Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG

# AVANCES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN MÉXICO

Eduardo GONZÁLEZ PIER

Empezaré por agradecer al doctor Manuel Ruiz de Chávez, por la invitación, al doctor Salazar, por ser el anfitrión y por convocar, una vez más, a la Secretaría de Salud, y, de igual forma, agradecer a la Comisión Nacional de Bioética y al Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), que a través de muchos años ha sido copartícipe en diálogos complejos e interesantes, que han permitido madurar y formular muchos aspectos de la política pública.

Hace aproximadamente diez años, en este instituto se llevaron a cabo una serie de discusiones muy interesantes del entonces secretario Julio Frenk y del doctor Valadés en torno a cómo ir construyendo la universalidad, empezando por el sistema de protección social en salud, más reconocido como Seguro Popular. Muchas de las discusiones que han enriquecido la formulación de políticas, y en particular los cambios legislativos en la Ley General de Salud, han sido parte de este intercambio que se hace entre la UNAM, el Instituto de Investigaciones Jurídicas y las instancias de la Secretaría de Salud.

A continuación, compartiré una serie de reflexiones alrededor de la discusión de la universalidad del sistema de salud.

En el contexto de la bioética, es particularmente relevante tener una visión general de la universalidad, porque entre más se empiezan a desarrollar los sistemas de salud, y en particular las coberturas, más se acerca uno a las fronteras y a las complejidades asociadas a las prestaciones de servicios. Esto se relaciona con



DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



la agenda sobre aspectos de voluntades anticipadas, de genómica, de discapacidad y de trasplantes, que son temas de la bioética que van probando los conceptos de universalidad, en la medida en que se van abordando nuevas formas de intervenir, de generar salud y que generan nuevas complejidades.

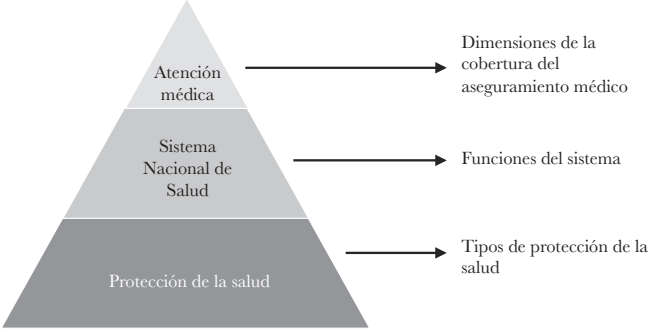
En ese sentido, se destaca la relevancia de lo que tanto el presidente Enrique Peña Nieto como la doctora Mercedes Juan, secretaria de Salud, han trazado para movernos hacia la universalidad del sistema de salud.

Algunos conceptos requieren cierta aclaración para pasar de la cuestión filosófica y reflexiva a aspectos puntuales que pudieran plasmarse, tanto en cambios jurídicos como en cambios operativos. La pregunta de fondo es ¿a qué nos referimos con universalizar?, ¿qué es lo que hay que universalizar? Cuando hablamos de servicios, ¿qué quiere decir "servicios" o qué quiere decir el "Sistema Nacional de Salud"?

Para contestar estas preguntas, se hizo una división en cuanto a lo que se pretende universalizar, en tres grupos no excluyentes: atención médica, el Sistema Nacional de Salud y la protección de la salud. (véase gráfica 1)

Gráfica 1

Concepto de universalidad




DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



La atención médica es muy distinta al sistema de salud. Sin duda, aquí se habla de universalizar intervenciones, como trasplantes, cuidados paliativos y hospitalización general. En este sentido, hablamos sobre aspectos característicos de la cobertura del aseguramiento médico.

Si, además de universalizar la atención médica, se pretende ir más allá y pensar en el Sistema Nacional de Salud, lo que se busca es construir un sistema nacional universal. Entonces, el aspecto de atención no es suficiente, ya que se piensa en universalizar las funciones del sistema. Sin embargo, no todas las funciones del sistema de salud son transversales; es decir, no todas cubren a la totalidad de los mexicanos y los subsistemas del sector.

Por último, un concepto todavía más complejo y que jurídicamente sería el más acertado, como los derechos humanos, es el derecho a la protección de la salud. Lo que buscamos universalizar es la protección de la salud y no necesariamente el sistema o la atención médica. En este sentido, se establece una definición de lo que quiere decir "proteger la salud", y por qué las distintas dimensiones o tipos de protección requieren esfuerzos de universalización.

Una vez señalado el contexto, vale la pena reiterar que dichos grupos no son excluyentes. Por lo tanto, podemos universalizar la atención, el sistema y el derecho humano de la protección de la salud. Sólo de esta forma se logrará converger poco a poco en una política pública ordenada, con miras a una población más sana y al cierre de las brechas en las condiciones de salud de los mexicanos.

Entrando en detalle, en cuanto al primer grupo de atención médica, es importante destacar ciertos aspectos de la cobertura del aseguramiento médico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido tres dimensiones tradicionales para la cobertura del aseguramiento médico que se expresan en forma de cubo (véase gráfica 2). En primer lugar se encuentra la amplitud, en la base de nuestra figura geométrica, que representa quiénes están cubiertos por el aseguramiento médico; es decir, qué población.

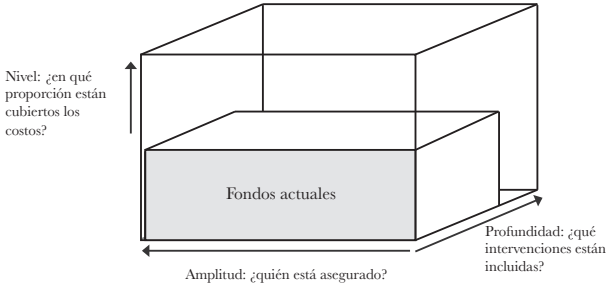
DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



Gráfica 2

Dimensiones de la cobertura
del aseguramiento médico




Fuentes: Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

Segundo, la profundidad del cubo establece qué intervenciones están cubiertas; es decir, todos pueden estar cubiertos, pero no necesariamente tener toda intervención cubierta.

En tercer y último lugar, la altura en ese cubo es la proporción en gasto de los servicios que se cubren; es decir, en qué proporción están cubiertos los costos y cuánto de lo que se presta para financiar los servicios de salud no es parte de la red a la que uno está afiliado.

De esta manera, el cubo crece en altura, profundidad y amplitud de acuerdo con la extensión de la cobertura. Ésta es la tradicional ruta de la universalidad, del aseguramiento en salud que se maneja como parte de la política de la OMS, y no es excluyente en la política mexicana. El cubo va creciendo en la medida en que más personas tienen cobertura médica; se incluyen más intervenciones en un paquete y se otorgan más intervenciones como parte de la red para evitar que las personas recurran a terceros prestadores, proveedores privados, y terminen haciendo

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



un gasto de bolsillo en su búsqueda del acceso a los servicios de salud.

A continuación, es momento de preguntarse cómo vamos en la universalidad de la atención médica medida por aseguramiento. En cada una de las dimensiones (nivel, profundidad y altura) será útil hablar de los tipos de atención médica que se prestan. Para ello, se dividen en dos los tipos de atención: en la parte preventiva, que puede ser primaria o secundaria, la cual, dependiendo de si hay o no daño a la salud, puede implicar hospitalización general o de especialidad, y la segunda parte es una serie de servicios ambulatorios, tanto de rehabilitación como de cuidados paliativos o cuidados de largo plazo (véase gráfica 3).

Gráfica 3

Universalización de la atención médica

| Atención médica | Conjunto de servicios ofrecidos por profesionales de la salud, dirigidos al individuo y que tienen como objetivo principal prevenir, diagnosticar, manejar y controlar la enfermedad, restaurar la salud, rehabilitar el daño físico y mental, y paliar el dolor. |
|---|---|

| Atención médica | Amplitud ¿Quién está asegurado? | Profundidad ¿Qué intervenciones están incluidas? | Nivel ¿En qué proporción están cubiertos? |
|---|---|---|---|
| Prevención primaria | ✓✓✓ | ✓✓ | ✓ |
| Prevención secundaria | ✓✓✓ | ✓✓ | ✓ |
| Atención hospitalaria | ✓✓✓ | ✓✓ | ✓✓ |
| • General | ✓✓✓ | ✓✓ | ✓✓ |
| • Especialidad | ✓✓✓ | ✓ | ✓✓ |
| Rehabilitación | ✓✓✓ | ✓ | ✓ |
| Cuidados paliativos | ✓✓✓ | ✓ | ✓ |
| Cuidados de largo plazo | ✓✓✓ | ✓ | ✓ |

Ambas partes están sujetas a coberturas de aseguramiento vía las distintas instituciones. Desde la reforma de 2003, que entró en vigor el 1 de enero de 2004, sobre el sistema de protección social en salud, prácticamente toda la población tiene

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



una cobertura de la atención médica, ya sea a través del Seguro Popular o de la seguridad social por parte del IMSS, ISSSTE y algunas otras instituciones menores. Se puede decir que toda la población tiene acceso a cobertura, por lo que la amplitud es adecuada tanto en los servicios de prevención como en la atención médica.

Sin embargo, no todas las intervenciones se encuentran cubiertas en la atención médica. La profundidad de la cobertura está concentrada en la atención preventiva y hospitalización general. Sin duda existen áreas de oportunidad, sobre todo en aquellas intervenciones asociadas a nuevas tecnologías, que todavía no encuentran un espacio en los paquetes o en las formas de prestar los servicios. Los cuidados paliativos son un ejemplo de ello, así como intervenciones de medicamentos de muy alto costo y los cuidados de largo plazo.

En la medida en que la población ha ido envejeciendo y es dependiente de atención de cuidados de largo plazo, debido a padecimientos crónicos, se abren nuevos espacios de necesidad y, por ende, nuevas necesidades de cobertura.

En materia de costos, es necesario responder qué parte del costo que uno eroga para atender la salud está cubierta por los sistemas. La atención hospitalaria es la sección con mejor nivel, ya que la mayoría de los servicios que se cubren y se atienden dentro de las coberturas son hospitalarios, por lo que mucha gente opta por atenderse fuera del sistema.

En la gráfica 4, del lado izquierdo observamos la utilización de servicios ambulatorios, dependiendo de la institución pública proveedora de servicios de salud. Del lado derecho tenemos la utilización de servicios hospitalarios, dependiendo de la institución, ya sea el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular o Pemex. Los datos nos muestran la proporción de la gente afiliada a cada institución que decide utilizar los servicios de esa misma institución, así como la proporción que decide atenderse fuera de esa red (véase gráfica 4).

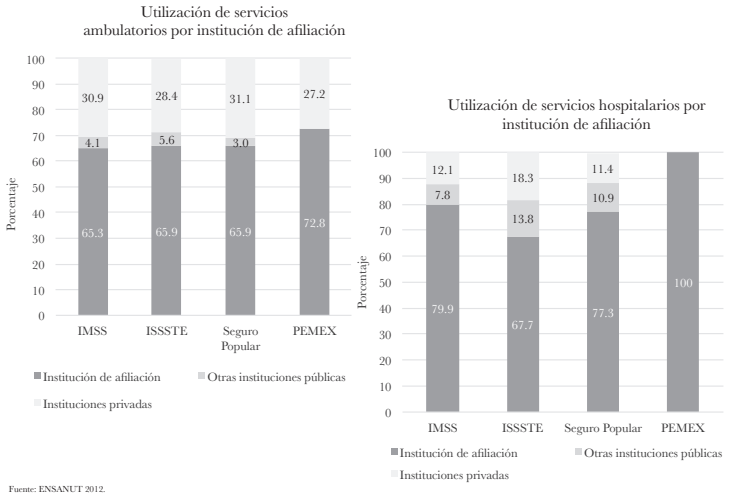
DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



Gráfica 4

La utilización de servicios de salud por institución de afiliación




Fuente: ENSANUT 2012.

La primera observación es que, en hospitalización, en el ejemplo de Pemex, toda la gente que está cubierta por dicha institución utiliza los mismos servicios hospitalarios; es decir, nadie se atiende por fuera. En cambio, tanto en el IMSS como en el ISSSTE y en el Seguro Popular, una proporción importante decide hospitalizarse fuera de la red, por razones de oportunidad o calidad. Pero no hay una cobertura plena en el sentido de que el contar, por ejemplo, con afiliación al Seguro Popular implique que uno ya contribuye al IMSS o al ISSSTE y decida atender plenamente todos sus servicios de hospitalización en una institución distinta.

Del lado izquierdo vemos los casos ambulatorios y la proporción de personas que tienen acceso y cobertura, pero deciden atenderse por fuera, siendo una proporción más alta, aproximadamente 31% del IMSS y 27% Pemex, por lo que se deduce que las instituciones no satisfacen al 100% las necesidades de los afiliados, ya que, además de pagar sus contribuciones, también pagan por un servicio de forma privada.

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



Es así como una agenda importante en la universalidad de la atención médica es la dimensión de los costos, ya sea en cobertura o en protección financiera de costos.

Pasando al siguiente grupo, si lo que queremos es un Sistema Nacional de Salud más universal, habría que pensar en las funciones del sistema desde el punto de vista de la literatura. Una serie de trabajos realizados por Frank Murray, que se pueden encontrar en documentos de la Organización Mundial de la Salud, hacen referencia a cuatro funciones esenciales de un sistema de salud: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos para la salud (véase gráfica 5). La pregunta es qué tan universal es cada una de estas funciones. Lo que podríamos tratar de reflexionar es si tenemos o no una rectoría para todo el sistema, de acuerdo con la función de prestación de servicios (seguridad social, servicios privados o sociales, sistema de protección social en salud).

Gráfica 5

Las funciones del Sistema Nacional de Salud

| Sistema de salud* | Conjunto de recursos, actores e instituciones relacionados con el financiamiento, la reglamentación y la ejecución de acciones de salud. |
|---|---|

| Función** | Subfunciones** | Servicios*** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Sistema de Protección Social en Salud | Seguridad social | Sociales y privados |
| Rectoría | • Regulación, control y vigilancia | ✓ | ✓ | ✓ |
| | • Diseño y orientación del sistema | ✓ | ✓ | |
| | • Información | ✓ | ✓ | |
| | • Evaluación del desempeño | ✓ | ✓ | |
| Financiamiento | • Generación y recolección de recursos | ✓ | ✓ | |
| | • Mancomunación | ✓ | ✓ | |
| | • Compra y asignación | ✓ | ✓ | ✓ |
| Prestación de servicios de salud | • Servicios a la comunidad (bienes públicos) | ✓ | ✓ | |
| | • Servicios de atención médica | ✓ | ✓ | ✓ |
| Generación de recursos | • Investigación | ✓ | ✓ | ✓ |
| | • Recursos humanos | ✓ | ✓ | ✓ |
| | • Infraestructura | ✓ | ✓ | ✓ |
| | • Evaluación de tecnologías | ✓ | ✓ | ✓ |

* Murray y Frenk (2000) Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.
** OMS (2000) Informe sobre la salud en el mundo.
*** Artículo 34 de la Ley General de Salud.

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



De acuerdo con lo observado, podemos concluir que hay buena rectoría, financiamiento, prestación y generación de recursos en la parte pública, que comprende tanto el Sistema de Protección Social en Salud, con cerca de cincuenta millones de mexicanos cubiertos, como la seguridad social, que cubre otros cincuenta millones de mexicanos, aproximadamente. Pero en la parte privada, que dicho sea de paso, es una parte muy importante del Sistema Nacional de Salud, tenemos lagunas en materia de las funciones.

La función más importante de un sistema de salud es el de rectoría y el que más retos plantea. Por ejemplo, no todos los sistemas de información son nacionales, porque las instituciones del sector salud tienen su propia información, principalmente las privadas. De igual forma, no toda la planeación es universal, ni la regulación, aunque esta última es relativamente universal en cuanto a insumos y productos, pero no en servicios.

En el financiamiento sí tenemos universalidad en temas de pago: se paga de forma privada y se paga públicamente. Lo que no tenemos es universalidad en la diversificación de los riesgos: la parte pública se prepaga, en tanto que la parte privada se paga mediante gasto de bolsillo, y una de las subfunciones importantes de un sistema nacional de salud es diversificar equitativamente los riesgos de la salud, situación que no se implementa en el sector privado, porque casi todo el pago es de bolsillo, en el momento de requerir el servicio.

También existe la generación de recursos dirigidos a la investigación, donde se forman los recursos humanos para la salud, se genera la infraestructura y las tecnologías. Ahí es donde mayor heterogeneidad se tiene y donde es relevante ahondar en la generación de recursos humanos en salud.

En la siguiente gráfica se presenta lo que ha sucedido con la generación de recursos humanos en los distintos subcomponentes del sistema. Escogí recursos humanos por ser el elemento más importante para generar la atención médica. Si bien tenemos un

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG

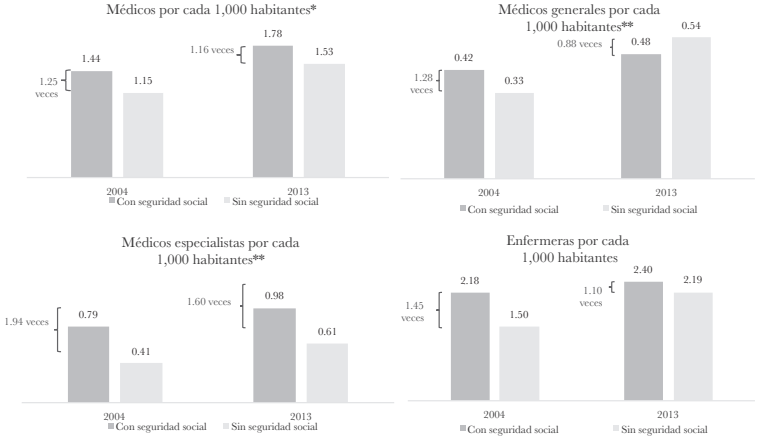


sistema nacional, la disponibilidad de recursos humanos para la salud es muy distinta entre los subsectores (véase gráfica 6).

Gráfica 6

Disponibilidad de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud

Recursos humanos para la salud en México, 2004 *vs* 2013




* Considera médicos generales, médicos especialistas y médicos en formación.
** Se excluyen médicos en formación (pasantes, estudiantes de pregrado y residentes).
Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

En el primer cuadrante se tienen médicos por mil habitantes; en el de la derecha, médicos generales por mil habitantes; en la parte inferior izquierda, médicos especialistas por mil habitantes, y en el derecho, enfermeras por mil habitantes. Se comparan las cifras correspondientes a 2004, antes de la introducción del Seguro Popular, y 2013, para la población con seguridad social y la población sin seguridad social.

Lo que se observa es que las brechas en disponibilidad de recursos humanos se han ido cerrando. Por ejemplo, en 2004 había 1.44 médicos por mil habitantes en la población que tenía seguridad social, y 1.15 en la que no tenía seguridad social; es

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



decir, una brecha de 1.25 veces, y ahora esa brecha se ha cerrado a 1.16. De igual forma, para médicos generales, la brecha pasó de 1.28 a 0.88, revirtiéndose la distribución en las poblaciones; es decir, había más médicos generales en la población con seguridad social que en la población con Seguro Popular, pero para 2013 la población con más médicos generales por cada mil habitantes era la que no contaba con seguridad social.

La brecha más amplia se encuentra en médicos especialistas, ya que teníamos una brecha de casi dos a uno al iniciar el Seguro Popular (población con seguridad social sobre la población sin seguridad social); esto por supuesto se traduce en brechas de acceso, oportunidad y calidad. La brecha se ha cerrado a 1.6, y, para las enfermeras, se ha cerrado de 1.45 a 1.1 por cada mil habitantes.

La universalidad entonces también quiere decir cerrar brechas en la función de generación de recursos, en la subfunción de la generación de recursos humanos para el sector.

Ahora, pasando a la última reflexión, que es algo un poco más complejo, ¿y si lo que queremos universalizar no es necesariamente la atención médica? Por supuesto que se debe buscar universalizar todo, pero pensemos que debemos elegir una manera de iniciar. En vez de universalizar la atención médica o el sistema nacional de salud, lo que quisiéramos es universalizar la protección de la salud. Es decir, tenemos precepto del derecho humano, de la protección de la salud, y queremos que por ser un derecho constitucional, sea para todos los mexicanos. También es necesario entender si ese derecho es o no es del ejercicio de todos y cómo podríamos hacerlo más universal.

Para universalizar la protección de la salud tenemos que entender qué quiere decir "protección de la salud". La Constitución es relativamente amplia en este concepto. Refiere, por supuesto, al artículo 1o. de la Ley General de Salud, y al artículo 4o. constitucional. El artículo 2o. de la Ley habla de que es reglamentaria del numeral 4o. constitucional; el artículo 3o. habla de los objetivos, y el 4o. trata materias de salubridad general. No

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



resulta claro, leyendo la Ley ni la Constitución, cuáles son los tipos de protección.

Para entender los tipos de protección hay que entender necesariamente el concepto de riesgo. No podemos tener estrategias de protección si no comprendemos las naturalezas de los riesgos. Cuando uno está expuesto a riesgos a la salud, podríamos pensar en por lo menos cuatro tipos de riesgos o cuatro cuadrantes (véase gráfica 7).

Gráfica 7

Tipos de riesgo para la salud

Para hablar de la universalización de la salud hay que hablar de los riesgos y los tipos de protección que debe brindar el Estado como parte del derecho a la protección de la salud.

| Tipo de riesgo | Tipo de protección | Instrumentos actuales | Alcance: Sistema de Protección Social en Salud | Alcance: Seguridad social | Alcance: Sociales y privados |
|---|---|---|---|---|---|
| Sanitarios, ambientales y ocupacionales: por exposición y contaminación de productos e insumos | Protección contra riesgos sanitarios | Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) | ✓ | ✓ | ✓ |
| Sociales y conductuales: por exposición a factores patológicos resultado de la vida en comunidad | Prevención y promoción de la salud | Consejo de Salubridad General y Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud | ✓ | ✓ | |
| Iatrogénicos (directos a la salud e indirectos por daño a la dignidad y autonomía de las personas): por consumo de servicios de salud | Seguridad del paciente y calidad de la atención médica | | ✓ | | |
| Empobrecimiento: por gasto excesivo asociado al pago por el acceso a servicios médicos y por falta de acceso | Protección financiera y acceso efectivo | Seguro Popular de Salud<br>Seguro de Enfermedades y Maternidad – IMSS<br>Seguro Médico - ISSSTE | ✓ | ✓ | |

Si uno está expuesto de forma pasiva a un riesgo, el riesgo puede ser parte de los elementos a los que se está expuesto simplemente por habitar o por entrar en contacto con el sistema. Asimismo, si uno está expuesto de forma activa, es un riesgo endógeno asociado a conductas a lo que hacen las personas; uno puede estar expuesto en la calle o puede estar expuesto en el sistema.

El primer riesgo es la exposición exógena al sistema, pasiva para la persona, como son los riesgos ambientales y ocupaciona-

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



les. Si uno está expuesto a daños a la salud por la contaminación del agua, por el plomo en la pintura, por la forma en que están hechos los medicamentos, por lo que respiramos o por lo que comemos, esos son los riesgos ambientales.

El segundo tipo de riesgo es a lo que estamos expuestos afuera de las instalaciones o instituciones de salud por nuestras conductas. Son los riesgos conductuales, como una dieta incorrecta, inactividad física, actividad sexual riesgosa, temas ocupacionales en el trabajo, etcétera. Todo es parte de conductas que generan daños o generan riesgos y nos exponen.

Dentro del sistema de salud, ya entrando en contacto con las instalaciones, también se está expuesto a los riesgos o daños a la salud por actos iatrogénicos. Esto es, que nos exponemos a riesgos a la salud al tomar medicamentos, al entrar a una cirugía, al entrar a una consulta; todo eso tiene beneficios, pero también tiene riesgos. Es toda una agenda de calidad.

Por el mero hecho de entrar en contacto con el sistema, también estamos expuestos al empobrecimiento o al gasto excesivo al hacer uso de los servicios. Son, entonces, cuatro tipos de riesgo. El primero se previene a través de la protección contra riesgos sanitarios. Ya que hay un riesgo sanitario claramente identificado, es necesaria una protección y una institución o una estructura, que es la Cofepris. Ese riesgo está básicamente cubierto a través de ésta en todo el sistema, ya sea público o privado. La Cofepris tiene un alcance hacia todas las estructuras del sistema, el agua potable, las playas, los alimentos, etcétera.

En el segundo riesgo, asociado a las conductas, existe toda una subsecretaría dedicada a la prevención y a la promoción de la salud. Esto implica que se promueve o concientiza que las conductas ponen en riesgo o dañan la salud, no sólo de la persona, sino de la colectividad.

También tenemos otras estructuras, como el Seguro Popular, las instituciones de seguridad social y el Consejo de Salubridad General. En la Constitución del Consejo de Salubridad General se menciona que éste fue creado hace más de cien años para te-

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



mas o problemas asociados a sustancias que envenenan al individuo, básicamente alcohol en aquellos tiempos.

Por otro lado, es de destacar que la actividad de promoción y prevención se da en el sector público, ya que el sector privado se dedica principalmente a la parte curativa.

El tercer riesgo, por su parte, es el asociado a la exposición activa por entrar en contacto con el Sistema Nacional de Salud, con los hospitales, con las clínicas, con los profesionales. En este rubro, la agenda de protección se llama "seguridad al paciente" o, más ampliamente, la calidad de la atención.

Es ahí donde no ubicamos una instancia que tenga ese tipo de coberturas. La bioética y toda la agenda que tenemos está claramente relacionada con los aspectos de protección asociados al contacto del individuo con el sistema, pero el alcance no es muy amplio. Tenemos una agenda pendiente: universalizar la protección de la salud en su dimensión del riesgo iatrogénico asociado con el sistema.

Por último, tenemos el riesgo de empobrecimiento por gastos excesivos al entrar al sistema. La agenda o el tipo de protección contra este riesgo se denomina "protección financiera y acceso". Se trata de una agenda que se ha manejado ya a través de muchas décadas. Los instrumentos actuales son el Seguro Popular, el seguro de enfermedades y maternidad del IMSS, el seguro médico del ISSSTE, estructuras de aseguramiento de protección financiera para las poblaciones cubiertas, principalmente para el acceso a intervenciones de atención médica. Su alcance es en el ámbito del sector público tanto en el sistema de protección, como en la seguridad social (véase gráfica 8).

En esta agenda de protección de la salud vemos cómo se ha manejado ya a través de diez años el cierre de brechas en la protección financiera para toda la población; es decir, la agenda de universalidad en la protección financiera. Esta agenda se ve reflejada en los recursos públicos asignados a cada beneficiario, ya sea en la seguridad social o en el Seguro Popular.

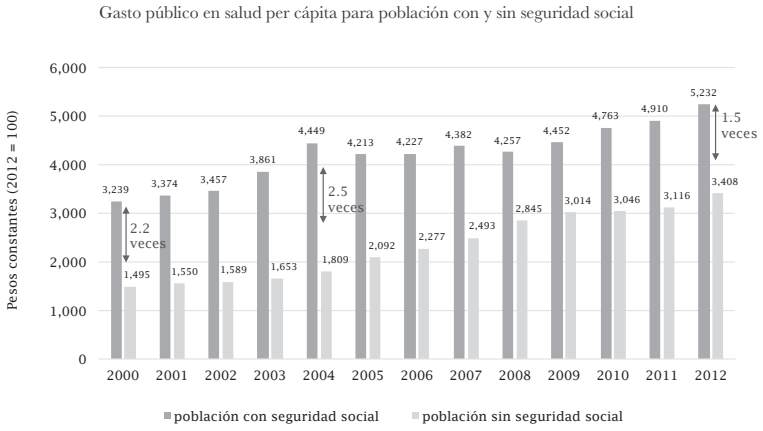
DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



## Gráfica 8

Brechas financieras en el gasto público a la salud por tipo de población




Fuente: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.

En 2004, cuando empezó el Seguro Popular, había recursos públicos que se prestaban a través de la red de servicios de hospitales federales y de servicios estatales de salud. La brecha en la asignación de recursos públicos, es decir, de impuestos generales a la población, era de dos y media veces a uno. Lo que la gente sin seguridad social tenía eran aproximadamente 1,800 pesos por persona por año, medidos en pesos constantes de 2002, en tanto que la población con seguridad social tenía casi 4,500 pesos.

Esta brecha se ha ido cerrando, y en 2012, la cifra ya nada más es de 1.5 veces. La población con seguridad social recibe 5,232 pesos por persona por año; la población sin seguridad recibe 3,408. Esto quiere decir que al cerrar las brechas o inequidades en el financiamiento se cierran las brechas e inequidades en el acceso, y eventualmente cerramos las brechas e inequidades en las condiciones de salud.

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

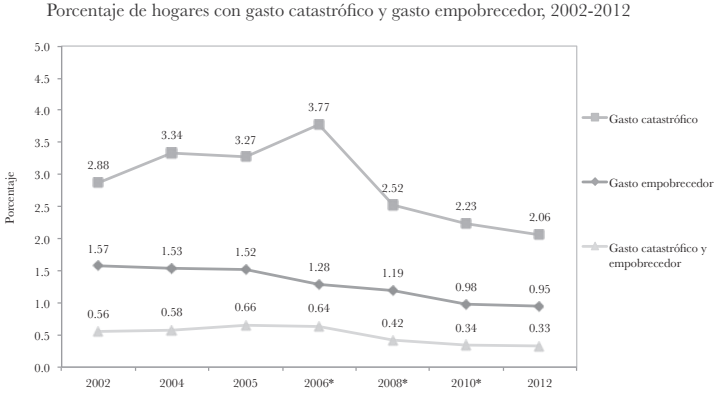
Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



Lo que podemos ver es cómo ha mejorado la protección financiera, medida también por gasto excesivo de dos tipos: gasto empobrecedor o gasto catastrófico (véase gráfica 9). Gasto empobrecedor es el que nos lleva por debajo de la línea de pobreza por razones de acceso a servicios de salud. Gasto catastrófico es el que representa más del 30 por ciento del ingreso disponible en un evento de salud.

Gráfica 9

Porcentaje de hogares con gasto catastrófico y gasto empobrecedor




Nota: Actualizado por los nuevos factores de expansión derivados de los ajustes poblacionales de CONAPO en 2013.
Fuente: Estimaciones con base en la ENIGH 2002-2012 de la Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud.

Aquí lo que vemos es la proporción de familias que se empobrecen o gastan excesivamente por razones de salud y las tendencias que han ido a la baja. La proporción de hogares con gasto catastrófico actualmente es de 2% en el país, cuando hace algunos años era casi 4%. De la misma forma, han ido cayendo sucesivamente todos los indicadores de gasto excesivo y ha ido mejorando la protección financiera en cada uno. Éste es sólo un

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



ejemplo de las cuatro protecciones asociadas al Sistema Nacional de Salud.

Por último, concluyo con una reflexión de cierre. Si pensamos en una agenda de universalidad, no necesariamente tenemos que hacer excluyente la atención médica o el sistema o la protección. Podemos, de hecho, y es el caso, trabajar en las tres agendas de forma simultánea, de forma concurrente (véase gráfica 10).

Gráfica 10

Conclusiones

| Agenda pública | | Propuestas |
|---|---|---|
| 1. Universalización de la atención médica | → | Acceso efectivo a un paquete explícito de intervenciones. |
| 2. Universalización del Sistema Nacional de Salud | → | Fortalecimiento de la rectoría sectorial mediante la adecuación del marco jurídico. |
| 3. Universalización de la protección de la salud | → | Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos de Atención Médica y fortalecimiento de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. |

¿Cuáles han sido las prioridades o el manejo que se ha dado? En primer lugar, para universalizar la atención médica tenemos que movernos hacia el acceso efectivo, que no es nada más que esté disponible, sino que el servicio se preste y beneficie de forma significativa al paciente que lo necesita. No es lo mismo tener disponible el recurso, el hospital, la cama, el médico, a que ese recurso acabe generando un beneficio de salud a la población.

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética

Este libro forma parte del acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM
www.juridicas.unam.mx
http://biblio.juridicas.unam.mx/bjv
Libro completo en:
https://goo.gl/4Ab6EG



El acceso efectivo es una agenda importante de universalidad de la atención médica, y lo necesitamos para un paquete explícito de intervenciones en todo el sistema y para toda la población. Por supuesto, explicitar intervenciones nos lleva a una agenda muy interesante, porque en muchos países hemos visto cómo la universalidad y sobre todo el acceso, se ha judicializado, por lo que muchas de las exigencias que se hacen para la atención médica oportuna se mueven tanto en la presión social como en tribunales.

El segundo punto es la universalidad del Sistema Nacional de Salud, en el que los huecos más importantes o la agenda pendiente en la universalidad del sistema están en el espacio de rectoría. Esto es, en fortalecer los marcos jurídicos para que los sistemas y herramientas de rectoría sean plenamente universales y fortalecer principalmente la Ley General de Salud, así como su desdoble de reglamentos, de lineamientos, de disposiciones y otras leyes complementarias que reglamentan el sistema para tener rectoría, reglas, políticas, planeación unificada, y, sobre todo, universal.

El tercer punto de la agenda pública es profundizar o ampliar la universalidad de las protecciones de salud. La propuesta es crear una instancia encaminada a la protección del paciente en la seguridad y la actividad de servicios. Actualmente, se está trabajando en la creación de una Comisión Federal de Regulación y Vigilancia de Establecimientos de Atención Médica que permita fortalecer todo el marco jurídico y, sobre todo, los actos de autoridad, para mejorar la forma en que se prestan los servicios, y con ello proteger a la población en materia de calidad de servicios.

Esas son tres agendas, que tienen dimensiones distintas de la universalidad, y que ayudan a construir un sistema cada vez más robusto, más sólido, más efectivo, para que tengamos una población más sana. No olvidemos que todo esto no deja de ser simplemente la parte instrumental de lo que es el objetivo del sistema, que es tener una población más sana.

DR © 2018.
Instituto de Investigaciones Jurídicas - Universidad Nacional Autónoma de México.
Comisión Nacional de Bioética