

El Derecho a la salud en México  
Facultad de Medicina/UNAM  
14 de marzo de 2011

El Derecho (a la protección) a la salud en México

Oliva López Arellano  
Nivaldo Linares Pérez  
UAM-Xochimilco

## Marco general

Los avances jurídicos y normativos han posibilitado el desarrollo de los derechos humanos en dos dimensiones:

Los derechos civiles y políticos que consagran al individuo frente a la ley y garantizan su participación en la vida política, económica y civil de las sociedades.

Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) que promueven el florecimiento individual, el desarrollo económico y social, la autoestima y la identidad

El reconocimiento mundial de los DESC se expresa a través de pactos y acuerdos internacionales

## Marco general

Estos derechos son universales, indivisibles, inalienables, interdependientes, interrelacionados, exigibles

Esenciales para la dignidad humana.

La salud es necesaria para el desarrollo y florecimiento humano

Su promoción involucra múltiples dimensiones que remiten a los determinantes sociales de la salud y a preceptos de justicia social

## El derecho a la salud

Se inscribe en la discusión mundial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA)

El gobierno mexicano lo suscribe en:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948),

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, (OEA, 1988)

# La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos

- En su artículo 4º constitucional señala que:
- “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (DOF, 2007:5)

*Derecho a la Salud* es “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud ( Observación General 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

- Condiciones biológicas y socioeconómicas
- Recursos con que cuenta el Estado
- Disfrute de toda una gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud
- Derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales determinantes de la salud
- 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

## El Derecho a la Protección de la Salud remite al quehacer del sistema de salud

- Garantizar el derecho de acceso
- Facilitar medicamentos esenciales
- Promover una distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud;
- Participación de la población en todo el proceso de toma de decisiones
- Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- Impartir educación e información
- Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud

## El contexto

Las posibilidades de garantizar los DESC están estrechamente relacionadas con el modelo de desarrollo, con la formas de organización social que distribuyen (o no) la riqueza socialmente producida y con las capacidades del Estado de cumplir con sus obligaciones.

“... el Estado tiene la obligación .... de asegurar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos. Esta obligación rige aún en períodos de limitaciones graves de recursos, causadas por procesos de ajuste, de recesión económica o por otros factores”  
(Declaración de Quito, 1998)

## El contexto mexicano

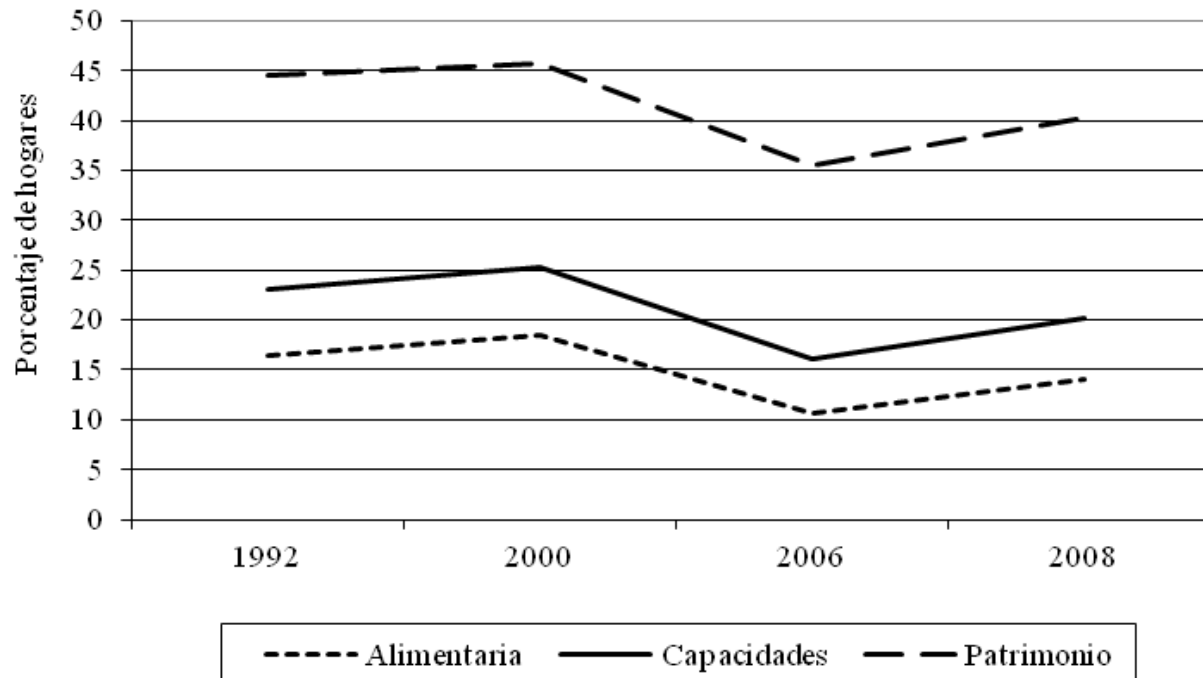
México está entre los países latinoamericanos que en la crisis reciente, presentan los mayores índices de caída del producto interno bruto (PIB), desempleo e incremento de la pobreza.

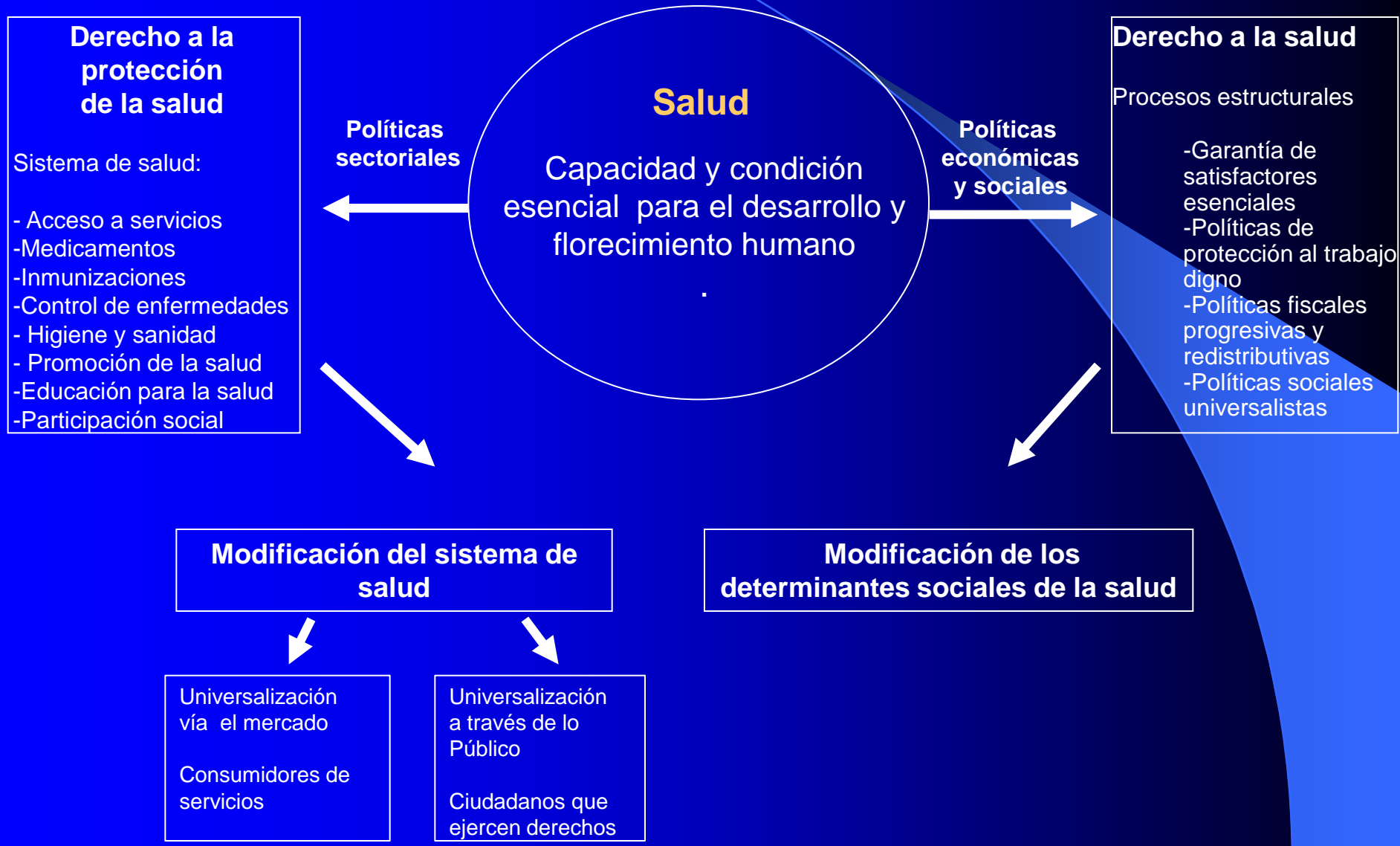
Se contrae la demanda interna, disminuyen las exportaciones, se reduce el ritmo de expansión de la masa salarial real y cae el volumen de remesas de los trabajadores migrantes.

De 2006 a 2008, el 20 por ciento de la población más pobre del país disminuye su ingreso en 8 puntos porcentuales y el número de pobres crece aceleradamente. En 2008, seis de cada 10 mexicanos son pobres.

# Pobreza en México

Gráfica 1. Evolución de la pobreza por ingresos en México 1992-2008





## Equidad en salud

La equidad en salud, debe ser entendida en forma multidimensional, y como una expresión de justicia social Involucra:

- Los determinantes sociales de la salud
- Los resultados finales de salud
- El acceso y la calidad de la asistencia sanitaria.

La inequidad es una categoría analítica que da cuenta de la esencia del problema, mientras que la desigualdad es la evidencia empírica expresada en agregados estadísticos.

# Equidad en los sistemas de salud

Dimensiones operativas:

- La forma en que son asignados los recursos para el cuidado de la salud
- La forma en que los servicios son recibidos por la población
- La forma en que los servicios de salud son pagados.

Equidad horizontal. Entendida como tratamiento igual a las necesidades de salud iguales

Equidad vertical busca el tratamiento “apropiadamente desigual” de necesidades de salud distintas, incorporando la cuestión de las prioridades en programas de asistencia.

## Accesibilidad a servicios de salud

Dimensiones operativas:

La accesibilidad hace referencia a que los establecimientos, bienes y/o servicios públicos estén al alcance de la población

La equidad en el acceso se refiere no solo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios de acuerdo con parámetros de necesidad.

## A manera de ejemplo

Investigación sobre equidad en salud en México \*

Estudio ecológico de comparación de grupos y modelo de evaluación no experimental antes-después

Población de estudio de México, en sus 32 Entidades Federativas cuya información disponible fue posible integrar en bases de datos para los años de 1995, ( $t_0$ ) y 2000 ( $t_1$ ),

Se consideraron tres dimensiones: 1. información demográfica, social y económica, 2. Condiciones de salud, y 3. Servicios de salud.

La medición de desigualdades en salud se hizo a través de un índice (INIQUIS)

\* Linares y López (2009) *Los efectos de las transformaciones del sistema público de salud sobre la equidad en México, 1995-2002. Salud Colectiva 5(2):237-257*

# Indicadores seleccionados

## Condiciones de vida

- % de población >15 años alfabeta.
- Índice de marginación
- Ingreso anual per cápita

## Resultados finales

- Esperanza de vida la nacer
- Tasas de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad en < 5 años
- Tasa de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, de la reproducción y relacionadas con la nutrición
- Tasa de mortalidad general estandarizada
- Incidencia acumulada de TB pulmonar.

# Indicadores seleccionados

## Servicios de salud

- % de población con derecho a la seguridad social.
- % en niños de 1 año vacunados con esquema completo.
- % de partos atendidos por personal adiestrado.
- # Médicos por 1000 habitantes.
- # camas censables por 1000 habitantes
- Gasto público en salud *per cápita*
- Gasto total en salud como % del PIB

## Indicadores seleccionados

### Intervenciones de reforma

- # de años con la descentralización
- # de años de instalación de los OPD de los servicios de salud
- % de aportación Estatal en salud
- % de aportación Federal en salud
- % de partos atendidos institucionalmente en el año
- Número promedio de consultas prenatales por embarazadas.
- % de población abierta atendida por primera vez en el año
- % de mujeres en edad fértil usuarias de métodos de planificación familiar.

### Dimensión Condiciones de Vida Modelos INIQUIES 1995 México



### Dimensión Condiciones de Vida Modelos INIQUIES 2002 México



### Dimensión Condiciones de Vida Modelos INIQUIES 2002 -Reforma- México



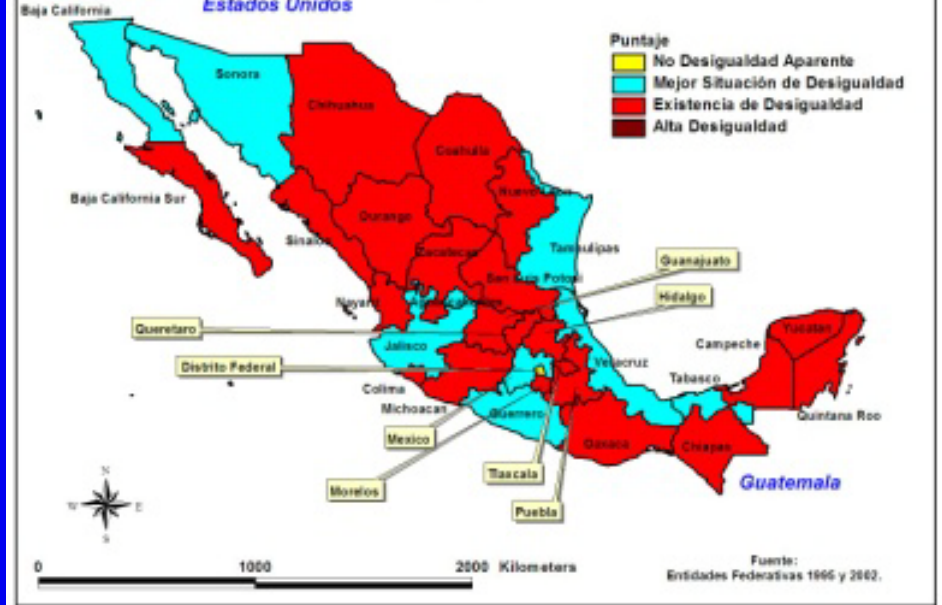
### Dimensión Resultados de Salud Modelos INIQUIS 1995 México



### Dimensión Resultados de Salud Modelos INIQUIS 2002 México



### Dimensión Resultados de Salud Modelos INIQUIS 2002 -Reforma- México



### Dimensión Acceso a Servicios de Salud Modelos INIQUIS 1995 México



### Dimensión Acceso a Servicios de Salud Modelos INIQUIS 2002 México



### Dimensión Acceso a Servicios de Salud Modelos INIQUIS 2002 -Reforma- México



## Resultados

El análisis de la desigualdad relativa global de salud para 1995 indicó que el 43.7% de los estados presentaron niveles de desigualdad, mientras que para 2002, esta proporción se elevó a 75.0% (incremento de poco más del 30%)

Los hallazgos muestran que las intervenciones de reforma no influyeron en el mejoramiento de las desigualdades de las condiciones de vida dada su naturaleza estructural

En 1995 los mismos estados con desigualdad relativa de los resultados de salud continuaron en esta condición para 2002

Entidades que en 2002 presentaron niveles menores de desigualdad respecto a 1995, al incorporar las intervenciones de reforma incrementaron sus niveles de desigualdad relativa.

Es decir, en algunos estados, las intervenciones de reforma han tenido un efecto negativo sobre la desigualdad en los resultados de salud

## Resultados

La desigualdad relativa de resultados de salud entre las Entidades Federativas del país, se incrementó en un tercio de los Estados

No hubo cambio alguno respecto a la desigualdad relativa de los servicios de salud en esos años.

A pesar de que las estrategias de reforma sanitaria de 1995-2002 se concentraron básicamente en el ámbito de los servicios de salud, ningún estado exhibió valores bajos del INIQUIS excepto el Distrito Federal,

El DF fue la entidad con menor desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud.

Se observa un moderado “estancamiento” en la desigualdad relativa en el acceso a los servicios de salud entre 1995-2002 para la mayoría de los estados

## Conclusiones

Las desigualdades estructurales e institucionales se expresan en que el Derecho a la Protección a la Salud sea un derecho negado para muchos mexicanos

Los hallazgos descritos no apuntan al logro de la equidad en salud en México,

Los niveles de desigualdad no han mejorado significativamente

Esta investigación muestra que la reforma sanitaria de los 90's, ha tenido efectos muy limitados sobre la equidad en salud

## Conclusiones

La garantía de derechos económicos, sociales y culturales expresa el compromiso de una sociedad y la capacidad del Estado de respetarlos, protegerlos y satisfacerlos.

El derecho a la salud involucra un conjunto de necesidades esenciales cuyos satisfactores deben ser desmercantilizados.

Implica el desarrollo de políticas, sistemas legales y acciones que los reconozcan como derechos y hagan posible su realización.

Por ser indivisibles e interdependientes, deben estar articulados a otros derechos y condiciones para una vida digna

## Comentarios finales

- La salud es una condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades y potencialidades individuales y colectiva
- Garantizar el derecho a la salud y no sólo su protección debiera ser una prioridad en México
- Esta tarea sólo es posible a través de lo público
- La defensa por la salud y por la vida requiere la movilización de múltiples actores y la construcción de agendas comunes