derechos humanos, significa que el Estado debe procurar por todos los medios posibles sea total en todo momento histórico y desde luego que no admite ninguna negativa o retrocesos en su atención y cumplimiento.

80

Para finalizar este apartado, se hace un listado de los instrumentos internacionales para la defensa de los derechos humanos que han sido promovidos por la ONU:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, 10 de diciembre de 1948
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, PIDCP, Resolución de la ONU 2200<sup>a</sup> 16/diciembre de 1966, en vigor el 3 de enero de 1973
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC, ONU, Resolución Asamblea General 2200<sup>a</sup>, 16 diciembre de 1966, en vigor 23 de marzo de 1976 y Segundo protocolo facultativo del PIDCP, en vigor 11 de julio 1991
- Declaración Universal de Derechos Humanos, Asamblea General de la ONU, resolución 217<sup>a</sup>, 10 de diciembre de 1948.

Respecto a los Derechos Humanos y la Salud se mencionarán:

- Convención Internacional sobre todas las formas de discriminación Racial, 1965

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, 1979
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988
- Observación General Núm. 14 sobre el derecho a la salud del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas del año 2000.

## Derecho a la protección de la salud y políticas públicas

El Plan Nacional de Desarrollo en materia de derechos humanos, genera el Objetivo 1.5,<sup>15</sup> consistente en “Garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación”, así como la estrategia 1.5.1. consistente en “Instrumentar una política de estado en derechos humanos”, a través de varias líneas de acción, entre las cuales se encuentran las referidas a los principios básicos de interpretación y de acción de las autoridades responsables de la observancia y cumplimiento de los derechos humanos.

81

En efecto, las principales líneas son las referidas al establecimiento de un programa de promoción y defensa de los derechos humanos, incluyendo los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, dentro de los cuales se encuentra el derecho humano de toda persona a la protección de la salud, así como el acceso a los servicios de salud, como lo establecen tanto el Artículo 4° Constitucional como el artículo 1° de la Ley General de Salud.

<sup>15</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Gobierno de la República, p. 110.

En este orden, las líneas de acción de la política pública de universalización del derecho humano a la protección de la salud están consideradas en el Plan Nacional de Desarrollo,<sup>16</sup> especialmente en diversas estrategias relativas a asegurar el acceso a los servicios de salud, consistentes en:

- ◇ Avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal
- ◇ Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud
- ◇ Mejorar la atención a la salud a la población en situación de vulnerabilidad
- ◇ Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad
- 82 ◇ Promover la cooperación internacional en salud
- ◇ Ampliar el acceso a la seguridad social
- ◇ Proteger a la sociedad ante eventualidades
- ◇ Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población
- ◇ Instrumentar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del sistema de seguridad social en el mediano plazo
- ◇ Proveer un entorno adecuado para el desarrollo de una vida digna

Finalmente se deben señalar algunas de las dificultades serias en el cumplimiento de los derechos humanos, relativas a la protección de la salud y del acceso a los servicios de salud, que el propio Plan Nacional de Desarrollo en su aspecto diagnóstico, atribuye a la situación del tema de la salud en México.

<sup>16</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Gobierno de la República. Objetivo 2.3.

- En cumplimiento del derecho a la protección a la salud y al acceso a los servicios de la misma, se ha construido un amplio Sistema Nacional de Salud, sin embargo, este sistema está fragmentado en múltiples subsistemas donde diversos grupos de la población cuentan con derechos distintos.<sup>17</sup>
- El Seguro Popular iniciado en 2004 como un instrumento de auxilio financiero para la población no afiliada a las instituciones de seguridad social, sí ha marcado avances en materia de igualdad y protección social de la salud y actualmente tiene un paquete limitado de servicios comparado con el IMSS y el ISSSTE.
- El Sistema Nacional de Salud cuenta con una amplia red de atención médica, sin embargo, la frecuente falta de respuesta del sistema ha propiciado que la población busque la atención en el sistema privado.
- El gasto público en salud referido al porcentaje del PIB se incrementó entre 2000 y 2010, 19.2%, sin embargo, comparativamente con los países de la OCDE, se requiere un mejor aprovechamiento del gasto que se refleje en la calidad de los servicios y en la eficiencia de modelos de las Entidades Federativas y Municipales.
- Ha habido logros sustantivos en diversos indicadores del cumplimiento del derecho humano a la protección de la salud y al acceso a los servicios de la misma, por ejemplo, el aumento en la esperanza de vida y disminución de la mortalidad infantil, pero la mortalidad materna no ha alcanzado la meta planteada en la ONU para lograr una mejor calidad de vida.
- El aumento de la población adulta mayor, de más de 65 años, será de 6.2 del total en 2010, casi 11 millones de senectos a 10.5 a 2030, casi 16 millones de adultos mayores, lo que impactará fuertemente al sistema de salud y propiciará un desequilibrio

<sup>17</sup> Véase p. 47 y ss. del PND, *op. cit.*

en la organización familiar, así como cargas especiales de cuidado para estas personas, especialmente por las mujeres quienes atienden estos problemas mayormente.

- La falta de actividad física, la nutrición inadecuada, el sexo inseguro, el consumo de tabaco, alcohol y mariguana, el sobrepeso, la obesidad y la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, incidirán también de manera negativa en la atención y en los servicios de salud.

En el diagnóstico del Plan Nacional de Desarrollo en materia de dificultades para el debido cumplimiento del derecho humano a la protección de la salud de las personas, se identifican tres grandes problemas a resolver:

84

- El modelo de las instituciones de atención a la salud fue concebido desde el punto de vista curativo y no preventivo.
- En los servicios de salud no han permeado enfoques multidisciplinarios e interinstitucionales, así como políticas de este género, por lo que por esta vía el mejoramiento de la calidad de los servicios no ha avanzado significativamente.
- En los altos niveles organizativos del sistema de salud, prevalece la participación de instituciones integradas verticalmente y fragmentadas del sistema nacional de salud, esto incide en limitaciones operativas y en la eficiencia del gasto.<sup>18</sup>

Se cierran estos apuntes sobre el derecho humano a la salud, citando al clásico Galeno,<sup>19</sup> al haber hecho la relación entre la salud, la libertad y el bienestar:

<sup>18</sup> Cfr. PND, cit. pp. 47, 48 y 49.

<sup>19</sup> Véase la cita en Laín Entralgo, Pedro. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Masson 1978, p. 123.

Cuatro son las formas de vida humana. Una, la vida del hombre libre y sano; otra, en la que la salud es escasa y hay libertad. La tercera, la del hombre sano atado por las obligaciones de la vida y, la cuarta, la relativa a la del hombre en la servidumbre y en la enfermedad.

Con el derecho humano a la protección de la salud en México, procuremos personas libres y sanas en el bienestar y la seguridad, teniendo a la democracia como forma de vida.

# HACIA UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO

Dr. Daniel Márquez Gómez

Aproximación metodológica: Los modelos de salud

**E**l artículo 5° de la Ley General de Salud define al Sistema Nacional de Salud como el conjunto de “las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones”, además, destaca que su “objeto” es “dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”.

Como se advierte, esta delimitación autoriza a utilizar los conceptos de la teoría de sistemas para analizar lo que tenemos como “sistema” en el campo de la salud. Lo anterior nos lleva al análisis de las “estructuras administrativas”, “personas físicas y morales” y “servicios de salud”, y de cómo esas estructuras, personas y servicios logran o hacen efectivo “el derecho a la protección de la salud”. Lo anterior nos remite a las ideas de “teoría de sistemas” y “modelo”.

En lo que se refiere a la teoría general de sistemas, su autor, Ludwig von Bertalanffy destaca:

Aquí existen, por lo tanto, las leyes generales del sistema que se aplican a cualquier sistema de cierto tipo, independientemente de las propiedades particulares del sistema o de los elementos implicados. Podemos decir también que hay una correspondencia estructural u homología lógica en los sistemas en la cual las entidades en cuestión son de una naturaleza completamente diferente. Esta es la razón por la cual encontramos leyes isomorfas en diferentes campos.

La necesidad de una superestructura general de la ciencia, que desarrolle principios y modelos que sean comunes a diferentes campos, ha sido a menudo enfatizada en los últimos años, por ejemplo, por el grupo de la Cibernética de N. Wiener, por la Semántica General del conde Korzybski en la demanda por Generalistas Científicos, tal y como ha avanzado recientemente Bode y otros y en muchas otras publicaciones. Pero una declaración clara del problema y su elaboración sistemática al parecer nunca se han hecho.

87

### Teoría General del Sistema

Tales consideraciones nos llevan a postular una nueva disciplina científica básica que denominamos Teoría General de Sistemas. Es un campo lógico-matemático cuyo objeto es la formulación y deducción de aquellos principios que son válidos para los “sistemas” en general. Hay principios que se aplican a los sistemas en general, cualquiera que sea la naturaleza de sus elementos componentes o las relaciones o «fuerzas» entre ellos. El hecho de que todas las ciencias mencionadas anteriormente se refieren a sistemas, lleva a una correspondencia formal o a una homología lógica en sus principios generales, e incluso en sus leyes especiales si las condiciones de los sistemas corresponden a los fenómenos bajo consideración.



La Teoría General del Sistema es una disciplina lógico-matemática, que es en sí puramente formal, pero es aplicable a todas las ciencias relacionadas con los sistemas. Su posición es similar, por ejemplo, a la teoría de la probabilidad, que es en sí misma una doctrina matemática formal, pero que puede aplicarse a campos muy diferentes, como la termodinámica, la experimentación biológica y médica, la genética, las estadísticas del seguro de vida, etc.<sup>1</sup>

Por lo anterior, Javier Aracil señala que un sistema es un objeto dotado de alguna complejidad, formado por partes coordinadas, de

88

<sup>1</sup> Bertalanffy, Ludwig (von), *An Outline of General System Theory* (1950), visible en: [http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/1/Bertalanffy1950-GST\\_Outline\\_SELECT.pdf](http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/1/Bertalanffy1950-GST_Outline_SELECT.pdf), consultado el 5 de junio de 2017. En el texto en inglés se destaca: *There exist therefore general system laws which apply to any system of a certain type, irrespective of the particular properties of the system or the elements involved. We may say also that there is a structural correspondence or logical homology of systems in which the entities concerned are of a wholly different nature. This is the reason why we find isomorphic laws in different fields.*

*The need for a general superstructure of science, developing principles and models that are common to different fields, has often been emphasised in recent years, for instance, by the Cybernetics group of N. Wiener, by the General Semantics of Count Korzybski in the claim for Scientific Generalists' as recently advanced by Bode and others<sup>8</sup> and in many other publications. But a clear statement of the problem and a systematic elaboration has apparently never been made.*

### 3. General System Theory

*Such considerations lead us to postulate a new basic scientific discipline which we call General System Theory. It is a logico-mathematical field, the subject matter of which is the formulation and deduction of those principles which are valid for 'systems' in general. There are principles which apply to systems in general, whatever the nature of their component elements or the relations or 'forces' between them. The fact that all sciences mentioned above are concerned with systems, leads to a formal correspondence or logical homology in their general principles, and even in their special laws if the conditions of the systems correspond in the phenomena under consideration.*

*General System Theory is a logico-mathematical discipline, which is in itself purely formal, but is applicable to all sciences concerned with systems. Its position is similar to that, for example, of probability theory, which is in itself a formal mathematical doctrine but which can be applied to very different fields, such as thermodynamics, biological and medical experimentation, genetics, life insurance statistics, etc.*

modo que el conjunto posea una cierta unidad, que es precisamente el sistema. Sostiene que un sistema lo entendemos como una unidad cuyos elementos interaccionan juntos, ya que continuamente se afectan unos a otros, de modo que operan hacia una meta común.<sup>2</sup>

Existen dos enfoques para el desarrollo de la Teoría General de Sistemas, que la misma teoría sugiere. El primer enfoque es observar el universo empírico y escoger ciertos fenómenos generales que se encuentran en las diferentes disciplinas y tratar de construir un modelo teórico que sea relevante para esos fenómenos. Un segundo enfoque es ordenar los campos empíricos en una jerarquía de acuerdo con la complejidad de la organización de sus individuos básicos o unidades de conducta y tratar de desarrollar un nivel de abstracción apropiado a cada uno de ellos.<sup>3</sup>

Así, el énfasis en el “sistema” que contiene el artículo 5° de la Ley General de Salud, para referirse a los elementos que posibilitan la protección del derecho a la salud, nos autorizan a utilizar este marco como referencia para nuestro análisis. Sin embargo, debemos usarlo de manera precavida, porque:

89

Todo lo que se pueda decir de una teoría de sistemas es, en última instancia, un intento de responder de manera precisa a lo que se designa bajo el concepto de sistema y esto, sobre todo en dos aspectos fundamentales: 1) pasar de la consideración de que el sistema es un objeto, a la pregunta de cómo se llega a obtener la diferencia que se designa bajo el binomio sistema/entorno. ¿Cómo es posible que esta distinción (sistema/entorno) se produzca, se mantenga, se desarrolle mediante evolución, con el resultado de que cada vez más se pone a disposición de sistema (una mayor complejidad)? y,

<sup>2</sup> Aracil, Javier. *Dinámica de sistemas*. Madrid: Isdefe, 1995, p. 8.

<sup>3</sup> Johansen Bertoglio, Oscar. *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Limusa, 2004, pp. 25 y 27.

2) ¿qué tipo de operación hace posible que el sistema, al reproducirse, mantenga siempre dicha diferencia? El error que ha causado efectos perniciosos en la reflexión social es creer que un sistema es una especie de realidad cósmica, un objeto.<sup>4</sup>

En este sentido, hablar de modelos es referirnos a la resolución de problemas, porque un modelo funciona como un enfoque metodológico para analizar, explicar y, si lo permite el modelo, intervenir socialmente. Un modelo puede ser una maqueta o un conjunto de ideas abstractas, por lo que se alude mejor a “modelos teóricos”.<sup>5</sup>

90 Peter Achinstern afirma que los modelos teóricos tienen cuatro características: 1) es un conjunto de supuestos acerca de algún objeto o sistema; 2) describe un tipo de objeto o sistema atribuyéndole lo que podría llamarse una estructura interna, una composición o un mecanismo que explicará diversas propiedades de ese objeto o sistema; 3) es un aproximación útil para diversos propósitos. El valor de un modelo se juzga por lo bien que sirve a los fines para los que se emplea y que tan completa y exacta es la representación que propone; y 4) los modelos teóricos se formulan, desarrollan y se denominan con base en una analogía entre el objeto o sistema descrito por él y algún objeto o sistema diferente, lo que significa que se realiza una comparación entre propiedades y principios similares.<sup>6</sup>

Para B. Wilson un modelo es la interpretación explícita de lo que se entiende de una situación, o tan sólo de las ideas de uno acerca de esa situación. Puede expresarse en matemáticas, símbolos o palabras, pero en esencia es una descripción de entidades, procesos o atributos

<sup>4</sup> Torres Nafarrete, Javier. *Introducción a la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*, México: UNAM, 1999, pp. 14-15.

<sup>5</sup> Cfr. Galeana de la O., Silvia. “La construcción de modelos: una alternativa metodológica de intervención y de teorización”, en: Galeana de la O., Silvia (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM y Plaza y Valdés, 1999, p. 39

<sup>6</sup> Achinstern, Peter. *Los modelos teóricos*. México. UNAM, 1987, pp. 6-10, véase también, Egg A., *Técnicas de investigación social*. Argentina: Cid, 1981, p. 64.

y las relaciones entre ellos. Puede ser descriptivo o ilustrativo, pero sobre todo, debe ser útil.<sup>7</sup>

Según Javier Aracil un modelo teórico constituye una representación abstracta de un cierto aspecto de la realidad y tiene una estructura que está formada por los elementos que caracterizan el aspecto de la realidad, y por las relaciones entre elementos.<sup>8</sup> Así, a la descripción de un sistema mediante un lenguaje de esta naturaleza (que permite realizar descripciones) se la conoce como un modelo de ese sistema; en este sentido, un modelo se utiliza como sinónimo de “representación”.<sup>9</sup>

En materia de salud se habla de “modelos” en términos de su fuente de financiación, cobertura y tipo de prestación, aunque también se pueden encontrar formas mixtas. El debate actual se da en torno a los sistemas “Beveridge” y “Bismark”, en los términos siguientes:

91

En los países de la Unión Europea los sistemas sanitarios se configuran según dos grandes patrones: el denominado “sistema nacional de salud”, en el cual todos los residentes tienen derecho a los servicios sanitarios y se financian mayoritariamente por impuestos. Se basa en la solidaridad o en el principio redistributivo y posibilita el acceso universal, bajo control del parlamento. Es un recurso universal, estable y fácil de recaudar en los países en los que el sistema fiscal está organizado correctamente; una parte muy importante de los recursos son obtenidos de las rentas de manera progresiva; quien más tiene más paga y, el resto de la financiación del sistema, se complementa con los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que

<sup>7</sup> Wilson, B., *Sistemas: concepto, metodología y aplicaciones*. México: Limusa, 1993, p. 28.

<sup>8</sup> Aracil, Javier. *Introducción a la dinámica de sistemas*. Madrid: Alianza. 1993, p. 18.

<sup>9</sup> Aracil, Javier. *Dinámica de sistemas*. p. 56.

se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad.

(...)

El otro patrón tradicional se conforma en torno a los “sistemas de seguridad social”, financiados por cotizaciones sociales obligatorias. Las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores son la principal fuente de financiación. Los recursos financieros se obtienen de la riqueza económica de las empresas y salarios y son dirigidos hacia los empleados y sus beneficiarios.

En este sistema los impuestos generales también tienen un papel financiando las primas de los seguros de los sectores desfavorecidos y sin cobertura y, financiando determinados tipos de asistencia básica pública como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.<sup>10</sup>

92

Sin embargo, el camino en México parece transitar hacia un modelo de “medicina gerenciada”, así se afirma que con la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LIGISMS), en diciembre de 1999, se dio marcha al desarrollo de la Medicina Administrada, bajo el nombre de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).<sup>11</sup> Como lo menciona Rivero Serrano: “La nueva concepción de la medicina como una industria en la que la participación de inversionistas de alguna forma modifica el fin único que ha tenido la medicina por siglos: el bien del enfermo”.<sup>12</sup>

<sup>10</sup> *Sistema de Información Sanitaria. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, pp. 10-11.

<sup>11</sup> Sámano Guerra, Francisco Javier, Fernández González, Héctor, Pérez Padilla, Rogelio, Páramo Díaz, Marcelo, Iñárritu, Alfredo, y Flores Hidalgo, Héctor. “Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México”, en *Anales de la Medicina*, vol. 48, núm. 1, enero-marzo de 2003, p. 70.

\* Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La medicina actual intervenida”, Seminario: el ejercicio actual de la medicina, en: <http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/>

En este sentido se destaca que a través de reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en 1990, 1996, 1997 y 1999, así como al establecimiento de bases legales de supervisión, para ser operados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en 1998 y la expedición por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en el año 2000, de las reglas de operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), hoy en día el ramo de seguros privados, especializados en salud, ofrecen dos tipos de seguro: el seguro de salud y el seguro de gastos médicos.<sup>13</sup>

Thomas R. Reardon afirma: “Enfrentamos una nueva revolución, la revolución de la Medicina Administrada o Gerenciada, donde el Sistema de Salud y los modelos de práctica Médica son conducidos no por las prerrogativas del Médico y las necesidades de los pacientes, sino por los administradores de las compañías de seguros, con el único objeto de ganar dinero”.<sup>14</sup>

93

Así la política sanitaria es lo que conforma el sistema de atención y cuidados de la salud, que difieren de unas naciones a otras por razón de sus propias realidades y propios condicionantes, aunque en la práctica no existen en estado puro, porque ofrecen atributos trasvasados de unos sistemas a otros, así existen los siguientes sistemas:

---

oct\_02\_ponencia.html, octubre de 2008, documento en poder del autor.

<sup>13</sup> Sámano Guerra, Francisco Javier, (...) “Problemática actual...”, p. 69.

<sup>14</sup> Thomas R. Reardon M.D., President Speeches American Medical Association, [www.ama.org](http://www.ama.org).

Emergente	Es aquel en el cual los cuidados de la salud son un ítem de consumo particular, por lo que el Estado desempeña un rol mínimo.
Plural	En el que los cuidados de salud se perciben como un bien de consumo y el Estado no tiene más que una presencia mínima e indirecta (caso de los Estados Unidos), proveyéndose mayoritariamente de la asistencia desde la iniciativa privada.
Seguridad Social/Aseguramiento	En el que de manera central e indirecta la atención sanitaria es responsabilidad del Estado. Los cuidados de salud se configuran como un seguro, a través del cual se garantiza la disposición de un bien de consumo o servicio ofertado por el sector público con el concurso de la iniciativa privada (caso Francia)
Servicio Nacional de Salud	Las prestaciones sanitarias las soporta íntegramente el Estado. Los servicios son públicos prácticamente en su totalidad, la financiación se hace por vía indirecta y el papel que desempeña el Estado es central y directo (caso Gran Bretaña).
Socializado	El Estado facilita los servicios de manera total y absoluta, a través de instituciones y funcionarios estatales (caso de la extinta Unión Soviética).

También se afirma que estos sistemas tienen sus pros y contras, sus virtudes y defectos, por lo que no es fácil adoptar un modelo en particular y plasmarlo en la política sanitaria.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> De Val-Pardo, Isabel y Corella, José María. *Salud, sanidad y política sanitaria. Diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001, pp. 4-5.

En este sentido, de la lectura de los Artículos: 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (bases y modalidades de protección a la salud), 1° y 1° Bis (reglamenta el Artículo 4° de la Constitución, definición de salud), 5° (sistema nacional de salud, con incidencia de los sectores público y privado), 3° y 6° (objeto y objetivos del sistema nacional de salud), 12 (competencia de las autoridades sanitarias en la planeación, regulación, organización y funcionamiento del sistema nacional de salud), 15 y 17 (Consejo General de Salubridad), 17 y 17 Bis (Secretaría Salud y modelo de regulador sanitario: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), 24 (servicios de salud: atención médica, salud pública y asistencia social); 34 (servicios de salud: a la población en general, a derechohabientes, sociales y privados, y los que establezca la autoridad sanitaria), 50 (usuarios: públicos, sociales y privados); y 77 bis 1 y siguientes (sistema de protección social en salud, que en el Artículo 77 bis 7, fracción IV, obliga a sus participantes a cubrir cuotas familiares), nos muestran que en México tenemos un sistema de salud de diversas dimensiones, en donde confluyen los sistemas: plural, seguridad social/aseguramiento, y servicio nacional de salud.

95

Sin embargo, con la emergencia de la medicina gerenciada o administrada, advertimos una transición a un sistema “emergente”. Lo anterior muestra la imposibilidad de construir en México un sistema de salud universal, existen obstáculos políticos, económicos e incluso jurídicos.

## El derecho humano a la salud como objeto “universal”

Como en términos legales el sistema de salud mexicano se integra por estructuras, personas y servicios que buscan hacer efectivo “el derecho a la protección de la salud”, es necesario que nos enfoquemos primero en el objeto de ese sistema, esto es, la “protección de la salud”.



El Artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, además, prescribe la reserva de ley en materia de “bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”. Por su parte, el artículo 1º de la Ley General de Salud, reglamentaria de ese precepto constitucional, destaca que “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

96 Además, el artículo 1º Bis de la Ley General de Salud, señala que se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Lo anterior reproduce uno de los principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.<sup>16</sup> Como se advierte, para entender el “objeto” del sistema de salud mexicano, primero debemos entender qué se entiende por “protección”.

Un primer problema está relacionado con la cuestión lingüística, porque protección refiere a la acción y efecto de proteger, a su vez, proteger es un verbo transitivo que significa: “resguardar a una persona, animal o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándolo, etc.”, y “amparar, favorecer, defender a alguien o algo”. En este sentido lo que se protege a través de esta norma es la salud, sin embargo, no se puede considerar que esa delimitación se asocie a un “derecho humano”, a pesar de que esta norma se encuentra en el apartado de los “derechos humanos” de la Constitución federal.

En primer lugar, porque aunque lo que se protege es la “salud”, que en sus tres significados, directamente asociados al tema, se refiere a: 1) “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente

<sup>16</sup> Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York, celebrada del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada por representantes de 61 estados el 22 de julio de 1946. (Off. Rec. WldHlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100) en vigor a partir del 7 de abril de 1948.

todas sus funciones”; 2) “conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado; y 3) “libertad o bien público o particular de cada uno”, lo que pone en evidencia su generalidad y la posibilidad de asignarle sentidos no compatibles con los derechos humanos por lo anterior, atendiendo a lo “indeterminado” de estos conceptos no queda claro cuál de los tres sentidos se protege con el definición constitucional y legal.

También es importante destacar que el día de hoy el derecho humano a la salud es un concepto del derecho internacional de los derechos humanos de naturaleza transversal a los derechos público-subjetivos. Esto significa que la salud humana trasciende al: “estado de completo bienestar físico, mental y social” y se asocia a la totalidad de los bienes individuales y sociales disponibles en la sociedad.

Como ejemplo de lo anterior, podemos citar la Observación general Núm. 14 (2 000) “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se destaca que: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

97

En esa misma observación general, al analizar el contenido normativo del artículo 12, se señala:

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Como se advierte, la delimitación del derecho humano (fundamental) a la salud en la interpretación del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, trasciende lo social e incluye los aspectos ético-políticos. Así, a menos que se considere que las libertades (los temas éticos y los derechos políticos también son elementos sociales), la interpretación muestra la insuficiencia de la construcción de la salud como un: “estado de completo bienestar físico, mental y social”.

98 En este contexto, la observación general en análisis, establece que para el Comité, el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

En la misma observación general se establece que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta

de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS; b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en sus cuatro dimensiones superpuestas: I) No discriminación; II) Accesibilidad física; III) Accesibilidad económica (asequibilidad); IV) Acceso a la información; c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; y d) Calidad, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados, y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

99

En “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”<sup>17</sup>, en el contexto de “La nueva Agenda”, numera 26, la Organización de las Naciones Unidas afirma:

26. Para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, debemos lograr que la cobertura sanitaria y el acceso a una atención médica de calidad sean universales, sin excluir a nadie.

En este sentido, el numeral 55 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Metas, destaca:

55. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes

<sup>17</sup> Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General, Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Distr. General 21 de octubre de 2015, Septuagésimo período de sesiones. Temas 15 y 116 del programa. A/RES/70/1.

realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales. En este contexto el Objetivo 3 consiste en: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. Al desarrollar este objetivo, los números 3.7 y 3.8 de esos objetivos obligan a: 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, y 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

100

En materia internacional se construye en concepto “Cobertura Sanitaria Universal (CSU)”, que para la Organización Mundial de la Salud, consiste en garantizar el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad, y la protección contra los riesgos financieros. Destaca que la CSU implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.<sup>18</sup>

Como se advierte, este concepto de Cobertura Sanitaria Universal tiene una gran deficiencia, porque aunque señala que “todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan”, cierra el argumento con la frase “sin tener que pasar penurias

<sup>18</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

financieras para pagarlos”, lo que implica que los servicios de salud amparados por la CSU no son necesariamente gratuitos.

En torno a este modelo de atención sanitaria, la Organización Mundial de la Salud establece: a) La CSU no implica la cobertura gratuita de todas las intervenciones sanitarias posibles, independientemente de su costo, ya que ningún país puede permitirse ofrecer todos los servicios gratuitamente de forma estable; b) la CSU no se refiere únicamente a la financiación de la salud: abarca todos los componentes del sistema de salud, a saber, los sistemas de prestación de servicios de salud, el personal sanitario, las instalaciones sanitarias o las redes de comunicación, las tecnologías sanitarias, los sistemas de información, los mecanismos de garantía de la calidad, la gobernanza y la legislación; c) la CSU no sólo tiene por finalidad asegurar un conjunto de servicios de salud mínimos, sino también lograr la ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera, conforme se disponga de más recursos; d) la CSU no sólo engloba los servicios de tratamiento específicos, sino también incluye los servicios a la población como las campañas de salud pública, la adición de flúor al agua, el control de los lugares de reproducción de los mosquitos, entre otros; y e) la CSU comprende mucho más que sólo la salud. Adoptar medidas para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal equivale a adoptar medidas para lograr la equidad, las prioridades en materia de desarrollo y la inclusión y cohesión sociales.<sup>19</sup>

101

Sin embargo, una crítica temprana a la Cobertura Sanitaria Universal es que ignora el tema de los impuestos y su relación con el financiamiento de las funciones públicas y servicios que brinda el gobierno.

Al preguntarse ¿Se puede medir la cobertura sanitaria universal?, la OMS responde que: “Sí. El seguimiento de los progresos

<sup>19</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

realizados hacia la consecución de la CSU deben centrarse en dos datos”: a) la proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y b) la proporción de la población que gasta sumas importantes del presupuesto familiar en la salud. Destaca que la OMS utiliza 16 servicios de salud esenciales como indicadores del nivel y la equidad de la cobertura en los países, que agrupa en cuatro categorías, a saber:

102

Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño:	Enfermedades infecciosas:	Enfermedades no transmisibles:	Servicio: capacidad y acceso:
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación de la familia</li> <li>2. Atención durante el embarazo y el parto</li> <li>3. Inmunización infantil completa</li> <li>4. Comportamiento de búsqueda de atención de salud en caso de enfermedad infantil</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento de la tuberculosis</li> <li>2. Tratamiento de la infección por el VIH con anti-retrovíricos</li> <li>3. Cobertura de los mosquitos tratados con insecticida para la prevención del paludismo</li> <li>4. Saneamiento adecuado</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevención y tratamiento de la hipertensión arterial</li> <li>2. Prevención y tratamiento de la hiperglucemia</li> <li>3. Detección del cáncer cervicouterino</li> <li>4. Consumo de tabaco (abandono del tabaco)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceso a servicios hospitalarios básicos</li> <li>2. Densidad de personal sanitario</li> <li>3. Acceso a los medicamentos esenciales</li> <li>4. Seguridad sanitaria: cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional</li> </ol>

Cierra el argumento afirmando que: Como cada país es único, cada uno puede centrar su labor en diferentes esferas o concebir sus propios medios para evaluar los progresos realizados en a la consecución de la CSU. Sin embargo, cabe considerar también la utilidad de un enfoque mundial que se basa en medidas normalizadas y reconocidas internacionalmente que faciliten la comparación entre los países a lo largo del tiempo.<sup>20</sup>

Sin embargo, la lista es limitada, porque temas como la obesidad, la contaminación, respiratorias, insuficiencia renal, se excluyen de ella; además, lo importante no es la “infraestructura”, sino la calidad de la misma y de los recursos que se ponen a disposición del personal sanitario. También está ausente la salud mental y dental, el financiamiento. Además, se ignora el papel del ciudadano en el sistema. Como ejemplo podemos citar que, el National Health Service de Inglaterra tiene el deber de involucrar a sus pacientes, cuidadores y el público en las decisiones sobre los servicios que comisionan.<sup>21</sup> Aquí, tampoco podemos soslayar que el hospital es un establecimiento destinado al tratamiento de las enfermedades y los traumatismos que sobrevienen en la colectividad.<sup>22</sup>

103

Por último, debemos mencionar que la Declaración de Alma-Ata,<sup>23</sup> de 12 de septiembre de 1978, reiteró en su punto I, que:

**La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente**

<sup>20</sup> Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.

<sup>21</sup> Both NHS England and CCGs have a duty to involve their patients, carers and the public in decisions about the services they commission. Visible en: (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>, consultado el 29 de abril de 2017.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos Núm 122, Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica, Función de los hospitales en los programas de protección a la salud. Ginebra, OMS, 1957, p. 5.

<sup>23</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978.



la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

En este contexto el eje de cualquier sistema de salud debe orientarse en términos de una política de salud en la que se considere a ésta como un derecho humano.

El modelo de salud mexicano y la intención de avanzar a un modelo de medicina universal

104

Una de las tragedias de nuestra institucionalidad es que se debate lo que ya existe. Si quienes proponen el paradigma de salud universal desde la política y la política sanitaria hubieran leído el contenido del artículo 35 de la Ley General de Salud, se darían cuenta que el sistema universal de salud gratuito ya existe.<sup>24</sup> Sin embargo, de manera insólita se limita a las “personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad”. Sin embargo, como destacamos líneas arriba, en el sistema de protección social en salud, en términos del artículo 77 bis 7, fracción IV, se obliga a sus participantes a cubrir cuotas familiares.

Lo anterior es consistente con lo que se impulsa desde la Organización Mundial de la Salud, instancia que define a un sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones

<sup>24</sup> El artículo 35 de la Ley General de Salud prescribe: Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, preferentemente a favor de personas pertenecientes a grupos sociales en situación de vulnerabilidad, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Destaca que un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Afirma que: además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.<sup>25</sup> Como se advierte, la idea de “sistema de salud” de la Organización Mundial de la Salud está enfocada al contexto de la medicina gerenciada, lo anterior valida nuestra crítica a su idea de “cobertura sanitaria universal”.

En México diversas personas e instituciones se han ocupado de la “seguridad social universal”, el “acceso universal a los servicios de protección de la salud”, la “seguridad social contributiva”, la “universalidad de los servicios de salud”, entre otros, por lo anterior, en este apartado mencionaremos algunos de los argumentos de las voces que abogan por esta clase de esquemas.

105

Las posturas que mostraremos coinciden: todas desean la seguridad social universal (lo que significa entre otras cuestiones, acceso a la salud o medicina a todos), sin embargo, ninguna de ellas puede estimarse como un “sistema” o “modelo” asociado a ese sistema.

La seguridad social universal en el Pacto  
por México y en el Programa Sectorial de Salud

El Pacto por México aborda en el numeral “1.1. Seguridad Social Universal”, el tema de la seguridad social “universal”, en los términos siguientes:

Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano,

<sup>25</sup> OMS, ¿Qué es un sistema de salud?, visible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, consultado el 12 de junio de 2017.

independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente: a) acceso universal a los servicios de salud.

Se establece como compromiso 1:

106

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos. Además, se continúa argumentado en el compromiso 2: Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados a la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra.

Otra dimensión del problema es la pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE. Por lo anterior se afirma, como compromiso 3, que: Como un primer paso, el programa “70 y más” pasará a ser “65 y más”.

Como un segundo paso, se establecerá una cuota social adicional aportada por el Gobierno Federal a una cuenta individual a todos los Mexicanos al cumplir 18 años y hasta la edad de 65 años, para dar plena portabilidad a los beneficios pensionarios de la población a lo largo de su vida.

Además, se aborda el tema del “Seguro de Desempleo”, como compromiso 4, en donde se destaca:

Se establecerá un Seguro de Desempleo que cubra a los trabajadores del sector formal asalariado cuando pierdan su empleo para evitar un detrimento en el nivel de vida de sus familias y les permita buscar mejores opciones para tener un crecimiento profesional y patrimonial.

En materia de “Seguro de Vida para Jefas de Familia”, se afirma en el compromiso 5: Se pondrá en marcha un sistema de seguros de vida para Jefas de Familia para proteger la seguridad económica de sus hijos en caso de fallecimiento. Este seguro también incluirá a los padres jefes de familia que se encuentran en la misma circunstancia.

En el Programa Sectorial de Salud 2013-2108, se establece la necesidad de un Sistema Nacional de Salud Universal equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque a los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad, a través del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria y la intersectorialidad; de la consolidación de la protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria; la generación y gestión de recursos adecuados; la evaluación y la investigación científica, fomentando la participación de la sociedad con corresponsabilidad, por lo que sostiene que para el logro de esa visión, se elaboró dicho Programa Sectorial.

107

En este sentido, al alinear el programa sectorial con el Plan Nacional de Desarrollo, en la Meta Nacional: México incluyente, objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios sanitarios, se menciona el avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, lo que de nuevo nos da la otra cara de la tragedia nacional, los diseñadores de políticas ignoran el contenido de las normas que aplican, porque como ya se señaló, el artículo 35 de la Ley General de Salud ya regula un sistema de salud universal y gratuito.

“Seguridad social universal” propuesta de Ernesto Enríquez,  
presidente del Consejo Técnico de la CNC<sup>26</sup>

Según el autor:

La seguridad social universal es un proyecto de cambio estructural de enorme importancia para el campo, a fin de evitar que su población, la más pobre del país –en especial las mujeres y los adultos mayores–, incurra en gastos catastróficos que agravarían su miseria o que siga teniendo altas tasas de mortalidad materno infantil (en algunos estados como Oaxaca o Chiapas 30 veces superiores, si las equiparamos con las del DF o Monterrey, situación inaceptable desde todo punto de vista) o de invalidez.

108

Como se advierte, su argumento se relaciona con la idea de la “seguridad social universal” como mecanismo de redistribución para los “productores del campo”. El autor, afirma que es posible cumplir con este “cambio estructural”, con: a) una gran disciplina, b) organización, c) recursos, d) honestidad y e) talento. Considera que el cambio se logrará en un plazo de “diez años por lo menos”, establece como condición un “hábil manejo político y de comunicación para evitar conflictos sindicales y entre derechohabientes”. Además, de operar “la necesaria separación del régimen de pensiones del de la prestación de servicios médicos”. También propone “ajustes a su régimen simplificado de tributación”, a través de una “Reforma hacendaria”, pero sin que provoquen una regresión en la equidad tributaria.

Su diagnóstico sobre el Sistema de Protección Social en Salud es que se trata de un modelo “fragmentado en diversas instituciones

<sup>26</sup> Documento en poder del autor.

lo que genera duplicidades, tanto de servicios como de beneficiarios”. Para resolverlo, afirma que:

La meta a lograr es la construcción de un sistema de protección a la salud universal no contributivo, con un financiamiento sustentable por la vía fiscal, que asegure la eficiencia en el uso de los recursos con mecanismos efectivos de rendición de cuentas, a fin de generar las condiciones mínimas de bienestar, equidad y salud que le permitan al país un desarrollo sostenido y uniforme. Adicionalmente que apoye a los “ciudadanos, especialmente a los de menores ingresos, ante situaciones de vulnerabilidad como las enfermedades, la pérdida de empleo o la vejez.

109

Al ocuparse de la “Prospectiva y Alternativas” el autor afirma que:

La cobertura universal se encuentra estrechamente vinculada al gasto en salud y sus fuentes de financiamiento: una sociedad en la cual el 100% del gasto en salud corresponde a gasto público, ha alcanzado la cobertura universal.

Al plasmar sus argumentos, en el tema: “Hacia la universalidad en el acceso a los servicios”, el licenciado Ernesto Enríquez propone:

Como punto de partida para iniciar con el proceso para implantar el modelo de protección universal de la salud propuesto por Enrique Peña, integrado o coordinado, cambio estructural de la mayor magnitud, se debe tener en cuenta, además de lo expuesto en párrafos anteriores.

Al recordar los argumentos sobre el tema, vertidos por Enrique Peña Nieto, el autor emite sus: “Objetivos rectores de una política pública para la universalidad en la protección de la salud”, entre éstos,

resalta: a) prevención como esencia de la salud; d) medicamentos seguros y eficaces; m) alcanzar la cobertura universal gratuita (acceso a servicios de calidad y a todos los medicamentos), incorporando estrategias para acercar los servicios (móviles itinerantes); n) consolidar la protección financiera en salud (por un sistema de salud gratuito, eficaz y sustentable), y ñ) reforzar la rectoría de la Secretaría de Salud, con esquemas eficientes de operación y funcionamiento entre los tres órdenes de gobierno (nuevo acuerdo de coordinación y descentralización) y entre instituciones de salud al mejorar la articulación de los diferentes esquemas de aseguramiento existentes.

Para lograr lo anterior, en el rubro de “Instrumentos transversales”, el autor alude a la “Reorganización del Sistema Nacional de Salud” a partir de:

110

Reformar el marco constitucional y legal actualizándolo para, en una primera etapa, lograr una operación articulada y coordinada con las entidades federativas y los diversos sistemas de aseguramiento bajo la rectoría del Gobierno Federal, para homologar servicios e intervenciones, estandarizar costos y formación de recurso humanos, equiparar infraestructura: hospitales regionales de alta especialidad; centros médicos nacionales; hospitales de zona, reservando el primero y segundo niveles de atención a las entidades hasta nivel jurisdiccional. En el caso de los institutos nacionales de salud, mantendrían su operación descentralizada por sus características únicas como centros generadores del conocimiento y formación y como soporte de todo el SNS. En esta fase se implantaría el modelo de reembolso por intervención y servicio, substituyendo las cuotas y aportaciones con financiamiento público. Consolidada esta etapa, se valoraría la pertinencia de llegar a una integración o continuar con un sistema plural, de acceso universal,

coextenso y coexistente en todo el territorio nacional, basado en la competencia por eficiencia y calidad y financiado con gasto público.

Como se advierte, esta propuesta coincide con la visión que sobre el tema, se plasma en el “Pacto por México”.

La propuesta de Santiago Levy (Empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal)

En su propuesta Santiago Levy<sup>27</sup>, actual vicepresidente en el Banco Interamericano de Desarrollo, destaca que:

El problema central es que se invierte en empresas de baja productividad, y se crean empleos de baja productividad. Entonces, el reto es convertir empleos de baja productividad a empleos de alta productividad. Para crecer más rápidamente, necesitamos más empresas productivas y más empleos productivos. Afirma que: La informalidad es una fuente muy importante de pérdidas de productividad. Se genera por distorsiones del régimen fiscal y de seguri-

111

<sup>27</sup> El apoyo conceptual de Santiago Levy se encuentra en: Antón, Arturo, Hernández, Fausto and Levy, Santiago, *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*, November, 2011, visible en: <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevy-Paperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012. En el documento se resume: We propose a reform to shift taxation for social insurance from labor to consumption. We show that by setting a uniform value added tax rate of 16 percent it is possible to provide all workers with the same health and pension benefits and Hicks-compensate poor households for the VAT increase at a net fiscal cost of 0.3 percent of GDP. We argue that our proposal: (I) effectively protects all workers against risks, (II) reduces distortions in the labor market stemming from social insurance tax-cum-subsidies allowing for an increase in the real wage despite the higher VAT, (III) raises total factor productivity, (IV) contributes to reduce poverty and income inequality, (V) links contributions with benefits ensuring fiscal sustainability, (VI) increases aggregate savings for retirement, and (VII) reduces evasion and widens the tax base.



dad social. Aquí nos enfocamos en la seguridad social como causa de informalidad y fuente de baja productividad.

Sostiene que la arquitectura Seguridad Social Contributiva (SSC) + Seguridad Social no Contributiva (SSNC) es mala política social y mala política económica ya que: a) la SSC genera un impuesto al empleo formal porque las empresas y trabajadores pagan por beneficios sociales que los trabajadores no valoran plenamente, y b) la SSNC genera un subsidio al empleo informal porque los trabajadores reciben beneficios sociales que ni ellos, ni las empresas, pagan directamente. Por lo anterior, para el autor: “Se gravan los empleos de alta productividad y se subsidian los empleos de baja productividad.”

112 Según Levy, México podría estar atrapado en un círculo vicioso de informalidad y baja productividad que va de empresas precarias, malos empleos y excesivo empleo por cuenta propia; a menor productividad y mayor evasión a más subsidios al sector informal y más impuestos al formal (o menos inversión pública); a programas sociales para trabajadores formales de baja calidad, más programas sociales para trabajadores informales.

En lo que se refiere a la incidencia de las contribuciones a la SSC, destaca que los trabajadores pagan 64% y las empresas 36%, por lo que en su opinión en ausencia de esas contribuciones, el salario sería más alto. Además, asienta que las contribuciones a la SSC son equivalentes a: un IVA etiquetado para beneficios de seguridad social, pero que sólo se aplica a los trabajadores formales. Afirma que: Dada la evasión, una homologación de la tasa del IVA al 16% reduce el salario real 4%. Destaca: “El mismo salario se puede recuperar reduciendo la tasa de SSC 22%.” Comenta el autor que, desde una perspectiva fiscal, el tema es qué fuente de recaudación genera más ingresos dadas las posibilidades de evadir cada impuesto.

En su opinión los “Puntos clave” son:

Los trabajadores formales ya pagan un IVA generalizado en la puerta de la fábrica (etiquetado para SSC), además pagan otro IVA con exenciones en la puerta de la tienda (no etiquetado, pero usado en parte para financiar la SS), y que: Los trabajadores informales no pagan ningún IVA en la puerta de la fábrica, y pagan un IVA igual al que pagan los formales en la puerta de la tienda.

Como se advierte la propuesta de Santiago Levy, tiene sentido sí y sólo sí se considera que las cuotas a la seguridad social son un impuesto, como lo destaca un “IVA generalizado”. En este sentido no es extraño que afirme:

113

Pero al castigar los empleos productivos y subsidiar los improductivos, el esquema hace que todos los trabajadores pierdan ya que los salarios son más bajos, además, el esquema segmenta permanentemente al país en un sector formal y en otro informal, en contra de la cohesión social.

Para superar lo anterior propone el Seguro de Salud Universal (SSU) que consiste en tres partes:

Parte I. Para todos los trabajadores: a) Seguro de salud igual al que hoy reciben los trabajadores formales (paquete IMSS), con contribución a su cuenta de retiro igual a las contribuciones tripartita que hoy día recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (i.e., no sólo cuando es asalariado); b) Seguro de invalidez y vida con la cobertura que recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, c) Financiar el 100% de esos beneficios con recursos de una nueva contribución

para la seguridad social universal (CSSU) cobrada al mismo tiempo que el IVA.

Parte II. Además, para los asalariados: a) Seguro de riesgos de trabajo igual al que reciben los trabajadores afiliados al IMSS; b) Contribuciones complementarias para pensiones de retiro, de invalidez y vida. Garantía de pensión mínima de retiro después de 25 años de trabajo. Financiar estos beneficios con contribuciones patronales a la nómina.

Parte III. Medidas complementarias: a) Compensar a las familias pobres por el impacto de las mayores tasas de IVA. Eliminar el impuesto estatal a la nómina y compensar a los estados por la pérdida de recaudación. Absorción del pasivo laboral (RJP) del IMSS por parte del Gobierno Federal.

114

En lo que se refiere a la arquitectura fiscal y presupuestaria, señala que los impuestos del IVA y del CSSU sería un total del 16 % en donde el 6% equivaldría a la tasa de IVA para gasto público general; y el 10% restante correspondería a la tasa del CSSU con que se constituiría el Fondo Nacional para la Seguridad Social (FNSSU) y que correspondería a un apartado especial del Presupuesto Federal.

El FNSSU, a su vez, se conformaría de 3 fondos distintos: 1. Fondo para seguro de salud, que financiaría a los gobiernos estatales y al IMSS; 2. Fondo para seguro de retiro, que financiaría los Afores; y 3. Fondo para el seguro de invalidez y vida, que financiaría estos seguros también del IMSS.

Entre los “Objetivos del FNSSU” destaca sustentabilidad fiscal, entre ellos la recaudación por la CSSU es igual a los beneficios comprometidos. Señala que el Pleno financiamiento de los beneficios sociales que no es una fuente de desequilibrios fiscales o pasivos contingentes.

Propuesta de FUNSALUD  
(universalidad de los servicios de salud)

En el Programa de Trabajo 2012-2013 de la Fundación Mexicana para la Salud, se señala que:

A partir del 2010 FUNSALUD inició el Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud con el propósito de contribuir a la formulación de la política pública para mejorar el Sistema Nacional de Salud y garantizar la cobertura universal de servicios de salud.

Resalta que la propuesta de FUNSALUD para la universalidad implica una nueva Reforma del Sistema que fortalezca su eficiencia en el otorgamiento de servicios de salud a todos los mexicanos con equidad, haciendo efectivo el derecho a la salud consignado en la Constitución.

115

Por lo anterior, se revisaron las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud, identificando un importante avance sobre la integración funcional entre las instituciones del sector público coordinadas por la Secretaría de Salud y se ha aumentado considerablemente la afiliación de personas a estas instituciones; sin embargo esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud, como problemas la segregación del sistema y las crisis financieras de las instituciones, lo que impide que la prestación de servicios sea eficiente y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

El análisis de la cobertura en salud en nuestro país, de acuerdo a las tres vertientes propuestas por la OMS, refleja que la vertiente más rezagada es la de compartición de gastos. Este es el aspecto clave en la nueva reforma del sector.

Para conducir los pasos de una nueva Reforma al Sistema Nacional de Salud, FUNSALUD identificó dentro de su proyecto los

siguientes temas de trabajo como elementos esenciales: a) el financiamiento de la salud a través de impuestos generales; b) la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación; c) la pluralidad en la articulación y prestación de servicios de salud; y d) el desarrollo de una agenda legislativa para la reforma sanitaria y contributiva.

En otro documento denominado:

116

Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD<sup>28</sup>, se propone la “reorganización de funciones del sistema nacional de salud que implicaría sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conserve solamente la función rectora, el financiamiento sea a través de un fondo único sustentado en impuesto generales, la función de articulación, es decir la gestión entre el proceso del financiamiento y la prestación sea explícita a cargo del instituciones públicas y privadas, y la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

Como se advierte, ni la propuesta de seguridad social universal, ni la idea de empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal, o la de universalidad de los servicios de salud, generan un modelo de atención a la salud universal. El primero no rompe con la dispersión en los servicios de salud, además, generan severos problemas en el financiamiento; la idea de Santiago Levy invierte el foco del problema, el tema no es la salud sino el empleo; la propuesta de FUNSALUD es

<sup>28</sup> Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD, documento en poder de los autores, p. 12.

de orden administrativo, tampoco se enfoca en los temas de salud. Sin embargo, hay un avance al considerar la idea de un financiamiento a la salud sustentado en “impuestos generales”. Todas estas propuestas son expresiones de la medicina “gerenciada”.

La crítica de Octavio Rivero Serrano al sistema de medicina gerenciada se mantiene vigente, así este autor afirma:

Hay que mencionar que en la medicina institucional se interponen en la acción médica los innumerables trámites administrativos que tiene que sufrir el paciente. En la medicina privada los trámites con ajustadores de seguros y después con los administrativos que autorizan el pago de los gastos efectuados. Lo peor es que la relación médico paciente se encuentra intervenida y ésta, al estarlo, disminuye la confianza del paciente.

En la medicina de corte público, en las instalaciones del Estado, la medicina se encuentra en manos de políticos, de economistas y de administradores. En ella intervienen intereses políticos, intereses de los sindicatos, y una cauda de empleados administrativos que se llevan los recursos que deberían destinarse a la atención de los enfermos. En la medicina privada, que se encuentra en manos de inversionistas, el médico debe laborar en un entorno en el que los dueños de los consorcios privados estimulan la productividad de la inversión. Aquí se encuentra intervenida la medicina por factores propios y hasta deseables o justos en la industria.<sup>29</sup>

117

Pero la crítica más significativa se enfoca en la cuestión de que ninguno de estos desarrollos hace realidad el derecho humano a la

<sup>29</sup> Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual Intervenida”, Seminario: El ejercicio actual de la medicina, visible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), documento en poder del autor.

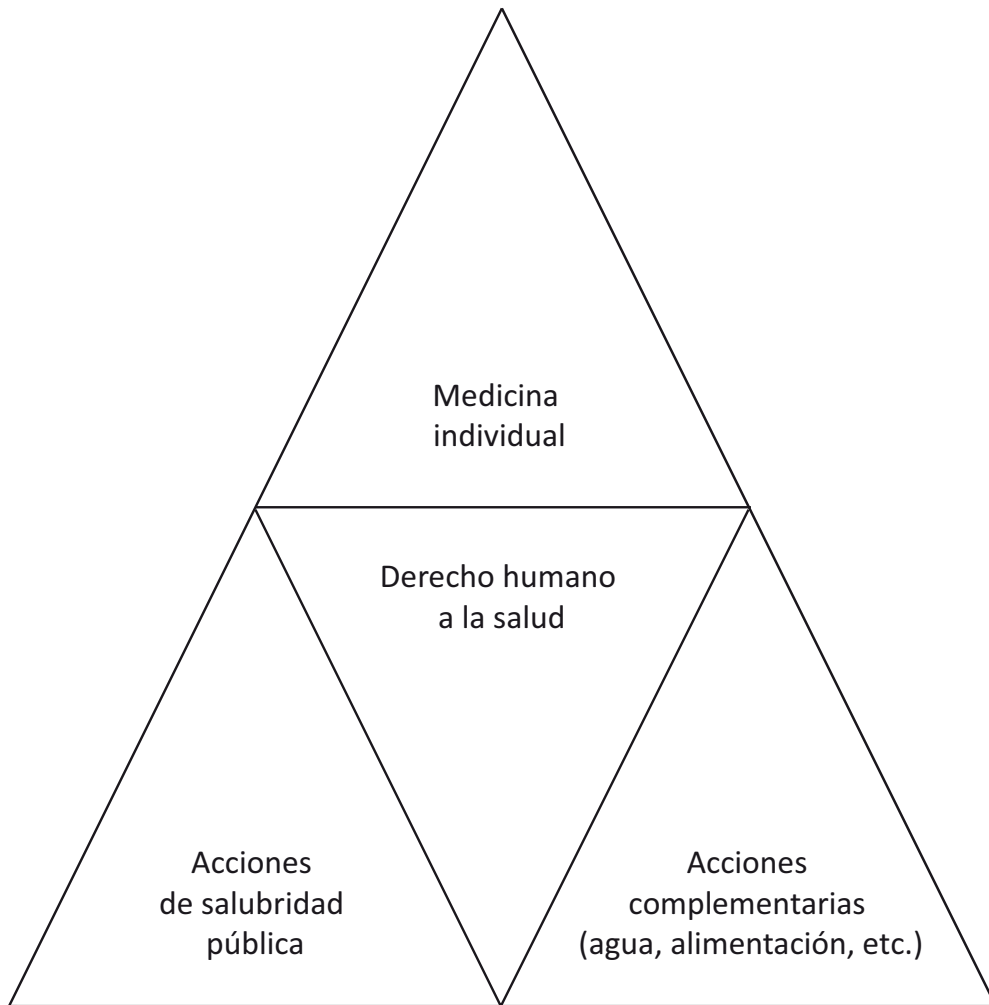
salud delimitado en la Observación General 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, más bien parecen propuestas que se emparentan con la noción de “cobertura sanitaria universal” propuesta por la Organización Mundial de la Salud, cuyo único fin es propiciar utilidades para los negociantes de la medicina.

Además, para eliminar toda la retórica de carácter económico que se advierte en las posturas mencionadas, bastaría una simple reforma al artículo 35 de la Ley General de Salud para instaurar un sistema de salud universal y gratuito en México.

Modelo de atención a la salud de Fernando Cano,  
Daniel Márquez y Pastora Melgar

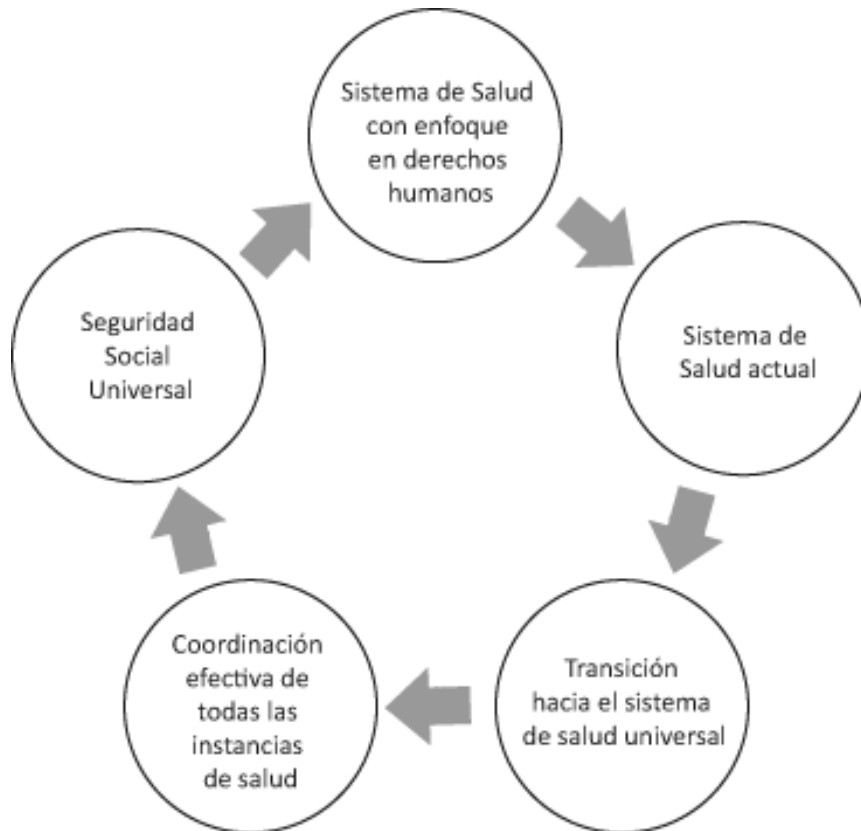
- 118 En el libro *Medicina y estructuras jurídico-administrativas*,<sup>30</sup> después de argumentar en torno a la complejidad del sistema de salud, segmentado, caro, con diversas carencias de personal y camas; en algunos casos, sobre todo en atención a la emergencia sanitaria, o sea, un sistema disfuncional. Los autores mostraron las interacciones entre un sistema de salud con enfoque en derechos humanos, las acciones de medicina individual, las acciones colectivas preventivas (salubridad pública) y las acciones complementarias (agua potable, alcantarillado, alimentación, etc.), como elementos sustantivos del derecho humano a la salud.

<sup>30</sup> Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel, Melgar, Pastora. *Medicina y estructuras jurídico administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: IIJ-UNAM, 2014, pp. 299 y ss.



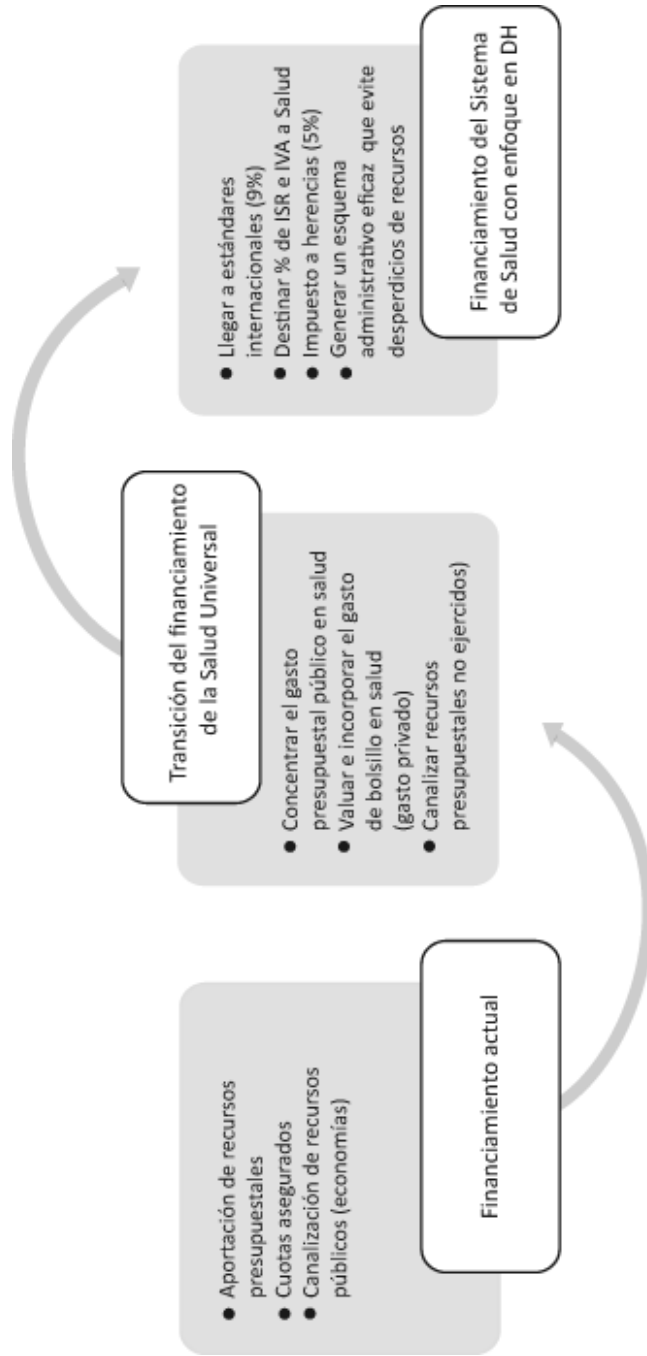
También se destacó que del apartado dogmático de una constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país, en términos del gráfico siguiente:





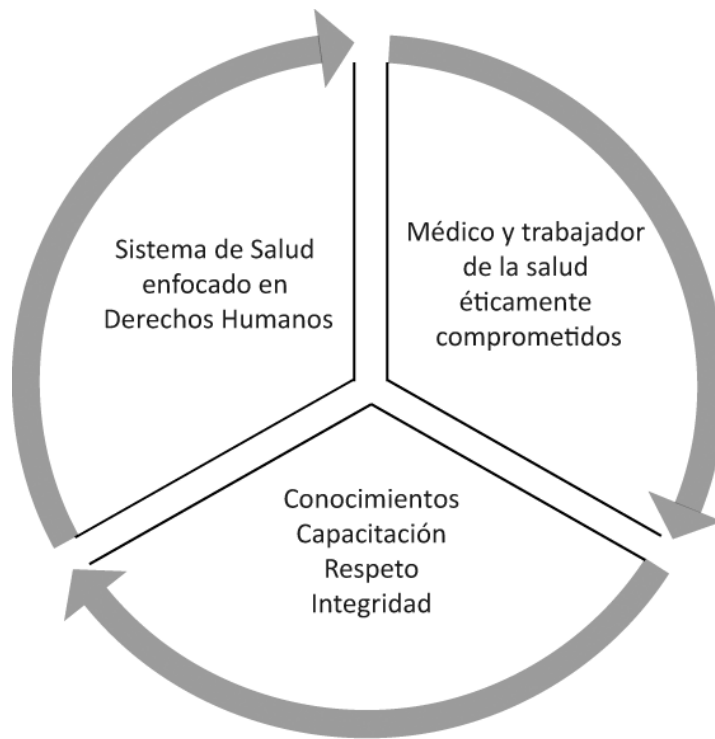
120

Afirmamos que el debate puede estar en si es necesario, además de otorgar prestaciones universales en materia de salud y medicina, extender ese proceso a otra clase de prestaciones integradas en lo que se conoce como previsión social o seguridad social, sin que consideremos sinónimos a ambos conceptos, como son los seguros de desempleo, para madres trabajadoras y adultos mayores. En materia de financiamiento destacamos que la transición económica se muestra en el cuadro siguiente:



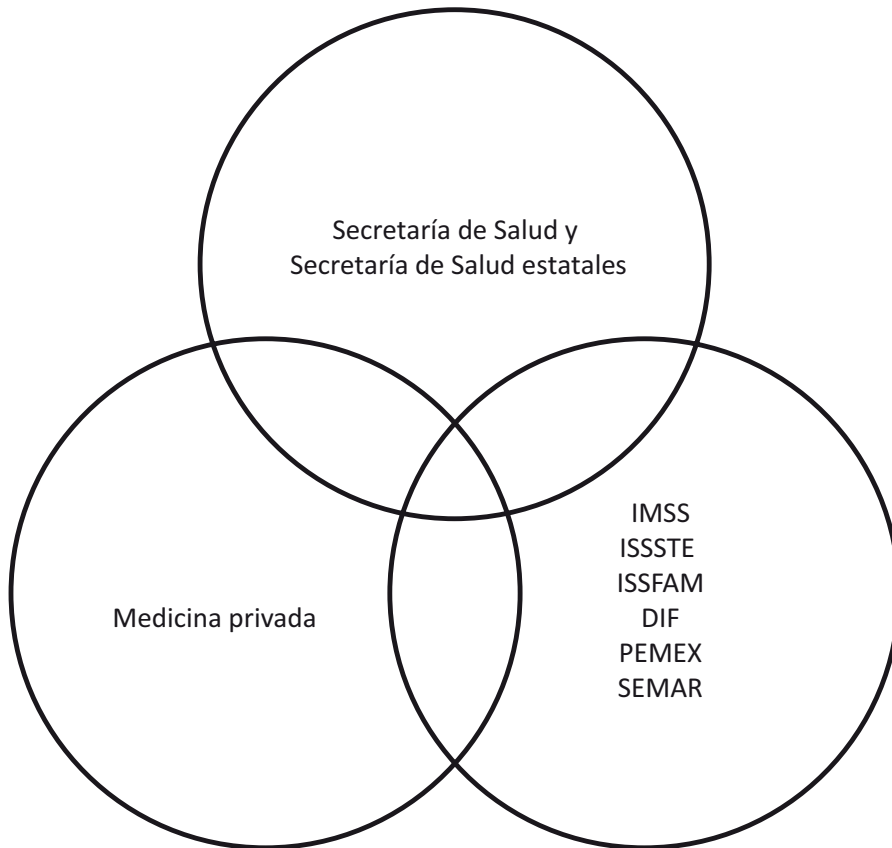
Además, proponemos que las prioridades de gasto en salud deben canalizarse al derecho humano, al personal médico y hospitalario y a un programa de incentivos de permanencia a todo el personal de salud, como se muestra en el cuadro siguiente.

122



Afirmamos la necesidad de generar una atención médica plural, apoyada en la sinergia medicina pública-privada, lo que implica la integración global de servicios de salud, tanto los que se prestan a nivel público como los que se dan en los espacios privados. Nos pronunciamos a favor de un programa de consultorios populares, apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos, cuya factura se pagará por el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, lo que parecía una buena respuesta para hacer efectivo el

derecho humano a la salud, mejorar la salud de los mexicanos e impulsar la economía nacional. Por lo que destacamos las interacciones de una posible estructura derivada de ese proceso:



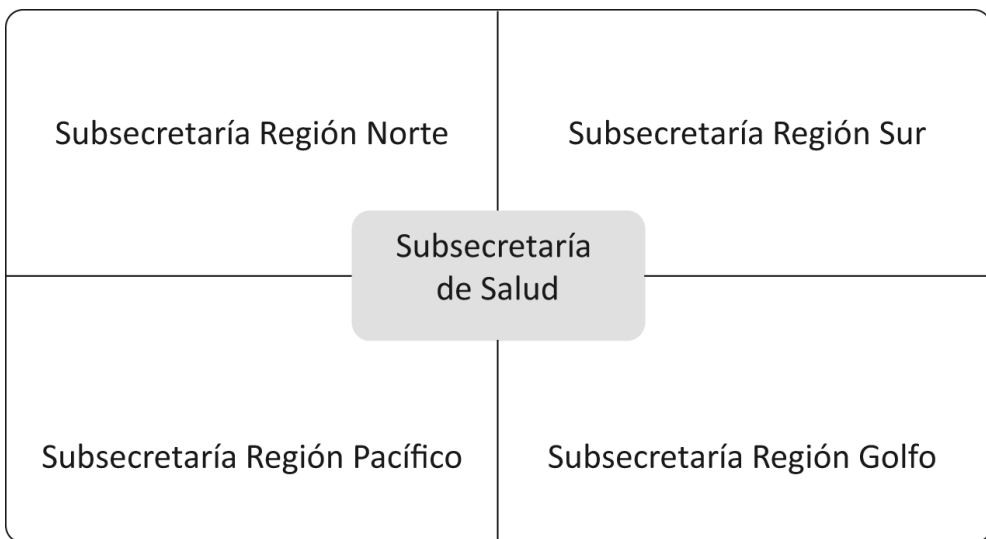
Así afirmamos que toda la organización administrativa se debe volcar hacia nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos. En nuestra opinión el nuevo esquema del sistema de salud a nivel país se sustentaría en una Secretaría de Salud operando

como agente central único, generador de políticas en materia de salud para todo el país, comprador universal de insumos para la salud y pagador único de servicios prestados en el marco del derecho humano a la salud y el acceso universal a la medicina.

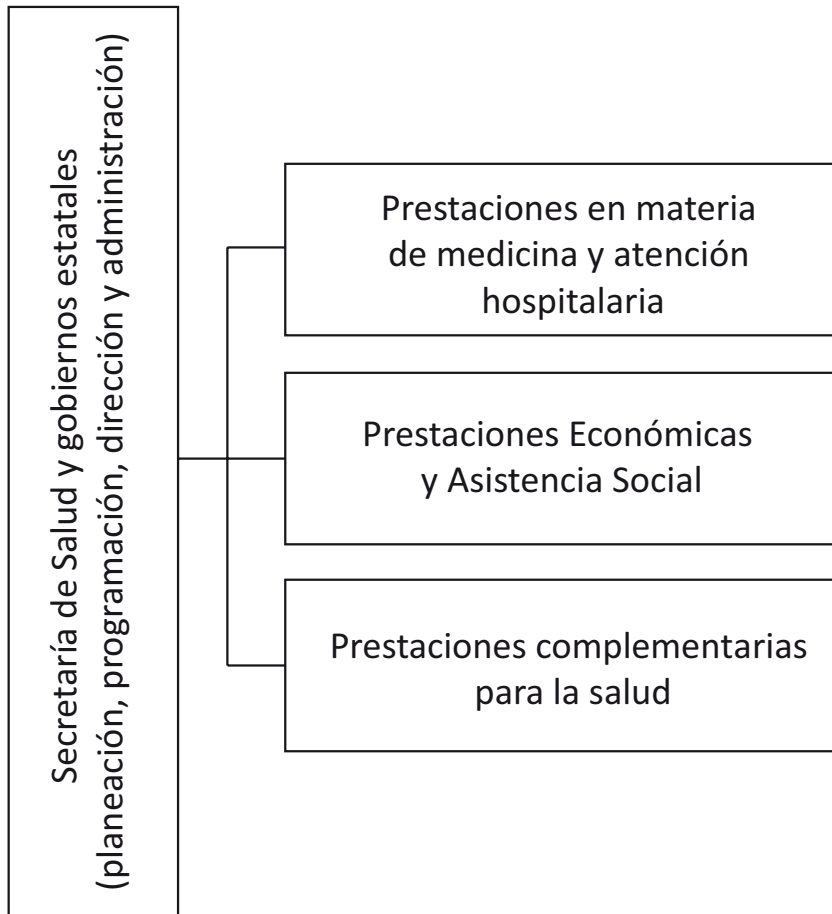
La división del país se podría hacer en cuatro regiones donde operarían cuatro subsecretarías, como se muestra en el cuadro.

En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cambio, en cada subsecretaría los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer niveles, otorgando el acceso universal a la medicina.

124

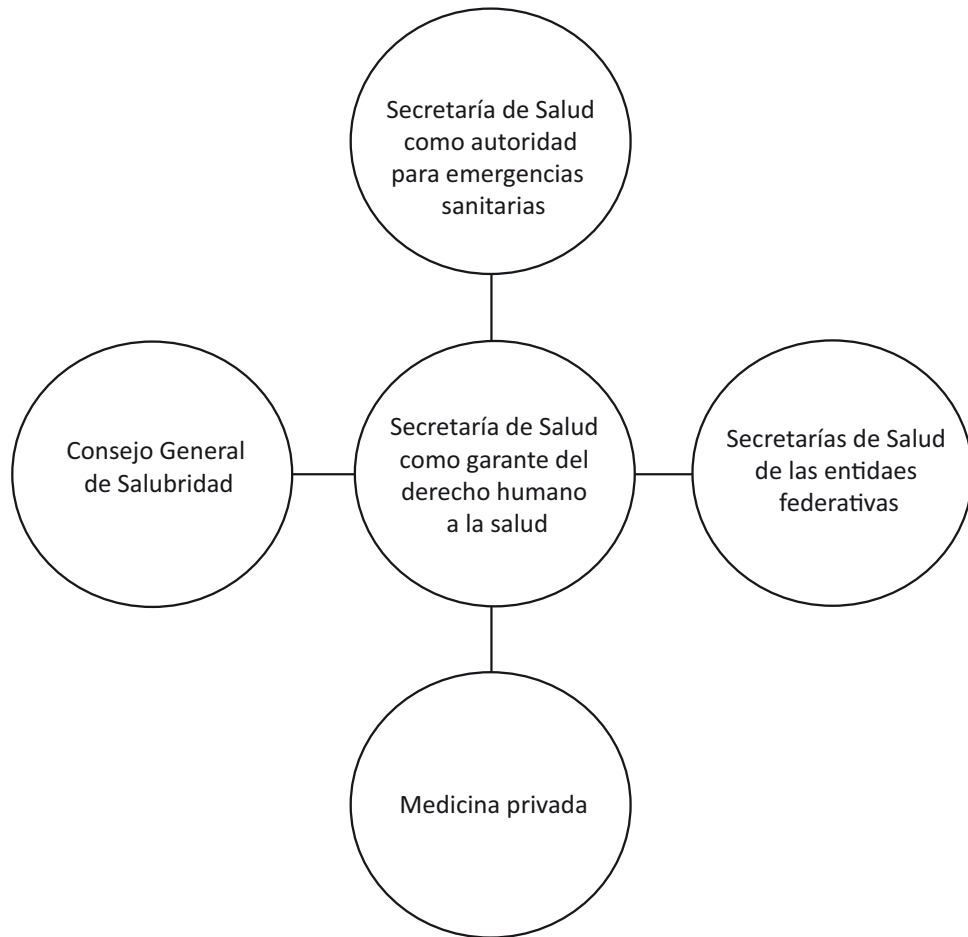


Esta estructura podría ser de transición, permitiendo en el futuro el avance hacia un sistema de salud integrado funcionalmente como se muestra en el siguiente cuadro:



Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: a) el cuidado de la salud, b) las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, y c) las prestaciones complementarias (agua potable, alimentos, alcantarillado, medio ambiente, etc.), así, podíamos contar con las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México.

Por lo anterior afirmábamos que un esquema de estas características articulaba los recursos del país en materia de salud hacia el logro del objetivo común: el enfoque en derechos humanos para la salud.



Aunque la propuesta tiene la ventaja de que sí desarrolla un modelo, sin embargo, en una nueva lectura del tema debo mencionar mi insatisfacción, no sólo porque no resuelve el problema del financiamiento, sino porque falta integrar a ésta el papel asignado a los médicos en el derecho humano a la salud, además, aunque a nivel macro se apuesta a la descentralización, no se advierte cómo se puede llevar ese proceso al nivel micro, en donde se encuentran los demandantes de los servicios de salud.

En este sentido, debemos recordar que: Los resultados muestran que la percepción de los problemas de salud está fuertemente mediada por las condiciones materiales de vida que influyen en la valoración de la salud en un contexto sociocultural específico. La resolución de problemas cotidianos, fundamentalmente el trabajo y la alimentación, ubican a la salud como un bien no prioritario. A pesar de ello, son los niños, por su percepción de mayor vulnerabilidad, los sujetos que reciben mayor atención en cuanto al proceso de salud-enfermedad-atención.<sup>31</sup>

## Hacia un nuevo modelo de atención a la salud en México

Después de destacar las experiencias de otros momentos, ante la existencia del ciclo salud-enfermedad-atención, consideramos como punto de partida básico para cualquier sistema de salud la solidaridad. Estimamos que ninguna persona, por pudiente que sea, está en posibilidad de enfrentar los temas y problemas relacionados con el ciclo salud-enfermedad-atención por sí misma. Afirmamos, también, que es de justicia elemental que exista un sistema de salud universal financiado a través de impuestos generales, que tenga como regla la solidaridad transversal de los temas y problemas relacionados con la prevención y restauración de la salud, y que también genere una solidaridad transgeneracional, o sea, que los beneficios asociados a un sistema de estas características no puedan ser secuestrados en perjuicio de las generaciones futuras.

127

Por lo anterior, para aprovechar el contenido del artículo 35 de la Ley General de Salud, nos pronunciamos a favor del modelo

<sup>31</sup> Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, y Pereyra, Adriana. "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta". *Salud colectiva*, v.3 n.3 Lanús sept-dic. 2007, visible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005), consultada el 13 de junio de 2017.



“Beveridge” de salud, vía un catálogo universal de servicios de salud gratuitos, canalizando rubros generales y específicos presupuestales a su financiamiento. Lo anterior significa un rechazo a la medicina gerenciada o de la línea de producción y constituye un alegato para rescatar la relación casi familiar que en el pasado existía entre el médico y el paciente.

El rechazo a la medicina de la “línea de producción” no es gratuito. Como lo destaca Octavio Rivero Serrano:

La organización de una medicina concebida como una industria es un cambio que no es positivo. Los cambios en los sistemas de atención a la salud, en la estructura de la medicina en instituciones o en la llamada medicina privada, no sólo han encarecido la medicina, han intervenido la esencia del acto médico y en ocasiones no sólo han ocasionado una medicina intervenida, sino vulneran los principios de una medicina ética.<sup>32</sup>

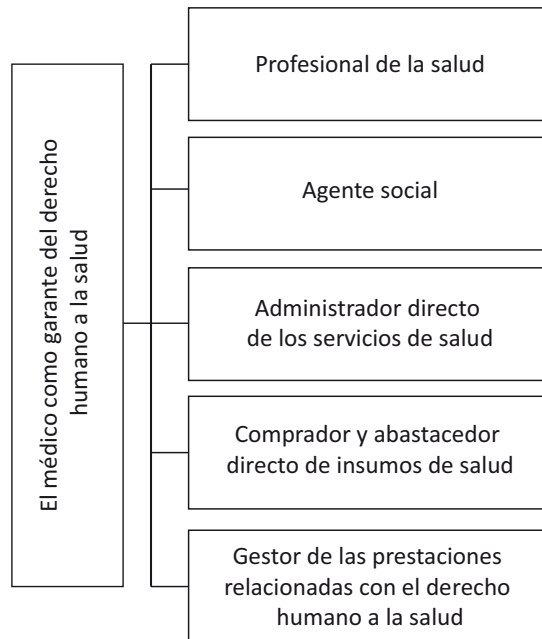
128

Como se advierte, en nuestra propuesta requerimos que en el sistema mexicano de salud cobren una nueva centralidad los especialistas en salud, en particular los médicos. El médico es el garante real del derecho humano a la salud, por lo que se debe dotar de todas las herramientas y medios para hacer posible esa labor.

El médico no sólo es un profesional de la salud, también es un agente social, un administrador de servicios de salud, un comprador y abastecedor de insumos para la salud, por lo que debería ser el gestor natural de los bienes (agua, alimentos, ambiente, etc.) necesarios para la salud. En este sentido, en nuestra opinión, al médico,

<sup>32</sup> Véase: Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual Intervenida”, en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), documento en poder del autor.

se le debería considerar, en el contexto del derecho humano a la salud, como:



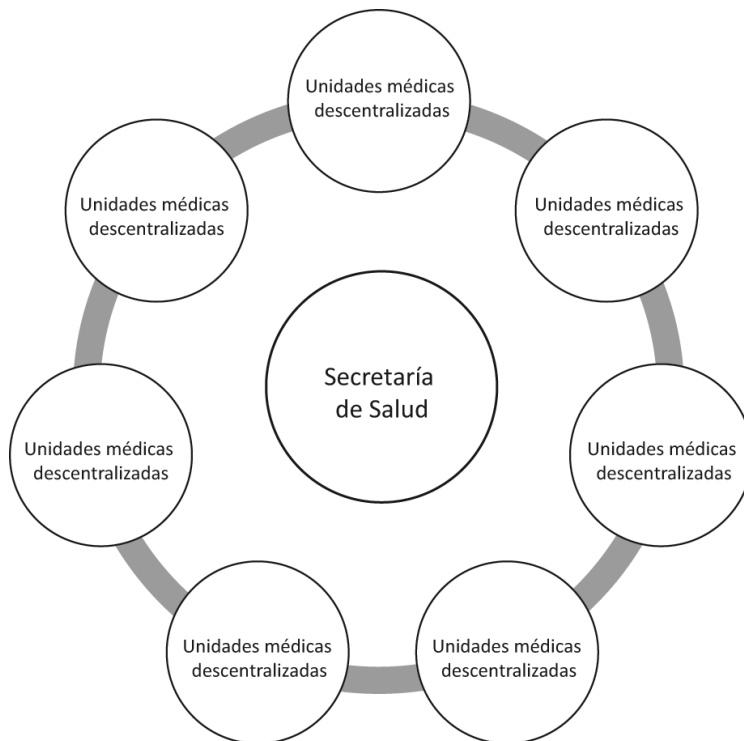
Lo anterior nos lleva a revalorar el papel que juegan las estructuras médico-administrativas. Es evidente que para hacer efectivo el derecho humano a la salud, en los términos delimitados en la Observación General 14, arriba analizada, se requieren estructuras administrativas humanas, amigables, sin carencias y con mecanismos de atención expedita y rápida.

De los tipos de estructuras administrativas que actualmente se conocen: centralizadas, desconcentradas y descentralizadas, estimamos que la medicina debería apoyarse en organismos descentralizados, bajo la dirección de uno o varios médicos (cuerpos colegiados de especialistas que practiquen en esos espacios), con el apoyo de otros profesionales de la salud (enfermeras, químicos, radiólogos, laboratoristas, etc.), trabajadores sociales y administradores.

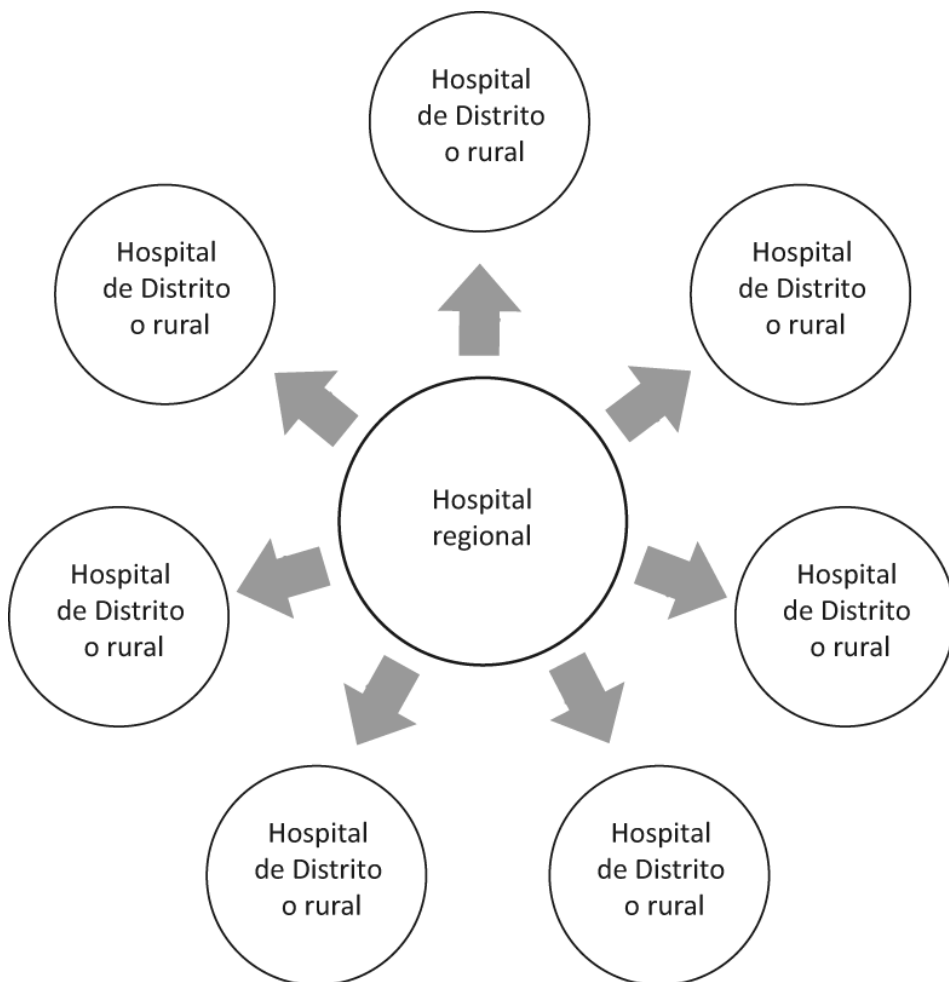
En nuestra opinión, los médicos, con énfasis en los aspectos preventivos y restauradores de la medicina, y anteponiendo como norma primaria los derechos humanos de los demandantes de los servicios de salud, deben contar con facultades y competencias específicas en todas las materias asociadas a la salud, excepto planeación y programación generales, que recaerían en el coordinador del sector (la Secretaría del ramo). Aunque podrían generar programas de salud regionales, estatales, municipales o comunitarios, según su ámbito de competencia.

Lo anterior nos lleva a una descentralización real de los servicios de salud. Los hospitales serían como pequeños universos en materia de salud, con fuertes vínculos de coordinación con otros prestadores de bienes relacionados con el derecho humano a la salud. En un nivel más nuclear tendríamos:

130



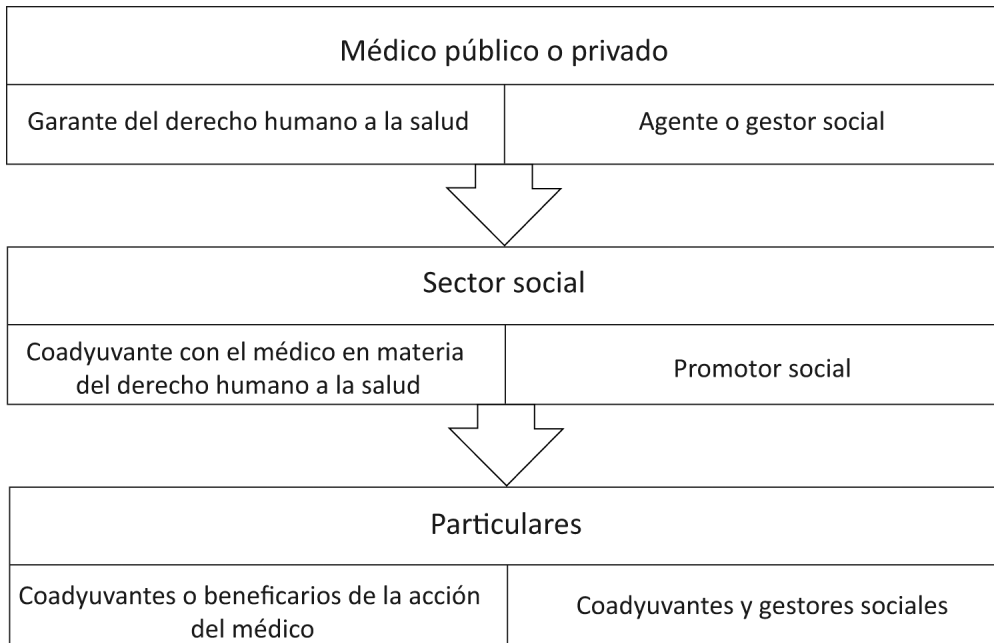
Las flechas muestran la salida de facultades del órgano central hacia las unidades periféricas. Por supuesto, este sistema no es una novedad, porque como lo destacan R. Llewelyn-Davies y H.M.C. Macaulay, el sistema de regionalización consiste en colocar bajo un control administrativo general y unificado, los servicios hospitalarios



y de salud pública de una extensa zona, que comprenda millones de personas.<sup>33</sup> No obstante, la novedad del planteamiento radica en el carácter “autárquico” de los hospitales menores y el papel que jugarán los médicos y demás profesionales de la salud en su administración.

En el cuadro siguiente se muestran las interacciones entre las personas físicas y morales, en el nuevo modelo de atención a salud:

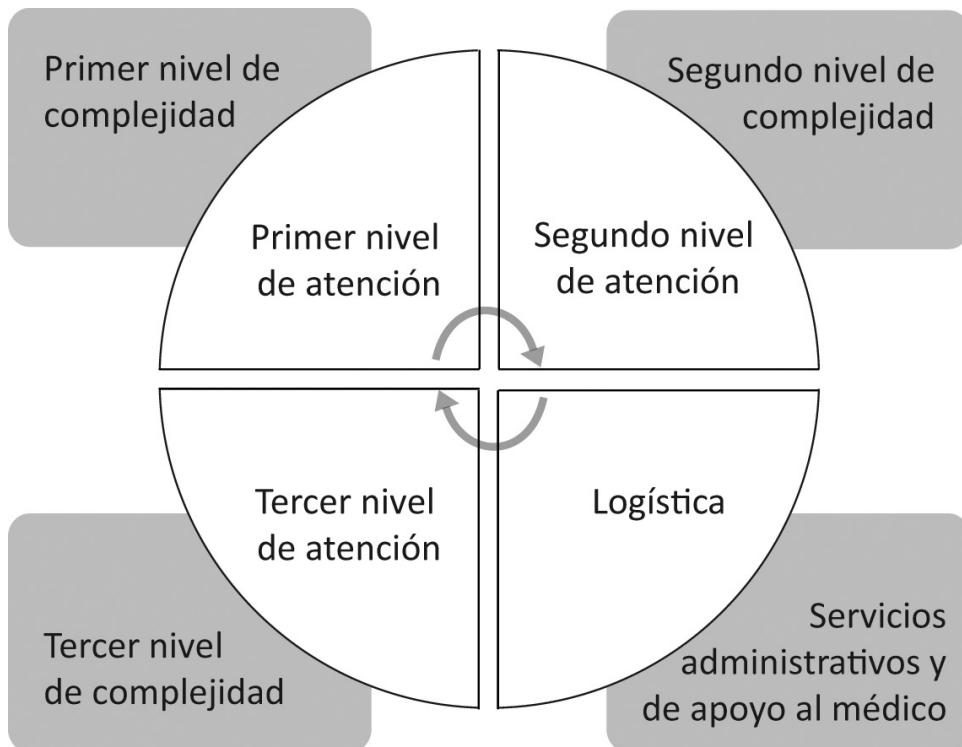
132



<sup>33</sup> Llewelyn-Davies, R., y Macaulay, H.M.C., *Planificación y administración de hospitales*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1969, p. 9.

Como se advierte, la idea es aprovechar los recursos humanos y de infraestructura sanitaria con las que cuenta el país. En el caso de los médicos se les asigna un papel de importancia como garantes del derecho humano a la salud y las prestaciones conexas para hacerlo efectivo, además, se les considera los agentes sociales por excelencia. Los sectores social y privado son coadyuvantes con el médico en lo que se refiere a la eficacia del derecho humano a la salud. Además, contribuyen en la gestión social.

En este sentido, en materia de servicios de salud, podemos destacar la importancia de los niveles de complejidad y la logística, sin olvidar que entendemos a ésta última, como un conjunto de los medios necesarios para llevar a cabo un fin determinado de un proceso complicado.



Otro aspecto importante se relaciona con los niveles de atención y complejidad. Se definen niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Por su parte, se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento.<sup>34</sup>

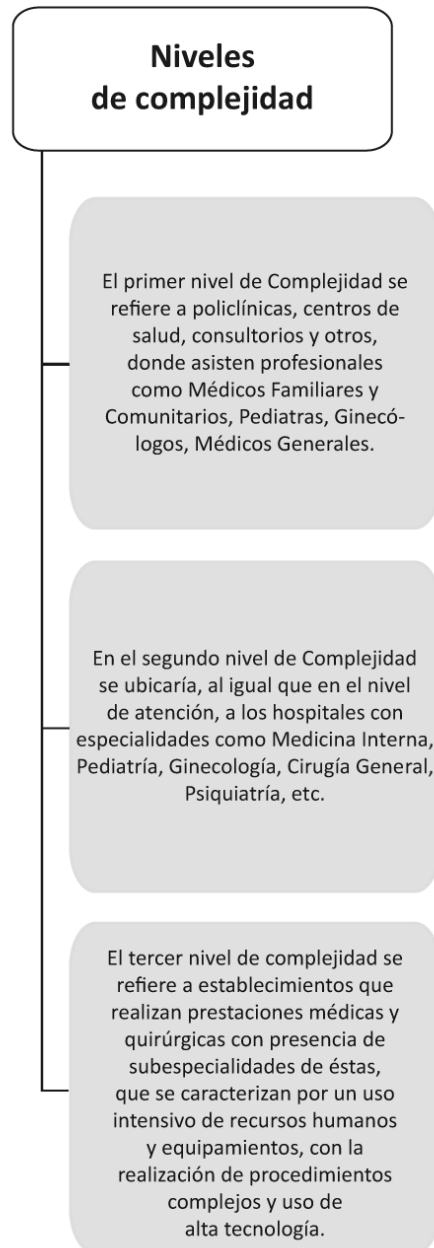
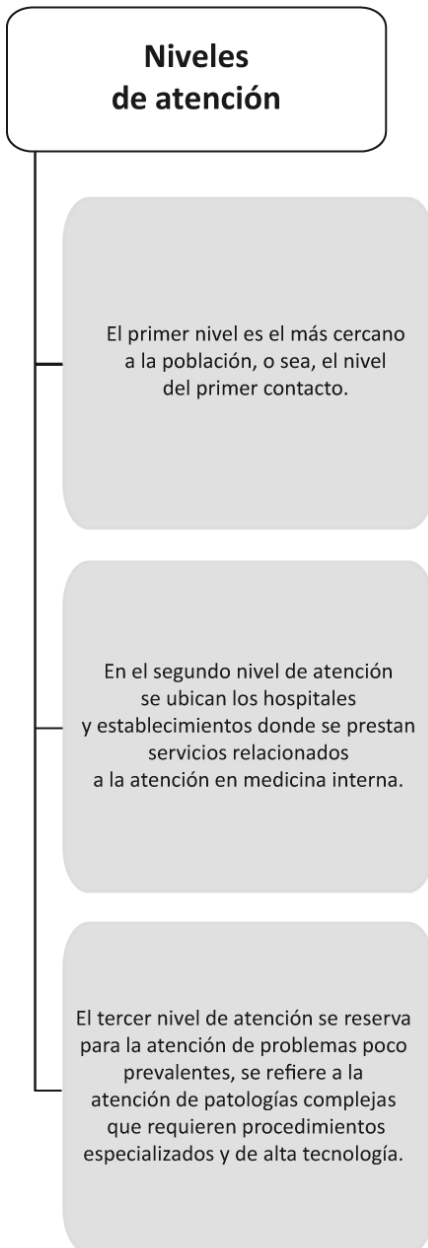
134

Su trascendencia rápida, es que en el primer nivel de atención se resuelven las necesidades de atención básicas y más frecuentes, relacionadas con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación, se puede decir que es la puerta de entrada al sistema de salud. Aquí las estructuras sanitarias son de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes; además, en conjunción con el segundo nivel, puede resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. Por último, el tercer nivel resuelve aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen.<sup>35</sup>

Las interacciones entre los niveles de atención y complejidad se muestran en el cuadro siguiente:

<sup>34</sup> Julio, Vignolo, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, y Sosa, Alicia, "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud", *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14 11, en Prensa Médica Latinoamericana, visible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>, consultado el 6 de junio de 2017.

<sup>35</sup> *Ibidem*.





Como se advierte, aquí construimos un nuevo modelo de atención médica privilegiando el enfoque de derechos humanos. Por supuesto, este modelo es perfectible, pero invariablemente debe financiarse con impuestos.

Frente al problema que plantea la medicina gerenciada para la vigencia del derecho humano a la salud, Octavio Rivero Serrano se pregunta y responde:

¿La solución antes de mayores daños a una profesión eminentemente de corte humanístico y social? Que el Estado asuma su responsabilidad y ofrezca, como ya lo hacen otros países en el mundo, atención a la salud en forma universal a todos los habitantes de México, con la misma accesibilidad a los servicios, con instalaciones semejantes en los diversos subsistemas de salud, y con idéntica calidad.<sup>36</sup>

136

Como se advierte, estas ideas, con sus límites, pueden contribuir a generar un debate necesario, que trascienda el simple contexto del financiamiento y que plantee de nueva cuenta un papel activo del médico en los temas de salud, pero que incluso, vaya al fondo del problema, el propiciar que el médico —como agente social— se involucre en las prestaciones conexas a la vigencia derecho humano a la salud, con eficientes estructuras de apoyo logístico a su labor médica.

<sup>36</sup> Rivero Serrano, Octavio, “La Medicina Actual...”

## Referencias

- Achinstern, Peter, *Los modelos teóricos*. México: UNAM, 1987, pp. 6-10.
- Antón, Arturo, Hernández, Fausto and Levy, Santiago, The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance, November, 2011, visible en: <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevy-Paperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012.
- Aracil Javier, *Dinámica de sistemas*. Madrid: Isdefe, 1995.
- Aracil Javier, *Introducción a la dinámica de sistemas*. Madrid: Alianza, 1993.
- Bertalanffy, Ludwig (von), An Outline of General System Theory (1950), visible en: [http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST\\_Outline\\_SELECT.pdf](http://www.isnature.org/Events/2009/Summer/r/Bertalanffy1950-GST_Outline_SELECT.pdf), consultado el 5 de junio de 2017.
- Both NHS England and CCGs Have a Duty to Involve their Patients, Carers and the Public in Decisions about the Services they Commission. Visible en: (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>, consultado el 29 de abril de 2017.
- Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel, Melgar, Pastora, *Medicina y estructuras jurídico administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*. México: IJ-UNAM, 2014.
- Cobertura Sanitaria Universal, nota descriptiva, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>, diciembre de 2016, consultada el 29 de abril de 2017.
- Galeana de la O., Silvia, “La construcción de modelos: una alternativa metodológica de intervención y de teorización”, en: Galeana de la O., Silvia (coord.), *Promoción social una opción metodológica*. México: Escuela Nacional de Trabajo Social-UNAM y Plaza y Valdés, 1999.
- De Val-Pardo, Isabel, y Corella, José María, *Salud, sanidad y política sanitaria. Diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Egg A., *Técnicas de investigación social*. Argentina: Cid, 1981, p. 64.

- Johansen Bertoglio, Oscar, *Introducción a la teoría general de sistemas*. México, Limusa, 2004.
- Julio, Vignolo, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, y Sosa, Alicia, “Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud”, *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14 11, en *Prensa Médica Latinoamericana*, visible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>, consultado el 6 de junio de 2017.
- Llewelyn-Davies, R., y Macaulay, H.M.C., *Planificación y administración de hospitales*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1969, p. 9.
- OMS, ¿Qué es un sistema de salud?, visible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>, consultado el 12 de junio de 2017.
- 138 Organización de la Naciones Unidas, Asamblea General, “Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015”. Distr. General 21 de octubre de 2015, Septuagésimo período de sesiones. Temas 15 y 116 del programa. A/RES/70/1.
- Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos Núm. 122, *Primer Informe del Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección a la salud*, Ginebra, OMS, 1957.
- “Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde FUNSALUD”, documento en poder de los autores.
- Rivero Serrano, Octavio, “La medicina actual intervenida”, Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina, visible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct\\_02\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html), octubre de 2008, documento en poder del autor.
- Sacchi, Mónica, Hausberger, Margarita, y Pereyra, Adriana, “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”, *Salud colectiva*, v.3 n.3 Lanús sept-dic. 2007, visible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652007000300005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005), consultada el 13 de junio de 2017.

Sámano Guerra, Francisco Javier, Fernández González, Héctor, Pérez Padilla, Rogelio, Páramo Díaz, Marcelo, Iñarritu, Alfredo, y Flores Hidalgo, Héctor, “Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México”, en *Anales Médicos*, vol. 48, núm. 1, enero-marzo de 2003.

*Sistema de Información Sanitaria, Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Thomas R. Reardon M.D., President Speeches American Medical Association, [www.ama.org](http://www.ama.org).

Torres Nafarrete, Javier, *Introducción a la teoría de sistemas de Niklas Luhmann*. México: UNAM, 1999.

Wilson, B., *Sistemas: concepto, metodología y aplicaciones*. México: Limusa: 1993.

# FINANCIAMIENTO INEQUITATIVO PARA LA FUNCIÓN SALUD

Dra. Pastora Melgar Manzanilla

La doctrina subyacente puede designar a la salud de diversas formas: como un derecho humano básico, como una inversión para el desarrollo, como una mercancía que se compra y se vende, como una demanda política o como un gasto, sin que necesariamente sean incompatibles unos con otros. Se esperaría que el diseño del sistema de salud, su financiamiento, así como las disposiciones operacionales reflejen y sean congruentes con la doctrina que subyace o fundamenta a la salud.<sup>1</sup>

México, a partir de junio de 2011, se encuentra en el conjunto de Estados que acogieron en su Constitución el paradigma de los derechos humanos. La salud o la protección a la salud, como lo designa la Constitución mexicana, es considerado un derecho humano, por tanto, el Estado tiene un deber positivo para con las personas en lo que respecta a la salud. El derecho a la protección de la salud requiere que el Estado adopte las medidas apropiadas para asegurar la plena

<sup>1</sup> Cfr. Maharaj Sr., Paul TJ., “Ethical issues in Healthcare Financing”, *West Indian Med Journal*, Julio 2011, No. 60 (4), pp. 498- 501, visible en <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v60n4/a23v60n4.pdf>, consultado el 10 de mayo de 2017.

efectividad de este derecho. Entre estas medidas se encuentra lo relativo a la financiación o financiamiento del sistema de salud que debe ser ético; es decir, congruente con la doctrina de derechos humanos: suficiente y equitativo.

Siguiendo a Santo Tomás de Aquino,<sup>2</sup> la ética política se ocupa de las acciones llevadas a cabo por la sociedad política, es decir, los actos mediante los cuales esta sociedad se da a sí misma una forma y una organización en sus diversos aspectos, esto es, constitucional, legislativo, administrativo, inclusive su sistema de salud. La valoración de tal organización se realiza desde el punto de vista del fin propio de la comunidad política en cuanto tal, podríamos hablar del respeto, protección y realización de los derechos humanos. De esta manera, la moralidad del sistema de salud depende de la posibilidad de que dicho sistema haga efectivo el derecho humano a la protección de la salud.

141

Si la salud es vista como un derecho humano, es válido esperar que la financiación y las acciones de política y planificación estén dirigidas a asegurar el acceso equitativo de todos los miembros de la sociedad a toda la gama de servicios y recursos disponibles en los sectores dedicados a las actividades de salud.

Por otro lado, de considerarse una demanda política o una mercancía, por ejemplo, el acceso equitativo sería de menor importancia, de tal manera que el diseño del sistema sería más sensible a cubrir el acceso a cierta base de la población que tiene determinada influencia o que tiene capacidad de pagar por los diversos servicios de salud. Asegurar servicios de salud a la sociedad en su conjunto o a grupos vulnerables no sería de importancia.<sup>3</sup>

En este breve artículo sobre la financiación del sistema de salud y la función salud en México, consideraremos dos aspectos impor-

<sup>2</sup> Cfr. Tomás de Aquino, *Comentario a la Ética a Nicómaco*. Buenos Aires: Ciafic, 1983.

<sup>3</sup> Cfr. Maharaj Sr., Paul T.J. *Op. cit.*

tantes: el financiamiento público y el financiamiento a través de gasto de bolsillo. Respecto del financiamiento público, tomaremos en cuenta la suficiencia financiera y la equidad entre grupos tales como empleados y no empleados; y, respecto del gasto en bolsillo, nos enfocaremos en su tratamiento fiscal en cuanto a la limitación a las deducciones personales.

### Financiación insuficiente

Una parte importante del sistema de salud, que es indicativo de su moralidad, es su financiación. Por tanto, si se pretende contribuir, aunque sea mínimamente, a llevar el sistema de salud hacia el estado de universalización o generalización y perfección al que aspira, es decir a su entelequia, es necesario revisar su financiamiento.

142

Financiamiento o financiación se refiere al conjunto de recursos monetarios y de crédito destinados a una empresa, actividad, organización o individuo(s), con el objetivo de que los mismos realicen determinada actividad, cumplan determinado compromiso o concreten algún proyecto. La financiación pública es una forma de financiación donde los medios económicos provienen de una institución o un organismo público del Estado; mientras que, en la financiación privada o personal, los fondos provienen de una o varias personas o entes privados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la financiación de la atención de la salud se centra en la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente. Establece que, en el sistema de la salud, los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios (incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación) de calidad suficiente para que sean

eficaces; y para garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras.<sup>4</sup>

Aunque no se señale de manera explícita, en la anterior definición se advierten los principios de suficiencia financiera y equidad, entre otras. La suficiencia financiera se refiere a que los recursos financieros deben permitir hacer frente a las obligaciones del sistema de salud y la equidad a que todos los individuos con necesidad reciban o tengan acceso a los mismos servicios y en las mismas condiciones.<sup>5</sup>

Un acercamiento a la valoración de la suficiencia en la financiación de la salud puede realizarse a través de la comparación con la financiación que otros Estados realizan a la salud. Podemos tomar en cuenta aspectos como gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) y dependencia del gasto de bolsillo.

143

Según estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para el año 2015, el gasto total en salud como porcentaje del PIB fue de 5.8%. De entre los países de la OCDE, sólo Turquía (5.2%) y Latvia (5.36%), reportan menores gastos por concepto de salud como porcentaje del PIB. El país que reporta el gasto más alto es Estados Unidos con 16.9% del PIB; mientras que el promedio de la OCDE es de 9.0%.<sup>6</sup>

El porcentaje de gasto en salud mencionado incluye tanto gasto público como de bolsillo. Respecto del gasto público en salud para

<sup>4</sup> Cfr. Organización Panamericana de la Salud, "Financiamiento de los sistemas de Salud", visible en [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es), consultado el 5 de mayo de 2017.

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación*, OPS, 2003, p. 35.

<sup>6</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Health expenditure and financing", visible en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, consultado el 2 de mayo de 2017.



México, en el 2015 fue de 2.89%;<sup>7</sup> en el 2016 fue de 2.80%;<sup>8</sup> y, en el 2017 es de un aproximado de 2.70%.<sup>9</sup> Cabe mencionar, que durante el 2000 y el 2013, el gasto público en salud aumentó como porcentaje del PIB de 2.59% a 3.26%.<sup>10</sup>

En países como Japón, Alemania y Suecia se destinan más del 9% del PIB al gasto público en salud. El promedio para los países de la OCDE es 6.6%.<sup>11</sup>

Como se advierte, aproximadamente la mitad del gasto en salud en México es gasto privado, del cual la gran mayoría es absorbido por las personas. La OCDE reporta como gasto de bolsillo para la salud para México un 45%.<sup>12</sup> En este rubro de gasto, la calificación de México es pobre, pues para ser congruente con la doctrina de la protección de la salud como un derecho humano, la salud no debe depender de la capacidad de pago, el Estado debe asegurar la realización del derecho. En el rubro de gasto de bolsillo, México se encuentra en el primer lugar de entre los países miembros de la OCDE.

144

Estos datos resultan preocupantes pues pone en riesgo de empobrecimiento a las personas. Esta alta carga de pago del bolsillo

<sup>7</sup> Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, “El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud 2015-2106”, México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, p. 12, visible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>, consultado el 11 de mayo de 2017.

<sup>8</sup> Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, “El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2016-2017”, México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, p. 12, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-23-16.pdf>, consultado el 12 de mayo de 2013.

<sup>9</sup> *Ídem*.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud, “La salud de México en cifras”, visible en [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310), consultado el 1 de mayo de 2017.

<sup>11</sup> Méndez Méndez, Judith Senyacen, “Gasto en salud: Propuesta 2017”, CIEP, de 1 de noviembre de 2016, visible en [http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#\\_ftnref2](http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftnref2), consultado el 2 de mayo de 2017.

<sup>12</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD publishing, 2016.

puede crear barreras financieras en el acceso a servicios sanitarios, particularmente para grupos poblacionales de bajos ingresos, como se ha destacado reiteradamente por diversas instancias, entre ellas la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

Ahora bien, se puede pensar que la comparación realizada líneas arriba es injusta pues se está comparando a México sólo con países de la OCDE, sin embargo, México es uno de los países con un gasto público en salud bajo no sólo entre los países de la OCDE. Se encuentra en el puesto 116 de los 192 países que componen el ranking.<sup>13</sup> Eso es relevante especialmente si se toma en consideración que nuestro país es la economía número 16, conforme al Fondo Monetario Internacional.

La conclusión a la que se puede llegar es que México invierte poco en salud pública. Comparando el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, éste se ha mantenido en la misma proporción desde 2006, alrededor de 11%. En 2016 representó el 11.9% mientras que en 2017 es del 11.2%.<sup>14</sup> En este caso, el desempeño de México es mejor (datos 2015/ 2014), se encuentra en el puesto 95 de 192 países.<sup>15</sup>

La financiación limitada del sistema de salud se refleja en los recursos para la salud. México cuenta con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeras practicantes por cada 1 000 habitantes, mucho menos que el promedio de la OCDE de 3.3 y 9.1, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, con 1.6 camas por cada 1 000 habitantes en 2013, comparado con 4.8 camas por cada 1 000 habitantes promedio de la OCDE.<sup>16</sup> Por supuesto, deben tomarse en

<sup>13</sup> Cfr. "México - Gasto público en salud", visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>, consultado el 2 de mayo de 2017.

<sup>14</sup> Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en salud: Propuesta 2017", *op.cit.*

<sup>15</sup> Cfr. "Gasto público en salud", visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>, consultado el 2 de mayo de 2017.

<sup>16</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016", *op. cit.*

cuenta otros factores como la ineficiencia del uso de los recursos públicos. No obstante, no se puede dejar de advertir que la financiación parece insuficiente.

## Financiación pública de salud e inequidad en el acceso y calidad de los servicios de salud

Los sistemas de salud pueden agruparse en tres grandes modelos:

- Modelo de seguro social (seguridad social o mixto), que ofrece cobertura por la pertenencia laboral, el nivel de ingresos y la residencia. El financiamiento es público vía el seguro social.
- Modelo Universalista, que ofrece cobertura universal y su financiamiento es público vía impuestos.
- Modelo privado, cuya cobertura es restringida y su financiamiento es privada.

146

El sistema mexicano de salud surgido en 1940 es predominantemente conforme al modelo de seguro social. Una de sus características es la escisión entre la población asegurada con cobertura por la seguridad social, y la población no asegurada. De esta manera, los que no tienen empleo formal, los auto-empleados y los desempleados, no tenían igual cabida en los esquemas públicos de aseguramiento en salud.

Este modelo de sistema de salud no es compatible con la concepción de la salud como bien social o derecho humano y no es apto para garantizar el derecho a la protección de la salud de toda la sociedad ya que carece del elemento de universalidad o de generalidad.

En el 2003, aún antes del cambio al paradigma de los derechos humanos, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, un decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (LGS) para

crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).<sup>17</sup> Este sistema es un sistema paralelo y complementario al de seguro social que tiene como objetivos alcanzar un financiamiento justo y democratizar el sistema de salud. El principio rector del financiamiento justo y de la democratización del sistema de salud es que la atención a la salud se garantice a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación.<sup>18</sup>

Así, se advierte que la base ética de la reforma a la Ley General de Salud realizada en mayo de 2003, es la universalización del sistema de salud para hacer efectivo el derecho a la protección a la salud (que ahora podemos considerar, sin temor a equivocarnos, un derecho humano), independientemente de la situación laboral, social o económica de las personas.

147

El Sistema Nacional de Salud es el encargado de la atención a la salud en México. Este sistema se conforma por el conjunto de entidades públicas, federales y estatales, entidades del sector social y entidades privadas que prestan servicios de salud a la población mexicana.

Por otra parte, el Sistema Nacional de Salud Pública está conformado por entidades públicas que atienden a la población, se compone principalmente del Sistema de Seguridad Social en Salud que atiende a personas y sus familiares con seguridad social ligada a su empleo y del Sistema de Protección Social en Salud, que atiende a personas que no tienen seguridad social ligada al empleo.

<sup>17</sup> Cfr. DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 15 de mayo de 2013, visible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2013), consultado el 15 de mayo de 2017.

<sup>18</sup> Para más información sobre el Sistema de Protección Social en Salud, cfr. Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez Daniel y Melgar Manzanilla Pastora, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México...* pp. 229-242.

El primero se integra por instituciones tales como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Por su parte, el Sistema de Protección Social en Salud se integra por instituciones y programas orientados hacia la atención de la población desempleada, que labora en la economía informal y a la población en estado de pobreza, vulnerabilidad o marginación. Las principales instituciones y programas que lo componen son el Seguro Popular que, como su nombre lo indica, es un seguro por lo que tiene algunas similitudes con el seguro social atado al empleo, pero sin estar ligado al trabajo; el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), y IMSS PROSPERA.

Ahora bien, se ha mencionado que uno de los objetivos de la creación del Sistema de Protección Social en Salud fue alcanzar un financiamiento justo y democratizar el sistema de salud, de tal manera que se garantice a todos los ciudadanos y residentes del país su derecho a la protección de la salud.

En efecto, dicha reforma resultó en un aumento en la cobertura en servicios de salud; incluso, en 2012 la OMS felicitó a México por el Seguro Popular que permitía al país acercarse a la cobertura universal de salud.<sup>19</sup> Sin embargo, en su informe sobre salud de México, la OCDE señala que México está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad.<sup>20</sup>

Además, señala que las características del sistema de salud hacen que se apliquen reglas diferenciadas de financiamiento y de acceso a los servicios de salud. Esto se avizora al observar el presu-

<sup>19</sup> Cfr. Cruz, Antimio, “La OMS felicita a México por cobertura universal en salud”, *La Crónica* de 03 de abril de 2012, visible en <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/650718.html>, consultado el 15 de mayo de 2017.

<sup>20</sup> Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, op. cit, pp. 3 y 102.

puesto por afiliado en términos de gasto per cápita. El presupuesto promedio en términos de gasto per cápita es equivalente a \$2 726 por afiliado.<sup>21</sup> Empero, existen considerables diferencias entre el gasto per cápita de afiliados de las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud Pública.

A los afiliados al IMSS, corresponde un gasto per cápita de \$3 510; a los del ISSSTE, \$3 973; a los de SEDENA y SEMAR, \$10 671; y a los del Seguro Popular, \$1 168.<sup>22</sup>

Además, la OCDE señala que cada una de esas instituciones presta servicios distintos, con precios distintos y resultados distintos. Por otra parte, la distribución de los recursos del Seguro Popular a los estados se realiza conforme al criterio de número de afiliados. Si se toma en cuenta que se busca un acceso equitativo porque la protección a la salud es un derecho humano, tal como lo señala la OCDE, un criterio de distribución de recursos más efectivo parece ser la necesidad y no el número de afiliados, pues la distribución puede resultar en inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diversos Estados.

149

En suma, estamos de acuerdo con la OCDE en que el financiamiento de la salud pública entre los diversos subsistemas resulta inequitativo y a su vez, lleva a la inequidad en el acceso y calidad de los servicios.<sup>23</sup>

Otras recomendaciones de la OCDE son: la implantación de un sistema de salud centrado en las personas, un paquete explícito de beneficios más homogéneo para todo el sistema y cambiar de una dependencia de

<sup>21</sup> Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en Salud: Propuesta 2017".

<sup>22</sup> *Ídem*.

<sup>23</sup> Según la OCDE, un reto fundamental es que la atención de salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. Establece que México necesita un sistema funcional unificado donde el acceso esté determinado por la necesidad y no por la situación laboral. *Cfr.* Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*.

la seguridad social para financiar las instituciones de seguridad social y depender más de ingresos por impuestos generales.<sup>24</sup>

Al respecto de la financiación mediante impuestos generales, de acuerdo con datos de la OCDE, en 2013, 28.7% del total del gasto en salud fue pagado con fondos de la seguridad social, mientras que 22.4% fue financiado con fondos generales del gobierno.<sup>25</sup>

Así, a pesar de que los aparentes esfuerzos por garantizar a la población su derecho a la protección de la salud, lo que es compatible con una concepción de la salud como un derecho humano, el hecho de que el acceso sea diferenciado según el trabajo de las personas o según su situación social o económica, pone en duda la anterior concepción y hace pensar que nos acercamos más a la concepción de la salud como un bien de mercado.

150 No se puede hablar de sistema general o universal si persisten las inequidades entre los subsistemas y entre los estados del país. Parece necesario, por tanto, establecer estándares homogéneos entre los sistemas y entidades, y que la distribución de recursos se realice conforme a las necesidades de las personas.

## Tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud e inequidad

Como ya se mencionó, México todavía no alcanza una cobertura efectiva y servicios de alta calidad, ni el acceso generalizado, esto posiblemente resulta en el elevado gasto de bolsillo para la salud. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012),<sup>26</sup> señalan que, aun siendo afiliados a alguna institución pública de salud,

<sup>24</sup> *Ídem.*

<sup>25</sup> *Ídem.*

<sup>26</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales”, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, visible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012Resultados-Nacionales.pdf>, consultado el 10 de mayo de 2017.

las personas utilizan otros servicios de salud además de aquel de su afiliación, especialmente los privados. Así, los afiliados de IMSS utilizan su institución de afiliación en un 65.3% para atención curativa ambulatoria y en un 82.2% para atención hospitalaria; utilizan los servicios de otras instituciones públicas en un 4.1% para atención curativa ambulatoria y en un 5.1 para atención hospitalaria; por otra parte, utilizan a las instituciones privadas en un 30.9% para atención curativa ambulatoria y en un 12.7% para atención hospitalaria.<sup>27</sup>

En el caso del ISSSTE, los afiliados utilizan esta institución para atención curativa ambulatoria en un 65.9% y para atención hospitalaria en un 75.1%; utilizan otras instituciones públicas para atención curativa ambulatoria en un 5.6% y para atención hospitalaria en un 7.3%; asimismo, utilizan a instituciones privadas para atención curativa ambulatoria en un 28.4% y para atención hospitalaria en un 17.3%.<sup>28</sup>

151

Por su parte, tratándose del seguro popular, sus afiliados lo utilizan en un 65.9% para atención curativa ambulatoria y en un 80.3% para atención hospitalaria; utilizan otras instituciones públicas en un 3% en el caso de atención curativa ambulatoria y en un 7.5% para atención hospitalaria; asimismo, utilizan instituciones privadas en un 31.1% para atención curativa ambulatoria y en un 12.2 % para atención hospitalaria.<sup>29</sup>

En el caso de otros seguros públicos como el de las fuerzas armadas, los afiliados utilizan sus instituciones en un 63.1% para atención curativa ambulatoria y en un 91.6% para atención hospitalaria; utilizan otras instituciones públicas en un 0.3% para atención curativa ambulatoria y en un 0.4% para atención hospitalaria; y, utilizan otras instituciones privadas en un 36.6% para atención curativa ambulatoria y en un 8% para atención hospitalaria.<sup>30</sup>

<sup>27</sup> *Ibidem*, pp. 45 y 51.

<sup>28</sup> *Ídem*.

<sup>29</sup> *Ídem*.

<sup>30</sup> *Ídem*.



Como se advierte, las personas aseguradas utilizan, en porcentajes significativos los servicios de salud privados. Si bien es cierto que la dependencia del gasto de bolsillo implica inequidad dado que el acceso a los servicios de salud se vincula a la posición económica, también es cierto que las personas optarían por los servicios privados en la medida de lo posible y generarían gastos de bolsillo por la falta de calidad en los servicios otorgados por el Estado.

Recordamos que siendo que la protección de la salud un derecho humano, el Estado tiene el deber de realizar acciones para hacerlo efectivo; esto es, el Estado debe asegurar la efectividad del derecho humano. No obstante, los datos mencionados en apartados anteriores muestran que no hay un financiamiento público suficiente para la salud, no hay equidad en el acceso y que el gasto de bolsillo es elevado. Es decir, las personas se ven obligadas sufragar por sí mismos sus gastos en salud.

Ahora bien, es importante referirnos al tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud.<sup>31</sup> La legislación fiscal cataloga a ciertos gastos que realizan las personas físicas como deducciones personales. Es decir, se trata de gastos que se pueden deducir de los ingresos brutos y por tanto no son susceptibles de imposición sobre la renta. Ciertos gastos médicos y hospitalarios que realizan los particulares son considerados como deducciones personales.<sup>32</sup>

<sup>31</sup> Para abordar el tema del tratamiento fiscal del gasto de bolsillo en salud, se toman argumentos vertidos en Melgar Manzanilla, Pastora, *Proporcionalidad y equidad tributarias a la luz del paradigma de los derechos humanos*, México: UNAM Posgrado, 2017, especialmente, pp. 185 a 189.

<sup>32</sup> El artículo 151, fracción. I, de la Ley del Impuesto sobre la Renta, considera a los honorarios médicos, dentales y gastos hospitalarios, del contribuyente y sus dependientes como deducciones personales que corresponden a las personas físicas, siempre que dichos dependientes no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general elevado al año, y los honorarios y gastos se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante

En términos generales, la doctrina considera a las deducciones personales como aquellos gastos y erogaciones que realizan las personas físicas con fines meramente de protección tanto de su persona como de sus familiares directos; no cabe duda de que los gastos en salud son una especie de estos gastos. La doctrina ha considerado que estas deducciones son un mecanismo que busca salvaguardar el mínimo vital; esto es, las necesidades personales y familiares para una vida digna.

El mínimo vital, se considera el derecho de gozar de ciertas prestaciones e ingresos mínimos que aseguren a toda persona su subsistencia y un nivel de vida digno, así como la satisfacción de necesidades básicas.<sup>33</sup> No obstante, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) ha establecido que las deducciones personales no son necesarias para la generación de los ingresos y, por tanto, no tienen que permitirse; establece que dichas deducciones son otorgadas y no reconocidas por el legislador;<sup>34</sup> es decir, no se toma en cuenta su vínculo con derechos humanos. De esta manera, las deducciones personales, como los gastos de bolsillo para la salud que realizan las personas físicas con la finalidad de la subsistencia digna de su per-

153

---

tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.

<sup>33</sup> Celi Maldonado, Alejandra, "Mínimo vital", en *Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales*, España, Universidad de Alcalá-AECID, visible en [http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos\\_pub/view/9](http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos_pub/view/9), consultado el 5 de mayo de 2017.

<sup>34</sup> *Cfr.* Tesis 1ª./J. 103/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 108, de rubro: "DEDUCCIONES. CRITERIOS PARA DISTINGUIR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS CONTEMPLADAS EN LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TRIBUTARIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 31, FRACCIÓN IV, CONSTITUCIONAL"; y Tesis 1ª./J. 15/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXXIII, febrero de 2011, p. 170, de rubro: "DEDUCCIONES ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES. RAZONES QUE PUEDEN JUSTIFICAR SU INCORPORACIÓN EN EL DISEÑO NORMATIVO DEL CÁLCULO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA".

sona y de sus familiares, son considerados no como una exigencia del derecho humano a la protección de la salud o del mínimo vital, sino como una concesión graciosa del Estado.

Ahora bien, a partir de 2014, la legislación fiscal establece un límite a las deducciones personales que las personas físicas pueden realizar. A partir de 2016, conforme al último párrafo del artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) vigente, el monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año (\$146 073.00), o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto.

154 Al respecto, hemos mencionado que las deducciones personales, por lo menos en la doctrina, se consideran un mecanismo que busca salvaguardar el mínimo vital, se refieren a bienes que requiere una persona para una vida digna, como aquellos ligados a la salud. Respecto de los servicios de salud, se debe aceptar que, si el Estado no es proveedor de servicios de salud en calidad y cantidad adecuadas, en ocasiones las personas necesitan realizar gastos extraordinarios, no por su voluntad, sino porque es necesario para preservar la vida, la salud o la integridad física. Tomando en consideración lo anterior, el límite a las deducciones personales, tal como está diseñado, no es congruente con la protección a la salud concebida como derecho humano.

En los años 2013 y 2014 se presentaron acciones de inconstitucionalidad en contra del límite a las deducciones personales. No obstante, la SCJN resolvió su constitucionalidad por considerar que eran infundadas las impugnaciones presentadas a través de las acciones de inconstitucionalidad 40/2013 y 5/2014. Sin embargo, vale la pena mencionar algunos argumentos expuestos por el ministro Cossío Díaz durante la discusión. El ministro señaló que:

Todos los anteriores [gastos personales] contienen sus limitantes y requisitos para la deducibilidad en función de lo que el legislador ha estimado necesario para el control y la fiscalización, con el propósito de evitar posibles abusos por parte de los contribuyentes. Es en eso donde reside, a mi juicio, la inconstitucionalidad del precepto que estamos analizando, así como la violación al principio de proporcionalidad tributaria que considero contiene la disposición que límite la deducción a la suma de todos estos conceptos.<sup>35</sup>

Asimismo, señaló que: “artificialmente se está estableciendo un techo o tope para la suma de una serie de variables, cuya predicción por el legislador, o inclusive, el contribuyente resulta imposible”.<sup>36</sup>

El límite a las deducciones personales fue justificado estableciendo que se trata de una medida para evitar abusos de los contribuyentes; es decir que deduzcan más de lo debido por concepto de deducciones personales. Sin embargo, coincidimos con Cossío Díaz, pues dicha limitante padece de tres inconvenientes: a) lo subjetivo de los indicadores como tope o techo a las deducciones; b) lo falso de la justificación del límite a las deducciones en virtud de la evasión fiscal; y c) puede ser un obstáculo al derecho a la protección de la salud y del mínimo vital.

Por otra parte, en la sesión pública ordinaria del Pleno de la SCJN en donde se analizaron las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, también se argumentó que, por tratarse de deducciones no estructurales, las deducciones personales

<sup>35</sup> Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, promovidas por diversos senadores y diputados de la Sexagésima Segunda Legislatura del Congreso de la Unión, pp. 7 y 8, visible en: [https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver\\_taquigraficas/26082014PO.pdf](https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/26082014PO.pdf), consultado el 7 de mayo de 2017.

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 8.

no inciden en la proporcionalidad y equidad tributarias dado que la proporcionalidad y equidad se imprime al llegar al ingreso neto. Por tanto, se señaló que las deducciones personales supuestamente otorgan una deducción adicional a lo que ya sería proporcional y equitativo. Al respecto, Cossío Díaz señaló que tal como el Pleno de la SCJN ya había establecido, las deducciones personales se fundamentan en el Artículo 31, fracción IV, de la Constitución “como mecanismo necesario para la materialización del principio de proporcionalidad tributaria, por lo que sí inciden en la proporcionalidad y la equidad de los tributos”.<sup>37</sup>

156

Dichos argumentos son importantes ya que, aunque no se discute específicamente sobre el derecho a la protección de la salud (las deducciones personales no sólo involucran gastos relacionados con la salud), sí inciden en dicho derecho.

Los gastos relacionados con el mínimo vital y la dignidad humana no deberían ser susceptibles de imposición. Para llegar a la capacidad contributiva y a la proporcionalidad tributaria se deben restar dichos gastos. Los gastos relacionados con la salud son gastos que forman parte del mínimo vital, son gastos necesarios para actualizar la dignidad humana, eje de los derechos humanos.

Incluso, la SCJN ha señalado que el “derecho constitucional al mínimo vital cobra plena vigencia a partir de la interpretación sistemática de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución General y particularmente de los Artículos 1o., 3o., 4o., 6o., 13, 25, 27, 31, fracción IV, y 123”.<sup>38</sup> Como se observa, entre los artículos constitucionales mencionados, se encuentra el Artículo 4º que es el artículo que reconoce el derecho a la protección de la salud.

En el mismo criterio, la SCJN advierte que el mínimo vital es un presupuesto del Estado Democrático de Derecho, necesario para

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>38</sup> Tesis 1a. XCVII/2007, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. X V, mayo de 2007, p. 793, de rubro: “DERECHO AL MÍNIMO VITAL EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL MEXICANO”.

que los individuos tengan las condiciones que les permitan desarrollar un plan de vida autónomo y para facilitar su participación activa en la vida democrática.<sup>39</sup>

En efecto las deducciones inciden en los derechos humanos de proporcionalidad y equidad tributarias, en el mínimo vital y en el derecho a la protección de la salud. Pero, como hemos señalado con anterioridad, la SCJN pretende ver a las deducciones como una concesión o apoyo del Estado y no como un mecanismo para hacer efectivo el derecho humano al mínimo vital, a la protección de la salud, entre otros derechos.

A partir de esta idea de las deducciones, se habla de un “programa de salud” que no está administrado por el IMSS, por el ISSSTE, o por el Seguro Popular, sino por el Servicio de Administración Tributaria (SAT). Se señaló que la base legal de tal programa de salud se encuentra en la deducibilidad de gastos médicos que permite la LISR. Este programa, se dirige a apoyar principalmente a los ingresos más altos de la economía pues las personas que se benefician del “subsidio a la salud”, que representa la deducibilidad de gastos médicos, son personas que causan ISR, lo cual es indicativo de la posibilidad de percibir recursos.<sup>40</sup>

157

Si tomamos en cuenta que el Estado tiene la obligación de proveer servicios de salud para hacer efectivo ese derecho humano, entonces, cuando el Estado no es capaz de proveerlos y las personas los costean por sí mismos, no es el Estado que subsidia la salud sino al contrario, son las personas las que subsidian al Estado. En estos casos, el mínimo vital exento de contribuciones debe proveer para los gastos de salud.

Así, se hace evidente la falacia estructural de los argumentos a favor del límite a las deducciones personales, el gasto médico de

<sup>39</sup> *Ídem.*

<sup>40</sup> Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, pp. 13 y 14.

bolsillo –el que realizan los particulares en instituciones de salud también particulares– no es un “subsidio a la salud”, sino que parece mostrar la incapacidad del Estado para brindar los servicios de salud con la intensidad y calidad que los gobernados demandan y, como consecuencia, se les debe permitir que mantengan esa parte de su riqueza, que de contar con instalaciones hospitalarias y médicos suficientes, debería percibir el Estado vía impuestos.

158 El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular. Las razones por las cuales se mantienen los niveles altos y sostenidos del gasto de bolsillo no son claras. Pero en parte puede ser por la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados; lo que los lleva a buscar atención médica con prestadores privados. De hecho, México muestra la mayor relación de hospitales privados a públicos en los países de la OCDE para los cuales hay información disponible, ya que cuenta con 11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes, lo que visibiliza al sector privado como una parte importante del sistema de salud.<sup>41</sup>

Son indicios de la calidad en los servicios, los siguientes datos: casi tres de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes de un infarto cardíaco (y esta tasa está empeorando), en comparación con menos de uno de cada diez en promedio para los países de la OCDE (donde las tasas de supervivencia en general están mejorando). Del mismo modo, casi dos de cada diez mexicanos mueren dentro de un mes posterior a un accidente cerebrovascular, sin ninguna mejora en la tasa de supervivencia en los últimos cinco años, en comparación con menos de uno de cada diez en promedio

<sup>41</sup> Cfr. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, op. cit.

para la OCDE (donde las tasas de supervivencia están mejorando en general).<sup>42</sup>

Además, la OCDE señala que existe buena evidencia de que los recursos escasos de México no se están usando efectivamente. La atención primaria no está tan desarrollada como debería. Como ejemplo, señala que no se ha establecido el registro con un médico de atención primaria, y las horas de apertura son limitadas. Por tanto, la gente busca atención médica por episodios en las salas de emergencia (y cada vez más en los consultorios médicos adyacentes a las farmacias), lo que significa que se pierden las oportunidades de una atención proactiva.<sup>43</sup>

Otro argumento a favor del límite a las deducciones personales utiliza datos relativos a los recursos que “deja de percibir el Estado” por las deducciones. Así, en la sesión pública ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, se señaló que el gasto fiscal que representa el programa de salud insertado en la LISR ascendió en 2013 a un total aproximado de seis mil millones de pesos. También se estableció que los gastos médicos representan 40% de dicho rubro y que en comparación con los presupuestos asignados en 2014 a las diversas secretarías de Estado, el monto del gasto fiscal correspondiente a deducciones por gastos médicos representó aproximadamente el mismo presupuesto de la Secretaría de Turismo, el doble del presupuesto de la Secretaría de Energía, 20% más que el presupuesto de la Secretaría del Trabajo y 80% del presupuesto de la Secretaría de Relaciones Exteriores.<sup>44</sup>

El argumento parece ignorar que el origen de esos recursos es el trabajo de los particulares y que dichos recursos nunca estuvieron

<sup>42</sup> *Ídem.*

<sup>43</sup> *Ídem.*

<sup>44</sup> Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, p. 15.



en la bolsa tributaria ni le corresponden al Estado en consideración a que su utilización es para salvaguardar el mínimo vital y el derecho a la protección de la salud.

Los argumentos aparentan ser argumentos eminentemente económicos en función de recaudar lo más posible. Obviamente no pone al contribuyente como ser humano al centro de la toma de decisiones, error que permite que la protección de la salud de las personas sea relegada, no sea vista como un derecho humano sino como un gasto o como un bien que se compra y se vende.

160

Se advierte un supuesto derecho del Estado a percibir los recursos, sin considerar que, en primer lugar, el contribuyente, la persona humana, debe satisfacer sus necesidades mínimas para llevar una vida digna (entre estos, los de salud) y sólo después de satisfechas éstas, puede legalmente ser sujeto obligado al pago de contribuciones.

Aun así, podemos entretener la idea de que las deducciones personales pueden ser utilizadas para evadir impuestos; sin embargo, de ser así, los ingresos, mayores o menores que percibe el contribuyente no debe ser el indicativo de cuanto puede deducir por salvaguardar su salud.

Un problema importante del límite a las deducciones personales, tal como está diseñado y regulado, es que redundo en inequidad fomentada por el mismo Estado.

Como se ha mencionado, las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes no podrán exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año (\$146 073.00, para 2017), o el 15% del total de los ingresos del contribuyente.

Esto significa que las personas que obtienen ingresos por \$1 000 000.00 o más durante el año 2017 podrán deducir por concepto de deducciones personales hasta 5 salarios mínimos generales elevados al año; mientras que los contribuyentes que ganen menos, sólo podrán deducir el 15% de sus ingresos; y mientras menos ingresos obtengan, menos podrán deducir en cantidades reales.

Así, por ejemplo, una persona que percibe ingresos anuales de cinco salarios mínimos o \$146 073.00, podrá deducir \$21 910.95; mientras que una persona que percibe 10 salarios mínimos anuales o \$292 146.00, podrá deducir \$42 821.90; y, una persona que percibe ingresos anuales por 15 salarios mínimos o \$438 219.00, podrá deducir \$65 732.85 al año.

No es difícil ver como las disposiciones fiscales que establecen los límites a las deducciones personales resultan en inequidad. Se pretende que una persona que gana menos necesita menos para solventar sus gastos para la salud y llevar una vida digna, mientras que una persona que gana más necesita más para solventar los gastos para la salud y llevar una vida digna.

De esta manera, el acceso a los servicios públicos de salud de mayor calidad parece estar determinado por la situación laboral de las personas, quedando en desventaja los que no tienen un trabajo formal, cuestión que implica inequidad; en el caso del tratamiento fiscal al gasto de bolsillo como deducciones personales, los más favorecidos son los que obtienen mayores ingresos, cuestión que también lleva a inequidad si pensamos en el derecho a la protección de la salud como derecho humano. En ningún caso se toma en cuenta las necesidades de salud de la persona.

161

La limitación a las deducciones personales resulta arbitraria pues bien una persona puede obtener pocos ingresos y aun así tener más necesidades de servicios de salud. Sí lo que se pretende es evitar el fraude fiscal a través de las deducciones personales, el criterio para determinar cuánto se puede deducir debe ser en función de las necesidades de servicios de salud y no en función de los ingresos.

## A manera de conclusión

Podemos aceptar la noción de protección a la salud como derecho humano y estar a favor del acceso equitativo universal o general. Sin embargo, ello no impide comprender, especialmente al hablar

de financiamiento, que una de las barreras es precisamente los recursos limitados con los que se cuenta.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone que los Estados han de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>45</sup>

El derecho a la protección de la salud es considerado uno de estos derechos. La realización progresiva es parte importante de las obligaciones de los Estados. Los estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para lograr la plena efectividad de estos derechos hasta el máximo de los recursos de que se dispongan.

162 De esta manera, se reconoce que los recursos disponibles de un Estado pueden obstaculizar la efectividad de los derechos, sin que se le atribuya responsabilidad al Estado. Aun así, los Estados, para dar efectividad a los derechos económicos, sociales y culturales, entre estos el derecho a la protección de la salud, deben adoptar inmediatamente las medidas posibles.

Entre estas medidas podemos pensar en el financiamiento sólido del sistema de salud, así como de otras cuestiones relacionadas con la salud, y que también son derechos, como el acceso al agua, la vivienda, entre otros. Dicho financiamiento, en primer lugar, debe corresponder a la concepción de la protección de la salud como un derecho humano, que sea suficiente y adecuado en relación con los recursos del Estado; hay que valorar en dónde el Estado está invirtiendo demasiados recursos, por ejemplo, en los partidos políticos y en los sueldos de altos funcionarios, que podrían reasignarse para hacer efectivos los derechos humanos. Ello va ligado a la financiación general como recomienda la OCDE o a un impuesto particular.<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Artículo 2.

<sup>46</sup> Cfr. Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez, Daniel y Melgar Manzanilla, Pastora, *Medicinas y estructuras jurídico-administrativas*, op.cit., pp. 322 y ss.

Es también muy importante las decisiones que se toman respecto del diseño de un sistema de salud que corresponda a la noción de protección de la salud como derecho humano, con acceso equitativo, tomando en cuenta la necesidad de las personas y no la situación laboral, social o económica.

Por último, es necesario tomar en consideración disposiciones legales y políticas que, aunque no parezcan directamente relacionadas con la protección de la salud, sí inciden en ella de manera significativa; por ejemplo, disposiciones fiscales relativas a las limitaciones de las deducciones personales que abonan a la inequidad en la protección de la salud.

Para ser éticas, todas estas decisiones deben corresponder a la concepción de la protección de la salud como un derecho humano.

163

## Referencias

- “Gasto público en salud”, visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>.
- “México - Gasto público en salud”, visible en <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>.
- Cano Valle, Fernando, Márquez Gómez Daniel y Melgar Manzanilla Pastora, *Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México. Hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano*, México: UNAM-IIJ, 2014.
- Celi Maldonado, Alejandra, “Mínimo vital”, en *Diccionario Iberoamericano de Derechos Humanos y Fundamentales*, España: Universidad de Alcalá-AECID, visible en [http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos\\_pub/view/9](http://diccionario.pradpi.es/index.php/terminos_pub/view/9).
- Cruz, Antimio, “La OMS felicita a México por cobertura universal en salud”, *La Crónica* de 03 de abril de 2012, visible en <http://www.cronica.com.mx/notas/2012/650718.html>.
- DECRETO por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 15 de mayo de

2013, visible en [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003).

Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, México, Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, visible en <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

Maharaj Sr., Paul T.J., "Ethical issues in Healthcare Financing", *West Indian Med Journal*, Julio 2011, no. 60 (4), pp. 498- 501, visible en <http://caribbean.scielo.org/pdf/wimj/v60n4/a23v60n4.pdf>.

Melgar Manzanilla, Pastora, Proporcionalidad y equidad tributarias a la luz del paradigma de los derechos humanos, México, UNAM Posgrado, 2017.

164 Méndez Méndez, Judith Senyacen, "Gasto en salud: Propuesta 2017", CIEP, de 1 de noviembre de 2016, visible en [http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#\\_ftnref2](http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftnref2).

Organización Panamericana de la Salud, "Conjuntos de prestaciones de salud. Objetivos, diseño y aplicación", OPS, 2003.

Organización Panamericana de la Salud, "Financiamiento de los sistemas de Salud", visible en [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2973%3Ahealth-financing&catid=524%3Ahealth-economics-financing&Itemid=2080&lang=es).

Organización Panamericana de la Salud, "La salud de México en cifras", visible en [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=780&Itemid=310).

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016", OECD publishing, 2016.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, "Health expenditure and financing", visible en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, "El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud 2015-2106". México: Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u

- Análisis, Subdirección de Análisis económico, 2016, visible en <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-26-15.pdf>.
- Reyes Tepach, M. y Amador Quintero, Martha, “El proyecto del Presupuesto Público Federal para la Función Salud, 2016-2017”, Cámara de Diputados, Dirección de Servicios de Investigación u Análisis, Subdirección de Análisis económico, México 2016, <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-23-16.pdf>.
- Tesis 1a. XCVII/2007, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. X V, mayo de 2007, p. 793, de rubro: “DERECHO AL MÍNIMO VITAL EN EL ORDEN CONSTITUCIONAL MEXICANO”.
- Tesis 1ª./J. 103/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXX, diciembre de 2009, p. 108, de rubro: “DEDUCCIONES. CRITERIOS PARA DISTINGUIR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS CONTEMPLADAS EN LA LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE PROPORCIONALIDAD TRIBUTARIA CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 31, FRACCIÓN IV, CONSTITUCIONAL”.
- Tesis 1ª./J. 15/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXXIII, febrero de 2011, p. 170, de rubro: “DEDUCCIONES ESTRUCTURALES Y NO ESTRUCTURALES. RAZONES QUE PUEDEN JUSTIFICAR SU INCORPORACIÓN EN EL DISEÑO NORMATIVO DEL CÁLCULO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA”.
- Tomás de Aquino, *Comentario a la Ética a Nicómaco*. Buenos Aires: Ciafic, 1983.
- Versión taquigráfica de la Sesión Pública Ordinaria del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, celebrada el martes 26 de agosto de 2014 respecto a las Acciones de Inconstitucionalidad 40/2013 y su acumulada 5/2014, promovidas por diversos senadores y diputados de la Sexagésima Segunda Legislatura del Congreso de la Unión, visible en [https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver\\_taquigraficas/26082014PO.pdf](https://www.scjn.gob.mx/PLENO/ver_taquigraficas/26082014PO.pdf).

# RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD

Dr. José de Jesús Villalpando Casas

**E**l derecho humano a la salud es uno de los bienes más preciados de nuestro género y adquiere el rango de absoluto cuando Naciones Unidas proclama la importancia de que los sistemas nacionales de salud tengan una cobertura universal, a fin de proporcionar el acceso a toda la población, en especial a los sectores más pobres. Entendiendo por acceso efectivo a los servicios de salud (SSA) *el que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive.*

Además de ser la salud un derecho universal de toda la humanidad, es también una aspiración generalizada de la población y de sus gobiernos, especialmente aquellos que contemplan su tutela y desarrollan para tal fin: un sistema para el otorgamiento de los diversos servicios para preservar la salud, restaurarla o rehabilitar las secuelas que dejen las enfermedades.

Es conveniente recordar la Declaración de Naciones Unidas en Alma Ata de 1978, que promovió entre las naciones una serie de esfuerzos organizativos e inversiones económicas y de participación

social; así como el desarrollo de competencias genéricas y específicas para formar personal preparado para atender el compromiso de lograr la *Salud para Todos* en el año 2000 y se produjeron avances significativos en esos asuntos. También es oportuno recordar las Metas del Milenio que fueron motivo de renovados esfuerzos en la atención de la salud. Del mismo modo señalar los objetivos actuales de Desarrollo Sostenible de la comunidad de naciones; de entre ellos destaco el número 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Este *desiderátum* es fundamental para la construcción de sociedades prósperas. Es patente que ha habido mejoras en la salud reinante entre los individuos y los colectivos, es fundamental para la construcción de dichas sociedades aunque es patente que aún persisten desigualdades sobre todo en el acceso a la atención sanitaria; sin omitir la importancia que tienen para la salud los estilos de vida saludable y la disponibilidad de diversos insumos y sin pasar por alto los determinantes sociales de la salud.

167

En el complejo entramado de derechos, aspiraciones, políticas sociales, circunstancias económicas y tendencias sanitarias, entre otras variables concurrentes, sobresalen los recursos humanos para la atención sanitaria, por ser estos los principales actores de ese encuentro cotidiano entre quienes prestan los servicios y quienes los requieren. En esa calidad la presencia y permanencia de personal para la salud debidamente preparado y motivado para ejercer con profesionalismo su vocación de servicio dentro de la infraestructura de salud, la cual debe ser suficiente y estar bien abastecida, ya que sólo así se puede lograr la ansiada cobertura universal.

## Posicionamiento

El tema de recursos humanos, para efectos de esta presentación, se desliza entre la posición Aristotélica de entelequia como un trabajo activo hacia la consecución de un fin y el concepto filosófico de la



cosa real que lleva en sí el principio de su acción y también el extremo semántico de cosa irreal, que no puede existir en la realidad. Me inclino más a los conceptos filosóficos que parten de una realidad y, que en este caso es el movimiento de *Salud Universal y su cobertura efectiva para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*. Constituyendo esto último el discurso político asistencial hacia donde se mueve el Sistema Nacional de Salud.

168 No dejo de reconocer la disonancia entre los postulados del sistema educativo, el discurso político sanitario y la realidad de organización y operación del Sistema Nacional de Salud. Mientras en el discurso se proclama a la atención primaria a la salud como referente y a la medicina familiar como el instrumento idóneo, en el Sistema de Salud, con el concurso del sector educativo, se privilegia la medicina de especialidades y se sigue formando especialistas para el segundo y tercer nivel de atención, en una incongruencia pragmática que eterniza la diferencia entre lo que se hace y lo que se dice.

## Contexto

El acercamiento al estudio de los recursos humanos para la salud al que recorro, comprende varias dimensiones, algunas de las cuales según el orden de materia al que pertenecen, las discuto bajo el enfoque de Salud Universal, tales como: (I) Composición de los equipos de trabajo; (II) Dimensión sectorial: la medicina institucional; (III) Modalidades laborales; (IV) Funcionalidad sistémica; (V) Actualización y competencia profesional; (VI) Tendencias de formación del personal; (VII) Perspectiva ocupacional y; (VIII) Propensión global, a saber:

## Conceptualización

### (I) Composición de los equipos de trabajo

El trabajo multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario en el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad es el ideal por los campos específicos de las diversas profesiones que los abordan, mismos que se complementan y potencian entre sí. Para ello el Sistema de Salud ofrece la posibilidad de formar “Equipos de Trabajo” con miembros permanentes (médico y enfermero) y otros cuya participación es condicional y transitoria (trabajador social, psicólogo, nutricionista, y diversos técnicos para procedimientos de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación).

Los equipos, en el primer nivel de atención, deben ser liderados por el médico general y atender a un grupo determinado de personas agrupadas en familias nucleares, a quienes se atiende de manera integral en sus diversas circunstancias de línea de vida, sexo y edad, tanto en situaciones de salud como de enfermedad para impactar positivamente en su bienestar. El médico responsable, lo es también para indicar la participación de otros profesionales a quienes en situaciones específicas los pacientes deben ser referidos a los niveles segundo y tercero que tienen mayor tecnología y capacidad resolutiva. A cuyo término de la intervención de apoyo los pacientes deben ser contrarreferidos al equipo original para no perder la continuidad en el manejo de los casos.

Esta es la forma que teóricamente se considera más útil en México para atender a la población, en un sistema de salud compuesto mayoritariamente por subsistemas de aseguramiento prepagado, basados en la fuente de trabajo de los beneficiarios (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.) y complementado por un sistema de protección social en salud denominado Seguro Popular, que cubre gastos de una serie de CAUSES mismo que se viene ampliando, pero que no cubre la atención primaria. Por otra parte,

dentro del Sector Salud se considera a la medicina privada, la cual recurre a seguros de gastos médicos mayores o el pago directo de pacientes en los varios organismos que brindan servicios de salud en sociedades de tipo mercantil enfocadas a la atención de la clase pudiente o bien a franjas de población de bajos recursos en consultorios anexos a farmacias, cuyo costo es bajo y su calidad discutible.

(II) Dimensión sectorial. La medicina institucional

170 En México se tienen registrados 343 mil médicos de los que 82% son económicamente activos (INEGI 2014), es decir 281 260 cifra muy cercana a los 267 848 anotados en la Numeralia 2016 de la SSA y la razón de médicos es de 1.9 y de enfermeros 3.8 por cada mil habitantes, cifras que traducen un cambio favorable en la última década.

Numeralia												
Recursos Humanos												
Sector Público 2003-2013 <sup>1</sup>												
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Médicos <sup>2</sup>	123 692	132 291	141 532	149 976	154 796	160 686	168 102	170 144	183 021	183 893	191 942	
Enfermeras <sup>3</sup>	191 938	200 423	238 980	215 152	223 772	230 877	240 922	252 625	267 531	276 938	287 807	
Sector Privado 2003-2013 <sup>4</sup>												
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Médicos <sup>2</sup>	48 730	50 416	55 231	62 380	64 302	65 252	64 694	68 640	70 955	74 907	75 906	
Enfermeras <sup>3</sup>	34 152	34 300	37 752	37 625	38 881	39 160	39 024	38 634	39 386	44 851	45 397	
<sup>1</sup> Incluye información de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Estatales, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR.												
<sup>2</sup> Se refiere a médicos en contacto con el paciente, incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos.												
<sup>3</sup> Incluye enfermeras generales, especialistas, pasantes, auxiliares y en otras labores.												
<sup>4</sup> Incluye solamente unidades médicas con servicio de hospitalización.												

Médicos en contacto con el paciente por Institución <sup>1</sup>

2003-2013

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	123 692	132 291	141 532	149 976	154 796	160 686	168 102	170 144	183 021	183 893	191 826
Población no derechohabiente	59 785	64 472	67 497	71 546	75 772	79 512	85 153	87 212	94 483	95 597	99 729
SSA	54 221	58 637	61 232	65 102	69 775	73 479	78 856	80 754	87 522	88 951	92 335
IMSS - Oportuni- dades	5 141	5 141	5 254	5 297	5 034	5 220	5 483	5 624	6 128	6 305	6 529
Universitarios	423	694	1 011	1 147	963	813	814	834	833	341	865
Población derechohabiente	63 907	67 819	74 035	78 430	79 024	81 174	82 949	82 932	88 538	88 296	92 097
IMSS	42 349	44 248	50 962	55 026	54 426	56 144	57 572	59 569	61 431	63 653	65 115
ISSSTE	13 927	15 057	16 157	16 170	16 762	17 204	17 163	13 585	16 404	16 079	17 875
PEMEX	1 975	1 975	1 975	1 975	2 436	2 427	2 451	2 442	2 442	2 446	2 446
SEDENA <sup>2</sup>	1 411	1 349	nd	nd	nd	nd	nd	1 701	1 922	1 673	1 673
SEMAR	1 050	1 050	1 050	1 050	987	1 058	948	727	1 431	627	911
Estatales	3 195	4 140	3 891	4 209	4 413	4 341	4 815	4 908	4 908	3 818	4 077

<sup>1</sup> Se refiere a los médicos de las siguientes especialidades y subespecialidades: General o Familiar, Pediatra, Ginecoobstetra, Cirujano (general y especializado), Internista, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Traumatólogo, Dermatólogo, Anestesiólogo, Psiquiatra, Odontólogo, Odontólogo Especialista (incluye cirujano maxilo-facial), Endocrinólogo, Gastroenterólogo, Cardiólogo, Rehabilitación (medicina física), Urologo, Cirujano Plástico y Reconstructivo, Neumólogo, Neurólogo, Oncólogo, Hematólogo, Urgenciólogo, Ortopedista, Proctólogo, Angió-  
logo (vascular periférico), Nefrólogo, Reumatólogo, Infectólogo, Geriatria, Genetista, Paidopsiquiatra, Psicogeriatra y Otros. Asimismo se incluyen a los médicos en adiestramiento. Se presenta, información únicamente de las instituciones que reportan cifras desde durante todo el periodo, excluyendo otras instituciones que presentan datos sólo en algunos de los años mencionados (Cruz Roja y DIF).

<sup>2</sup> SEDENA no reporta información en 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009

nd: No disponible

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013.

En esta serie histórica se puede apreciar un crecimiento anual sostenido, aunque de suave pendiente, tanto de médicos como de enfermeros en ambos sectores: público y privado. Estas cifras deberían ser ajustadas para contabilizar solamente al personal de servicio permanente en el sistema.

### (III) Modalidades laborales

El sistema de economía mixta que prevalece en México da lugar a que el personal de salud convenga oralmente o por escrito mediante contratos colectivos la prestación de sus servicios, por una parte en la modalidad de libre ejercicio de la profesión con aranceles de fijación libre; o bien mediante la firma de compromisos laborales bajo un salario determinado y diversas prestaciones, y también en una mezcla de estos como ocurre en la medicina administrada, con los seguros de gastos médicos mayores, los servicios que se prestan en anexos a farmacias y el consumo de sus productos y ganancias compartidas o bien “iguales” de honorarios por servicios a grupos específicos.

173

Los médicos que laboran en el sector público se contratan colectivamente a través de los sindicatos que los agrupan y representan, los cuales son titulares de las plazas de trabajador y gestionan las cláusulas que conciertan derechos, obligaciones, salarios y demás prestaciones consecuentes a los perfiles de cada categoría de trabajador en el marco de la Ley Federal del Trabajo y que son la fuente principal que da origen a la universalización de los servicios en atención primaria a la salud.

Los contratos concernientes a las dependencias que corresponden al Apartado “A” de la Ley Federal de Trabajo son de naturaleza general de grupos afines en materia laboral, como sucede en el Instituto Mexicano de Seguro Social que se denomina “Contrato Colectivo de Trabajo” y del Apartado “B” las denominadas “Condiciones Generales de Trabajo”. Esos contratos aseguran la permanencia de los

trabajadores en las instituciones, con las salvedades que señala la Ley Federal y las propias de las instituciones. Vale mencionar que en la actualidad han surgido modificaciones diversas a los contratos colectivos y nuevas formas de contratación de personal de salud, por periodos cortos de servicios que no obligan la permanencia de los trabajadores en los puestos y por tanto carecen de prestaciones como la acumulación de antigüedad y de jubilación, siendo esto, entre otras razones, motivos de incertidumbre y rechazo de adscripciones, afectando de diversa manera la funcionalidad de los sistemas y el desarrollo del personal.

#### (IV) Funcionalidad sistémica

174 La existencia de diferentes modelos de atención a la salud entre las instituciones públicas prestadoras de servicios e inclusive dentro de ellas, dificulta en extremo la prestación uniforme de los servicios que postula la universalización de los servicios y sobre todo su accesibilidad, coexistiendo con la variedad de currículos con los que se forma el personal de salud, particularmente los médicos y enfermeros.

En tanto que a alto nivel se conciertan acuerdos de intercambio de servicios de salud, que a todas luces es una medida lógica de compartición de recursos y de economía bien entendida para evitar dispendios y repeticiones innecesarias, cubriendo los costos que en cada institución se tienen, han encontrado, sin embargo, resistencia e inclusive negativa de trabajadores de la salud a llevarlo a cabo, como ha trascendido con el sindicato que agrupa al mayor número de médicos en el país.

La vinculación entre las instituciones educativas y las de prestación de servicios de salud es de suma importancia para la entrega de servicios de alta calidad y para la formación y desarrollo del profesional de la salud, desembocando en un proceso ideal de integración docente asistencial y de investigación en salud tan largamente añorado, pero no se ha logrado hacerlo converger dadas

las discrepancias entre las políticas educativas y de salud y la falta de apoyo institucional para lograrlo: se da la circunstancia de que la enseñanza clínica se ofrece prioritariamente en los hospitales y de manera segmentada en especialidades, que es como así funciona el sistema de salud, mientras los programas educativos curriculares postulan otro enfoque. Así pues, éste es otro elemento de disfuncionalidad que no abona en favor de la universalización de los servicios ni de su accesibilidad efectiva.

(V) Actualización y competencia profesional

Las instituciones de salud no consideran en sus presupuestos los gastos inherentes a la actualización de su personal, como pudiera ser la sustitución de la ausencia temporal de los trabajadores para cursar estudios de actualización, por breves que sean estos; como tampoco sufragar los costos del proceso educativo mismo en el desarrollo de nuevas competencias genéricas y específicas del profesional de la salud, que de manera obligada plantea el avance del conocimiento científico y la tecnología moderna.

175

(VI) Tendencias de formación del personal

Cabe hacer notar que en el caso de los médicos no obstante que la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina con el consenso de sus instancias agremiadas conformó el Perfil por competencias del Médico General Mexicano, en 2008 y el compromiso de renovar los currículos a esa modalidad educativa donde se privilegia la atención primaria a la salud, esto se ha dado en su mínima expresión y se tiende a creer que solamente la tecnología informática suple el desarrollo de competencias profesionales ante la saturación innegable de los campos clínicos, entre otras razones de las ya mencionadas.



Baste mencionar que la destreza en la exploración clínica es un complemento para el razonamiento y la fundamentación científica, en eso que se ha dado en llamar el arte y la ciencia del ejercicio médico, y que los valores humanísticos igualmente se adquieren con el ejemplo y guía de los profesores, así se ha venido enseñando y practicando la medicina desde tiempos inmemoriales y las técnicas de información y comunicación moderna se debe considerar un importante recurso para la práctica de las profesiones de la salud, y de funcionamiento eficiente de los sistemas donde prestan sus servicios, técnicas en las que también pueden y deben recurrir a ellas los propios beneficiarios de los servicios.

(VII) Perspectiva ocupacional; a saber

176

En este contexto tomo literalmente las palabras de la Organización Panamericana de la Salud donde hace notar que:

Para lograr la cobertura universal de salud implica una nueva gobernanza que reúna los actores de los servicios con los actores educativos en la construcción de una visión común, y de las acciones necesarias para alcanzarla... se busca mayor coherencia entre el desarrollo de los recursos humanos y los mercados de trabajo en salud, en función de las políticas y de los objetivos de la autoridad nacional y del sistema de salud...

Esto se ha intentado en México con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud creada en 1983, para identificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las aplicativas de salud, así como entre el sector educativo y el sector salud en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud. La Comisión copresidida por los titulares de las Secretarías de Salud y Educación

como una instancia de alto nivel ha tenido períodos de gran relevancia y otros de menor impacto y en el momento y desde hace algunos lustros se ha reducido a la selección de aspirantes a residencias médicas mediante exámenes y rezagados, en otras áreas de gran importancia para la formación de los antes dichos recursos humanos.

#### (VIII) Propensión global

Los instituciones de educación superior responden a los requerimientos de la sociedades globalizadas para que las personas y los grupos tengan atención de su salud de más calidad, y por medio de profesionales preparados con la mayor pertinencia a la salud integral de las personas, los determinantes sociales de la enfermedad, a la dinámica poblacional, la cambiante geografía de la salud y las modificaciones del entorno; como también la traslación del conocimiento y la aplicación de la moderna tecnología. Se presta también interés a las habilidades de comunicación y la capacidad de interrelacionarse.

177

Adquiere especial relevancia el interés manifestado repetidamente por el Estado, de preparar a los estudiantes del nivel superior de educación para desarrollar las competencias que demanda el mercado de trabajo en un perfil laboral, circunstancia no siempre armónica con las posiciones de las instituciones educativas que postulan un perfil académico predominante.

#### Conclusiones

Los recursos humanos para la atención de la salud constituyen uno de los factores fundamentales del proceso de producción de servicios encaminados al logro de la salud universal, derecho y aspiración del género humano.

La calidad de formación de los recursos humanos para la salud es responsabilidad compartida de los sectores salud y educativo,

quienes deben proveer lo necesario para desarrollar las competencias profesionales que se requieren para prestar tales servicios.

La formación de recursos humanos para la salud universal implica considerar: la composición de los equipos de salud; la magnitud sectorial y la medicina institucional; el tipo laboral; la funcionalidad sistémica; la actualización y competencia profesional; las tendencias de formación; la perspectiva ocupacional y; la propensión global.

# SALUD EN EL TRABAJO

Dr. Juan Antonio Legaspi

Con el fin de analizar el concepto del tema, es conveniente mencionar someramente, que la palabra entelequia fue creada por Aristóteles, siendo posible traducirla como “tener el fin en sí misma”, es un término filosófico definido por él. Fuera del ámbito filosófico, entelequia que se usa en castellano, tiene el sentido de «cosa irreal». Está traducida a 20 idiomas y se consideran como sinónimos las palabras: fantasía, ficción, ilusión, invención, irrealidad y quimera, que pertenecen a la misma categoría gramatical.

Analizaremos a través de esta presentación si Salud en el Trabajo... es una entelequia.

En México, los esquemas actuales legislativos y programáticos, en el ámbito de la salud en el trabajo, incluyo seguridad, mezclan dos panoramas, por un lado existen realidades normativas, programáticas, falta lo relativo a la política, pero por otro lado existen irrealidades al no existir integración con la realidad nacional y uniformidad en los conceptos. Trataremos de explicar brevemente:

El esquema de la Seguridad y Salud en el Trabajo, como tal, se encuentra regulado principalmente, por dos preceptos legales, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)

y en la Ley Federal del Trabajo (2012), ya que en la Ley General de Salud (1984), su término es bajo el concepto de Salud Ocupacional, (¿traducción errónea del inglés al español?), aunque sus atribuciones tienen que ver con los riesgos de trabajo. Es un término relativo a ocupaciones y no al trabajo y su ambiente en sí.

Por lo explicado, es igual o es diferente lo enunciado.

Habría entonces que considerar el término, la definición y el concepto de lo que es salud en el trabajo existente en el ámbito internacional, o nacional, incluyendo en él a la seguridad en el trabajo y lo concerniente a la salud laboral, u ocupacional, como términos sinónimos.

Primero el término de salud en el trabajo.

- 180 Este se encuentra señalado en dos Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 155 de 1981, denominado “Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo”, cuyo Art. 3° señala “La salud en relación con el trabajo, comprende, no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.”, y en el Convenio 161 de 1985, denominado “Servicios de Salud en el Trabajo”, más explícito, ambos ratificados por México.

Podríamos considerar que la actual Ley Federal del Trabajo enmarca los enunciados en ambos convenios.

Posteriormente y para los fines de tener un marco integral, el Convenio de la OIT 187, aún no ratificado por México, denominado “Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo”, del 2006, enfatiza la necesidad de la elaboración de una política nacional, así como desarrollar un sistema nacional de seguridad y salud en el trabajo.

Actualmente no hay una política nacional ni un sistema, como tal, aunque la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (STPS) promueve el Programa Nacional de Bienestar Emocional para los trabajadores y trabajadoras.

## La definición y su concepto:

En este marco el grupo mixto de la OIT/OMS (Organización Mundial para la Salud) sobre medicina del trabajo fundado en 1946, en 1985 emitió una resolución en relación a la definición y concepto de Salud en el Trabajo la cual señala que:

La salud y seguridad en el trabajo debe orientarse hacia la promoción y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones; la prevención de la pérdida de la salud de los trabajadores por causa de sus condiciones de trabajo, la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de factores nocivos para la salud en su puesto de trabajo; la colocación y mantenimiento de los trabajadores en un medio ambiente de trabajo adaptado a sus capacidades físicas y psicológicas y, en resumen, la adaptación del trabajo al hombre y del hombre a su trabajo.

181

Que ésta, se centra principalmente en las relaciones entre trabajo y salud, en la vigilancia del medio ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores, y en los factores humanos, y considera tres objetivos diferenciados:

- El mantenimiento y la promoción de la salud y la capacidad de trabajo de los trabajadores
- La mejora del trabajo y el medio ambiente de trabajo para que favorezcan la salud y la seguridad de los trabajadores y
- El desarrollo de formas organizativas y culturas de trabajo favorecedoras de la salud y la seguridad en el trabajo.

En consecuencia, que promuevan un clima social positivo y un funcionamiento eficiente y mejoren la productividad de la empresa.

Este enfoque debería ser el marco a considerar para definir una política en seguridad y salud en el trabajo (la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene atribuciones), que establezca ordenamientos legislativos integrales, y programáticos y normativos, que atienda al trabajador en su entorno laboral con sus características personales, y por el otro el propio proceso de trabajo interrelacionados entre si.

Por lo expuesto, el consenso existente indica que el concepto y término es el de seguridad y salud en el trabajo y que en él se integran diversas disciplinas tanto médicas como no médicas, como: la Medicina del Trabajo, Ingenierías en Seguridad de Procesos e Higiene Industrial, Química, Psicología, Ergonomía, Administración y Organización del Trabajo.

182

En los últimos 20 años a nivel mundial, se han promulgado leyes de seguridad y salud en el trabajo, con enfoque integral conceptual, legislativo, administrativo y programático, señalamos algunas:

Países	Ley
España	Ley 31/1995 prevención de riesgos laborales
Perú	Ley 29783 de seguridad y salud en el trabajo
E.U.A	Ley de salud y seguridad en el trabajo. Osha. Niosh 1970.
Alemania	Ley: la seguridad y salud de los trabajadores 1986.
Reino Unido	Ley sobre seguridad y salud en el trabajo 1974.
Canadá	Occupational Health & Safety ACT 1993.
U.E.	Agencia europea para la protección de la salud y seguridad en el trabajo. 1993

En México, como lo comentamos al principio, no existe una Ley como tal, que debiera ser el camino para determinar políticas, programas, investigaciones, educación y acciones a seguir en los ámbitos del trabajo, ante los costos integrales, directos e indirectos, en lo económico como en social, más de 120 mil millones de pesos en el 2015 según información del IMSS.

Al respecto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos debiera ser el marco para tal fin, ya que se establece en ella en su Art. 123, Fracc. XV, los preceptos legales sobre higiene y seguridad (en 1917 el término era salubridad, en 1964 cambió), que el patrón estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos. Para tal fin, para integrar un sistema, se debe de revisar la fracción XXXI, inciso b/3, de dicho artículo, que indica que será competencia exclusiva de las Autoridades Federales la aplicación de las disposiciones de trabajo... y respecto a las obligaciones de los patrones... así como de seguridad e higiene en los centros de trabajo.

183

Desde entonces al estar la materia centralizada a nivel federal, los estados sólo coadyuvan, en el mejor de los casos, a petición Federal. No hay corresponsabilidad, lo que nos lleva a considerar, un punto a favor de la irrealidad integral de la salud en el trabajo.

La Ley Federal del Trabajo, expedida en el año de 2012, tiene para las obligaciones patronales y de trabajadores en diversos artículos, conceptos o términos diferentes, que señalamos en el cuadro siguiente:

Art. 132 F. XVI a XVIII	Seguridad, salud y medio ambiente del trabajo.
Art. 475 bis	Seguridad e higiene y de la prevención de riesgos en el trabajo



Art. 509	Comisiones de seguridad e higiene
Art. 511 Fracc. III	Normas sobre prevención de riesgos, higiene y salubridad
Art. 512 a	Política nacional en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo; comisión consultiva nacional de seguridad y salud en el trabajo.
Art. 512 c	Reglamento en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo
Art. 541 Fracc. I	Riesgos de trabajo, seguridad e higiene, en materia de inspección

184

Asunto relevante es el Art. 512-G, de la Ley, que da pauta a la intervención de otras autoridades que regulen dicho campo, según su ámbito de competencia, que podría ser la SSA, aunque su Ley General de Salud, enuncia el concepto y funciones de Salud Ocupacional, muy diferente conceptualmente a seguridad y salud en el trabajo que señala la LFT.

Como antecedente, el Código Sanitario que da pauta a dicha Ley, tenía en 1936, un capítulo para la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores, pero después cambia éste a Higiene Ocupacional en el Código Sanitario de 1973, y emite en 1987 una norma técnica Núm. 79 para la Vigilancia Epidemiológica de la Salud en el Trabajo, la que quedó sin efecto en 1993, al no ser ratificada por la dependencia.

La Ley General de Salud de 1984, en su Art. 3 Fracc. XIV y el Capítulo V, incluye el término salud ocupacional y sus atribuciones, por lo que es concurrente en las materias e independiente como autoridad, en su ámbito de acción, su articulado indica la obligación de la SSA en este campo y en la de riesgos de trabajo, en la vigilancia de la salud de los trabajadores, como observamos en el cuadro siguiente:

Art. 3 Fracc. XIV	
Art. 17 Bis. COFEPRIS	Salud ocupacional
Capítulo V	
Art. 128	Normas que al efecto dicten las autoridades sanitarias en el trabajo, actividades comerciales,... Sobre salud ocupacional
Art. 129 Fracc. I Y II	La Secretaría de Salud (SSA) tendrá a su cargo, establecer los criterios para el uso y manejo de sustancias, maquinaria, equipos y aparatos... determinar los límites máximos permisibles de exposición de un trabajador a contaminantes, y coordinar y realizar estudios de toxicología al respecto
Art. 129 Fracc. III	Ejercer junto con los gobiernos de las entidades federativas, el control sanitario sobre los establecimientos en los que se desarrollen actividades ocupacionales
Art. 133. Fracc. I Art. 165. <i>Idem</i>	En materia de prevención y control de enfermedades y accidentes, y sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, corresponde a la SSA, dictar las normas oficiales mexicanas para la prevención y el control de enfermedades y accidentes
Art. 166	Los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social con motivo de riesgos de trabajo, se ajustarán a las normas que dicte la SSA

El Apartado B de la Constitución señala lo relativo a riesgos profesionales y de ésta emana la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, la cual conforme su artículo 110, indica que dicha materia, riesgos profesionales, se regirá por la Ley del ISSSTE y en su caso por la LFT. La Ley del ISSSTE señala el término y concepto pero de seguridad y salud en el trabajo en sus artículos 69, 71, 72, 73.

En las reformas a la Ley Federal del Trabajo del 2012, se debía haber modificado la fracción XV del Art. 123, por el concepto normativo de Seguridad y Salud en el Trabajo, acorde a los Convenios de la OIT ratificados por México y señalamientos de la OMS, en la materia.

El existir el concepto constitucional de higiene y seguridad, los requerimientos diferentes en la LFT y LGS, plantea a mi juicio, además de alteraciones en el orden legislativo, confrontaciones en la aplicación legal por los patrones y trabajadores y entre las autoridades, para su aplicación con las atribuciones de dichas leyes, y también para las dependencias y entidades con las leyes correspondientes

186

Surge nuevamente la pregunta, ¿la Salud en el Trabajo, es irrelevante, irreal, es quimera, ante la dispersión de los ordenamientos legales que permitan establecer una política y plan nacional?

Es cierto que existen realidades, como disposiciones legislativas, aunque haya confusiones de términos y conceptos, la STPS las ha estado señalando en su reglamentación y normatividad, pero falta la uniformidad de ellos, y la concurrencia de la SSA, para considerar la elaboración de una política nacional en la materia que beneficie a los empresarios, pero principalmente a los trabajadores.

Conviene mencionar que las alteraciones a la salud de los trabajadores ha incrementado la falta de ella, es así como en relación a las enfermedades de trabajo, en el IMSS, su calificación ha aumentado en los últimos 5 años, de 4 105 casos en el 2011 a 12 009, en el 2015. Destacan además de las clásicas, un incremento porcentual de las músculo esqueléticas de 3.0 a 10.3, e intoxicaciones de 0.8 a 7.6.

Sobre el particular, la Comisión Consultiva Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde concurre la SSA, aprobó una nueva

tabla de enfermedades de trabajo, la que amplía de 161 ítems a 185 padecimientos laborales, entre éstos destacan el cáncer y de tipo psicosocial como el estrés, lo que traerá aparejado una necesidad, de unir esfuerzos en todos los ámbitos, gubernamental, patronal y sindical y de los institutos de Salud, en la investigación y formulación de políticas, así como del sistema educativo universitario para incorporar planes, programas y formación de recursos humanos, acorde a la realidad del trabajo, situación inexistente en la legislación reglamentaria.

El IMSS, que viene realizando actividades en seguridad e higiene en el trabajo, y el ISSSTE, son referencias obligadas por la información estadística que deben de registrar ante la atención de los riesgos de trabajo, la que es el inicio de las investigaciones y apoyos de estudios ya señalados. Las estadísticas al respecto, del IMSS, nos señalan incremento de los accidentes y enfermedades de trabajo, de 426 148 a 437 072 casos en el período 2011-2015 (2 133 945), que deberían ser la pauta para las políticas, planes, legislación y programas para su prevención.

187

Con la información que proporciona el IMSS, los costos directos sufragados por dicha Institución para el otorgamiento de las prestaciones a los trabajadores en materia de riesgos de trabajo ascendió en 2015 a 22 000 millones de pesos, y si a esta cifra se incluyen los costos indirectos derivados del tiempo perdido, aumento de los gastos administrativos de las empresas, daños de materiales, suspensión de procesos, sustitución de personal, etc., estos pueden estimarse integralmente, en cinco veces más 110 000 millones de pesos, erogaciones innecesarias, que traen aparejadas problemas sociales, por las incapacidades y problemas económicos, por la falta de crecimiento de las empresas, entre otros elementos.

En dicho año, 2015, el IMSS otorgó más de 13.9 millones de días, y un subsidio de \$ 3 144 463 388 pesos.

Ante lo expuesto, para que sea una realidad la Seguridad y la Salud en el Trabajo, se requiere integrar lo disperso en un todo,

en un Sistema Nacional, en un Código General, que unifique los conceptos, términos y atribuciones y responsabilidades tanto del gobierno, como de patrones y trabajadores, que facilite su comprensión, difusión e implementación en los centros de trabajo, y ubique las disposiciones legales en el nivel de importancia que en el campo internacional se están dando.

188 El campo de aplicación del Sistema y su Código, similar a la existente en otros países como en Estados Unidos de Norteamérica o Europa, incorporaría tanto a los centros laborales del sector privado como los del sector público, a los gobiernos de los Estados Federativos, hoy sólo coadyuvantes pero no de responsabilidad directa, lo que permitirá manejar bajo un solo lineamiento tanto las medidas preventivas como inspectoras, además de otras, y poder garantizar este derecho en forma igualitaria entre empleados de ambos sectores, lo que haría una realidad no virtual, sino pragmática ya que:

La SSA, en atención a las atribuciones de la Ley General de Salud, debe realizar investigaciones para la salud, la que comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, y en este esquema la salud en el trabajo forma parte de ella, lo que permitiría elaborar conjuntamente para apoyarla, las normas necesarias para la vigilancia de la salud de los trabajadores incluyendo los aspectos toxicológicos, psicosociales, ergonómicos. Así como la higiene industrial mediante las investigaciones necesarias para soportarles, no sólo en salud sino en seguridad en el trabajo, la promoción, con la autoridad laboral, con el sistema universitario en formación de los recursos humanos y la elaboración de estándares en salud y seguridad en el trabajo. Así mismo para determinar la calificación de los profesionales involucrados. Todo lo anterior sustentado en dicha Ley General de Salud.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), establecería las regulaciones necesarias para elaborar la normatividad legislati-

va y aplicarla a fin de promover entre las empresas y los trabajadores la reducción de los peligros del lugar de trabajo y poner en práctica programas eficaces de salud y seguridad en coordinación con la SSA, IMSS e ISSSTE, así como el registro de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo y la información necesaria sobre seguridad y salud a las empresas y a los trabajadores. Lo anterior sustentado en su propia Ley Federal del Trabajo.

La Comisión Consultiva que emana de la LFT, haría realidad elaborar y emitir una política moderna de Seguridad y Salud en el Trabajo, y se daría un apoyo efectivo a la investigación, ya que es indispensable una base científica sólida que sustente cualquier actuación en materia de salud y seguridad en el trabajo, sobre todo en relación con productos químicos peligrosos.

Por lo anterior, se establece la necesidad de una acción coadyuvante entre los diferentes organismos gubernamentales que, de una u otra forma, tienen injerencia en los diferentes aspectos de la Salud, en el ámbito de sus competencias, así como una mayor coordinación entre las autoridades de Salud y las del Trabajo, con el IMSS e ISSSTE, y su participación en programas para la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo, que aunque contiene disposiciones al respecto, estos son unilaterales, y falta la acción coadyuvante de la Secretaría de Salud.

Esto sería lo que habría que establecer para que fuera la Salud en el Trabajo, un hecho real, hoy está entre lo Sí y lo No.

# ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD PARA EL LOGRO DE LA EQUIDAD EN SALUD Y LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO SOSTENIBLE

Dr. Manuel Urbina Fuentes

La Declaración del Milenio de la Organización de Naciones Unidas (ONU), adoptada en el año 2000, ofreció un marco amplio de valores, principios para la paz y la seguridad, el desarrollo y los derechos humanos. Se acordó alcanzar ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con metas e indicadores cuantitativos para cumplirse en el año 2015. Los ODM se convirtieron en un marco de referencia mundial para avanzar en su logro, y la experiencia adquirida demostró que para obtener progresos sustanciales se deben incorporar a las estrategias nacionales de desarrollo y contar con un sistema de seguimiento para ajustar las políticas de acuerdo a su impacto efectivo.

A tres lustros de su inicio, los resultados muestran pocos progresos en la reducción de la pobreza y retroceso en la disminución de las desigualdades, principalmente en naciones con economías emergentes; persisten las inequidades entre países, así como entre áreas geográficas y grupos de población dentro de los países, tal es el caso del empleo para las mujeres, la mortalidad infantil y mater-

na; en el ámbito de la sostenibilidad medioambiental, la deficiencia energética, la escasez del agua y de los alimentos.<sup>(1)</sup>

La pobreza continua por el incremento anual de la población, ya somos 7 500 millones, y los avances alcanzados son amenazados por las crisis económicas. Otros desafíos como la calidad de la educación primaria, la falta de representación de las mujeres en puestos de toma de decisiones, el acceso desigual a la atención primaria de la salud y la salud reproductiva, el aumento de la prevalencia del VIH y la tuberculosis; el saneamiento en las zonas rurales, los asentamientos informales en crecimiento, la migración involuntaria por conflictos bélicos, repercuten en lograr los ODM para los grupos socialmente excluidos. Ante el hecho de que los ODM fijados a nivel mundial han sido difíciles de alcanzar para un número significativo de países, demuestra la relevancia del cambio que ahora tienen los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que son más ambiciosos que los ODM y, por lo tanto, más desafiantes en un mundo globalizado con grandes desigualdades sociales y económicas tanto en países ricos como pobres.<sup>(2)</sup>

191

Los ODS incluyen la universalidad e indivisibilidad y el compromiso de no dejar atrás a nadie, con procesos participativos, transparentes y basados en los derechos humanos, y la responsabilidad de presentar informes, en particular, dar especial atención a los más pobres, vulnerables y atrasados. Los ODS, son 17 y tienen 169 metas que se proponen alcanzar y medir a través de 231 indicadores que se han comprometido cumplir por 143 países, lo que muestra la gran escala y la ambición de la Nueva Agenda Universal, en vigor desde enero del 2016 y hasta el año 2030. Los objetivos se implementarán desde el nivel global, multilateral, el regional, nacional y local y buscan poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático y se exige que las tres dimensiones que abarcan, económica, social y ambiental, se aborden de manera integrada.<sup>(3)</sup>



## Antecedentes y contexto

En la transición de ocho ODM a 17 ODS para poder abordarlos de manera integrada se afrontarán varios desafíos en las tres dimensiones que abarcan, la económica, la social y la ambiental, porque valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o padece la población de un país, de un estado o de un municipio y sus localidades implica observar no sólo sus condiciones de salud, alimentación, educación, vivienda y empleo sino también la situación de las desigualdades o inequidades, es decir, las diferencias consideradas como indignas, remediables y evitables.<sup>(4)</sup>

192 Asimismo, debido a que en las políticas públicas con planes y programas de tipo económico, social y cultural no se han considerado a los DSS como las causas de las inequidades o desigualdades. En el caso de la inequidad en salud ésta se profundiza por tres mega-tendencias: 1) la transición demográfica y epidemiológica: 2) la migración y 3) el crecimiento urbano acelerado.<sup>(5)</sup>

En el caso de la equidad en salud, ésta se puede alcanzar a través de políticas públicas coordinadas y un financiamiento adecuado. Sin embargo, como resultado de la transición demográfica en las últimas cuatro décadas se ha tenido un incremento poblacional mundial de tres mil millones, con un promedio anual de 80 millones de personas, por lo que actualmente somos 7 500 millones de habitantes y ya se proyecta que llegaremos a 10 mil millones en el 2056, seis años antes de lo estimado anteriormente. Debido a que el crecimiento demográfico se ha dado principalmente en los países en vías de desarrollo, se ha creado incertidumbre en la gestión de los recursos por el aumento en la demanda de agua, energía y alimentos, así como por los efectos en el cambio climático, los fenómenos meteorológicos y los cambios irreversibles que conllevan.<sup>(6)</sup> Ante estos hechos, diferentes investigadores y organizaciones especializadas han planteado que para contar con un espacio operativo seguro para la humanidad y un desarrollo económico inclusivo y

sostenible, hay nueve límites planetarios: 1) Cambio climático, 2) Uso del agua, 3) Ciclos del nitrógeno y fósforo, 4) Acidificación oceánica, 5) Contaminación química, 6) Carga atmosférica de aerosoles, 7) Agotamiento del ozono, 8) Pérdida de la biodiversidad y 9) Cambio del uso de la tierra. Los han denominado “el techo ambiental o ecológico” que al no ser rebasado permita contar con una base social segura para proteger el agua, los ingresos, la educación, la resiliencia, el trabajo, la energía, una igualdad social, la equidad de género, la salud y los alimentos.<sup>(7)</sup>

Preocupa que ya son 4 de los 9 límites planetarios los más afectados: el cambio climático, los ciclos de nitrógeno y fósforo, la pérdida de biodiversidad y la conversión de la tierra y están por cuantificarse dos más, la contaminación del aire y la contaminación química.<sup>(8)</sup> (Figura 1)

193

## La era de desarrollo sostenible y los riesgos globales

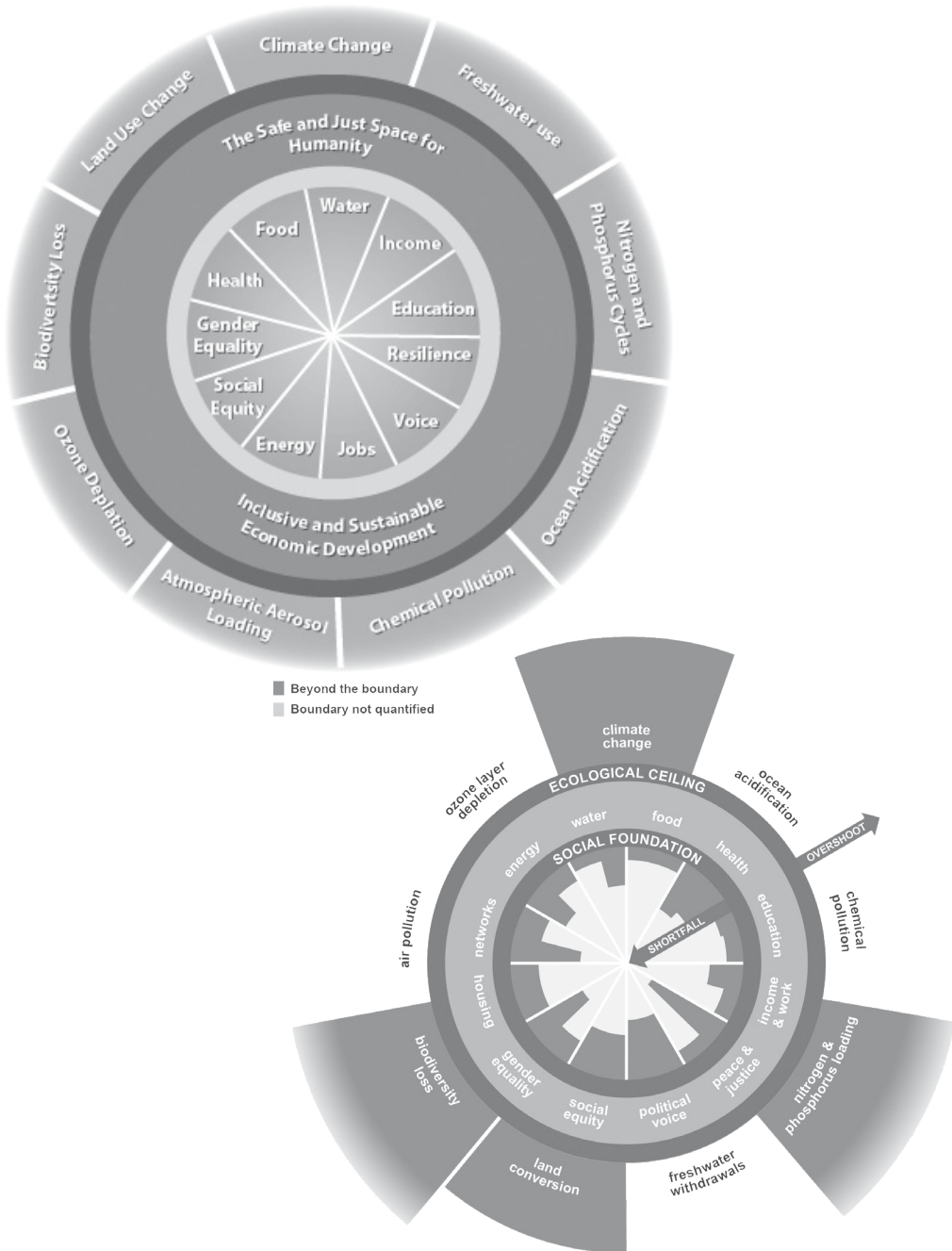
El doctor Jeffrey D. Sachs, explica que la era del desarrollo sostenible es un concepto central de nuestra época, que se debe entender en el mundo y ver como un método para resolver los problemas globales y tratar de dar sentido a las interacciones de tres sistemas complejos: 1) la sociedad global, 2) la economía mundial y 3) el medio ambiente físico de la tierra, que serán los más afectados en la era del desarrollo sostenible.<sup>(9)</sup>

La evidencia indica que la tierra sufrirá un calentamiento de 1.5°C, superior a los niveles preindustriales, que dará un aumento de más de 30 cm del nivel del mar para el año 2100. Habrá sequías más severas y casi 90% de los arrecifes de coral estarán en riesgo de extinción. Los fenómenos meteorológicos extremos afectan la vida en todo el mundo, variando los cultivos y las costas y poniendo en peligro la seguridad hídrica. Se identifica que hasta 849 millones de hectáreas de terrenos naturales (casi el tamaño del Brasil) sufren

Figura 1

Los nuevos límites del espacio operativo seguro para la humanidad

194



riesgo de degradación de aquí al 2050, si continúan las tendencias actuales de uso insostenible de la tierra. El alimentar a un número creciente de personas provoca que cada vez más terrenos se conviertan en tierras de cultivo a expensas de las sabanas, las praderas y los bosques. El resultado ha sido la degradación ambiental generalizada y la pérdida de diversidad biológica, que afectan 23% del suelo mundial.

A lo anterior se suman los diez “riesgos globales” que el Foro Económico de Davos ha identificado en términos de probabilidad e impacto sobre la población mundial categorizándolas en cinco áreas: 1) económica, 2) ambiental, 3) geopolítica, 4) social y 5) tecnológica. Destacan por su impacto la falla en el control y adaptación del cambio climático: las armas de destrucción masiva; la crisis del agua; la migración involuntaria masiva; crisis de los precios para energía; pérdida de la biodiversidad y colapso de ecosistemas; las crisis financieras; la propagación de enfermedades infecciosas; burbuja de activos financieros; inestabilidad social profunda.<sup>(10)</sup>

195

En este contexto la Fundación Rockefeller y la revista *The Lancet* han organizado la Comisión Sobre la Salud del Planeta, como una nueva disciplina de la salud global y han hecho estudios que pronostican que entre 2030 y 2050 se pueden perder 250 000 vidas anualmente por el cambio climático, ya que 40% de la población mundial estará viviendo estrés hídrico severo; por que se desperdician anualmente 2.3 millones de hectáreas agrícolas por la degradación del suelo; que ocurren 300 000 muertes al año por el humo de los incendios y que el mal uso de la tierra contribuye al aumento del paludismo; que el consumo elevado de pescados y mariscos ha provocado 90% de la sobre explotación en las aguas marinas.<sup>(11)</sup>

## Las desigualdades sociales

En el escenario mundial, por otra parte, las desigualdades drásticas dominan e involucran a todos, a los países ricos y pobres por

igual. La OMS desde el 2005 cuestionó ¿Por qué no se habían logrado políticas sociales más equitativas, socialmente más justas, operativamente con servicios más eficientes para lograr la equidad en salud a través de una cobertura y aseguramiento universal? Porque se invierte poco en salud, y en otros programas sociales como educación, vivienda, empleos; porque lo que se tiene se gasta todo en infraestructura y con elevados gastos de administración. Porque no evaluamos el desempeño y el impacto de lo que hacen los sectores responsables de las políticas sociales.<sup>(12)</sup>

Según el Informe Mundial de Desarrollo, la desigualdad se debe a que en esta región de América hay más multimillonarios que en otras zonas del mundo. La crisis mundial aumentó las desigualdades y el número de personas que viven en la pobreza.<sup>(13)</sup>

196

## Los determinantes sociales de las inequidades en salud

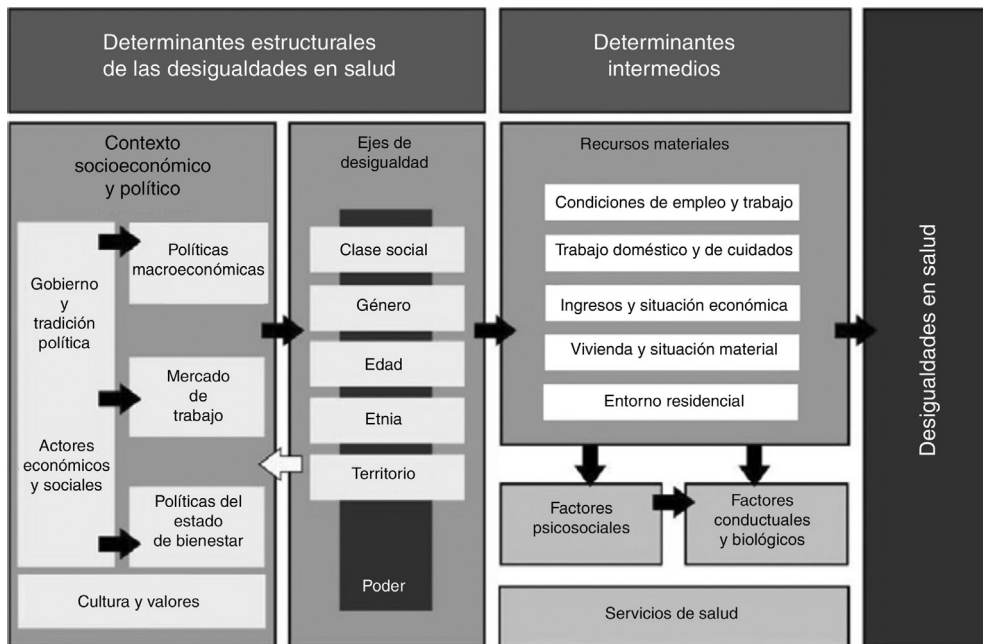
La OMS en respuesta a estos planteamientos y a los problemas de las desigualdades en salud y su impacto local, así como por los efectos derivados de la crisis económica en los sistemas de bienestar, enfatizó que se deben analizar las “causas de las causas” de las desigualdades en salud, e identificó el marco conceptual a los “determinantes estructurales e intermedios” (Figura 2).

La OMS, ha determinado que el estado de salud y bienestar de la población dependen de los DSS, que definen cómo “las condiciones en las personas nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren” y del “tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad”. A su vez, “las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas” (determinantes estructurales) y en las que influyen, según la edad y el sexo, los estilos de vida y las actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud (determinantes intermedias). Estas condiciones intervienen y condicionan su salud, el riesgo de enfermar, la

posibilidad de rehabilitarse y su impacto en la esperanza de vida.<sup>(14)</sup> Asimismo, ante la creciente preocupación suscitada por estas inequidades persistentes y cada vez mayores en todos los países miembros de la OMS, en el 2005 se crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDS), para que ofreciera opciones y asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, presentado por el profesor sir Michael Marmot en agosto del 2008 se propusieron tres recomendaciones generales:

- 1.- Mejorar las condiciones de vida cotidiana;
- 2.- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y
- 3.- Medir y analizar el problema.

Figura 2  
Determinantes estructurales e intermedios  
de las desigualdades en salud



Estas recomendaciones de la CDS para lograr la equidad en salud y la adopción de las intervenciones para implementarlas, se ratificaron por Jefes de Estado, Ministros y representantes de gobiernos, en el 2011 con la “Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud” mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.<sup>(15) (16)</sup>

## Los desafíos que se enfrentan en México para un desarrollo sostenible

198 Adicionales y como consecuencia del crecimiento poblacional son varios los desafíos para lograr los ODS porque los enfrentaremos a nivel global y como país, la vulnerabilidad, la resiliencia, las diferencias en las clases sociales y la pobreza.

La vulnerabilidad es el riesgo que ante crisis las capacidades y logros de las personas se deterioran, así como la capacidad de lidiar o adaptarse (resiliencia). En el Informe sobre Desarrollo Humano en donde se plantean la importancia de sostener el desarrollo humano se identifica como necesario reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Se analiza ¿Quiénes son vulnerables, a qué y por qué lo son?

¿Quiénes son?: los pobres, los trabajadores informales socialmente excluidos; las mujeres, personas con discapacidad, migrantes, minorías étnicas, niños, jóvenes, personas adultas; comunidades y regiones enteras. ¿A qué?: crisis económicas, sanitarias; desastres naturales, cambio climáticos, peligros industriales; conflictos sociales y políticos, disturbios civiles. ¿Por qué?: capacidades limitadas; ubicación, posición en la sociedad, períodos sensibles del ciclo de vida; poca cohesión social, instituciones poco receptivas, gobernanza deficiente. Asimismo, las desigualdades están empeorando y menos gente que nunca es consciente de ello y de que el crecimiento poblacional desordenado las magnifica. Las clases sociales configuran no sólo los resultados, sino las oportunidades de salud,

ya que les sitúa en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicios de salud. Las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante factores que ponen en riesgo su salud.<sup>(17)</sup>

La pobreza y la pobreza extrema son los otros desafíos que afectan de manera creciente a la población del país. En México, el CONEVAL en la medición de la pobreza multidimensional del 2014, estimó que hay 55.3 millones de pobres, (46.2 %), y que de éstos 11.4 millones, son pobres extremos (9.5%). El porcentaje de personas en pobreza según grupos de edad es alarmante, en particular en dos grupos: los menores de 18 años, 21.4 millones (42.3%) y 2.4 millones (11.5%) son pobres extremos; los de 65 años o más, son 4.2 millones (45.9%).<sup>(18)</sup>

En los 100 municipios con mayor marginación, predominantemente indígenas, un millón de mexicanos son los más pobres del país, la mayor parte en Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%). Adicionalmente, las niñas y los niños con riesgo de morir antes de cumplir 1 año es 1.7 veces mayor que el promedio nacional y la esperanza de vida de las mujeres alcanza 51 años y la de los hombres 49 años y siendo el promedio nacional de 77.4 y 72.6 años, respectivamente. Las desigualdades de género son marcadas, 2.5 millones más de mujeres que hombres viven en condiciones de pobreza. Hay 8 millones más de mujeres que hombres que trabajan y no cuentan con seguro médico ni derecho a una pensión. En el país el 6.9% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir; 5.6% hombres y 8.1% mujeres. El 32.5% de la población indígena mayor de 15 años es analfabeta, y triplica al del hombre indígena.<sup>(19)</sup>

En contraste con la pobreza, las mejoras en la salud física a lo largo del siglo pasado y el actual, en las tasas de mortalidad se ha visto que no se mejora, como la mortalidad materna. Los problemas de salud afectan a la sociedad como un todo, y no sólo un pequeño segmento aislado. La pobreza es uno de los principales desafíos para



el desarrollo global y ningún grupo es inmune a los riesgos entre los pobres, sin hogar, los desempleados, las personas con bajo nivel de educación, las víctimas de la violencia, migrantes y refugiados, poblaciones indígenas, niños y adolescentes, víctimas de abusos a las mujeres y el anciano abandonado.<sup>(20)</sup>

Debido a que la respuesta del gobierno de nuestro país ha sido limitada y no se han implementaron políticas públicas específicas sobre los DSS, a pesar de haber aceptados las resoluciones de la OMS y de la ONU al respecto, la ANM ha tomado la iniciativa de posicionar el tema con la creación del “Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes Sociales de Salud en México” (CPEDSS) reiterar ahora nuevamente la necesidad de contar con políticas públicas de los DSS para el logro de la equidad en salud.<sup>(21)</sup>

200 Asimismo, se plantea que tanto en el Plan Nacional de Desarrollo como en el Programa Sectorial de Salud 2018-2014, se incluyan y programen en ellos objetivos e indicadores específicos para cerrar la brecha de la inequidad en salud, el logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular desde la perspectiva de DSS, el Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

## Referencias

- 1) United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs. *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York: Organización de las Naciones Unidas, 2015.
- 2) Boermal T, Mathers C, AbouZahr C, et al. “Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals”. *WHO*, 2015
- 3) UN Asamblea General, A/69/L.85 Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agen-

- da para el desarrollo después de 2015. (Temas 13 a) y 115). 12 de agosto del 2015
- 4) World Health Organization: "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health". Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO; 2008: 1-232.
  - 5) Urbina F M, Gonzales B MA: "La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas". *INSP-ANMM* 2012:11-129.
  - 6) UN Populations Division, World Population Prospects, the 2014 Revision, medium variant.
  - 7) Johan Rockström J, Steffen W, Noone K *et al.* "A Safe Operating Space for Humanity." *Nature* 461, 472-475 (24 September 2009) doi: 10.1 038/461472a
  - 8) Raworth, K A. "Doughnut for the Anthropocene: Humanity's Compass in the 21 st Century". *The Lance-Planetary Health*. volume 1, No.2, e48-e49, May 2017
  - 9) Sachs, J D. *The Age of Sustainable Development*. Columbia: University Press 2015
  - 10) *The Global Risks Report 2018*, 13th Edition published by the World Economic Forum within the framework of The Global Competitiveness and Risks Team.
  - 11) Whitmee S, Haines A, Beyrer C, "Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on Planetary Health". *The Lancet*, vol 386, november 14, 2015
  - 12) Marmot M, Friel S, Bell R, *et al.*, On behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372: 1661-69.
  - 13) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Panorama general. *Informe sobre desarrollo humano 2015. Trabajo al*

*servicio del desarrollo humano*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2015.

- 14) Solar O, Irwin A. "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health". Geneva: WHO; April 2007.
- 15) 62a Asamblea Mundial de la Salud. (WHA62/14) Resolución EB124.R6. "Recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud" 22 de mayo de 2009.
- 16) OMS Declaración Política de Río y sus recomendaciones. Conferencia Mundial sobre los Determinante Sociales de la Salud Río de Janeiro, Brasil 19-21 de octubre de 2011.
- 17) Human Development Report 2014 Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerability and Building Resilience. Published for the United Nations Development Programme (UNDP)
- 18) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2016*. Agosto 30 2017.
- 19) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Diagnóstico de los objetivos e indicadores de los planes derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: CONEVAL, 2015.
- 20) Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>)
- 21) Urbina M, *Los Determinantes Sociales de la Salud y de la Equidad en Salud*. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina. Intersistemas editores/Conacyt 2017

# LA SALUD AMBIENTAL UN COMPONENTE CLAVE PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE TENDENCIAS A NIVEL GLOBAL Y EN MÉXICO

Dr. Jacobo Finkelman<sup>I</sup>

203

Hacia un desarrollo sostenible

**E**l debate y el proceso para la construcción de una agenda común hacia un desarrollo sostenible para todas las naciones y pueblos no ha sido un ejercicio lineal. Este desafío ha sido muy dinámico y no exento de contradicciones. Desde una perspectiva internacional este ejercicio ha transitado a lo largo de casi 7 décadas en tres etapas sucesivas y por momentos sobrepuestas.<sup>I</sup>

La primera etapa, nace con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1945 y con la Declaración de los Derechos Humanos en 1948. La segunda etapa, corresponde a la de las grandes conferencias temáticas mundiales.<sup>II</sup> celebradas principalmente a

<sup>I</sup> Consultor independiente en temas relacionados con salud ambiental y salud global.

<sup>II</sup> Entre las que destacan: la del Medio Ambiente Humano. Estocolmo, Suecia, 1972; sobre la APS. Alma Ata, URSS, 1978; Promoción Salud. Ottawa, Canadá, 1986; la Comisión Brundtland, ONU, 1987; Medio Ambiente y Desarrollo. Rio de Janeiro, Brasil, 1992; Población. Beijing, China, 1994; Mujer. Cairo, Egipto, 1995; Desarrollo Social. Viena, Austria, 1995; COP 1 Cambio Climático. Berlín, Alemania, 1995; Habitat II. Estambul, Turquía, 1996; Alimentación, Roma, Italia, 1996; Propiedad intelectual. Doha, Qatar, 2001.

partir de la década de los años 70 del siglo pasado, para dar paso a una tercera etapa <sup>III</sup>, caracterizada por la convergencia entre los ejes social, económico y ambiental como los pilares para un desarrollo sostenible. Esta tercer etapa se manifiesta con mayor claridad a partir del lanzamiento de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>2</sup> y se fortalece a partir del informe “El camino hacia la dignidad para 2030”<sup>3</sup> y por la adopción por la Asamblea General de la ONU en 2015 de la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”<sup>4</sup> que propone metas más ambiciosas y complejas hacia un genuino desarrollo sostenible. Esta Agenda contempla 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental, incluyendo 232 indicadores globales<sup>5</sup> que permitirán monitorear el progreso y cumplimiento político de las metas establecidas. Oficialmente esta nueva agenda entró en vigor el 1 de enero de 2016.<sup>4</sup>

El énfasis principal de los ODS aprobados, es poner fin a la pobreza en el mundo, además de erradicar el hambre y lograr la seguridad alimentaria; garantizar una vida sana y una educación de calidad; lograr la igualdad de género; asegurar el acceso al agua y a la energía; promover el crecimiento económico sostenido; un ambiente resiliente y adoptar medidas urgentes contra el cambio climático; promover la paz y facilitar el acceso a la justicia. El mayor desafío aglutinador que propone esta nueva agenda es que nadie se quede atrás.

A pesar de que los ODS no son jurídicamente obligatorios, se espera que los gobiernos los adopten como propios y establezcan marcos nacionales para el logro de los 17 objetivos. Los países tienen la responsabilidad primordial del seguimiento y examen de los progresos alcanzados en el cumplimiento de los ODS. No obstante,

<sup>III</sup> Entre otras, la Conferencia sobre Desarrollo Sostenible. Johannesburgo, Sudáfrica, 2002; RIO+20, Brasil, 2012; sobre los Determinantes Sociales. Rio, Brasil, 2012; Salud en todas las políticas. Helsinki, Finlandia, 2013; la Cumbre sobre los Objetivos para el Desarrollo Sostenible, ONU/NY, EUA, 2015 y 2016; las COP sobre Cambio Climático. Paris, Francia, 2015 y Marrakech, Marruecos, 2016.

se reconoce que cada país enfrenta retos específicos en su tránsito hacia un desarrollo sostenible y por tanto, se refrenda el principio de que todos y cada uno de los Estados tienen soberanía plena sobre su riqueza, recursos y actividad económica.<sup>6</sup>

Para alcanzar el futuro que queremos para todos, se requiere de un alto grado de consistencia entre las políticas públicas a nivel global, regional, nacional y subnacional. También evitar que esta agenda se convierta en una agenda meramente prescriptiva, reconociendo que no hay rutas únicas para el desarrollo. No hay una sola receta que sea válida para todos los países;<sup>4</sup> por tanto, se requiere innovar la arquitectura y funcionamiento de los mecanismos de gobernanza a todos los niveles de decisión.

Para garantizar la comparabilidad y el monitoreo en el tiempo y entre países, la Asamblea General de la ONU aprobó la recomendación hecha por la Comisión de Estadística de Naciones Unidas que precisa las características técnicas y forma de cálculo para cada uno de los indicadores propuestos.<sup>7</sup> Además, cada uno de los Estados seleccionará sus propias metas e indicadores nacionales complementarios a las ya establecidas a nivel global.

Si bien el debate continúa en la dirección correcta y las propuestas apuntan hacia cómo lograr un mundo más equitativo, inclusivo, limpio, verde y próspero, en la práctica, su implementación ha sido parcial y deficitaria. Los resultados obtenidos a la fecha distan del ideal. Se reconoce que la globalización ofrece grandes oportunidades. Sin embargo, sus beneficios se han distribuido de manera muy desigual. Esta falta de equidad ha estimulado el crecimiento de movimientos de rechazo derivados de la creciente concentración de la riqueza,<sup>8</sup> y el fortalecimiento, sobre todo en algunos de los países más afluentes, de ideologías nacionalistas, xenofóbicas y proteccionistas que cuestionan la multilateralidad y las ventajas de una mayor integración e interdependencia global.<sup>9</sup>

Durante la Conferencia de Río+20, se reconoció que la continuación de esta inercia no es una opción. Se requiere de un cambio

sustancial considerando que los determinantes del desarrollo están íntimamente interrelacionados y que su abordaje, por tanto, requiere de nuevos enfoques holísticos alineados con una serie de principios fundamentales, en particular el de los derechos humanos, la equidad y la sostenibilidad; además de que los objetivos y metas a cumplir estén inequívocamente orientados al logro de resultados.<sup>3</sup>

La experiencia acumulada indica que las tres dimensiones tradicionales (económica, social y ambiental) no bastan para alcanzar un verdadero desarrollo sostenible. Se requiere además de que la paz y la seguridad mundial sean reconocidas como una cuarta dimensión, que contribuya a liberar a la humanidad de las carencias y el miedo, en momentos en que existen riesgos de una aceleración de una carrera armamentista con consecuencias imprevisibles a nivel global.<sup>3</sup>

206

En todos y cada uno de los foros mundiales se ha reconocido los importantes vínculos entre la salud y el desarrollo sostenible. Existe una amplia literatura que muestra como la estratificación social y las condiciones ambientales determinan los niveles de salud de las diversas poblaciones en cada uno de los países del planeta.<sup>1</sup> Entender y atender estas diferencias es crítico para construir sociedades más inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas. De acuerdo con la OMS, una mejor salud es “una condición previa, un resultado y un indicador del desarrollo sostenible.” Este paradigma se refleja en la arquitectura y fisiología de los ODS. Si bien en el objetivo 3 y sus 9 metas se concentran muchos de los temas relevantes de la salud, la verdadera expresión de la salud en el desarrollo se distribuye en cuando menos 47 de las metas incluidas en prácticamente todos los ODS.<sup>10</sup>

## La salud ambiental

Los pronósticos indican que a mediados del siglo XXI la población mundial será de aproximadamente 9.1 mil millones, de ellos, 8.3%

en América Latina y El Caribe (ALC). En la medida en que un mayor número de habitantes se incorporan a la economía global, también se intensifica la demanda de energía, alimentos, agua, madera, fibras y todo género de mercancías cuyo consumo es inducido por un mercado voraz e insaciable, afectando de manera irremediable la resiliencia de los diferentes ecosistemas.<sup>1</sup>

Casi la mitad de los bosques ya no existen, las fuentes de agua subterráneas se merman rápidamente. La degradación de la tierra y la acidificación de los océanos están empeorando. La biodiversidad se ha visto enormemente afectada. Las emisiones de dióxido de carbono se han incrementado. Desde la década de los setentas la frecuencia y gravedad de los desastres naturales se ha quintuplicado.<sup>3</sup>

Se estima que 15 de 24 (60%) de los ecosistemas planetarios se están degradando de forma irreversible. En este contexto, los beneficios netos para el bienestar humano y el desarrollo económico han sido muy asimétricos. Mientras que minorías selectas han concentrado las mayores ventajas, las grandes mayorías no se han beneficiado de este proceso. De hecho, un gran número de habitantes están atrapados en círculos viciosos de pobreza y marginación, poniendo de manifiesto los verdaderos costos y daños asociados con estas injusticias sociales y ambientales. Las desigualdades existentes y la lucha para acceder a los recursos naturales, son determinantes clave de situaciones de conflicto, hambre, migración, inseguridad y violencia que a su vez frenan el desarrollo sostenible. A menos que se dé un cambio radical en los patrones de consumo y de producción hacia modelos más racionales y sostenibles, el futuro será cada vez más incierto.<sup>1</sup>

En lo concerniente a la salud ambiental, sobre todo en ALC, la deuda continúa acumulándose. Aun reconociendo los avances en aspectos doctrinarios, metodológicos y de métricas aplicables a la salud ambiental, los servicios de salud continúan siendo predominantemente sectoriales y asistenciales; fuertemente predeterminados por una cultura biomédica dominante. En este contexto, los programas de promoción de la salud de naturaleza multisectorial son



incipientes e insuficientes para encarar algunos de los problemas de salud emergentes, en particular el crecimiento epidémico de las enfermedades crónicas.<sup>1</sup>

## La salud ambiental. Su métrica

208 La OMS en 1993, definió a la salud ambiental<sup>11</sup> como aquella que “comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores físicos, químicos biológicos, socio-económicos y psicosociales, presentes en el medio ambiente”. También se refiere a “la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de las generaciones presentes y futuras.” En 2016, la OMS acotó la definición de riesgos ambientales para la salud, como “todos los factores físicos, químicos y biológicos externos a las personas, así como todas las conductas relacionadas, excluyendo aquellos ambientes naturales que razonablemente no se puedan modificar.”<sup>12</sup>

La OMS en 2006,<sup>13</sup> utilizando datos disponibles en el 2002, estimó que alrededor del 24% de los años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) y 23% de las muertes prematuras a nivel mundial eran atribuibles a la exposición a riesgos ambientales evitables. Un tercio correspondían a la morbilidad en menores de cinco años, afectando de manera significativa a la capacidad de los servicios de salud, la estabilidad financiera, el crecimiento económico y la gobernanza en el sentido más amplio del concepto. Basada en la metodología aplicada, se estimó en forma preliminar que en América Latina y México, la mortalidad atribuible a causas ambientales fue 17 y 16% respectivamente. Datos recientes de la OMS estiman que en México la proporción de muertes por causas ambientales es del orden del 14%.<sup>14</sup>

La OMS en 2016,<sup>12</sup> utilizando datos del 2012, estimó que 12,6 millones de muertes a nivel mundial eran por causas ambientales y

que cerca del 26% de ellas podrían ser evitadas. De ellas, las muertes que concentraron la mayor causalidad ambiental (en millones de muertes) fueron: 2.5 por accidentes cerebrovasculares; 2.3 por cardiopatía isquémica; 1.7 por traumatismos involuntarios (incluidos los accidente de tránsito); 1,7 por cáncer; 1.4 por neumopatías crónicas; .846 por enfermedades diarreicas; .567 por infecciones respiratorias; .270 por afecciones neonatales y .259 por paludismo.

Entre el 2002 y el 2012,<sup>12</sup> mientras que la mortalidad atribuible a causas ambientales a nivel mundial se redujo discretamente del 23.3 al 22.7%, su distribución por grupo de enfermedades registró variaciones importantes. El mayor descenso fue del 31 al 20% en el grupo de enfermedades infecciosas, parasitarias, afecciones neonatales y por causas nutricionales. En tanto que su contribución a las enfermedades crónicas no transmisibles se elevó de 17 al 22% mientras que las defunciones por causas externas se mantuvieron relativamente estable pasando del 37 al 38%.

209

Del total de las muertes atribuibles a causas ambientales, en la Región de las Américas, en el 2012 se registraron aproximadamente 847 000 (6.72%).<sup>12</sup>

A fines del 2012, se divulgaron los resultados del Estudio de Carga Global de Enfermedad 2010 (ECGE 2010).<sup>15</sup> Se analizaron 67 factores de riesgo (8 de ellos ambientales, incluyendo exposición a tabaco, fuentes de agua no mejoradas, fuentes de saneamiento no mejoradas, contaminación por partículas, contaminación de aire intramuros, contaminación atmosférica por ozono, radón en domicilio y exposición a plomo) en 21 regiones del mundo (6 de ellas de la Región de las Américas). El análisis se basó en la estimación y comparación de los AVAD y su asociación causal con 291 diferentes patologías registradas en 1990 y 2010. Los principales resultados de este estudio sugieren que la contribución de los factores de riesgo a la carga de enfermedades y lesiones cambió sustancialmente, migrando de aquellos asociados principalmente con las enfermedades

transmisibles en niños a factores de riesgo vinculados con enfermedades no transmisibles en adultos.

En fechas más recientes, el Instituto de Estadísticas de Salud y Evaluación (IHME, por sus siglas en inglés)<sup>16</sup> analizó 33 (8 relacionados con la salud ambiental) de los 47 indicadores en salud vinculados con los ODS en base a datos disponibles entre 1990–2015 en 188 países. Este trabajo fue el producto de 1 870 colaboradores de 124 países y tres territorios. Aun considerando algunas de sus limitaciones metodológicas, se espera que este tipo de base de datos y las plataformas de análisis empleadas, contribuyan a establecer vías independientes más robustas para el monitoreo del progreso de los ODS, en particular aquellas metas relacionados directa e indirectamente con la salud ambiental.

210

A pesar de los avances en las metodologías de análisis durante los últimos años, es importante comentar que la mayoría de los estudios sobre mortalidad y carga de enfermedad atribuible a causas ambientales, las principales variables empleadas se han centrado en cuantificar el peso de los factores de riesgo físico y biológico y en menor proporción algunos de los factores económicos asociados. En términos generales, el estudio de los determinantes sociales y conductuales como factores de riesgo se encuentran aún en fases muy incipientes.

## Planteamiento del problema

### De los ODM a los ODS

Los desafíos para la implementación de los ODS son de grandes proporciones. Partiendo de las dificultades metodológicas y operacionales que representa alinear 17 objetivos, 160 metas y 232 indicadores, asegurando que las intervenciones a todos los niveles sean genuinamente convergentes y complementarias entre sí. A ello se suma el enorme reto financiero que ello conlleva y que depende

de manera indiscutible de que los países desarrollados cumplan plenamente los compromisos acordados transfiriendo en forma oportuna a los países más vulnerables entre el 0.15 y el 0.7% de su ingreso nacional bruto.<sup>17</sup> Sobre este asunto prevalece un cierto escepticismo. Si bien entre los años 2000 y 2014, para la implementación de los ODM, la asistencia oficial para el desarrollo por parte de países desarrollados aumentó 66% en términos reales alcanzando 135 200 millones de dólares, sólo un limitado número de países desarrollados (Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Suecia y el Reino Unido) continuaron aportando 0,7% del ingreso nacional bruto inicialmente pactado.<sup>18</sup>

Una de las mayores fortalezas de los ODM fue su número limitado de objetivos y metas, que además de concretos, expresaban décadas de experiencia acumulada. Ello permitió priorizar políticas, intervenciones y un monitoreo basado en indicadores robustos enfocados en alcanzar los resultados previstos. Sin embargo, también se hicieron evidentes varias de sus debilidades. El enfoque tecnológico “top down” adoptado fue reduccionista y vertical, contribuyendo a una mayor segmentación y fragmentación de los servicios de salud, favoreciendo la disgregación de la propia agenda de salud. Debe destacarse que el proceso de consulta a la población sobre el contenido y el alcance de los ODM fue muy limitado, a lo que se sumó la decisión de que el monitoreo de resultados sea en base a cifras promedio de carácter nacional, dejando en la penumbra a niveles subnacionales y a grupos poblacionales en situaciones de vulnerabilidad. Ello resultó en una distribución inequitativa de beneficios. Varios de los problemas importantes que afectan a la salud no fueron incluidos, en especial, la rápida emergencia de las enfermedades crónicas. En lo general se reconoció que hubo una limitada vinculación entre metas específicas de salud y otras iniciativas para el desarrollo.<sup>1</sup>

Desde su inicio, se hizo evidente que algunas metas no fueron realistas. Por ejemplo, el Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, en la meta 7.C de reducir a la mitad, para el año

2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento, el acceso a fuentes mejoradas de agua, la meta a nivel mundial se alcanzó cinco años antes de lo programado. Ello se explica en gran medida por la definición y método de cálculo del indicador empleado, que a la letra dice: disponibilidad de 20 litros per cápita por día a una distancia no superior a 1 000 metros<sup>19</sup> y que a todas luces resultó poco ambicioso considerando las condiciones prevalentes en muchos países, en especial los de ALC.

## Discusión

### La salud ambiental en los ODS

212

EL propósito del ODS3 es el de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.<sup>20</sup> Una de sus nueve metas (3.9) se refiere a los desafíos ambientales, y que señala que “para el 2030, se reduzca sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo”. El consenso fue incluir en esta meta aquellos factores de riesgo ambiental asociados con un mayor impacto en la salud. En este contexto, se consideró relevante no abandonar la agenda inconclusa, sobre todo en el tema de acceso universal a agua segura y a un saneamiento básico. Se priorizó además, reducir los niveles de contaminación del aire y disminuir la exposición a sustancias químicas peligrosas. Si bien los desafíos asociados con el cambio climático quedaron incluidos en el ODS13 –acción por el clima– por su enorme trascendencia y sus implicaciones ambientales y en la salud tanto a nivel internacional como en México, este tema también es discutido en la presente sección.

a) Contaminación del aire ambiental y doméstico

El deterioro de la calidad del aire ambiental se asocia principalmente con el transporte ineficiente, sobre todo en zonas urbanas; la quema de residuos; las emisiones de centrales eléctricas de carbón y actividades industriales. Datos recientes de las OMS<sup>21</sup> señalan que aproximadamente 92% de la población mundial vive en lugares donde los niveles de calidad del aire exceden los límites de exposición internacionalmente recomendados. A nivel doméstico, cerca de 3 000 millones de personas cocinan y calientan sus hogares con fuegos abiertos y cocinas en los que queman biomasa (madera, excrementos de animales o residuos agrícolas) y carbón. Nuevas estimaciones de la OMS<sup>22</sup> concluyen que en 2012, cerca de 7 millones de personas murieron como consecuencia de la exposición a la contaminación atmosférica intra y extramuros, constituyéndose como el riesgo ambiental más importante a nivel global y cuyas muertes se asocian principalmente con enfermedades no transmisibles, especialmente cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer de pulmón, además de incremento de infecciones respiratorias agudas.<sup>12</sup> De acuerdo con el Environmental Performance Index (2016) publicado por la Universidad de Yale, USA; la probabilidad de morir por causas asociadas a la contaminación del aire es 5 veces mayor que por el consumo de agua insegura.<sup>23</sup>

213

En fechas recientes, el tema de los efectos negativos en la salud derivados de la exposición a contaminantes atmosféricos ha cobrado mayor relevancia. Además de los diferentes análisis realizados por la OMS,<sup>24</sup> otras agencias internacionales como PNUMA,<sup>25</sup> Banco Mundial,<sup>26</sup> OCDE,<sup>27</sup> UNICEF,<sup>28</sup> entre otros, han contribuido al debate y a la búsqueda de soluciones de corto, mediano y largo plazo.

Recientemente el IHME en 2015 realizó un nuevo análisis sistemático de todos los riesgos a la salud y encontró que la contaminación por partículas finas es un problema de salud pública

mayor, contribuyendo anualmente con 4.2 millones de muertes (95% intervalo de incertidumbre de 3.7 millones a 4.8 millones) y 103.1 millones (95% de intervalo de incertidumbre de 90.8 millones a 115.1 millones) ajustados por discapacidad-años de vida (AVAD), constituyéndose como el quinto factor de riesgo más importante de mortalidad prematura.<sup>29</sup>

La OMS estima que casi 90% de las defunciones vinculadas a la contaminación del aire se producen en países de ingresos bajos y medios, afectando a poblaciones vulnerables predominantemente localizadas en países del sureste de Asia y las regiones del Pacífico occidental.<sup>24</sup>

214 En México, datos del INEGI indican que en 2015, la contaminación atmosférica representó costos ambientales del orden de 3.2% del Producto Interno Bruto.<sup>30</sup> La infraestructura de monitoreo de la calidad del aire en México a fines del 2015, si bien incluía 34 sistemas de monitoreo, sólo 20 actualizaron la información sobre las mediciones de partículas suspendidas ( $PM_{10}$  y  $PM_{2.5}$ ) y Ozono distribuidos en 18 entidades federativas<sup>IV</sup> distribuidas en 75 ciudades y zonas metropolitanas a través de 187 estaciones de monitoreo.<sup>31</sup>

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM)<sup>32</sup> referentes a la calidad del aire comparadas con los valores de referencia por la OMS<sup>33</sup> se presentan en la tabla 1. Aun considerando el avance hecho en México en la materia, las brechas entre las NOM con relación a las recomendaciones de la OMS son evidentes.

<sup>IV</sup> Baja California, Chihuahua, Ciudad de México (y su zona conurbada), Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán.

Tabla 1. Comparación de Normas Oficiales Mexicanas (NOM) vigentes (septiembre 2017) y guías de calidad del aire de la OMS (2005) en PM<sub>10</sub>, PM<sub>2.5</sub>, SO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, y CO.

Contaminante	Tiempo	México <sup>(a)</sup>	OMS <sup>(f)</sup>
Pm <sub>10</sub> (a)	24 Horas	75 µg/m3	50 µg/m3
	Anual	40 µg/m3	20 µg/m3
Pm <sub>2.5</sub> (A)	24 Horas	45 µg/m3	25 µg/m3
	Anual	12 µg/m3	10 µg/m3
O <sub>3</sub> (b)	1 Hora	0.095 ppm	—
	8 Horas	0.070 ppm	0.05 ppm
So <sub>2</sub> (c)	8 Horas	0.200 ppm	0.008 ppm
	24 Horas	0.11 ppm	
	Anual	0.025	
No <sub>2</sub> (d)	1 Hora	0.21 ppm	0.106 ppm
	Anual		0.021 ppm
Co (e)	8 Horas	11 ppm	8.7 ppm

Fuente: <sup>(a)</sup> COFEPRIS <sup>(f)</sup> Guías de calidad del aire de la OMS.

Actualización Mundial 2005.

215

Datos del 2015 reportados por el INECC señalan que de las 64 ciudades con infraestructura para medir PM<sub>10</sub> y 44 para PM<sub>2.5</sub>, sólo 6 ciudades (Tlaxcoapan, Pachuca, Tizayuca, Zapotlán, Morelia y El Marqués) cumplieron con la NOM de PM<sub>10</sub>, y sólo Tepic cumplió con la NOM de PM<sub>2.5</sub>. En materia de O<sub>3</sub> sólo tres ciudades cumplieron con la NOM correspondiente (Chihuahua, Santiago de Querétaro y Mérida).<sup>31</sup>

En la tabla 2 se presentan el número de días con datos válidos y número y porcentaje de días con concentraciones que superan el límite normado de 1 hora de ozono y de 24 horas de PM<sub>10</sub> y PM<sub>2.5</sub> en las Zonas Metropolitanas del Valle de México, el de Toluca, el de Guadalajara y el de Monterrey.<sup>31</sup>



Tabla 2. Días con datos válidos y número y porcentaje de días con concentraciones que superan el límite normado de 1 hora de ozono y de 24 horas de PM<sub>10</sub> y PM<sub>2.5</sub> en las Zonas Metropolitanas del Valle de México, el de Toluca, el de Guadalajara y el de Monterrey. 2015

Zona metropolitana	Población	PM <sub>10</sub>		PM <sub>2.5</sub>		O <sub>3</sub>	
		Núm. días con datos válidos	Núm. y % días que exceden 75 µg/m <sup>3</sup>	Núm. días con datos válidos	Núm. y % días que exceden 45 µg/m <sup>3</sup>	Núm. días con datos válidos	Núm. y % días que exceden 0.095 ppm
Valle de México	21,339,781	365	132(36%)	365	43(12%)	365	212(58%)
Valle de Toluca	2,189,481	365	164(45%)	365	139(38%)	365	16 (4%)
Guadalajara	4,796,050	365	250(68%)	205	0 (0%)	365	46(13%)
Monterrey	4,776,614	365	239(65%)	355	51(14%)	365	54(15%)

Fuente: INECC. 2016

En cuanto a la confiabilidad y control de calidad de los datos, en 2016, el Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (INECC) realizó una serie de revisiones técnicas a los sistemas de monitoreo automático de Hidalgo, Morelos, Puebla, Tlaxcala y cinco estaciones de la Zona Metropolitana de Toluca. Los resultados indicaron varios problemas comunes, entre ellos: a) estaciones con problemas de ubicación lo que afecta la representatividad de la calidad del aire monitoreada, b) equipos con problemas de mantenimiento, c) inexistencia de programas de calibración o verificación, d) recursos humanos insuficientes, e) capacidades técnicas – operativas heterogéneas entre el personal de los distintos Sistemas de Monitoreo de la Calidad (SMCA) del Aire, y f) fallas en la difusión oportuna de los datos de calidad del aire en algunos SMCA.<sup>34</sup>

Los datos disponibles indican que una vasta población, sobre todo en zonas metropolitanas, está expuestas a niveles no aceptables de calidad del aire. En consecuencia se estima que en México cada año ocurren aproximadamente 13 mil muertes atribuibles a la contaminación atmosférica tan sólo por la exposición a partículas  $PM_{2.5}$ , además de impactar severamente la morbilidad de la población.<sup>35</sup>

De acuerdo con el Programa de Gestión Federal para Mejorar la Validad del Aire de la Megalópolis. Proaire 2017 – 2030<sup>34</sup> si las concentraciones de contaminantes se redujeran drásticamente en la Región Centro<sup>v</sup> utilizando como estimador los valores recomendados por la OMS en  $PM_{10}$ , y en base a los datos disponibles para el 2014, se podrían evitar alrededor de 12 mil muertes prematuras anuales. Ello se traduciría además en aproximadamente 20 mil millones de pesos en beneficios sociales y en la reducción de costos directos e indirectos a la población y al sector salud.

<sup>v</sup> Se refiere a la Megalópolis como concentración urbana que se encuentra en la región centro de México, que está conformada por la Ciudad de México, el Estado de México y los estados de Hidalgo, Puebla, Morelos, y Tlaxcala.

En México, la contaminación del aire doméstico también es un riesgo a la salud. Se estima que aproximadamente 28 millones de habitantes en el país (90% en el área rural) utilizan combustibles sólidos, sobre todo leña como su principal fuente de energía doméstica.<sup>36</sup>

218 La SEMARNAT a fines del 2016, lanzó la Estrategia Nacional de Calidad del Aire (ENCA). Visión 2017–2030.<sup>37</sup> Se trata de un instrumento de planeación que orienta las acciones de largo plazo para controlar, mitigar y prevenir la emisión y concentración de contaminantes en la atmósfera. Establece objetivos, estrategias y líneas de acción que mejorarán la calidad del aire en el territorio nacional con el objeto de proteger la salud de la población, la flora y fauna de los diferentes ecosistemas presentes en el país, y contribuir al desarrollo económico sustentable de México, a través de 21 estrategias y 69 líneas de acción en 5 Ejes Estratégicos: Eje 1. Gestión integral para mejorar la calidad del aire; Eje 2. Instituciones eficientes y orientadas a resultados; Eje 3. Empresas comprometidas con la calidad del aire; Eje 4. Política atmosférica con base científica, y Eje 5. Sociedad responsable y participativa. En principio los 5 ejes se articulan entre sí, integrando un proceso permanente de información que se espera dé la transparencia necesaria y permita evaluar resultados.

La ENCA, se alinea por un lado, con los principios de la política nacional de medio ambiente y de la gestión de la calidad del aire, expuestos en la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente (LGEEPA); con el Plan Nacional de Desarrollo 2013–2018, y con la Estrategia Nacional de Cambio Climático. Por el otro, atiende los compromisos asumidos por México en tratados internacionales, en particular con el documento “Transformar Nuestro Mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” directamente con seis de sus 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible: ODS3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. ODS7: Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos. ODS9: Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible

y fomentar la innovación. ODS11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. ODS12: Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles, y ODS13: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.

El cumplimiento de la meta 3.9 del ODS3 correspondiente a la contaminación del aire como un riesgo a la salud, será monitoreada a través del Indicador 3.9.1: “Tasa de mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica doméstica y ambiental” según la décima. Clasificación Internacional de Enfermedades.<sup>38,VI</sup> y se complementará con otros indicadores relacionados con el seguimiento de otros ODS, como por ejemplo el indicador 11.6.2 Promedio anual de partículas ( $PM_{2.5}$  y  $PM_{10}$ ) en ciudades (ajustado por población) vinculado con el ODS11.<sup>39</sup>

219

## b) Agua y saneamiento

El poder garantizar el acceso universal y sostenible a servicios de agua segura y a un saneamiento básico eficiente es parte de la agenda inconclusa. Sus daños a la salud aún son relevantes. El informe 2015 sobre el Programa Conjunto de Monitoreo, Progresos en materia de Saneamiento y Agua, referente a la evaluación de los ODM, indica que entre 1990 y 2015,<sup>40</sup> la población mundial que utiliza una fuente de agua mejorada pasó del 76 al 91%. De los 2 600 millones de personas que obtuvieron acceso a fuentes de agua potable mejorada, sólo 1 900 millones lo hicieron a través de agua entubada hasta su propio hogar. Se estima que una de cada tres personas de todo el mundo, el equivalente a 2.4 mil millones, no tienen acceso a instalaciones de saneamiento y 946 millones defecan al aire libre. Entre

<sup>VI</sup> IRA estimación en < 5 años; ACV estimación en adultos de 25> años; EIC estimación en adultos de 25> años; EPOC estimación en adultos de 25> años, y Cáncer pulmonar estimación en adultos de 25> años.

los rezagos asociados se destaca que la escasez de agua afecta a más del 40% de la población mundial y se prevé que la situación se agrave, considerando que más de 1 700 millones viven en cuencas donde el consumo es mayor a la recarga y que más del 80% de las aguas residuales se vierten en ríos o al mar sin tratamiento previo. A su vez cerca del 70% de las defunciones por desastres naturales se deben a inundaciones y desastres ocasionados por el agua.<sup>41,42</sup>

Datos de la OMS indican que al menos 1 800 millones de personas en el mundo sólo tienen acceso a fuentes de agua contaminadas causando más de 842 000 muertes/año. Se estima que cuando menos 1 000 niños fallecen por día.<sup>43</sup>

220 A nivel mundial, de acuerdo con cifras oficiales, 147 países han cumplido con la meta del acceso a una fuente de agua potable; 95 países han alcanzado la meta de saneamiento y sólo 77 países han cumplido ambas (México entre ellos).<sup>44</sup>

En México en 2015, según datos del Sistema Nacional de Información del Agua (SINA) de la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), en el país se registró una cobertura de agua del 97.8% en zonas urbanas y del 86.9% en poblaciones rurales. Sin embargo, el nivel de continuidad del servicio del agua en los hogares en zonas urbanas y rurales fue del 71% y 51% respectivamente.<sup>45</sup> En México el acceso a fuentes mejoradas de saneamiento, de acuerdo a cifras oficiales, la cobertura del 75% en zonas urbanas y 63% en zonas rurales, similar al resto de los países de ALC.<sup>46</sup>

El Relator Especial sobre los Derechos Humanos al Agua y al Saneamiento de las Naciones Unidas, en ocasión de su visita a México, en mayo del 2017,<sup>47</sup> entre otros tópicos, expresó su preocupación de que a pesar de que si bien en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4, se señala que el derecho de todos los ciudadanos al acceso al agua y al saneamiento en forma suficiente, segura, aceptable y asequible servicios de agua y saneamiento existen marcadas deficiencias. Le preocupó escuchar que diferentes autoridades le comunicaron “que los derechos de agua potable y sa-

neamiento no fueron entre las más altas prioridades del gobierno en el contexto de sus obligaciones de derechos humanos”. Señaló que en México, entre 2016 y 2017 el presupuesto federal para el sector agua y saneamiento se redujo en cerca del 37%. Manifestó además que el nivel de mantenimiento de las plantas de tratamiento es deficitario. Citó como ejemplo lo que observó en el estado de Chiapas, donde de las 194 plantas existentes sólo 12 estaban en funcionamiento, resultando en un grave problema de contaminación de fuentes de agua. También hizo notar que en México el consumo de agua embotellada (480 litros/hab/año) es la más elevada a nivel mundial y ello reitera la desconfianza de la población mexicana sobre la calidad de agua suministrada. El informe final del Relator Especial sobre los Derechos Humanos al Agua y Saneamiento será presentado al Consejo de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos durante su 36ª sesión en septiembre del 2017.

221

Es importante señalar que a nivel federal, en la Cámara de Diputados de México, la LXIII Legislatura está debatiendo la promulgación de una nueva Ley General de Aguas.<sup>48</sup> Se espera que esta nueva legislación atienda entre otros asuntos, las principales recomendaciones hechas por el Relator Especial sobre los Derechos Humanos al Agua y al Saneamiento de las Naciones Unidas.

En México, a pesar de algunos avances, en algunas zonas del país los problemas de escasez y contaminación del agua tienden a complicarse. Por ejemplo, el agotamiento de mantos freáticos sobre todo en el norte del país, que favorece la contaminación por arsénico y en las zonas petroleras, por hidrocarburos.<sup>36</sup>

Para el monitoreo a nivel global de la meta incluida en el ODS3, se aplicará el indicador 3.9.2 “tasa de mortalidad atribuible a la exposición a agua y al saneamiento básico inseguros y a la falta de higiene”.<sup>6</sup> Para su cálculo se utilizará la 10ma. Clasificación Internacional de Enfermedades.<sup>VII,38</sup>

<sup>VII</sup> **Enfermedades infecciosas intestinales:** A00 Cólera; A01 Fiebres tifoidea y

Es importante señalar que el tema de agua y saneamiento también es abordado en el ODS6 referente a “garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos”. El ODS6 incluye las siguientes dos metas que tienen una relación directa con la salud. La meta 6.1 que determina que “de aquí al 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos” y cuyo indicador propuesto para su monitoreo es “población que dispone de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura”. La meta 6.2, menciona que “Para el 2030, se debe lograr el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos, y de esta forma poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situación de vulnerabilidad”. El indicador para el seguimiento de la meta es el 6.2.1: “el porcentaje de población que utiliza servicios sanitarios gestionados de manera segura, incluida una estación de lavado de manos con agua y jabón”.<sup>39</sup>

Las adecuaciones metodológicas y de métrica relacionadas con estos indicadores han sido objeto de análisis sistemáticos y profundos, a fin de evitar las generalizaciones hechas y deficiencias registradas en ocasión de la medición de resultados incluidos en el ODM7. Las nuevas metas e indicadores responderán a una lógica de servicios escalonados basados en los criterios que califican al agua como un derecho humano y cuyo progreso será acompañando por

---

paratifoidea; A02 Otras infecciones debidas a Salmonella; A03 Shigelosis; A04 Otras infecciones intestinales bacterianas; A05 Otras intoxicaciones alimentarias bacterianas; A06 Amebiasis; A07 Otras enfermedades intestinales debidas a protozoarios; A08 Infecciones intestinales debidas a virus y otros organismos especificados; A09 Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Helmintiasis: B76 Anquilostomiasis y necatoriasis B77 Ascariasis B79 Tricuriasis. **Desnutrición:** E40 Kwashiorkor; E41 Marasmo nutricional; E42 Kwashiorkor marasmatico; E43 Desnutrición proteicocalorica severa, no especificada; E44 Desnutrición proteicocalorica de grado moderado y leve; E45 Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteicocalorica; E46 Desnutrición proteicocalorica, no especificada

diversas agencias del sistema de las Naciones Unidas, en especial la OMS, UNICEF, UNEP, FAO y UN-Habitat, así como por otras agencias internacionales como la OECD.<sup>49</sup>

c) Exposición a sustancias químicas peligrosas

Según la OMS<sup>50</sup>, en 2012 cerca de 1.3 millones de vidas y 43 millones de AVAD se perdieron debido a la exposición a productos químicos. Sin embargo, estos datos reflejan en forma muy incompleta la verdadera magnitud del problema.

La OMS estima que las intoxicaciones no intencionales causan 193 000 muertes anualmente. La mayor parte de ellas prevenibles. Sólo 47% de los países tienen centros de toxicología establecidos.<sup>51</sup> Como ejemplo, si se lograra abordar en forma eficiente la exposición al plomo se reduciría 9.8% la pérdida de capacidad intelectual en menores de 5 años, 4% de enfermedad cardíaca isquémica y 4,6% de accidente cerebrovascular en las poblaciones expuestas. Aun así, muchos países carecen o sus normas no han sido actualizadas.<sup>52</sup>

223

Alineado con el “Enfoque estratégico para la gestión de productos químicos a nivel internacional” (SAICM)<sup>53</sup>, el INECC en México definió los elementos para la creación del Registro Nacional de Sustancias Químicas, con el objetivo primario de que los productos químicos se utilicen y produzcan de manera que se logre la minimización de sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente. En este sentido, contar con información suficiente de las sustancias químicas presentes en el comercio nacional es el primer paso para lograr una gestión integral de dichos materiales.<sup>54</sup>

La gestión de las sustancias químicas es una de las actividades que en la actualidad recibe especial atención por parte de los gobiernos y organismos internacionales. La ciencia ha logrado identificar alrededor de 90 millones de moléculas.<sup>55</sup> De igual forma el Servicio de Resúmenes Químicos (CAS, por sus siglas en inglés)



estima en poco más de 312 000 sustancias químicas las inventariadas o reguladas globalmente.<sup>56</sup>

A pesar de su utilidad, las sustancias químicas no están exentas de peligros inherentes a su naturaleza y propiedades. Ya sea ocasionando intoxicaciones agudas o por sus efectos crónicos asociados a exposiciones ambientales y ocupacionales prolongadas y por su persistencia en el ambiente y posibilidad de integrarse por bioacumulación y biomagnificación a la cadena trófica.

224

México es signatario de numerosos e importantes tratados y convenios internacionales en la materia.<sup>57</sup> Aunque de gran relevancia, los convenios internacionales actúan sobre un grupo reducido de sustancias químicas, cuya acción global para su control es necesaria. No obstante, existe un universo de sustancias químicas cuyo control de riesgos al ambiente y a la salud depende de decisiones locales. A pesar de los avances regulatorios y normativos a nivel internacional y en las legislaciones de varios países, México requiere fortalecer sus competencias científicas y técnicas a niveles similares a la de algunos de sus socios comerciales en materia de sustancias químicas. Aunque a nivel nacional existen regulaciones aplicables a las sustancias químicas de contacto primario, (i.e. cosméticos; a las sustancias diseñadas a ser esparcidas en el medio ambiente, plaguicidas; y las de seguridad nacional, explosivos) la gestión de las sustancias químicas industriales requiere de continua armonización con los avances científicos y de la reglamentación internacional. El control de los posibles riesgos derivados de las sustancias químicas no es atribución exclusiva de alguna Secretaría en particular. Ello demanda el compromiso y acción conjunta entre varias dependencias del Estado, de entidades académicas y del sector productivo.<sup>57</sup> En el sector salud, este tema está a cargo de la COFEPRIS.<sup>58</sup>

En México, diversos autores han abordado temas relacionados con la exposición crónica a compuestos orgánicos persistentes, metales pesados (plomo, manganeso), arsénico y algunos plaguicidas.<sup>36</sup>

Debe señalarse que la explotación de hidrocarburos –entre otros– ha sido motivo de preocupación tanto por sus efectos en el ambiente como por sus riesgos a la salud. De acuerdo con estadísticas de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA), cada año ocurren en el país alrededor de 600 emergencias ambientales asociadas con materiales y residuos peligrosos, principalmente petróleo y sus derivados (gasolinas, combustóleo, diésel), agroquímicos, gas LP y natural, entre otros. Muchas de estas emergencias fueron generadas por tomas clandestinas en los ductos de PEMEX.<sup>36</sup>

En México, dada la vastedad y complejidad del tema, no se dispone de un mapa de riesgos actualizado sobre la exposición humana a las sustancias químicas y la carga de enfermedad asociada, lo que limita la construcción de posibles escenarios y cursos de acción a escala nacional y regional.

225

El cumplimiento de la meta correspondiente a este tema incluida en el ODS3 será monitoreada a través del indicador 3.9.3: “Tasa de mortalidad atribuible a envenenamientos no intencionales” según la 10CIE.<sup>VIII,38</sup> La exposición a sustancias químicas peligrosas también se aborda en otros ODS, en especial en el ODS6 referente al agua y saneamiento, en particular en la meta 6.3. “De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales

<sup>VIII</sup> X40 Envenenamiento accidental por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos; X43 Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo; X44 Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados; X46 Envenenamiento accidental por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores; X47 Envenenamiento accidental por, y exposición a otros gases y vapores; X48 Envenenamiento accidental por, y exposición a plaguicidas; X49 Envenenamiento accidental por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados.

sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial”.<sup>7</sup>

Además, otros asuntos prioritarios asociados con la exposición a sustancias químicas también se reflejan en la meta 6.3 en agua y saneamiento y en meta 12. 4 en producción y consumo sostenibles.<sup>7</sup>

#### d) Cambio climático

Las evidencias sobre las variaciones climáticas asociadas a causas antropogénicas y sus efectos sobre la salud humana se incrementan en forma acelerada. Por su trascendencia si bien este tema es tratado en forma concentrada en el ODS13 “Acción por el clima”, es evidente que sus causas y efectos están íntimamente relacionados con prácticamente todos los ODS.

226

De acuerdo con el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, (IPCC, por sus siglas en inglés), afirman con un nivel de confianza muy alto,<sup>59</sup> que los impactos de los recientes fenómenos extremos conexos al clima, como olas de calor, sequías, inundaciones, ciclones e incendios forestales, ponen de relieve una importante vulnerabilidad y exposición de algunos ecosistemas y muchos sistemas humanos a la actual variabilidad climática. Entre los impactos negativos de esos fenómenos extremos conexos al clima figuran la alteración de ecosistemas, la desorganización de la producción de alimentos y el suministro de agua; daños a la infraestructura y los asentamientos, además de una mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades transmitidas por vectores. Entre los efectos positivos, se prevé que en algunas regiones del planeta se produzcan pequeñas reducciones en la morbimortalidad asociada con el frío. Sin embargo, a nivel global las proyecciones indican que la magnitud y severidad de los impactos negativos primarán cada vez más sobre los impactos positivos.

De acuerdo con los escenarios disponibles<sup>59</sup> se estima que hasta mediados del presente siglo, el principal impacto del cambio climá-

tico sobre la salud humana será por la agravación de los problemas de salud ya existentes, sobre todo en los países de bajos ingresos. Para la construcción de estos escenarios se han considerado tres variables interrelacionadas: 1) aquellas de naturaleza climática que puedan afectar directa o indirectamente a la salud; 2) aquellas relacionadas con la etiología de las enfermedades objeto de análisis, y 3) aquellas asociadas con la vulnerabilidad de los diferentes grupos poblacionales potencialmente afectados.

Se sugiere que a corto plazo las medidas de adaptación más eficaces se basan en mejorar los programas de alivio a la pobreza y de salud pública básica, como el suministro de agua limpia y saneamiento, asegurar una asistencia sanitaria esencial que comprenda servicios de vacunación y atención materno- infantil, así como una mayor capacidad de preparación y de respuesta frente a los desastres por alteraciones climáticas.

227

Según la OMS<sup>60</sup> se prevé que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250 000 defunciones adicionales cada año, incluidas aquellas enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades diarreicas y desnutrición por la perturbación en la producción de alimentos, así como una mayor carga de enfermedad y muerte por fenómenos meteorológicos extremos. Se anticipa además, que los países y las zonas con infraestructuras sanitarias más deficitarias serán los más afectados.

La OMS<sup>60</sup> estima que entre el 2000 y 2030, los costos financieros para la atención de los daños directos a la salud (excluyendo los costos en los sectores determinantes para la salud, como la agricultura y el agua y el saneamiento) se sitúan entre 2 000 y 4 000 millones de dólares anuales.

De acuerdo con el Banco Mundial,<sup>61</sup> México es uno de los países más vulnerables ante el fenómeno climático; 15% de su territorio, 68% de su población y 71% de su economía están expuestos a las consecuencias adversas relacionadas con el clima. El fenómeno

medioambiental podría costar 6.2% del PIB al país si no se realizan las mejoras necesarias.

México fue uno de los primeros países en presentar su estrategia de largo plazo para reducir en 50% su emisión de Gases de Efecto Invernadero (GEI) para el año 2050, tomando como base su medición del año 2000. En términos de mitigación estableció como sus metas prioritarias la disminución en 22% de sus emisiones de GEI y en 51% de carbono negro para 2030. En cuanto a la adaptación al cambio climático, la meta es reducir la vulnerabilidad en 160 municipios; fortalecer las capacidades de las comunidades locales; incrementar las acciones de protección y restauración de ecosistemas; lograr la tasa cero en deforestación, además de generar e implementar sistemas de prevención y alerta temprana ante eventos hidrometeorológicos extremos.<sup>62</sup>

228

En México, en materia de salud, estudios preliminares señalan que existe una relación consistente y significativa entre la temperatura y la mortalidad por golpe de calor. Los modelos permiten estimar que por cada grado centígrado de incremento por encima de los registros habituales de temperatura en los estados de Sonora y Baja California, la mortalidad aumenta 1.22% y 1.35% respectivamente. A su vez, el número de casos de dengue, se estima que en los estados de Colima y Guerrero, por cada grado centígrado de incremento, aumenta 1.86% y 1.4% el número de casos. Los datos sobre defunciones por enfermedad diarreica aguda también se agravan con la temperatura. Por cada grado centígrado de incremento, se estima que en los estados de Chiapas y Guerrero, la mortalidad se eleve 1.19% y 1.21% respectivamente.<sup>63</sup>

Considerando las características de los procesos de transición demográfica y epidemiológica en México, es de esperar que con el envejecimiento de la población, aumente el número de personas vulnerables a golpes de calor. También es importante señalar que si bien la población menor de 5 años tiende a disminuir, ésta continua

siendo numéricamente relevante, así como es su susceptibilidad a enfermedades diarreicas agudas.

Si bien la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático aprobada en París, Francia 2015 durante la 21 Conferencia de las Partes (COP21) fue ampliamente bienvenida, su implementación no está exenta de dificultades. La nueva administración de los Estados Unidos (el segundo país productor de gases invernadero del planeta) favorece el movimiento que niega las causas antropogénicas del cambio climático. El 1 de junio del 2017, el Gobierno de los EUA, anunció que se retira de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. De esta manera, Estados Unidos se suma a Siria como los únicos países a nivel mundial que no respaldan este importante tratado ambiental.<sup>64</sup> A pesar de ello, se espera que varios de los estados de la Unión Americana sigan adelante con sus planes de reducir el uso de combustibles fósiles, estimulados tanto por las ventajas ambientales previstas, como por el auge económico derivado de la puesta en práctica de nuevas tecnologías verdes.<sup>65</sup>

229

### La salud ambiental en México

Los primeros antecedentes de la política ambiental en México fueron en los años cuarenta, con la promulgación de la Ley de Conservación del Suelo y el Agua. Al inicio de los años setenta se decretó la Ley para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental. En 1972, a nivel federal se crea la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente como una dependencia de la Secretaría de Salud, cuyo enfoque fue eminentemente sanitarista. A partir de 1982, la política ambiental mexicana comenzó a adquirir una dimensión más integral y se reformó la Constitución para crear nuevas instituciones y bases jurídicas. En ese año se crea la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (SEDUE). Una década después, la SEDUE se transforma en la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y se crea el Instituto

Nacional de Ecología (INE)<sup>IX</sup> y la Procuraduría Federal de Protección Ambiental (PROFEPA). En 1994, SEDESOL se convierte en la Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (SEMARNAP) y en el 2000, a partir de una visión más alineada con los conceptos de un desarrollo sostenible, la SEMARNAP se transforma en la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) que continúa vigente hasta nuestros días.<sup>1</sup>

230 En 2001, en el sector salud se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)<sup>1</sup> como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, responsable del ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitario, que incluyen una amplia gama de riesgos diferenciados y de gran complejidad, incluyendo los referentes a la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional y el saneamiento básico.

En forma paralela a los procesos de reestructuración de políticas y de las competencias jurídicas de diversas instituciones nacionales, la salud ambiental como disciplina académica también evolucionó. Si bien su crecimiento ha sido modesto, se han hecho algunos avances en la conformación y consolidación de algunos grupos de investigación y docencia, que en diversas oportunidades han contribuido a la revisión y actualización de políticas, programas y normas a nivel nacional y local.<sup>36</sup>

La transición epidemiológica en México ha sido desigual. A nivel subnacional persisten diferencias significativas en sus panoramas epidemiológicos asociados a las condiciones de vulnerabilidad social y ambiental prevalentes. Este proceso de transición ha sido el resultado de la intensidad y calidad de múltiples intervenciones que han incidido sobre algunos de los factores de riesgo, entre ellos, los ambientales. Durante la etapa pre-transicional el

<sup>XI</sup> Ahora Instituto Nacional de Ecología y Cambio Climático (INECC)

principal énfasis se centró en la mejoría del saneamiento básico directamente asociado con las enfermedades transmitidas por el agua y por vectores principalmente. Durante la fase transicional, la atención se concentró en la reducción de la exposición a contaminantes atmosféricos en ciudades; a químicos (plaguicidas y otros compuestos orgánicos persistentes) y metales. En etapas más recientes, a los problemas ya mencionados, se han agregado los derivados de los cambios ambientales a escala global.<sup>36</sup>

En México, como en otros países, las relaciones entre el hombre y el medio ambiente se han vuelto cada vez más complejas. Las políticas relacionadas con la salud ambiental no están circunscritas a los sectores de salud y ambiente únicamente. Están dispersas en muchos más, incluyendo los de agricultura, energía, transporte, vivienda, entre otros. En lo general, la conciliación de los contenidos y alcances de estas políticas sectoriales es limitada y poco eficiente en función a las necesidades nacionales. A su vez, en lo referente a la salud ambiental, cuyos retos son extensos, crecientes y acumulables, los diferentes programas e intervenciones, además de incompletos son fragmentados y tienden a ser más reactivos que proactivos, persistiendo deficiencias de coordinación entre los gobiernos federal, estatal y municipal. También es importante hacer notar que la interacción entre las instancias públicas con los diversos sectores y grupos de la sociedad civil, académicos y productivos, es más coyuntural que estratégica y con una visión de corto a mediano plazo. Una posible y prometedor excepción es una mejor articulación de discursos e intereses en torno a promover acciones de mitigación y adaptación en torno a los efectos asociados con el cambio climático.<sup>1,36</sup> Entre otras, se destacan las iniciativas promovidas por la Ciudad de México.<sup>66</sup>

231

En México, la responsabilidad de dar seguimiento y coordinar la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible recae en la Presidencia de la República con el apoyo del Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos



de Desarrollo del Milenio, responsable de coordinar los trabajos de carácter conceptual, metodológico, técnico y operativo.<sup>67</sup>

A su vez, el Senado de México creó en septiembre del 2016, el Grupo de Trabajo para el Seguimiento Legislativo de los ODS con el propósito de acompañar al Gobierno Mexicano en la implementación de la Agenda 2030, sobre todo en lo tocante a la transversalidad de las políticas públicas y sus implicaciones en asuntos presupuestales. En esta Comisión han destacado como relevantes las cuestiones relativas al medio ambiente y al cambio climático.<sup>68</sup>

### Lecciones aprendidas y retos:

232

- Si bien la globalización ofrece grandes oportunidades, sus beneficios se han distribuido de manera muy desigual. Esta falta de equidad ha estimulado el crecimiento de movimientos de rechazo derivados de la creciente concentración de la riqueza y a la emergencia de ideologías nacionalistas y proteccionistas que cuestionan la multilateralidad y las ventajas de una mayor integración e interdependencia global.
- Los recientes avances conceptuales, en metodologías y métricas, han permitido estimar que a nivel global alrededor del 24% de los AVAD y 23% de las muertes prematuras a nivel mundial son atribuibles a la exposición a riesgos ambientales evitables. Estas estimaciones varían entre regiones y países. Para México, las más recientes fueron del orden del 14%.
- El deterioro ambiental continúa. Ante un planeta cada vez más enfermo, la premisa de alcanzar niveles de salud aceptables para todos se convierte en un reto crecientemente distante.
- La salud ambiental es un bien público que trasciende fronteras. Para seguir avanzando hacia un desarrollo sostenible, en un mundo cada vez más interdependiente, todo apunta a la urgente e impostergable necesidad de redefinir la arquitectura y funcio-

namiento de la gobernanza de la salud ambiental a todos sus niveles, incluyendo el global, el nacional y el local.

- México enfrenta crecientes complejidades políticas, económicas, sociales y ambientales. Ante esta realidad, convendría analizar si la consolidación de la vigilancia y protección de todos los posibles riesgos sanitarios en una sola institución (COFEPRIS) es lo más conveniente. Como parte del proceso evolutivo de los propios riesgos, en lo referente a la salud ambiental, tal vez llegó el momento de replantear las competencias y alcances de cada una de las dependencias del país y evaluar si éstas tienen la capacidad para responder con eficacia y eficiencia frente a los desafíos actuales y futuros.
- En varios de los países, sobre todo los emergentes –México incluido– los programas y acciones relacionados con la prevención y control de riesgos ambientales a la salud, se han caracterizado por ser de alcance limitado, fragmentados, reactivos e incompletos. Más remediales que preventivos. Los vínculos entre la salud ambiental y la agenda dominante de salud son débiles y periféricos. A menos de que logre superar estas limitaciones, el cumplimiento en México de los ODS en la materia podrá verse comprometido.
- México tiene la oportunidad de reducir la carga de enfermedad atribuible a causas ambientales. Sobre todo, cerrar brechas poblacionales y territoriales, promoviendo a la salud ambiental como un componente de las iniciativas que garanticen la cobertura y el acceso universal a la salud.
- México tiene pendiente el desafío de definir en forma participativa y transparente, las metas e indicadores nacionales y subnacionales que complementen de manera realista a los ya establecidos a nivel global.
- La rendición de cuentas a la población representa una deuda pendiente. Un correcto y oportuno monitoreo de los indicadores para la medición de los ODS permitirá verificar si los discursos prometedores se están convirtiendo en acciones y resultados concretos.

## Notas

- 1 Finkelman J., Galvao L., Henao S., “Environmental Health Governance in Latin America and the Caribbean”. Chapter in book: Galvao L., Finkelman J., Henao S., *Environmental and Social Health Determinants of Health*. PAHO/WHO. ISBN 978-92-75-33129-3. Washington 2016. Available at: <http://paltex.paho.org/Publication/Index?publicationId=046c7d66-77c8-42c6-bc59ff6247a04f>
- 2 Naciones Unidas. Asamblea General 55/2. Declaración del Milenio A/54/L.81/Rev.1. Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. 13 de septiembre de 2000. Disponible en: <http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/Declaraci%C3%B3n%20del%20Milenio.pdf>
- 3 Naciones Unidas. Asamblea General. Sexagésimo noveno período de sesiones Temas 13 a) y 115. El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta. Informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015. 4 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/files/2015/01/SynthesisReportSPA.pdf>
- 4 Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015 70/1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- 5 SDG Indicators Revised list of global Sustainable Development Goal indicators. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>
- 6 Naciones Unidas. La agenda de desarrollo sostenible. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/la-agenda-de-desarrollo-sostenible/>
- 7 United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Statistics Division. SDG Indicators Metadata repository. Available at: <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/>

- 8 OXFAM. Una economía al servicio del 1%. Acabar con los privilegios y la concentración de poder para frenar la desigualdad extrema. Informe de OXFAM. 18 de enero de 2016. Disponible en: [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file\\_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-es\\_0.pdf](https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-es_0.pdf)
- 9 Foreign Affairs. Snapshot November 15, 2016. Global Trumpism. Available at: <https://www.foreignaffairs.com/articles/2016-11-15/global-trumpism>
- 10 OMS. La Conferencia Río + 20 declara que la salud es fundamental para el desarrollo sostenible. 22 de junio de 2012. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2012/rio20\\_20120622/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2012/rio20_20120622/es/)
- 11 Ordoñez G., Salud ambiental: conceptos y actividades. Rev. Panam. Salud Publica vol.7 n.3 Washington Mar. 2000. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000300001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000300001)
- 12 WHO. Preventing disease through healthy environments. A global assessment of the burden of disease from environmental risks. ISBN 978 92 4 156519 6. 2016. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204585/1/9789241565196_eng.pdf?ua=1)
- 13 OMS. La exposición a riesgos ambientales provoca casi una cuarta parte de las enfermedades. Junio 2006. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/es/>
- 14 WHO. Global Health Observatory data repository. Deaths attributable to the environment Data by country. Last updated: 2016-03-09. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.162?lang=en>
- 15 Lim S., *et al.* "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *The Lancet*, volume 380, No. 9859, p2224-2260, 15 December 2012. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(12\)61766-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(12)61766-8.pdf)

- 16 GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. Volume 388, No. 10053, p1813–1850, 8 October 2016. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31467-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31467-2/fulltext)
- 17 CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2016. Disponible en: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- 18 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Disponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- 236 19 Naciones Unidas. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. ST/ESA/STAT/SER.F/95. Nueva York, 2006. Disponible en: [http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf\\_95s.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/Seriesf_95s.pdf)
- 20 Revised list of global Sustainable Development. Goal indicators. Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (E/CN.3/2017/2). Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Official%20Revised%20List%20of%20global%20SDG%20indicators.pdf>
- 21 OMS. Calidad del aire ambiente (exterior) y salud. Nota descriptiva. Actualización de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/>
- 22 OMS. Contaminación del aire de interiores y salud. Nota descriptiva N°292. Febrero de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
- 23 Environmental Performance Index. 2016 Report. Health Impacts. Disponible en: <http://epi.yale.edu/chapter/health-impacts>
- 24 OMS. Contaminación atmosférica: campaña en favor de un aire limpio y un futuro saludable. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/phe/breathe-life/es/>

- 25 PNUMA. ONU Medio Ambiente lanza comunidad virtual para potenciar una movilidad más saludable y menos contaminante. Disponible en: <http://www.unep.org/newscentre/es/onu-medio-ambiente-lanza-comunidad-virtual-para-potenciar-una-movilidad-m%C3%A1s-saludable-y-menos>
- 26 World Bank. Methodology for valuing the health impacts of air pollution : discussion of challenges and proposed solutions. 2016. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/832141466999681767/Methodology-for-valuing-the-health-impacts-of-air-pollution-discussion-of-challenges-and-proposed-solutions>
- 27 OCDE. The Economic Consequences of Outdoor Air Pollution. June 09, 2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/environment/the-economic-consequences-of-outdoor-air-pollution-9789264257474-en.htm>
- 28 UNICEF. Clear Air for Children. October 2016. Disponible en: [https://www.unicef.org/publications/index\\_92957.html](https://www.unicef.org/publications/index_92957.html)
- 29 Cohen A., et al. Estimates and 25-year trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Diseases Study 2015. The Lancet. Volume 389, No. 10082, p1907–1918, 13 May 2017. Disponible en: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30505-6/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30505-6/fulltext)
- 30 INEGI. Cuentas económicas y ecológicas de México. 2015. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016\\_11\\_10.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_11_10.pdf)
- 31 INECC. 2016. Informe Nacional de Calidad del Aire 2015. Disponible en: <http://sinaica.inecc.gob.mx/archivo/informes/Informe2015.pdf>
- 32 COFEPRIS (a) NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-2014, Salud ambiental. Valores límite permisibles para la concentración de partículas suspendidas PM10 y PM2.5 en el aire ambiente y

criterios para su evaluación <http://200.33.112.174/archivo/noms/NOM-025-SSA1-2014%20PMs.pdf>

(b) NORMA Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-2014, Salud ambiental. Valor límite permisible para la concentración de ozono (O3) en el aire ambiente y criterios para su evaluación. <http://200.33.112.174/archivo/noms/NOM-020-SSA1-2014%20O3.pdf>

(c) NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-2010, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO2). Valor normado para la concentración de dióxido de azufre (SO2) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población. <http://200.33.112.174/archivo/noms/NOM%20022%20SSA%202010%20SO2.pdf>

238

(d) 12-23-94 NORMA Oficial Mexicana NOM-023-SSA1-1993, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente con respecto al bióxido de nitrógeno (NO2). Valor normado para la concentración de bióxido de nitrógeno (NO2) en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población. <http://200.33.112.174/archivo/noms/NOM%20023%20SSA%201993%20NO2.pdf>

(e) 12-23-94 NORMA Oficial Mexicana NOM-021-SSA1-1993, Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente con respecto al monóxido de carbono (CO). Valor permisible para la concentración de monóxido de carbono (CO) en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población. <http://200.33.112.174/archivo/noms/NOM%20021%20SSA%201993%20CO.pdf>

33 OMS. Guías de calidad del aire – actualización mundial 2005. Disponible en: [http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/outdoorair\\_aqg/es/](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/outdoorair_aqg/es/)

34 SEMARNAT/INECC/CAME. Programa de gestión federal para mejorar la calidad del aire de la Megalópolis. Proaire 2017-2030. Disponible en: <https://www.gob.mx/comisionambiental/docu->

- mentos/acciones-estrategicas-para-mejorar-la-calidad-del-  
aire-de-la-megalopolis-aecam-2017-2030?idiom=es
- 35 Riojas H. Contaminación atmosférica y salud en la Zona Me-  
tropolitana del Valle de México. 27 de abril de 2016. Disponible  
en: [http://www.senado.gob.mx/comisiones/distrito\\_federal/reu/  
docs/presentacion\\_HRR\\_270416.pdf](http://www.senado.gob.mx/comisiones/distrito_federal/reu/docs/presentacion_HRR_270416.pdf)
- 36 Riojas-Rodríguez, H., Schilmann A., López-Carrillo L., Finkelman  
J. La salud ambiental en México: situación actual y perspectivas fu-  
turas. *Salud Pública Méx* 2013; Vol. 55(6):638-649. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/html/106/10628941011/index.html>
- 37 SEMARNAT. Estrategia Nacional de Calidad del Aire (ENCA).  
Visión 2017 - 2030. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/  
uploads/attachment/file/195809/Estrategia\\_Nacional\\_Calidad\\_  
del\\_Aire.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/195809/Estrategia_Nacional_Calidad_del_Aire.pdf)
- 38 OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).  
Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_  
tabs&view=article&id=3555&Itemid=3877&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=3555&Itemid=3877&lang=es)
- 39 SDG Indicators. Metadata repository. Disponible en: [https://un-  
stats.un.org/sdgs/metadata/](https://unstats.un.org/sdgs/metadata/)
- 40 OMS. Agua, saneamiento y salud (ASS). Informe 2015 del PCM  
sobre el acceso a agua potable y saneamiento: datos esenciales.  
Disponible en: [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/mo-  
nitoring/jmp-2015-key-facts/es/](http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp-2015-key-facts/es/)
- 41 OMS. Agua. Nota descriptiva. Datos y cifras. Julio de 2017. Dis-  
ponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/es/>
- 42 UN. Goal 6: Ensure access to water and sanitation for all. Dis-  
ponible en: [http://www.un.org/sustainabledevelopment/water-  
and-sanitation/](http://www.un.org/sustainabledevelopment/water-and-sanitation/)
- 43 OMS. Agua. Nota descriptiva .Julio de 2017. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs391/es/>
- 44 ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Dis-  
ponible en: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/  
mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)



- 45 OPS/OMS. ETRAS. Objetivos de Desarrollo Sostenibles. Estimación de los indicadores 6.1.1., 6.2.1. y 6.3.1. México. Julio 2017.
- 46 CEPAL. América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38923-america-latina-caribe-mirada-al-futuro-objetivos-desarrollo-milenio-informe>
- 47 United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner. End of Mission Statement by the Special Rapporteur on the human rights to water and sanitation Mr. Léo Heller. Mexico City, 12 May 2017. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21608&LangID=E>
- 240 48 Cámara de Diputados. H. Congreso de la Unión. LXIII. Legislatura. Propuesta de Ley General de Aguas Nacionales es inconstitucional; no atiende derecho humano de acceso al líquido vital. Boletín N°. 5443. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2015/Abril/14/5443-Propuesta-de-Ley-General-de-Aguas-Nacionales-es-inconstitucional-no-atende-derecho-humano-de-acceso-al-liquido-vital>
- 49 WASH Services in the Sustainable Development Goals. Working Document Version – October 2016. Disponible en: [http://www.pseau.org/outils/ouvrages/ps\\_eau\\_wash\\_services\\_sdgs\\_2016\\_october2.pdf](http://www.pseau.org/outils/ouvrages/ps_eau_wash_services_sdgs_2016_october2.pdf)
- 50 WHO. Public health impact of chemicals: knowns and unknowns. 2016. Available at: <http://www.who.int/ipcs/publications/chemicals-public-health-impact/en/>
- 51 WHO. Poison centres. World directory of poison centers (as of June 2016). Disponible en: [http://www.who.int/gho/phe/chemical\\_safety/poisons\\_centres/en/](http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/poisons_centres/en/)
- 52 WHO. Mortality from unintentional poisoning. Worldwide in 2012, an estimated 193 000 deaths were caused by unintentional poisonings. Disponible en: [http://www.who.int/gho/phe/chemical\\_safety/poisons\\_centres/en/index1.html#](http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/poisons_centres/en/index1.html#)

- 53 OMS. Programa Internacional de Seguridad de las Sustancias Químicas. Enfoque Estratégico para la Gestión de Productos Químicos a Nivel Internacional. Disponible en: <http://www.who.int/ipcs/saicm/saicm/es/>
- 54 SEMARNAT/INECC. Elementos para la creación del Registro Nacional de Sustancias Químicas. Primer Informe Técnico. 2014. Disponible en: [http://www.inecc.gob.mx/descargas/calaire/2014\\_elem\\_reg\\_nal\\_susquim.pdf](http://www.inecc.gob.mx/descargas/calaire/2014_elem_reg_nal_susquim.pdf)
- 55 Chemical Abstracts Service. (2014). CAS. Recuperado el 1 de 11 de 2014, de CAS: <http://www.cas.org/>
- 56 Servicio de Resúmenes Químicos. Disponible en: <https://www.cas.org/>
- 57 Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2013–2018. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5326214&fecha=12/12/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326214&fecha=12/12/2013)
- 58 COFEPRIS. Principales Factores de Riesgo para la Salud Humana. Disponible en: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/salud-ambiental>
- 59 Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC). Quinto Informe de Evaluación. Cambio climático 2014. Impactos, adaptación y vulnerabilidad. Resumen para responsables de políticas. Disponible en: [http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/ar5\\_wgII\\_spm\\_es.pdf](http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg2/ar5_wgII_spm_es.pdf)
- 60 OMS. La OMS insta a los países a proteger la salud contra el cambio climático. Declaración de la OMS 17 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/climate-change/es/>
- 61 Banco Mundial. El impacto del cambio climático en México. Disponible en: <http://expansion.mx/estilo/2016/03/24/cambio-climatico-los-retos-y-las-oportunidades-para-mexico>
- 62 INECC. México ante el Cambio Climático. Disponible en: <https://www.gob.mx/inecc/acciones-y-programas/mexico-ante-el-cambio-climatico>

- 63 Riojas H., et al. Estudio diagnóstico sobre los efectos del cambio climático en la salud humana de la población en México. Informe Final. INSP/INEC. 2006. Disponible en: <http://www.inecc.gob.mx/descargas/cclimatico/e2006h>
- 64 Donald Trump anuncia que Estados Unidos abandonará el Acuerdo de París sobre cambio climático. Redacción BBC Mundo. 1 junio 2017.
- 65 New York Times. Editorial Board. States Will Lead on Climate Change in the Trump Era. DEC. 26, 2016 . Disponible en: Share This Page [http://www.nytimes.com/2016/12/26/opinion/states-will-lead-on-climate-change-in-the-trump-era.html?action=click&pgtype=Homepage&clickSource=story-heading&module=opinion-c-col-left-region&region=opinion-c-col-left-region&WT.nav=opinion-c-col-left-region&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2016/12/26/opinion/states-will-lead-on-climate-change-in-the-trump-era.html?action=click&pgtype=Homepage&clickSource=story-heading&module=opinion-c-col-left-region&region=opinion-c-col-left-region&WT.nav=opinion-c-col-left-region&_r=0)
- 66 Centro Virtual de cambio climático en la Ciudad de México. Disponible en: <http://www.cvcccm-atmosfera.unam.mx/index.php>
- 67 INEGI. Modificación del acuerdo de creación del comité técnico especializado del sistema de información de los objetivos de desarrollo del milenio para convertirlo en el comité técnico especializado de los objetivos de desarrollo sostenible. 2016. Disponible en: <http://200.23.8.225/odm/Doctos/AcuerdoCrea.pdf>
- 68 Senado de la República Mexicana. *Gaceta del Senado*, núm. 4. Comisión Especial sobre Cambio Climático. Viernes 9 de septiembre de 2016. Disponible en: [http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2016-09-09-1/assets/documentos/Gaceta\\_04.pdf](http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2016-09-09-1/assets/documentos/Gaceta_04.pdf)

# EL MODELO DE LA DESATENCIÓN A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Dr. Alejandro Treviño Becerra

**N**o sólo como problema de salud en sí, sino también como una onerosa carga económica del tratamiento de esta enfermedad, aun para las economías fuertes como la de Norteamérica, el manejo de los enfermos con insuficiencia renal por nefropatía crónica, ocasiona un gasto que puede requerir de un porcentaje exagerado del recurso económico del país, llegando al punto de provocar el quiebre económico de un sistema de salud.

Octavio Rivero Serrano

**L**a insuficiencia renal crónica (IRC) es la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal para excretar desechos nitrogenados, de concentrar y acidificar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno, causada por una lesión estructural irreversible de los riñones, de un mínimo de 3 meses la que se prolonga durante un período largo, meses o años, yo agrego, o hasta que la muerte se presente a menos de que se inicie diálisis crónica o trasplante renal y en cuyos casos a la mortalidad por IRC se suman otras causas.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta a las personas de cualquier edad y raza. Sin embargo parece que la población con desventajas tienen un mayor riesgo de tener ERC y se asocia a la morbilidad debido a la falta de acceso adecuado a la atención de la salud.

En el mundo hay más de 3.5 millones de pacientes en tratamiento de hemodiálisis crónica (2016) lo que nos lleva a realizar las siguientes observaciones:

- Existen pocos recursos para atenderla y altos costos para su tratamiento
- Muchos casos en México (alrededor de 10 000 000 con algún grado de ERC).
- México tiene alrededor de 70 000 pacientes en diálisis, 60% en diálisis peritoneal, pero parece que no se cubre más allá de 50% de pacientes que lo requieren. El IMSS da la cobertura al 80% de estos pacientes.
- Sólo 25 trasplantes renales por cada 1 000 pacientes en diálisis
- El costo de atención por diálisis en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa el primer lugar, por diagnóstico.

244

En los pacientes con ERC se debe evaluar la historia clínica, los datos personales, familiares, sociales y ambientales, la medicación, la exploración física, los exámenes de laboratorio y de rayos X y hacer diagnóstico para determinar las causas de la enfermedad renal. Una filtración glomerular menor a 60 ml/min debe considerarse disminuida, las fórmulas de estimación de la función renal y la cistatina C. No son precisas, como la depuración de creatinina endógena en orina de 24 hrs.

## Tratamientos sustitativos de la función renal

Los procedimientos experimentales iniciales de diálisis peritoneal (DP) cumplieron en el año 2008, un siglo de su realización y la de hemodiálisis (HD) (riñón artificial) desde 1943. En tanto que el primer trasplante renal (TR) se efectuó en México 1963, pocos años después de los realizados en París y en Boston. En algunos países del primer mundo señalan que el paciente con IRC es mejor que inicie diálisis o un TR, cuando la FG es de  $>15$  mL/min y tengan sintomatología, en tanto que en otros como Japón o Italia, sólo cuando el paciente llega a una F.G. de 6 u 8ml/min. En nuestro país lamentablemente ha habido una tendencia errónea y costosa dializar prematuramente con FG de 15 ml/min o más.

La introducción de la modificación a la diálisis peritoneal intermitente se efectuó en 1976, cuando se introdujo la diálisis peritoneal continua ambulatoria que se empezó a desarrollar y expandir en México a partir de 1978, por el autor de este capítulo.

Diálisis peritoneal continua ambulatoria: cuyo principal cometido es que el paciente se la practique por él mismo, mediante técnicas estrictas de asepsia y antisepsia e introduzca en el abdomen 2 L cada 6 h, siete días a la semana. Hay otras modalidades de DP, automatizada o mecánica que utiliza equipos médicos para regular la entrada, la salida y la permanencia abdominal del líquido de diálisis, la sobrevida esperada es de 50% a los 5-6 años.

La Hemodiálisis requiere una vía de acceso vascular temporal (subclavia o yugular) o definitiva intrínseca (fistula arteriovenosa de Brescia-Cimimo; o la aplicación de injertos heterólogos). La sangre anticoagulada con heparina pasa por líneas de plástico que la lleva a un filtro de membranas sintéticas de superficie variable a través de los capilares del filtro la sangre se pone en contacto indirecto con las soluciones de diálisis que ha sido preparado con agua ultrapura, así como minerales y sustancias buffer. Se aplica en sesiones de 3 a

4h, 2 a 3 veces a la semana calculadas mediante la fórmula del  $KT/V$ .  
Sobrevida esperada 70-60% a los 5 años.

### El trasplante renal (TR)

246 Es el tratamiento más completo ya que restablece la función renal, puede ser de donadores vivos consanguíneo o relacionado afectivamente (según la legislación de cada país); o donador cadavérico. El donante vivo tiene que ser sano, sin ninguna evidencia de enfermedad renal y altruista. El donante cadavérico con muerte cerebral o a corazón parado. El acto quirúrgico requiere de un equipo especializado y que esté certificado. El éxito del TR depende de la histocompatibilidad del donador con el receptor y de los tiempos de isquemia fría y caliente, de complicaciones quirúrgicas y del buen manejo de la medicación inmunosupresora. El paciente trasplantado va a requerir cuidados médicos, exámenes de laboratorio y fármacos a veces reintervenciones quirúrgicas o regresar a diálisis crónica. La supervivencia esperada con donante vivo es del 80% a los 5 años y de donante cadavérico 50% a los 5 años.

### Futuro terapéutico

Las posibilidades terapéuticas como las células troncales, la organogénesis, la biogenética se ven lejanas, por la circulación renal y la composición de varios tejidos que conforman el riñón. La investigación a futuro es evitar que el riñón enferme o sufra fibrosis y por ello disminuya su función de manera gradual. El concepto de la Nefrología preventiva es proteger al riñón enfermo de malos tratamientos, agresiones, o descuidos. Para tratar de disminuir estos potenciales riesgos lo más conveniente es referirlo oportunamente al especialista en Nefrología crónica.

Retos en la terapia de remplazo renal para mejorar lo anterior según menciona Francisco Monteon Ramos.

## Diálisis peritoneal

Dada la libertad de inclusión a pacientes en diálisis peritoneal y la mala sobrevida, están haciendo que esta terapia pareciera ser secundaria. Los retos de la diálisis peritoneal a futuro son inmensos por lo que de no solucionarse sus debilidades, su indicación y su uso irán en descenso. Se requiere reglamentarla hemodiálisis y fijar indicadores de calidad como se señala más adelante..

## Trasplante renal

En vez de utilizar protocolos de desensibilización, costosos y complejos, con resultados inciertos, un programa nacional con pacientes sensibilizados permitiría incrementar la oportunidad de encontrar donantes adecuados para estos pacientes que tienen un “pool” alto de anticuerpos antidonador; esta estrategia ha dado resultados extraordinarios en EUA, Canadá, Inglaterra y España. Con ella y con el intercambio de donadores cerrados, como lo es con el donador anónimo, que son programas institucionalizados nacionalmente y a nivel mundial, se tendrían mayor número de trasplantes renales en México.

247

Es imperativo nacionalizar y profesionalizar el Programa Nacional de Trasplantes, establecer protocolos y guías de manejo para armonizar el manejo del trasplante renal y establecer programas nacionales para incentivar, educar a pacientes y familiares y mejorar la adherencia al tratamiento de los receptores de trasplante renal. En ambos casos diálisis peritoneal o HD y trasplante de riñón es conveniente formar Comités de Expertos que analicen periódicamente los cambios permanentes que se dan en esos campos y aparte establecer Centros de Excelencia como los hubo anteriormente en el IMSS, y en los Institutos de Salud.

Transcurrieron varios sexenios de descuido a la enfermedad renal crónica subsanando con gasto altísimo de la atención de hemodiálisis subrogado en el trabajo. Lamentablemente en México



por muchas razones y no la restricción en costos, la supervivencia es inferior a las mencionadas en cada tipo de terapéutica.

La Secretaría de Salud reconoció a la IRC como problema de salud pública al incluirla en el Plan Nacional de Salud 2001-2006, e hizo propias seis sugerencias hechas por los nefrólogos autores de la Norma Oficial Mexicana para la práctica de la Hemodiálisis y del COMPETIRC de la Academia Nacional de Medicina.

La Secretaria de Salud publicó, en 2010 el Protocolo para la Detección y Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, en el que se definió a la enfermedad renal crónica como “alteraciones histológicas, (micro) albuminuria, proteinuria, alteraciones del sedimento urinario al menos en tres meses, o disminución de la función renal, expresada por una filtración glomerular (TFG) inferior a 59 ml/min en 1.73 m<sup>2</sup> de superficie corporal.”

248

Vale la pena recordar que en la primera versión de la Norma Oficial Mexicana para HD la hicimos a petición del grupo de trabajo para la Nefrología en México y pedimos a la Secretaria de Salud que nos congregara. Lamentablemente nos dimos cuenta que la Norma podía o no ser aplicada y no sucedió nada. La última revisión del documentos de la NOM 003-SSA-2016 es más clínica y contiene la práctica de las terapias de reemplazo renal y terapias afines, precisa a la reglamentación que el nefrólogo debe estar en la unidad de diálisis y practicar el tratamiento.

Un grupo de trabajo que encabezó la Academia Mexicana de Cirugía en 1992 y 1994 publicamos la *Memoria* de los 2 Foros Académicos sobre Trasplantes de Órganos y Tejidos e influimos poderosamente en cambios a la Ley de Salud referente al trasplante, en fortalecer al Centro Nacional de Trasplantes y sensibilizar a la industria químicofarmacéutica para contar con los nuevos fármacos inmunosupresores y en el aumento del número de centros de trasplante en México

Del libro *La insuficiencia renal crónica*, en México en 2001 (Treviño, B.A.) cito las siguientes opiniones.

En estos puntos básicos no se puede omitir la medicina preventiva; requerimos de campañas de orientación al público, al personal de salud, sobre que es la enfermedad renal, y cuando se vuelve crónica, cuando es incurable y desde luego la detección oportuna de más diabéticos e hipertensos que tendrán nefropatía al pasar unos años. Pero para que todo esto se pueda dar, es indispensable que se cuente con un presupuesto destinado a la enfermedad renal crónica, un presupuesto único nacional, que no sólo se consuma en fármacos inmunosupresores, en bolsas de líquidos de diálisis peritoneal o en filtros desechables de hemodiálisis, en un mercado de bienes y servicios. Presupuesto que se debe destinar a los puntos vertidos y a otros, desde luego que la mayor parte del presupuesto va a ser destinado a tratar a un porcentaje de pacientes ¿a cuántos? No lo sabemos, no creo que alcanzará para todos, pero si permitirá tener concepción clara y precisa de lo que se va a hacer, ¿con qué?, ¿en dónde, ¿con quiénes? y ¿para quiénes? y ¿cuántos? Ese presupuesto seguramente lograría modificar algunas de las trágicas realidades de numerosos pacientes y familias que día a día nos enfrentamos.

249

En el año 2016 el Seminario de Medicina y Salud de la UNAM publicó el libro *La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento* son 21 capítulos que sirven de referencia reciente para comprender y proyectar la atención de la insuficiencia renal crónica a continuación a manera de sinopsis hay párrafos extraídos de algunos capítulos.

Buscamos un replanteamiento de la atención nefrológica como política pública de salud que reordene el tratamiento, contenga los gastos y destine que el creciente contingente de nefrólogos pueda orientarse a la detección y consulta

efectiva de la función renal deteriorada que incluya acciones de protección renal.

Destaca la necesidad de replantear la preparación del médico general y del propio nefrólogo en el ejercicio de la práctica de la Nefrología, sobre tres vertientes.

- a. La universitaria: en la docencia e investigación
- b. La práctica clínica institucional del enfermo no necesariamente con insuficiencia renal crónica avanzada, sino con otros padecimientos renales crónicos
- c. La Rectoría del Estado, a mi modo de ver, no sólo ha descuidado este problema catastrófico de salud, lo ha minimizado y además otorgado su solución a compañías privadas que carecen del sentido humanístico y científico para cubrir la terapia renal crónica en México, haciendo de lado la prevención, la detección y protección renal, así como la enseñanza y la investigación.

250

La severidad de los datos enunciados es más drástico en México cuando tenemos los siguientes datos oficiales.

Enfermedad renal crónica

- Primer lugar en mortalidad (9.9%) sólo dos décimas por debajo de D.M.
- Segundo lugar: años perdidos por muerte prematura 8.3% por debajo de cardiopatía isquémica
- Tercer lugar: años de vida saludables perdidos 5.9% sólo por debajo de D.M. y cardiopatía isquémica

Costos

En nuestro país por la índole de la cronicidad de los tratamientos, lo especializado, sus altos costos y ganancias de la industria quimi-

cofarmacéuticas y de las compañías de diálisis y sus proveedores, estos tratamientos consumen excesivos recursos económicos, a un costo anual por paciente entre \$150 000 a \$500 000. La IRC constituye el tercer costo de salud después de diabetes mellitus y de atención materno-infantil, además existe carencia de nefrólogos y otros recursos humanos.

Según Lozano R, el “Sistema de Salud en México es un modelo reparador de la enfermedad, centra sus esfuerzos y recursos en la atención de crisis y no en las personas no es un modelo para enfrentar problemas crónicos, que requieren de continuidad del seguimiento individualizado”. Eso muestra lo desfavorable de como se ha otorgado en México un modelo de desatención de la IRC a costos muy elevados que han impedido que el Seguro Popular cubra este rubro, si bien en gastos catastróficos se incluyó en 2005 la diálisis crónica, debido a la mala implementación terapéutica los resultados fueron catastróficos y en el primer año del gobierno del presidente Calderón se canceló, por 12 años más se le ha marginado.

251

En el reciente documento publicado por la Sociedad Internacional de Nefrología (marzo 2017) titulado, *ISN Global Kidney Health Atlas* en el mapa 6 se observa la prevalencia de nefrólogos en las diferentes regiones del mundo, aparece México entre los países con cifras bajas de 5 a 10 nefrólogos por millón de habitantes. En los mapas (3.6) sobre la prevalencia de ERC en la población, México está con 11% similar a Estados Unidos y Canadá, no deja de sorprender que en el mapa 4.1 sobre la prevalencia de la capacidad de tratamiento de reemplazo renal México ocupa junto con los países mencionados y Europa Occidental y por arriba de casi todos los países de Latino América, una cobertura de las más altas, mayor a 1 000 pacientes por millón de habitantes, podría uno decir que como en muchas otras cosas México se las ingenió, a ser más con menos, lo cual en este caso no es pausable, México tiene menos nefrólogos de los requeridos y trata a más población, deriva a que el tratamiento proporcionado no es por nefrólogos o bien estos están sobrecar-

gados de trabajo en unidad de “hemodiálisis verticales” y ambas cosas son en detrimento de la calidad y por ello es que se obtienen resultados malos o incompletos.

A continuación transcribo algunos de los puntos más importantes de las conclusiones del Primer Foro Global de Política Pública en Enfermedad renal Crónica “El Camino Hacia la Salud Renal Global”.

**POLITICA GLOBAL.-** Se reconoce con frecuencia creciente a la enfermedad renal como una importante causa de la enorme carga global de las enfermedades no transmisibles.

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta a una de cada 10 personas. En 2013, 1.2 millones de muertes fueron directamente atribuibles a ERC y 7% de las muertes cardiovasculares estuvieron asociadas a una función renal reducida. La ERC es un importante multiplicador para el riesgo cardiovascular y para la carga impuesta por la diabetes mellitus y sus complicaciones. La prevalencia de la ERC en muchos países de ingresos económicos bajos continúa sin conocerse, en virtud de la falta de acceso a diagnóstico y por una pobre conciencia en la comunidad, razón por la cual la verdadera carga de la enfermedad pudiera estar subestimada. En los últimos 25 años, la ERC ha migrado de ser la trigésima a la vigésima causa de años de vida saludable perdidos (DALYs por sus siglas en inglés) y es actualmente la décima causa global de años de vida saludable perdidos en Latinoamérica.

En 2010, 2.6 millones de personas con ERC terminal recibieron diálisis o trasplante renal en todo el mundo, número proyectado a crecer a 5.4 millones en el año 2030. El mayor crecimiento en la demanda se dará en países en desarrollo. Se estima que al menos 2.3 millones de personas y tantas como 7.1 millones murieron prematuramente en 2010 por falta de acceso a diálisis o trasplante en países con recursos

insuficientes y/o costos personales elevados e inasequibles. La ERCT puede prevenirse o retrasarse mediante el escrutinio de poblaciones de alto riesgo que permitan el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la ERC. La enfermedad renal es una prioridad global de salud pública. Dados los elevados costos de la terapia dialítica y del trasplante renal, en muchas regiones del mundo “la detección temprana y prevención son las únicas soluciones sostenibles para atender esta carga creciente de enfermedad”.

Del mismo documento “El camino hacia la salud renal”, las metas a seguir son:

253

1. Trabajar en el marco actual promovido por la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de Salud, con las iniciativas tales como las Metas para el desarrollo de la Agenda 2030, la cobertura universal de la salud, para desarrollar e implementar políticas que aseguren integración y sinergias con las iniciativas existentes para prevención y tratamiento de la enfermedad renal.
2. Desarrollar e implementar políticas de salud pública para prevenir o reducir los factores de riesgo para la enfermedad renal en adultos y niños, incluyendo: estrategias para promover salud materno-infantil y nutrición, reducción de carga de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, consumo de tabaco, promoción de sitios de trabajo seguro y prevención de infecciones.
3. Educar al público y en particular a personas en riesgo mediante campañas específicas sobre la enfermedad renal crónica, en el marco de las enfermedades no transmisibles.

4. Desarrollar e implementar políticas de gobierno transparentes, justas y equitativas para el acceso al cuidado de la enfermedad renal, incluyendo terapias de diálisis y trasplante renal, de acuerdo a estándares internacionales y apoyar programas seguros, éticos, asequibles y sostenibles.
5. Apoyar la investigación en enfermedades renales a nivel local, regional y multinacional, con la finalidad de fomentar el mayor entendimiento de las estrategias de prevención y tratamiento.

254

Considerando lo anterior, se enlistan las consideraciones primordiales para que el replanteamiento de la atención nefrológica tenga éxito, publicado en el libro *La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento*.

#### Al Sector Salud

- La detección temprana de la ERC no produce cambios en la evolución de la enfermedad, si no se provee a los enfermos de una atención y seguimiento especializado.
- La ERC ya instalada es progresiva, lenta o rápida de acuerdo a las acciones médicas y nutricionales adecuadas o inadecuadas y a la participación indispensable del nefrólogo, quien es el que conoce de este padecimiento.
- Al curar las enfermedades renales como litiasis urinaria, las glomerulonefritis y las infecciones urinarias que llevan a la pielonefritis retráctil, se disminuiría de 15 a 20% el número de enfermos en IRC avanzada o permanente.
- La ERC no debe ser excluida del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles y con ello compartir las prioridades de atención gubernamental que reciben las otras.

- Establecer un organismo federal para la regulación de las unidades de hemodiálisis públicas y privadas que permitan identificar a los enfermos que iniciarán hemodiálisis crónica, así como establecer los controles de calidad y los indicadores de resultados, ello permitirá mejorar la atención, los resultados e influir favorablemente en los procesos mercantiles de este tratamiento. El organismo deberá tener jerarquía gubernamental como la tiene el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (y los estatales), o como sugieren Tamayo y Lastiri, una oficina dependiente de la Presidencia de la República.

#### A las escuelas y facultades de medicina

255

No todas las escuelas y facultades de medicina tienen en su plan de estudios la material de Nefrología, y aquellas que la tienen no cuentan con la duración suficiente y el temario adecuado. Se tienen que revisar y uniformar los currículos o planes de estudio para dar una cabal preparación en el área de enfermedades renales al médico general y que éste sea capaz de diagnosticar y tratar a los enfermos renales y en su caso remitirlos, oportunamente, y recibirlos por un servicio de Nefrología.

Para aumentar el número de candidatos, residentes y sedes de especialización, es vital revisar los planes de estudio, adecuarlos, actualizarlos y hacerlos más operativos y que los médicos residentes de Nefrología al concluir la especialidad sean más resolutivos y capacitados en las áreas diagnóstico-terapéutica. Así como facilitarles entrenamientos post especialización en el extranjero. La pregunta es si la Nefrología puede ser una especialidad de entrada directa y reducir los requisitos actuales de dos años de medicina interna. Valdría poner en práctica por algunos años y evaluar los resultados de un grupo de residentes, quienes después de un año de medicina interna encaminados a la Nefrología siguieran tres años de la especialidad.



El último año podría destinarse a subespecialidades como: diálisis y tratamientos eferentes, trasplante renal, o investigación clínica.

El médico residente al finalizar su carrera debe estar capacitado para resolver los problemas inherentes a las complicaciones médicas y quirúrgicas de los padecimientos renales, para comandar a los grupos multidisciplinarios y resolver problemas de funcionalidad y fisiopatología renal en otros departamentos clínicos y quirúrgicos, para dirigir plenamente centros de diálisis peritoneal, hemodiálisis y a los equipos de trasplante renal.

Finalmente enlisto propuestas a solicitud de la Secretaría de Salud para tener en México una política Pública sobre la IRC, documento que título:

## 256 Política de salud en Nefrología

1. Reposicionamiento de la Nefrología, como la especialidad responsable de la atención a las enfermedades renales agudas y crónicas.
2. Empoderamiento de las Sociedades de Nefrología del país (Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas, Colegio de Nefrólogos de México, Consejo Mexicano de Nefrología, Asociación Mexicana de Enfermeras en Nefrología A.C.) para dirigir y evaluar la atención de la especialidad, así como conducir la investigación favoreciendo la investigación clínica pragmática.
3. Política Universitaria Educativa en escuelas y facultades de Medicina para integrar un Sistema Educativo de Pre, Posgrado y Especialización en Nefrología.
4. Campañas Educativas razonables y de impacto para la población sobre los mitos y realidades de las Enfermedades Renales Crónicas. Incluir a la sociedad civil y a las organizaciones no gubernamentales afines.

5. Capacitación y participación del médico general en el diagnóstico y tratamiento oportuno y correcto de las enfermedades renales primarias, ilustrándolo sobre los riesgos de los factores ambientales y los medicamentos y sustancias nefrotóxicos o potencialmente nefrotóxicos.
6. Orientación y educación a la población, nutriólogos y dietistas, médicos generales y de otras áreas y especialistas en Nefrología sobre los conceptos modernos de la llamada nutricional renal para evitar la sobrecarga proteica, purínica y de fosfatos y evitar la restricción temprana de líquidos y sodio.
7. La enfermedad renal crónica no debe ser excluida del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles y con ello compartir las prioridades de atención gubernamental que reciben las otras enfermedades de este rubro.
8. La detección temprana de la enfermedad renal crónica no produce cambios en la evolución natural de la enfermedad por lo que se requiere proporcionar a los enfermos ya diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica de una atención y seguimiento especializado.
9. Combatir la práctica desleal y tendenciosa de los laboratorios farmacéuticos, empresas de diálisis e industria alimentaria.
10. Reactivar los programas de diálisis peritoneal mediante 7 Centros de Excelencia (1 por región del país), como los hubo en México, en el pasado (Centros Médicos Nacionales del IMSS).
11. Mejorar e incrementar los programas de Trasplante Renal.
12. Establecer un Organismo Federal para la regulación de las unidades de diálisis públicas y privadas que permita identificar a los enfermos que se les indica iniciar hemodiálisis crónica, darles seguimiento así como establecer los controles de calidad y los indicadores de resultados.
13. Ello permitirá tener un censo, mejorar la atención y los resultados, e influir favorablemente en la reglamentación de los

procesos mercantiles de este tratamiento. El organismo deberá tener jerarquía gubernamental como la tiene el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (y los Estatales) o el Centro Nacional de Trasplantes.

## Referencias

- 1 Coresh J, Selvin E, Stevens LA, *et al.* "Prevalence of Chronic Kidney Disease in the United States". *Jama* 2007;298:2038-47.
- 2 Levin, A; Tonelli, M; Bonventre, J, *et al* and for the Working Groups. "Global Kidney Health 2017 and Beyond a Roadmap for Closing Gaps in Care Research and Poly". *A Review by the Lancet* 1-30, April 2017.
- 258 3 Treviño Becerra, Alejandro. *Tratado de Nefrología*. Tomo I México. Editorial Prado, S.A. de C.V. 2003.
- 4 ISN, Global Kidney Health Atlas 1-182, 2017
- 5 Treviño Becerra Alejandro. *La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento*. México: Seminario Sobre Medicina y Salud. UNAM, 2016.
- 6 Monteón Ramos F. "Diálisis y Trasplante Renal" en, Treviño B.A. *La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento*. México: Seminario Sobre Medicina y Salud. UNAM, 2016.
- 7 Treviño, B. A., Arguero, S.R., Zenteno, A.G. *Memoria del Foro Académico. Estado Actual de los Trasplantes de órganos en México. (análisis y recomendaciones)*. Academia Mexicana de Cirugía. Imprenta Aldina, 1992.
- 8 Hernández Llamas G y cols. "Primer Nivel de Atención Médica en la Atención Nefrológica en México", en Treviño, B. A. *La atención nefrológica en México. Retos y replanteamiento*. México: Seminario Sobre Medicina y Salud. UNAM, 2016.
- 9 Mogensen, CE: "Microalbuminuria Predicts Clinical Proteinuria and Early Mortality Onset Diabetes". *N Engl J Med* 1984;310:356-360.

- 10 Treviño Becerra, Alejandro, en *Nutrición clínica en insuficiencia renal crónica y trasplante renal visión internacional*. México: ed. Prado S.A. de C.V. 2013
- 11 Glasscock RJ. Control of Albuminuria in over Diabetic Nephropaty Durability Counts *Nephrol. Dial. Transplant*. 2016,31,1371-1372.
- 12 Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, Stratification. National Kidney Foundation. September, 2001.
- 13 Venkat-Raman G. Tomson CR, Gao Y, et al. "New Primary Renal Diagnosis Codes for the ERA-EDTA". *Nephrol Dial Transplant* 2012;27;4414-19.
- 14 Locatelli F, Del Vecchio L, Andreolli S, Marai P. *et al*: The Role of Underlying Nephropathy in the Progression of Renal Disease. *Kidney Int* 2000;57 (Suppl 75): 49-55.
- 15 A. Leaf I.A: Duffield. J.S. "What can Target Kidney Fibrosis Nephrol". *Dial Transplant*. 2017.32.189-197
- 16 US Food and Drug Administration. Guidance for industry. Enrichment strategies for clinical trials to support approval of human drugs and biological products. December,2012 <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM332181.pdf> (accessed march 24, 2017)
- 17 ACCORD Study Group. "Nine-year Effects of 3-7 Years of Intensive Glycemic Control on Cardiovascular Outcomes". *Diabetes Care* 2016;39:701-08.
- 18 Zoungas S, Chalmers J, Neal B, *et al*. "Follow-up of Blood-pressure Lowering and Glucose Control in Type 2 Diabetes". *N Engl J Med* 2014;371:1392-406.
- 19 Stenvinkel P. Zoccalli C. Ikizler TA, "Obesity in CKD-what Should Nephrologists Know?" *J Am Soc Nephrol* 2013;24:1727-36.
20. Treviño Becerra, Alejandro. *Hemodiálisis Esquemática*. México: Ed. Prado. S.A. de C.V. 2013.

21. Pedrini M, Levey A, Lau J *et al.* "The Effect of Dietary Protein Restriction on the Progression of Diabetic and no Diabetic Renal Diseases. A Metanalysis". *Ann Intern Med* 1996;124:627-632.
22. Vanholder, R. Fouquet, D. Gloriely, G. "Clinical Mangemend of the Uremic Syndrome in Chronic Kidney Disease". *The Lancet.com/diabetes endocrinology* 2016. Vol. 4, N. 4. 360.
23. Treviño B, A. *La insuficiencia renal en México*. México: Ed. Manual Moderno, 2001.
24. Tamayo y Orozco, J.A. Lastiri, Q. S. *La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. México: Intersistemas S.A. de C.V. CONACYT, 2017.

## AUTORES

Fernando Cano Valle  
Neumología  
Departamento de Medicina  
Académico Titular

Juan Antonio Legaspi  
Departamento salud pública y Sociología Médica  
Medicina del Trabajo  
Académico titular

Armando Mansilla Olivares  
Departamento Medicina  
Medicina Interna  
Academia Numerario  
Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Fernando Meneses González  
Departamento Salud Pública y Sociología Médica  
Medicina del Trabajo  
Numerario

Alejandro Treviño Becerra  
Departamento de Medicina  
Área de Nefrología  
Titular

Manuel Urbina Fuentes  
Salud Pública y Sociología Médica Demografía Médica  
Titular

José de Jesús Villalpando Casas  
Salud Pública y Sociología Médica  
Titular

Leoncio Lara Saenz  
Ex Investigador del Instituto de Investigaciones  
Jurídicas de la UNAM  
Dr. en Derecho por la Universidad de Nápoles  
Dr. honoris Causa Universidad Federal

262 Presidente Capítulo Mexicano del Instituto Latinoamericano del  
OMBUDSMAN, Buenos Aires, Argentina.

Daniel Márquez Gómez  
Investigador titular "A" de T.C. Nivel Pride B,  
Sistema Nacional de Investigadores Nivel II

Jacobo Finkelman  
Salud Pública y Ambiental  
Consultor Independiente

*La posición de la Academia ante el Sistema Nacional de Salud*  
*La salud universal... una entelequia*

Se terminó de imprimir el 30 de abril de 2018.

Diseño y edición a cargo de Formas e Imágenes S.A. de C.V.  
Avenida Universidad #1953, E. 2, L. E, Copilco el Bajo, Coyoacán.

En su composición se utilizaron fuentes de las  
familias Rockwell, y Britannic . La impresión de interiores  
se realizó en papel Bond de 90 gr y forros en cartulina Couché 300 gr.

Su edición estuvo al cuidado del doctor Fernando Cano Valle

Tiraje de 1 000 ejemplares.





Como órgano consultivo del gobierno federal desde los primeros años del siglo pasado y con el poder que le otorga la Presidencia Tripartita del Consejo Nacional de Academias, la Academia Nacional de Medicina se pronuncia, junto con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, sobre el modelo de atención en salud de nuestro país y el futuro de la seguridad social, a través de la obra titulada *La posición de la Academia ante el Sistema Nacional de Salud. La salud universal... una entelequia.*