

# Reformas de salud en México. Balance y desafíos

*Oliva López Arellano\**

## RESUMEN

En este trabajo se sintetizan los principales ejes de la reconfiguración de la política de salud en México en la etapa de transformaciones productivas y sociopolíticas impulsadas por la adopción del proyecto neoliberal en el país. Así mismo, se ilustra el deterioro de las condiciones de vida y salud que afecta a la mayoría de las personas, la situación crítica del sistema de salud y se señalan algunos de los riesgos de continuar por la ruta de universalidad de mercado impulsada por el gobierno actual (2012-2018) que contraviene la garantía del Derecho a la salud.

**PALABRAS CLAVE:** Política de salud, Reforma neoliberal en salud, Desigualdades en salud.

## ABSTRACT

This paper summarizes the rationale behind the reconfiguration of health policy in Mexico, in the light of productive and sociopolitical transformations, as a result of the adoption of a neoliberal project. It also illustrates the deterioration of health and living conditions of vast numbers of people, provides evidence for the failures of the Mexican health system, and discloses the potential risks of the current government administration's position on the implementation of a market-oriented health care model that, in turn, contravenes the right to health.

**KEYWORDS:** health policy, neoliberal health reform, health inequalities.

\*Médica, Maestra en Medicina Social, Doctora en Ciencias en Salud Pública. Profesora-investigadora, Coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, UAM-Xochimilco

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2016  
Fecha de aprobación: 14 de noviembre de 2016

## Introducción

En México, la transformación económica y socio-política en los últimos 35 años ha configurado un país crecientemente subordinado a la economía de los Estados Unidos de Norteamérica, inerte ante la globalización neoliberal, con una soberanía crecientemente restringida en ámbitos estratégicos para su desarrollo y despojado de recursos esenciales para su viabilidad como nación independiente, con una población empobrecida, graves desigualdades sociales y múltiples formas de violencia.

Tres décadas y media de reestructuración neoliberal muestran el rotundo fracaso de un proyecto de liberalización económica y apertura comercial que se propuso modernizar al Estado, fortalecer los mercados y transformar a México en un país próspero capaz de integrarse al grupo de naciones con economías desarrolladas (López, 1996). Estos efectos devastadores pueden documentarse en diversos ámbitos, entre los que destacan la desindustrialización nacional, el abandono del campo, la transnacionalización económica, el despojo de territorios y la imposición de formas de extractivismo neocolonial.

El debilitamiento de la producción nacional y de la regulación estatal; la entrega de sectores estratégicos al capital trasnacional, el crecimiento de la economía criminal y su combate policiacomilitar, que ha fortalecido los poderes fácticos, el secuestro del aparato estatal y la decisión gubernamental de anteponer los intereses privados al bien colectivo.

En este contexto, las instituciones públicas se desmantelan y se limita el ejercicio de los derechos humanos y sociales reconocidos en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y en los pactos internacionales de los que el país es signatario.

La restricción o anulación de los derechos se expresa por tres vías principales de injusticia con sinergias destructivas: 1) la negación sistemática de satisfactores esenciales para vivir dignamente 2) el insuficiente reconocimiento de las personas como sujetos de derecho y 3) la nula representación de personas y colectivos en torno a problemas y decisiones que los afectan e implican en forma directa (Fraser, 2008).

Este reacomodo societal, configura una embestida feroz del capital contra el trabajo y desmonta las políticas e instituciones de bienestar que el Estado mexicano había desarrollado en décadas previas, con consecuencias negativas sobre la vida digna y la salud colectiva. La mayoría de los grupos sociales sufren la precarización de sus condiciones de vida y trabajo, crece la pobreza y se incrementan las desigualdades socio-sanitarias.

En el campo de la salud la catástrofe se expresa de diversas formas, desde el incremento de los riesgos estructurales por la adopción de la economía de mercado y la ideología neoliberal, la inseguridad y la violencia magnificadas por la cruenta “guerra contra el narcotráfico”, hasta el desmantelamiento y mercantilización/privatización de las instituciones públicas de salud y seguridad social cuyas funciones de promoción y protección de la salud y prevención y atención a la enfermedad se debilitan, con resultados negativos sobre la vida y el bienestar de las personas.

## El contexto económico y político

La transformación productiva, la apertura comercial y la subordinación a los mercados trasnacionales como estrategias para la modernización nacional, incorporó al país a los tratados de libre comercio en forma desventajosa, inundó el mercado interno con mercancías extranjeras, rompió

cadena productivas, provocó la desindustrialización de la producción nacional orientada a los mercados locales y depreció aceleradamente el valor de la fuerza de trabajo (Márquez-Ayala, 2015).

La liberalización comercial produjo cambios en los mercados de alimentos y el abandono de la producción campesina para consumo interno, facilitó la transformación del patrón alimentario mexicano (Santos, 2014). El deterioro agrícola abrió el camino a la generalización del cultivo de drogas, mientras que el desplazamiento y criminalización de la población rural contribuyó a la reconfiguración de territorios permitiendo el auge de los megaproyectos neo-extractivistas (Hersch et al., 2015), comerciales y/o turísticos que condensan las principales características del capitalismo contemporáneo: el despojo territorial y la apropiación privada de recursos (Gilly, 2014) y producen severas devastaciones sociales y de los ecosistemas (Paz, 2012; Toledo, 2015).

Estos procesos se agudizaron con la entrega de sectores estratégicos al capital transnacional y con el crecimiento de la economía criminal, que fortaleció los mecanismos coercitivos del Estado con resultados catastróficos para la vida y la seguridad de las personas.

Por su importancia, los efectos de la “guerra contra el narcotráfico” requiere una referencia específica pues la economía criminal -diversificada y transnacional- enfrentada por el gobierno mexicano exclusivamente por la vía policiaco-militar, ha provocado una situación de inseguridad, miedo, violencia creciente y criminalización indiscriminada, configurando un Estado policiaco que tiene entre sus expresiones más dramáticas la militarización de la seguridad pública, el despliegue de fuerzas armadas para cumplir funciones de seguridad pública, movilizándolo a 50 000 efectivos en

2012 y en la actualidad a más de 32 000 militares que aún cumplen tareas propias de corporaciones civiles (Méndez, 2014).

Este despliegue militar ha tenido efectos negativos desde 2007, como el aumento de quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) por tortura y malos tratos, que pasa de 320 en promedio anual (2001-2006) llegando a 2 020 quejas en 2011 y 2 113 en 2012. Entre diciembre de 2012 y julio de 2014, la CNDH recibió 1 148 quejas por violaciones atribuibles solo a las fuerzas armadas (Méndez, 2014). A esta situación se suman más de 150 mil muertos por violencia y 26 mil desaparecidos (ONU, 2011). Como consecuencia de esta estrategia de guerra contra el narcotráfico y el incremento de la violencia de Estado, la tasa de homicidios masculinos aumentó en más del doble (entre 2005-2010) y la esperanza de vida promedio de los varones perdió siete años al ubicarse en 2010 en el mismo nivel que tenía en 2003, con un efecto negativo sobre la esperanza de vida general que pierde poco más de medio año (0.67 años) (Cárdenas, 2014a).

La dinámica económica y política de los últimos años, ha mostrado que en el país los sectores dominantes (incluida la economía criminal) insertaron sus intereses privados al interior del aparato estatal y en la estructura productiva crecientemente transnacionalizada, desarrollando mecanismos para desregular la economía y liberalizar el comercio. La perspectiva de libre mercado se impuso en la dimensión económica, en tanto que en la dinámica política se desarrolló una supuesta modernización del Estado sin modificar de fondo su carácter autoritario, corporativo y clientelar (López, Blanco y Rivera, 2015).

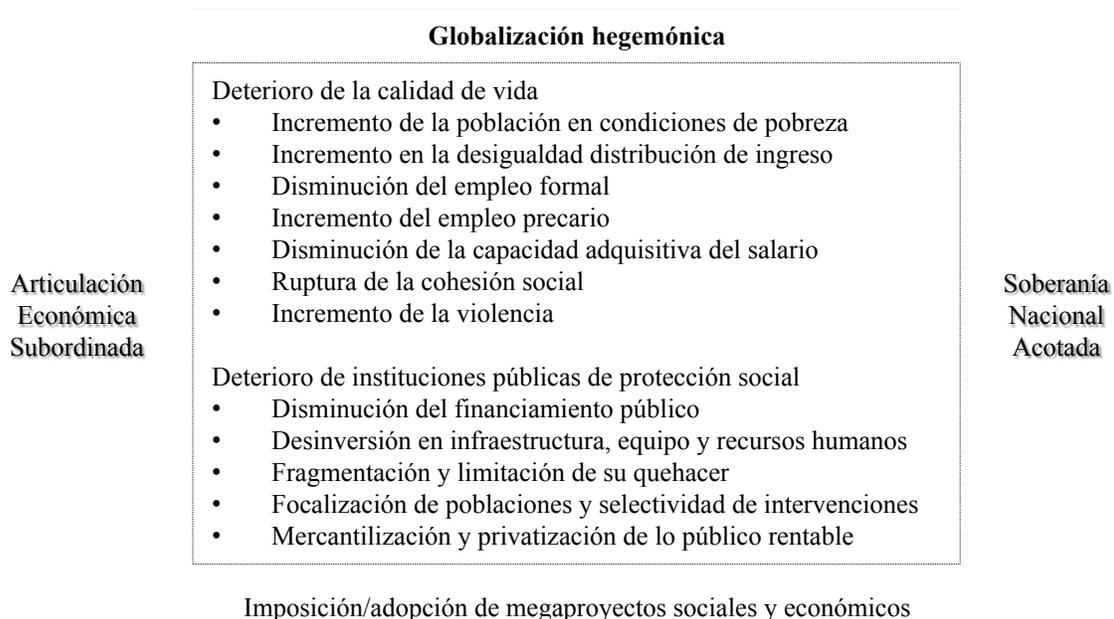
El reordenamiento neoliberal impulsó la desaparición o compactación de estructuras

gubernamentales y el desmantelamiento selectivo de las instituciones públicas, a la vez que el Estado nacional perdió autonomía relativa y se reconfiguró limitando su condición de propietario al vender activos públicos estratégicos. Redujo su papel redistributivo y disminuyó su capacidad para regular las relaciones de clase y el conflicto social, evadiendo su responsabilidad como garante de derechos humanos fundamentales, reconocidos en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos.

El fortalecimiento de los poderes fácticos, el secuestro del aparato estatal por estos poderes y la creciente incapacidad gubernamental para anteponer el bien colectivo a los intereses privados quedó plenamente demostrado por el contenido de las recientes reformas que fortalecen a estos poderes, privatizan bienes estratégicos, debilitan

lo público y avanzan en cambios legales que permitan la represión y la suspensión de garantías. Estas reformas afectan a todas las personas y son especialmente lesivas para ciertos grupos entre ellos: los trabajadores en general (reforma laboral) (DOF, 2015a), los maestros (reforma educativa) (DOF, 2013a), las audiencias (reforma en telecomunicaciones) (DOF, 2013b), los usuarios de servicios de salud y seguridad social (propuesta de reforma de seguro universal de salud) (DOF, 2014a), los pensionados (reformas del régimen de pensiones del IMSS, del ISSSTE y los grupos que protestan y activamente defienden sus derechos (La conocida como Ley Atenco, la propuesta de Ley Reglamentaria del Artículo 29 constitucional y los cambios al Código de Justicia Militar y al Código Militar de Procedimientos Penales) (CDH, 2015; DOF, 2014b).

**Figura 1. El contexto nacional.**



Fuente: Elaboración propia

## Deterioro de las condiciones de vida, trabajo y salud

La reconfiguración del país en los términos antes señalados profundiza la desigualdad ya existente y acelera el deterioro de la calidad de vida y trabajo de las mayorías, aumentando la población en condiciones de pobreza (Esquivel, 2015). Estas situaciones pueden documentarse con indicadores sobre pobreza y desigualdad social, trabajo precario, informalidad, pérdida de la capacidad adquisitiva del salario y aumento de la pobreza laboral entre otros (Márquez-Ayala, 2016). La persistencia de carencias sociales afectan con mayor gravedad a grupos y territorios vulnerados e impiden el acceso a satisfactores esenciales para la vida (CONEVAL, 2014a). Estas condiciones, reconocidas como determinantes sociales de la salud se expresan en un complejo mosaico de enfermedades evitables, discapacidades y muertes prematuras (Lozano et al., 2014).

La economía mexicana ha mantenido un pobre desempeño medido a través del producto interno bruto (PIB) que ronda en 2 por ciento en la última década, con una contracción de la demanda interna y reducción del ritmo de expansión de la masa salarial real. La mitad de la población ocupada se encuentran en condiciones de informalidad laboral y por tanto fuera de la seguridad social, poco más de dos tercios de las personas ocupadas perciben cuando mucho tres salarios mínimos y de ellas 7.2 por ciento no percibe ninguna remuneración (Márquez-Ayala, 2016). Sin embargo, llama la atención que 28 por ciento de los trabajadores precarios laboran en empresas formalmente establecidas (IASC, 2014).

Entre los indicadores que sintetizan condiciones materiales de vida de la población y su acceso a satisfactores esenciales, se estima que en el país

el 46.2 por ciento de la población se encuentra en pobreza multidimensional con proporciones más altas en entidades como Oaxaca, Chiapas y Guerrero (CONEVAL, 2014a). De 2006 a 2010, el 20 por ciento de la población más pobre del país disminuye su ingreso en 8 puntos porcentuales y el número de pobres creció aceleradamente y para el 2010, 8 de cada 10 mexicanos eran pobres o vulnerables (CONEVAL, 2014a). Durante el periodo de 2010 a 2014 la población mexicana en condiciones de pobreza también aumenta llegando a 53.2 por ciento en 2014 y la indigencia asciende a 20.6 por ciento en ese año (CEPAL, 2016a).

El informe sobre Panorama Social de América Latina 2015 señala que la pobreza y la indigencia disminuyeron en la mayoría de los países latinoamericanos en el periodo 2010-2014 a excepción de tres, entre ellos México (CEPAL, 2016a). Actualmente la pobreza en la región afecta a 175 millones de personas (29.2 por ciento) y la indigencia a 75 millones de personas (12.4 por ciento). Ante la situación de pobreza en América Latina y las previsiones a futuro, la CEPAL propone distintas medidas a los gobiernos para hacer frente al problema y evitar retroceder en los avances que se han tenido desde hace una década, con énfasis en el empleo de calidad con salario suficiente (CEPAL, 2016b).

El informe indica que México ocupa el lugar 13 en pobreza de los 15 países de la región, con un aumento de 2.9 por ciento de la población pobre en el país. Este incremento de la pobreza se atribuye a la erosión de los salarios, a la deficiente aplicación de los programas de apoyo y a la falta de políticas públicas integrales. Sin embargo, el factor explicativo en el país fue la reducción de ingresos producto del deterioro salarial que mantiene un retroceso sostenido por más de 30 años y es componente esencial del funcionamiento del

capitalismo mexicano (Delgado, 2016). Frente a esta información, el gobierno mexicano señala que el reto de reducción de la pobreza persiste, pero que se marcha por el camino correcto (Meade, 2016).

Esta situación general se expresa también en importantes brechas en las precondiciones para una buena salud: vivienda, servicios básicos y agua limpia y potable. Por ejemplo, la cobertura de agua potable entubada avanzó 0.4 por ciento entre 2005 y 2010, con una brecha urbana-rural de 25 puntos; la cobertura de drenaje tampoco creció lo suficiente y la brecha urbana-rural es de más de 20 puntos. El porcentaje en el país de carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda fue de 21.2 por ciento, mientras que para el estado de Oaxaca este indicador se eleva a 60.5 por ciento (CONEVAL, 2015a).

Entre los indicadores de daño que sintetizan desigualdades en las condiciones de vida e insuficiencias de los servicios de salud en términos de disponibilidad, acceso efectivo y calidad se identifica a la razón de mortalidad materna (RMM) nacional que en el 2010 fue de 51.5 por 100 mil nacidos vivos (NV) con diferencias de hasta 70

puntos entre entidades. Nuevo León con la menor RMM del país (18.6 defunciones maternas por 100 mil NV) y Oaxaca con 88.7 muertes maternas por 100 mil NV (Freyermuth, Luna y Ochoa, 2011). La mortalidad en menores de 5 años se ha reducido, sin embargo persisten importantes desigualdades en el país. La información de Chiapas, Guerrero y Oaxaca arroja una sobremortalidad respecto al indicador nacional de más de 30 por ciento (Cárdenas, 2014b). Respecto a la mortalidad por cáncer cérvico uterino, asociada a deficiencias en el acceso y utilización de servicios preventivos, de detección y atención oportunos, “los mayores diferenciales estatales correspondieron a entidades con alta concentración de población indígena y con rezagos socio-demográficos. En los estados de Chiapas, Guerrero, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán la mortalidad estatal por esta causa es entre 20 y 50 por ciento más alta que la media del país” (Cárdenas, 2014b: 148). Los suicidios tuvieron un crecimiento sostenido entre 2000 y 2012 en todas las entidades federativas, con un impacto mayor en la esperanza de vida en hombres de 20 a 24 años y con mayor mortalidad en los estados de Yucatán, Quintana Roo y Campeche. (Dávila, Ochoa y Casique, 2015).

**Figura 2. Inseguridad económica y social en grupos específicos.**



Se identifican diversas desigualdades y brechas sociosanitarias

-Desigualdades socioeconómicas

-Desigualdades en los indicadores de nutrición, enfermedad y muerte

-Desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad de los alimentos

-Desigualdades en la disponibilidad, acceso y calidad a la atención a la salud

Fuente: Elaboración propia

## La reforma neoliberal en las instituciones de salud

A lo largo de los últimos 35 años en México se ha impuesto la lógica de mercado como ordenadora de la vida social y de la resolución de necesidades humanas. En esta dinámica, el bienestar y la salud son responsabilidades individuales, más que compromisos sociales y tareas del Estado. El Estado como sujeto obligado y garante de derechos humanos fundamentales evadió esta responsabilidad y debilitó a las instituciones públicas que simplifican su quehacer e intervienen en forma selectiva y focalizada frente a crecientes y complejos problemas sociales. En paralelo se mercantiliza su funcionamiento y se privatiza lo público rentable impulsando mercados de servicios (Laurell y López, 2002). En términos ideológicos se despolitizan los problemas y las soluciones impulsadas por la tecnoburocracia se precian de ser “neutrales”. Triunfa la visión individualista que asume que el bienestar y la salud son bienes privados resultado de méritos, esfuerzos y decisiones personales (López y Blanco, 2010).

Al deterioro generalizado de las condiciones de vida y trabajo de la población, desde 1982 se sumó la embestida del mercado contra el sistema público de salud y seguridad social, como parte de la modernización neoliberal de las instituciones (López y Blanco, 1993). Si bien en cada periodo sexenal se desarrollaron contenidos específicos de la modernización neoliberal del sistema público de salud y seguridad social, un conjunto de estrategias modelaron la configuración actual de este sistema. Entre ellas destacan: la recomposición y reducción del financiamiento sectorial, la reorientación de recursos para que los fondos “sigan a la demanda”, la captura de fondos públicos por entes privados, el impulso a los seguros médicos; así como, la

selectividad de las intervenciones y la focalización de poblaciones (López y Blanco, 2007).

El porcentaje de gasto público en salud como proporción del PIB es del orden de 2.9 por ciento, muy bajo en comparación con otros países de América Latina de ingresos medios, semejantes a México. Además si se compara el periodo 1990-2011 se aprecia un cambio sustantivo en la estructura del gasto: en 1990 el destinado a la población con seguridad social representaba el 81.7 por ciento de total de gasto público en salud, para 2011 esta proporción disminuye a 55.7 puntos y crece significativamente la participación del gasto destinado a la población sin seguridad social, alcanzando 44.3 puntos porcentuales (Ponce, 2014). También se redujo la inversión pública en equipo e infraestructura sanitaria, se alentó la subrogación y los proyectos público-privados de prestación de servicios (Herrera y Laurell, 2010).

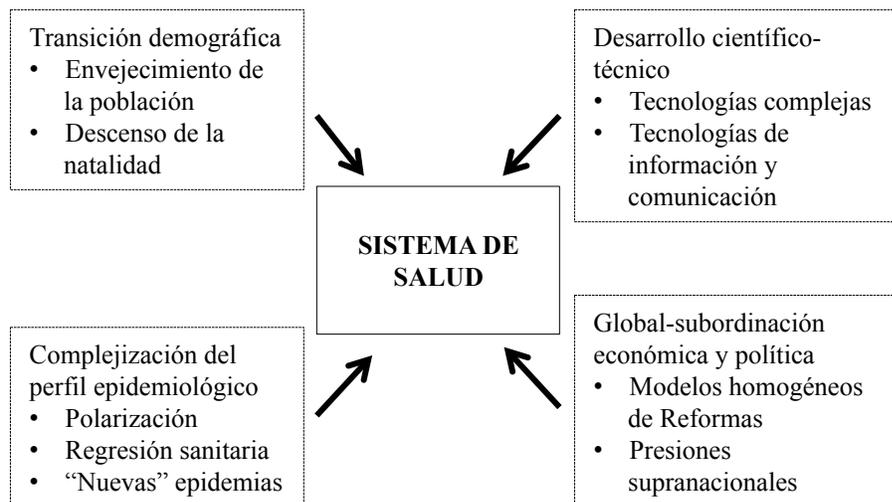
La reducción del financiamiento público en seguridad social tuvo efectos negativos sobre los indicadores convencionales de disponibilidad de servicios, que hoy son menores que hace tres décadas. En forma paralela se privatizó el sistema de pensiones de la seguridad social, que pasó de un sistema de reparto a uno de capitalización individual, creándose las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) y se estableció la garantía de pensión mínima.

El gasto público en salud como proporción del PIB fue de sólo 2.9 por ciento en 2010, lo que ubica a México en un rango 50 por ciento por debajo del promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). Según datos de la OCDE, el gasto per cápita anual en salud en México alcanzó 977 dólares en 2010, en tanto que el promedio de los países integrantes de

la Organización es de 3.5 veces más. También es importante señalar que en la mayoría de los países de la OCDE el gasto público es la principal fuente de financiamiento del sector salud (71 por ciento en promedio), mientras que en México del gasto total en salud, apenas el 47 por ciento es gasto público y el restante es gasto privado (IASC, 2014). Esta situación muestra mayores desigualdades al constatar que el gasto privado en salud del decil más alto de ingresos es casi 24 veces mayor que el del más bajo y que el gasto de bolsillo para atención a la salud de los hogares es del orden de 43.9 por ciento. Para 2010, la proporción de gasto público en salud era semejante a la de 1981 (OPSDH, 2014).

Este proceso histórico de estancamiento del financiamiento público en salud generó desinversión en infraestructura, equipo y recursos humanos y facilitó la expansión de la subrogación de servicios, fenómeno creciente desde los años 90`s. Además, la oferta de servicios públicos se reordenó en la lógica de paquetes básicos de atención, integrados por intervenciones que distan mucho de responder a la diversidad y complejidad de los perfiles de enfermedad y muerte de los mexicanos y se focalizó su implementación en poblaciones vulneradas que requieren acreditar su pobreza para ser beneficiarias de servicios y programas. Se niega su reconocimiento de personas como sujetos de derecho y se anula la posibilidad de tener representación en torno a problemas que las afectan e implican en forma directa (López y López, 2015).

**Figura 3: Presiones múltiples sobre el sistema de salud mexicano.**



Fuente: Elaboración propia

El reordenamiento financiero para facilitar la introducción de seguros médicos y subsidiar la demanda y no la oferta, se impulsó abiertamente desde el año 2000 con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)<sup>1</sup> como opción para extender la cobertura de servicios médicos sin entrar en contradicción con la lógica neoliberal. Este sistema promovió un seguro voluntario subsidiado, conocido como Seguro Popular de Salud (SPS) que incluyó un paquete básico de servicios, un fondo para gastos catastróficos y a partir de 2006 incorporó un seguro específico para menores, llamado Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). El financiamiento público a los sistemas estatales de salud se condicionó a la afiliación de beneficiarios y se definieron contribuciones financieras de la federación, estatales y del beneficiario (a través de prepago), impulsando el ordenamiento mercantil del sistema de salud (Laurell, 2013).

A partir del año 2003 se generalizó la ampliación de la cobertura en salud con base en el SPS, se fortalecieron los rasgos de selectividad y focalización de las décadas previas, se incrementó la desigualdad en el acceso a servicios integrales y se limitó el ejercicio del derecho a la salud en un sentido amplio. Así, para 2010 sólo 42% de la población total era derechohabiente de servicios de salud integrales de amplio espectro y sólo 51% de las personas mayores de 65 años. Cerca de 45% de la población rural sólo tenía acceso a la salud a través del SPS y más de 38 millones de habitantes

no contaban con ningún tipo de afiliación (IASC, 2014).

Aunque la afiliación a servicios de salud vía el SPS y el presupuesto para este programa se incrementaron entre 2005 y 2010, las capacidades públicas de cobertura médico-sanitaria para la atención integral de amplio espectro se muestran estancadas y los servicios que dan soporte al SPS no crecieron al ritmo de la afiliación (CONEVAL, 2015b). La disponibilidad de médicos, enfermeras, camas censables y capacidad instalada mantienen desigualdades importantes entre entidades federativas y municipios urbanos y rurales, en donde los estados con mayor proporción de población rural e indígena presentan menor disponibilidad de servicios (OPSDH, 2014).

En términos de accesibilidad física en 2010, 57 mil localidades rurales del país con casi 3.2 millones de personas, se encontraban aisladas (sin carretera) y alejadas en más de 2.5 km de un centro de salud. Así mismo, los afiliados al SPS y las personas sin afiliación reportan un mayor tiempo de traslado, en particular, aquellos que proceden de localidades pequeñas son quienes tienen menor accesibilidad a los servicios de salud (CONEVAL, 2015b p. 41).

El SPS incrementó en forma rápida la afiliación de beneficiarios mientras que la infraestructura y los recursos humanos para atender a sus afiliados no aumentó a ritmo similar. Además, la cápita por persona afiliada al SPS se redujo de \$1,010.51 en 2009 (cápita promedio por persona) a \$836.18 por persona en 2010 (CONEVAL, 2015b). Los efectos de esta dinámica se traducen en una reducción de la disponibilidad de recursos e infraestructura y equipo entre 2008 y 2010 con efectos negativos en el acceso efectivo y la calidad de la atención.

<sup>1</sup> El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) tuvo como objetivo brindar a la población sin seguridad social, el acceso a un esquema de protección financiera para evitar el daño patrimonial por gastos en salud, con especial atención en aquella población que se encontraba en condiciones de desventaja y marginación social. Cubre las intervenciones contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) en unidades médicas de los tres niveles de atención; con una vigencia renovable cada tres años.

**Tabla 1. Variación de disponibilidad de servicios de salud por cada mil afiliados del Seguro Popular. México, 2008 y 2010.**

Indicador	2008	2010
Establecimientos		
Unidades de Consulta externa	0.629	0.391
Unidades de Hospitalización	0.032	0.020
Camas censables disponibles	1.720	1.082
Camas no censables disponibles	1.292	0.789
Equipo Médico disponible		
Incubadoras	0.095	0.063
Quirófanos	0.076	0.050
Salas de Expulsión	0.212	0.126
Bancos de sangre	0.006	0.004
Laboratorios de análisis clínico	0.044	0.028
Equipos de mamografía	0.008	0.005
Unidades de hemodiálisis	0.002	0.001
Equipo de ultrasonido	0.031	0.025
Médicos en contacto con pacientes	3.849	2.500
Enfermeras en contacto con pacientes	4.744	3.127

Fuente: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2015

Adicionalmente, a pesar de la existencia de estrategias explícitas para el abastecimiento oportuno de medicamentos, existe un problema importante sobre la dotación de medicamentos que, además de estar condicionados a un catálogo limitado, sólo el 65% de las recetas se surten en su totalidad (ENSANUT, 2012), lo que pone en riesgo la efectividad de los tratamientos.

A pesar de los magros resultados del SPS en términos de cobertura efectiva y reducción de gasto de bolsillo, en el 2012 el ejecutivo federal propone la constitución de un seguro médico universal, que con matices, significa continuar por una ruta similar para ampliar la cobertura de salud (López y Rivera, 2015). Para financiar

este seguro se propone mancomunar los recursos de las instituciones de salud y seguridad social, conformando un fondo único de salud, que permita garantizar una cápita individual para toda la población. Esta cápita individualizada permitiría adquirir un seguro médico que incluiría un paquete de intervenciones “garantizadas” en un mercado plural de servicios. Adicionalmente se proponen la intermediación financiera a través de empresas articuladoras, que captan los recursos públicos del fondo único de salud y pagan a los proveedores de servicios (Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

Esta etapa de “universalidad de mercado” está en marcha y es posible que pueda imponerse por la

vía de los hechos a través de la firma de acuerdos, con consecuencias negativas sobre el derecho a la salud. Los usuarios lejos de constituirse en sujetos de derecho, se mantienen como beneficiarios o se transforman en clientes y consumidores de un seguro médico. La población derechohabiente de la seguridad social perdería beneficios al acceder a un paquete “garantizado” menor al que otorgan actualmente las instituciones de seguridad social, con una clara regresión de su derecho a la protección de la salud.

Las personas tendrían “derecho” a una cápita para comprar su seguro con intervenciones garantizadas a través de empresas articuladoras, lo que aumentaría los costos administrativos y la intermediación financiera. Los paquetes de servicios se comprarían en un mercado plural de proveedores, alentando mercados “aceitados” con fondos públicos y competencia entre establecimientos públicos y privados, que provocaría mayor fragmentación y debilitamiento de las instituciones públicas de salud y seguridad social.

En una dinámica de esta naturaleza, la salud es una mercancía, no hay sujetos de derecho sino consumidores y la atención se regula a través de los mecanismos habituales de los seguros privados (exclusiones, pre-existencias, prepago, copago, entre otros). Adicionalmente en este mercado de servicios médicos es previsible el interés por la atención curativa e individual que resulta más rentable, en detrimento de las acciones colectivas de salud pública y el abandono de la actuación intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud y la equidad.

### **Desafíos para garantizar el derecho a la salud**

La salud es condición necesaria para el desarrollo pleno de capacidades individuales y colectivas y

el Estado es el sujeto obligado a respetar, proteger, promover y garantizar el Derecho a la Salud. El deterioro de las condiciones de vida y trabajo de grandes grupos poblacionales, las desigualdades socio-sanitarias, el desmantelamiento de las instituciones públicas de salud y el complejo panorama de enfermedad y muerte en el país, se constituyen en los principales desafíos para garantizar este Derecho.

Continuar por la ruta neoliberal, además de deteriorar la vida y la salud de las mayorías profundiza el desmantelamiento de las instituciones públicas, abona a su fragmentación y reduce sus recursos, vulnerando las posibilidades de garantizar el derecho a la salud.

Dado que el Derecho a la salud involucra los determinantes sociales (alimentación, agua, entorno salubre, vivienda, trabajo, educación, nivel de vida) y el derecho a la protección de la salud (CDESC, 2000), garantizarlo requiere el desarrollo de políticas públicas saludables, que tiendan a elevar la calidad de vida de las poblaciones; así como de políticas sectoriales e intersectoriales que frenen el deterioro de las instituciones públicas de salud y seguridad social, reviertan su fragmentación y desfinanciamiento y posibiliten la construcción de un sistema público de salud y seguridad social universal, integral, equitativo, solidario e intercultural.

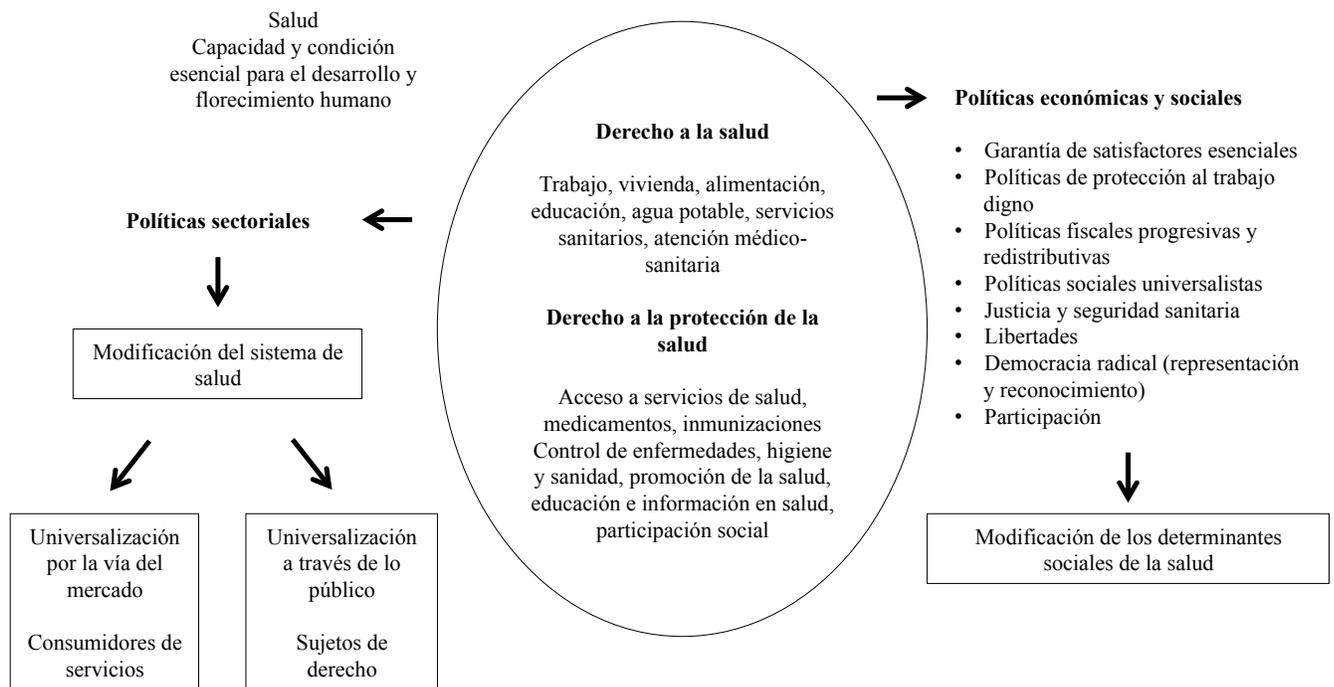
Este sistema debe constituirse en la plataforma institucional para la protección a la salud de todos los mexicanos, abandonando la lógica de mercado. Requiere también superar la fragmentación institucional y programática, para que garantice la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad de los servicios, con estrategias transversales de no discriminación, perspectiva de género, igualdad de trato y equidad.

Desde una perspectiva de salud colectiva, puede configurarse a partir de los servicios ofrecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social y con base a su plataforma institucional optar por un modelo basado en la Atención Primaria a la Salud (APS), que permita la articulación de sistemas locales y regionales de salud con acciones territorializadas e integración de redes de servicios de distintos niveles de complejidad. La propuesta requiere modificaciones legales, armonización normativa y financiamiento fiscal progresivo, que sin desaparecer las cuotas obrero-patronales de la seguridad social, permita un incremento sustancial del gasto público en salud (López et al., 2013).

En forma urgente se requiere refinanciar y ampliar los servicios, mejorar la infraestructura y el equipamiento y garantizar los medios e insumos para que los equipos de salud puedan realizar sus actividades en condiciones dignas y seguras y producir servicios resolutivos y de calidad.

La defensa del sistema público de salud y seguridad social requiere de la movilización y participación de múltiples actores en diversos espacios y de la construcción de agendas comunes por el derecho a la salud, en donde las personas sean reconocidas como sujetos de derecho y estén plenamente representadas

**Figura 4. Abordaje integral desde el Derecho a la Salud.**



Fuente: Elaborado por López-Moreno S. y López-Arellano O. 2015

## Referencias bibliográficas

- Cárdenas, R. (2014a). IV. Desigualdad en la salud, escenarios y acciones. *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, Fondo de Cultura Económica, 134-183.
- Cárdenas, R. (2014b). III. Mortalidad: niveles, cambios y necesidades en materia de política pública. *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*. México, Fondo de Cultura Económica, 115-133, 148.
- CDESC. (2000). *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>.
- CEPAL. (2016a). *Panorama Social de América Latina 2015*. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39965/S1600227_es.pdf?sequence=1).
- CEPAL. (2016b). *CEPAL pide proteger avances e impedir retrocesos sociales ante el potencial aumento de la pobreza en la región*. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-pide-proteger-avances-impedir-retrocesos-sociales-potencial-aumento-la-pobreza-la>.
- Comisión de Derechos Humanos (CDH). (2015) *De la Comisión de Derechos Humanos, referente a las iniciativas con proyecto de decreto por el que se emite La Ley Reglamentaria del artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de restricción o suspensión del ejercicio de derechos y garantías*.
- CONEVAL. (2007). Índice de rezago social por entidades y municipios 2005. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice-de-Rezago-Social-en-entidades-federativas-y-municipios.aspx>.
- CONEVAL. (2014a). *Medición de la pobreza. Anexo estadístico de pobreza en México*. Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_2014.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_2014.aspx).
- CONEVAL. (2014b). *Evaluación de la política social*. Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/inventario\\_nacional\\_de\\_programas\\_y\\_acciones\\_sociales.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.aspx).
- CONEVAL. (2015a). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2014*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/IEPDS\\_2014.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/IEPDS_2014.aspx).
- CONEVAL. (2015b). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Acceso-y-Uso-Efectivo.pdf>.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2014). *Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías* (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>.
- Dávila, C., Ochoa, M. P. y Casique, I. (2015). *Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012*. Salud Colectiva, 11(4):471-484.
- Delgado, O. (2016). Datos y resultados en el registro de la pobreza. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/24/opinion/026a1eco>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2007). *Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, México, 31 de marzo de 2007*. Disponible en: <http://normateca.issste.gob.mx/webdocs/X2/201306051356069344.pdf?id>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2011). *Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 10 de junio de 2011, México*. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2013a). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Educación. México,*

- 11 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/reformaeducativa/assets/downloads/reforma-a-la-ley-general-de-educacion.pdf>.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2013b). *Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de los artículos 6o., 7o., 27, 28, 73, 78, 94 y 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de telecomunicaciones. México, 11 de junio de 2013* Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5301941&fecha=11/06/2013](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5301941&fecha=11/06/2013).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014a): *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud. México, 04 de junio de 2014.* Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5347274&fecha=04/06/2014).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014b). *Decreto por el que se reforman, derogan y adicionan diversas disposiciones del Código de Justicia Militar, del Código Federal de Procedimientos Penales y de la Ley que Establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados. México, 13 de junio de 2014.* Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5348649&fecha=13/06/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5348649&fecha=13/06/2014).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2015a). *Ley Federal del Trabajo. México, 12 de junio de 2015.*
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2015b). *Ley del Seguro Social. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995.* Última reforma publicada, México 12 de noviembre de 2015. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92\\_121115.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf).
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014). *Ley General de Salud. México, 2 de abril de 2014.*
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2012). *México, Instituto Nacional de Salud Pública.* Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>.
- Esquivel, G. (2015). *Desigualdad extrema en México. Concentración del Poder económico y político.* IGUALES-OXFAM, México. Disponible en: [http://cambialasreglas.org/pdf/desigualdadextrema\\_informe.pdf](http://cambialasreglas.org/pdf/desigualdadextrema_informe.pdf).
- Fraser, N. (2008) Escalas de justicia. Capítulo 1. Escalas de justicia. *La balanza y el mapa. Una introducción.* Herder Editorial, Barcelona 2008, pp. 13-29.
- Freyermuth, G., Luna, M. y Ochoa, P. (2011). *Mortalidad Materna en México.* Numeralia 2010, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Observatorio de Mortalidad Materna (OMM). Disponible en: [www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202010%20nueva.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202010%20nueva.pdf).
- Gilly, A. (2014). El Tiempo del despojo. Poder y territorio. *Observatorio Social de América Latina (CLACSO)*, Año XV N° 35 - Mayo de 2014, pp 27-37.
- Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud. (2013). Universalidad en los servicios de salud en México. *Salud Pública México*, 55:EE1-EE64. Disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/SPM55-NE\\_Universalidad.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/SPM55-NE_Universalidad.pdf).
- Herrera, J. y Laurell, C. (2010). Proyectos de prestación de servicios. Una nueva forma de privatización. En: Peña, F. y Parra, B. (Coord.) *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*, ALAMES-MX/Ed. Eón/ENAH, 163-175.
- Hersch, P., González, L., Solorio, M. y Sedano, C. (2015). *Patrimonio biocultural y megaminería: un reto múltiple.* Serie Patrimonio Vivo 13. Autores Sociales de la Flora Medicinal en México. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- IASC. (2014). *Informe alternativo de sociedad civil al primer informe de México al Protocolo de San Salvador. Observatorio de Política Social y Derechos Humanos.* Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/Informe-Alternativo-PSS.-México.pdf>.

- Laurell, C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires, CLACSO.
- Laurell, C. y López, O. (2002). Market commodities and poverty relief. The World Bank Proposal for health. En: Navarro, V, (Coord.) *The Political Economy of Social Inequalities*. Consequences for Health and Quality of Life. New York: Baywood, 191-228.
- López, O. y Blanco, J. (1993). *La modernización neoliberal en salud, México en los Ochenta*. UAM, México.
- López, O. y Blanco, J. (2007). Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal. En: Jarillo, E. y Ginsberg, E. (coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Argentina, 21-48.
- López, O. y Blanco, J. (2010). Políticas de salud en México: más policía médica y menos salud colectiva. En: Peña, F. y Parra, B. (coords.) *La medicina social en México II. Globalización neoliberal*. ALAMES-MX/Ed. Eón/ENAH, 55-64.
- López, O. y Rivera, J. A. (2015). *Sistema Nacional de Salud Universal: universalidad de mercado y restricción de derechos*. En: Valencia, E. y Barba, C. Nueva ronda de reformas estructurales ¿nuevas políticas sociales? Red Mexicana de Investigación en Política Social. UIA/ITESO.
- López, O., Blanco, J. y Rivera, J. A. (2015). Determinantes sociales y derecho a la salud en México. En: Tetelboin, C. y Granados, J. A. (coords.) *Debates y problemas actuales en Medicina Social. La salud desde las políticas y los derechos, el trabajo, la formación y la comunicación*. Serie Académicos, 119, UAM-X, México, 41-66.
- López, O., Tetelboin, C., Jarillo, E., Garduño, M. A., Granados, J. A., López, S. y Rivera, J. A. (2013). La universalización del acceso a la atención médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. En: *Cobertura universal en salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*, OMS/OPS, México, 265-275.
- López, P. (Coord.). (1996) *México: Reforma y Estado*, UNAM-IIE y Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- López, S. y López, O. (2015). Origen y naturaleza de los derechos humanos. En: López, O. y López, S. (coords.) *El derecho a la salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- López, S., Ortega, S. R., Álvarez, J. A. y Montealegre, S. M. (2014). El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López, S., Jarillo, E., Garrido, F. y Villa, B. (coords.) *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. Universidad Autónoma Metropolitana, Academia Nacional de Medicina, INSP. México, 113-131.
- López-Moreno, S., Ortega, S. R., Álvarez, J. A. y Montealegre, S. M. (2014). El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López, S.; Jarillo, E.; Garrido, F. y Villa, B. (Coord.) *El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica*. Universidad Autónoma Metropolitana, Academia Nacional de Medicina, INSP. México, 113-131.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Pelcastre, B., Ruelas, M. G., Montañez, J. C., Campuzano, J. C., Franco, F. y González, J. J. (2014). *Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos*. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, México.
- Márquez-Ayala, D. (2015). *Reporte Económico: México. Proyecciones económicas 2015* (última revisión) y 2016. La Jornada, 9 de noviembre, México. <http://www.jornada.unam.mx/2015/11/09/opinion/03601eco> Consultado el 2 de febrero de 2016.
- Márquez-Ayala, D. (2016). *Reporte Económico: PEA. Ocupación y empleo 2015*. La jornada 7 marzo, México. <http://www.jornada.unam.mx/2016/03/07/opinion/02801eco> Consultado el 30 de marzo de 2016.
- Meade, J.A. (2016). *Sigue el reto de reducir la pobreza en México*, La Jornada 9 de marzo. Consultado el 30 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2016/03/09/permanece-el-reto-de-reducir-la-pobreza-en-mexico-jose-antonio-meade-5923.html>.
- Méndez, J. E. (2014). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Disponible en: <http://sintortura.mx/wp->

- content/uploads/2015/03/A\_HRC\_28\_68\_Add\_3\_SPA.pdf.
- ONU. (2011). *Informe del Grupo de Trabajo sobre las Desapariciones Forzadas o Involuntarias. Misión a México*. ONU, Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos. Disponible en: [http://www.hchr.org.mx/images/doc\\_pub/Informe\\_DesapForz\\_2aEd\\_web.pdf](http://www.hchr.org.mx/images/doc_pub/Informe_DesapForz_2aEd_web.pdf).
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos OPSDH. (2014). *Informe alternativo de sociedad civil al primer informe de México al Protocolo de San Salvador*. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/Informe-Alternativo-PSS.-México.pdf>.
- Paz, M. F. (2012). Deterioro y resistencias. Conflictos socioambientales en México. En: Tetreault, V., Ochoa, H. y Hernández, E. *Conflictos socioambientales y alternativas de la sociedad civil*. Colección Alternativas al desarrollo, ITESO, Guadalajara, México, 27-47.
- Ponce, C. (2014). *Gasto Público en Salud. El caso de México*. OIAPSS. Disponible en: [http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2014/12/GPS.ARTICULO\\_mexico.pdf](http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2014/12/GPS.ARTICULO_mexico.pdf).
- Santos, (2014). *El patrón alimentario mexicano del libre comercio*. México: UNAM/IIIE, CEPAL, 2014.
- Toledo, V. (2015) *Ecocidio en México. La batalla final es por la vida*. México. Grijalbo.