

SECCIÓN I

¿SALUD Y MEDICINA?

CAPÍTULO PRIMERO

APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Fernando CANO VALLE*
Jorge Francisco HANSEN**
Diana Laura PÉREZ MARTÍNEZ***

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Derecho comparado y la ciencia jurídica en México*. III. *Derechos humanos*. IV. *Reestructuración*. V. *Calidad*. VI. *Financiamiento*. VII. *La pandemia*. VIII. *La Comisión Nacional de Derechos Humanos*. IX. *Educación*. X. *Formación del médico*. XI. *Reestructuración*. XII. *La salud pública*. XIII. *Presupuesto*. XIV. *Seguridad social*. XV. *Medicina privada*. XVI. *Propuestas de colofón*. XVII. *Fuentes de consulta*.

I. INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de los derechos humanos, la salud es un acervo que poseen las personas, es la capacidad que cada uno tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida y por ello debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos, además de tener un valor intrínseco, pues estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental, por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Así pues, con base en lo señalado, este libro lleva el propósito esencial de ofrecer información accesible.

Citando a José Vasconcelos (Valero, 2015):

El estado actual de la ciencia es el resultado de la fusión de los productos de muchas épocas. Todas las necesidades sociales han pasado por el periodo de agitación que suscitan cuando se sienten intensamente y se reúnen los re-

* Investigador en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. ecavaf@unam.mx.

** Licenciado médico cirujano en la Facultad de Medicina, UNAM.

*** Becaria de investigación en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

sultados obtenidos durante esos periodos en la armonización de los conflictos que hicieron nacer, entonces podrá verse la organización jurídica en el término de su desarrollo y quizá hasta entonces acomodará sus preceptos a las normas del principio natural de justicia y de la ley de distribución de la energía.

En este ejercicio académico se hará un breve relato que lleva como propósito, lo que con frecuencia hemos mencionado con la convicción de ser cierto: el futuro de la medicina se inscribe en el derecho, este concepto, apoyado por Antonio Gómez Robledo (Valero, 2015, p. 110) de la siguiente forma: “¡Si humanismo puede llamarse a todo movimiento o doctrina propugnadora del desarrollo integral del hombre, este es un humanismo de la más pura ley!”. Un humanismo militante, como solía decir Alfonso Reyes: “un humanismo al servicio de la justicia de la libertad y la democracia que se traduce en suma en primera fila. La salud humana”.

II. DERECHO COMPARADO Y LA CIENCIA JURÍDICA EN MÉXICO

El maestro Héctor Fix-Zamudio, al abordar la importancia del derecho comparado y la ciencia jurídica, en torno a los llamados “derechos sociales” menciona que el carácter mixto y en ocasiones contradictorio de nuestras formas fundamentales, hace difícil su aplicación a una realidad social en constante transformación, se podrían alcanzar soluciones más satisfactorias si se acudiera a los principios de la interpretación constitucional, aquí cabe por ejemplo, analizar el concepto y papel del consejo de salubridad general olvidado en los últimos años.

Diego Valadés escribe acerca de los instrumentos de control parlamentario (Valero, 2015, p. 197):

Hoy las experiencias propias y ajenas muestran que para racionalizar el ejercicio del poder se hace necesario que los órganos políticos del Estado desempeñen sus atribuciones de manera responsable y controlada, que sus relaciones obedezcan a un modelo de equilibrio que facilite su desempeño en beneficio de los gobernados, y que la desconcentración de sus funciones se lleve a cabo sin merma de su eficacia.

Lo mismo menciona al respecto José Ramón Cossío (Valero, 2015, p. 214), quien señala que,

en el ámbito de la academia llevamos muchos años reproduciendo lo que dicen los textos jurídicos, pero no hacemos la función social que histórica-

mente se ha hecho con la ciencia jurídica: ordenar las normas, identificarlas, sistematizarlas, explicarlas, pero también generar elementos de restricción al ejercicio del poder público.

Sabias palabras que de haberse aplicado en el terrible periodo de la pandemia COVID-19, no estaríamos lamentando la muerte evitable de cientos de miles de mexicanos. Otto-Raúl González en el libro *Miguel Ángel Asturias. El gran lengua: la voz más clara de Guatemala* ante el ocultamiento describe: “El Señor presidente, la mentira parece ser el arma más eficaz para mantener en pie la dictadura; la verdad no tiene cabida en un régimen despótico en donde los seres humanos son obligados a vivir en un ambiente de terror y depresión. Y cuando alguien se atreve a expresar la verdad se hace merecedor de un tormento desproporcionado, despiadado” (1999, p. 102).

III. DERECHOS HUMANOS

Antonio Carrillo Flores al referirse a los derechos del hombre comenta “empieza ya a hablarse del derecho del enfermo a morir, sin que se prolongue la técnica cuando lo que aquel desea ya es la paz, el reposo. Que interesa tampoco este derecho al habitante de comunidades a quien no han llegado siquiera los servicios sanitarios elementales” (Valero, 2015, p. 138). Brechas de desigualdad ignoradas, en muchas ocasiones, por los mismos gobiernos. Debemos, de manera urgente, deconstruir el conocimiento en materia de derechos humanos, para así, cimentar el camino hacia la transformación.

El derecho a la protección de la salud está vinculado por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social, al incluirse en la Constitución, el derecho a la protección de la salud adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales; así que es necesario reconocer que los problemas sociales encuentran en la ciencia jurídica el fiel más firme, sin embargo en la realidad, la transformación de la salud y se mantendrá en un *continuum* ante la inaplazable reconstrucción del sistema de atención a la salud de la población de México.

Alfonso Reyes citaba:

En cuanto el hombre se pone en contacto con sus semejantes, sus propios intereses chocan con los de éstos y entonces la adopción de un criterio común, en el establecimiento de la armonía requerida se deberá fijar cierta esfera en la cual cada uno de los intereses divergentes pueda realizarse libremente. Las

normas que limitan en el campo de acción de nuestros intereses particulares son las normas jurídicas (Valero, 2015).

Al refrendar este concepto citamos a Antonio Caso “Las costumbres originan el Derecho, es decir, el Derecho es una diferenciación de las costumbres. La moral como el derecho de ellas procede. La costumbre es un fenómeno social universal corresponde en la vida de las sociedades a la voluntad y la acción en la de los individuos. Así como no hay vida individual sin actos, no existe vida social sin costumbres (Valero, 2015).

Es importante comprender y entender a la salud como un objetivo social universal. La salud es un acervo que poseen las personas, ya que, no es sólo la ausencia de enfermedad, es también la capacidad que cada uno tiene de desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de la vida; por ello, el acceso a servicios básicos de salud debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos, además, de tener un valor intrínseco, ya que, estar sano es una de las principales fuentes de bienestar; la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Al respecto los instrumentos internacionales que destacan los siguientes puntos: la salud es vista como un derecho humano fundamental ligado al desarrollo histórico de las sociedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado pertinente en la postpandemia señalar que la salud no es un problema que un país puede resolver por sí mismo, existe una marcada preocupación de qué se trata de un problema y de una meta por alcanzar en forma regional, y en forma más ambiciosa, en el ámbito mundial. Se trata de un problema aún sin solución, sin embargo, algunos representantes del llamado “primer mundo”, han asentado las bases de un sistema de salud más actualizado e incluyente, motivo por el cual, debemos dirigir nuestra atención a intentar replicar dichos esfuerzos.

El derecho a la salud o a la protección de la salud, como se identifica normativamente en México, está contenido en varios instrumentos internacionales y nacionales. En el ámbito internacional, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. En junio de 1941, Gustavo Arce Cano (1972) relata, que el poder ejecutivo federal expidió el decreto que creó la Comisión Técnica que tenía como objetivo elaborar el proyecto de “Ley de servicios sociales” de este proyecto derivó el concepto “El seguro social”

el cual constituye un servicio público nacional de carácter obligatorio que cubre, dentro de su sistema los siguientes rubros:

1. Accidentes y enfermedades profesionales
2. Enfermedades no profesionales y de maternidad
3. Invalidez, vejez y muerte
4. Cesantía involuntaria en edad avanzada

La encomienda correspondía a un organismo descentralizado, con personalidad jurídica propia, que se denomina “Instituto Mexicano del Seguro Social” se creó en paralelo un seguro voluntario para personas económicamente débiles. Desde su origen y hasta 2023, debió otorgar beneficios suficientes en cuantía y duración. No podrán considerarse suficientes si no satisfacen las necesidades básicas de la vida (Cano, 1972).

De manera similar, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), establece que los Estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Podemos observar que el derecho a la salud, desde los instrumentos internacionales, abarca varios factores determinantes de la salud y no sólo el estar sano. El derecho a la salud implica el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no se limita a la atención a la salud. Existen pues, dos ámbitos complementarios de la salud, el primero que se circunscribe a la ausencia de enfermedades y el otro que, siguiendo a la OMS, trasciende el aspecto individual para abarcar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

En México la seguridad social es un derecho que nace en el cuerpo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, más que un derecho es un principio de justicia social, sin embargo, en forma reciente la deficiente calidad de atención percibida por los derechohabientes en su respectivo centro de salud, así como el poco apoyo a innovaciones, investigaciones científicas y tecnológicas derivadas del reducido financiamiento que recibe el sistema de salud en México ha proyectado una mala imagen del servicio, y un nulo crecimiento de la investigación científica.

Por eso tenemos como objetivo principal, el establecimiento de cimientos fuertes para un futuro sistema de salud, que tenga fines realistas, creado mediante el estudio y la optimización de los recursos con los que se cuenta en este momento. Estamos en un punto de inflexión en cuestión de salud, derivado de las secuelas que la pandemia nos dejó. En este momento, no es suficiente realizar planes y promesas basadas en interpretaciones pasadas

de planes ya conocidos como fallidos. Debemos hacer una reestructuración de nuestro actual sistema, el cual permita la integración de la mayor cantidad de población posible, sin que esto represente, una disminución en la calidad de la atención.

IV. REESTRUCTURACIÓN

En el escenario de un proceso de reestructuración del sistema nacional de salud bajo un esquema de *seguridad social* y de *derechos humanos*, las preguntas que llegan a la mente de todos los que de alguna u otra forma laboran en las instituciones de salud son: ¿Qué pasará con la Secretaría de Salud? ¿Desaparecerá? ¿Cambiará su estructura y su forma de operar?

Para obtener las respuestas a estas interrogantes sólo hay que recordar un poco de la historia de esta institución, que ha realizado logros por la salud de los mexicanos, pero para la época y momento actual, requiere de un proceso de reflexión y análisis que conduzca a una mejora continua en sus procesos de rectoría y de operación. La organización de la Secretaría de Salud para cumplir con una función de coordinación operativa y con una función rectora que le permita garantizar la seguridad social de la población requiere de un análisis y posiblemente de una reestructuración acorde con los determinantes sociales de la salud de la población y cumplir los propósitos establecidos en los objetivos del desarrollo sostenible señalados por la OMS. A los servicios de atención de la salud se recomienda adoptar una modalidad de servicio de asistencia médica financiado con fondos públicos, la atención básica de la salud forma parte de la iniciativa relativa al nivel básico en todo el mundo, la persistente realidad de la pobreza y el trabajo informal exigen que se conciba un nuevo proyecto para el desarrollo de la seguridad social en el siglo XXI, que éste cuente con medios más eficaces para aliviar la pobreza, la propuesta estriba en crear en todo el mundo un piso de seguridad social que se convierta en un puntal.

En México, el derecho a la salud es especialmente relevante debido a los desafíos que enfrenta el sistema de salud, incluyendo la falta de acceso a servicios de calidad, la inequidad en la distribución de recursos y la limitada cobertura en algunas regiones del país.

La población mexicana gasta en promedio 5207 pesos trimestrales en servicios de salud (Soto, 2022, s. p.). La saturación del sistema público de salud y los altos precios de la salud privada han dejado muchos mexicanos en una situación difícil, lo que ha llevado a algunos a describir la situación como “estar en la camachanca”, un fenómeno natural en los Andes que

crea una bruma oscura y espesa que todo lo invade, que impide ver y genera incertidumbre.

Mauricio Merino nos dice que el problema público se selecciona entre muchos otros porque el Estado no puede intervenir en cualquier problema, puesto qué, los recursos siempre son limitados. El presupuesto debe alcanzar para cumplir los objetivos, ya que el Estado tiene la obligación de enfrentarlo de manera explícita, razonable, definitiva y este proceso cuesta dinero.

El objetivo de esta propuesta es asegurar que los ajustes al sistema de salud sean apropiados a las necesidades de la población. Para lograrlo, se utilizará información detallada, herramientas e instancias para monitorear las percepciones y necesidades ciudadanas. Sin embargo y en contraste, el gobierno actual no ha especificado medidas concretas para garantizar el derecho a la salud ni ha explicado cómo se determinarán las necesidades de la población. A pesar de que se ha planteado una reconstrucción completa del sistema de salud, no se han justificado las decisiones de desmantelamiento y empezar desde cero. Aunado a ello, implementar este plan requerirá más recursos económicos de los destinados actualmente para brindar el servicio de manera puntual. Es importante recordar que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar los derechos humanos, incluido el acceso a servicios de salud adecuados, y también debe proporcionar la estructura administrativa necesaria para asegurar este derecho esencial para el desarrollo de la vida humana.

V. CALIDAD

El nivel de la calidad de la atención es en general insatisfactorio y altamente variable en términos de los comportamientos diagnósticos y terapéuticos, el contexto referido muestra que las diversas transformaciones no han logrado el goce efectivo del derecho a la salud, la lectura desarticulada de los derechos humanos se traduce en una excesiva regulación y en la fragmentación del sistema de salud, lo cual anula su goce. Es preciso que se fortalezca el empoderamiento de los ciudadanos frente a este derecho, de ahí la importancia que los programas en el cuidado de la salud las personas sean caracterizadas como titulares de derechos y no beneficiarios de programas sociales, en ese sentido, la promoción debe encaminarse a lograr cambios en la conciencia pública, en la percepción, o el entendimiento ya que su objetivo debe estar orientado a proveer a las personas toda la información necesaria para asegurar que sean capaces de disfrutar un estado de bienestar físico y mental óptimo, incluido el conocimiento de los mecanismos de defensa y el ejercicio de

estos. En este sentido, cobra fundamental importancia los esquemas de atención que no requieren la intervención directa de un médico, sino que pueden ser atendidos mediante servicios de enfermería o la llamada medicina tradicional, o bien alternativa como primer nivel debidamente regulado y vigilado tal como lo recomienda la OMS, aquí aparecen las nuevas tecnologías como elementos fundamentales para desarrollar un sistema de salud eficiente.

El respeto al derecho de la salud implica que el Estado debe de abstenerse de incidir en el disfrute del derecho a la salud o de limitarle o poner en peligro este derecho o las condiciones que lo hace imposible, es una obligación tendiente para mantener el goce y su cumplimiento e inmediatamente exigible con el potencial de volver a cambiar el paradigma de seguridad social, concepto de interés mundial en donde la mayor parte de los países se han enfrentado dos problemas cuya solución definitiva no se vislumbra a corto plazo: la insuficiente calidad de los servicios que presta el sistema y el costo galopante de su financiamiento, lo hacen de difícil solución. Para agravar más esta difícil situación en la mayoría de los casos el incremento en la calidad de la atención médica se acompaña de un incremento correlativo de sus costos, por el contrario, los recortes en el financiamiento de salud se ven aparejados en forma más o menos notable con una disminución en la calidad de los servicios.

Si bien es cierto, lo elevado de los costos tiene una relación directamente proporcional con la calidad de atención, es inequívoco que, en muchos escenarios, no estamos discutiendo la falta de recuso económico. Desafortunadamente, en nuestro país, la obsolescencia de tanto personal de salud como administrativo es un componente recurrente que afecta de una forma directa la calidad de atención de los pacientes. En algunos casos muy particulares, la adquisición (y por lo tanto gasto económico directo) de nuevo equipamiento o de mayor cantidad de recursos humanos, no es precisamente la solución que precisamos.

VI. FINANCIAMIENTO

Para determinar la mejor opción financiera es necesario conocer el tamaño de la población por cubrir y su proyección a 10 años. El potencial de los recursos humanos y el costo relativo al financiamiento. Es necesario llevar a cabo programas y proyecciones a futuro de la cobertura más amplia posible, es decir, lo que se conoce como cobertura universal. Se requiere de la experiencia profesional sobre el propósito de obtener los fondos y planear la estructura de contribuyentes y fondos públicos y privados.

Aquellos efectos negativos sobre la organización del sistema de salud y su financiamiento es fácilmente perceptible cuando hacia la inconsistencia de políticas volátiles se llevan a cabo la construcción de escenarios financieros complejos cuyo resultado se ven en el incremento de la morbilidad y mortalidad en personas indigentes, de ahí, el término de la medicina indigente.

VII. LA PANDEMIA

La pandemia recorrió el telón y colocó en evidencia a quien se dañó; jóvenes, niños, desempleados, ancianos, comunidad rural, población de la montaña, población con patología infecciosa y no infecciosa previa, habitantes de valles o zonas desérticas. Todos ellos sufrieron el impacto de larga duración de políticas inconsistentes ante la pandemia en México.

Lo más grave ha sido la forma de racionar la atención a la salud, las consideraciones económicas restrictivas y la múltiple interdependencia con otros factores derivados de políticas de fuerte contenido ideológico; así como los problemas inherentes al desmantelamiento gradual de la organización del sistema de salud, han debido agregarse la pandemia del COVID-19, lo que resultó en el cambio del perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas y las lesiones comenzaron a desplazarse, predominando los problemas infecciosos y agudos como causa principal de muerte; además, el crecimiento de la población y su envejecimiento paralelo han aumentado la demanda de servicios hospitalarios. Capacidad que en la actualidad ha quedado prácticamente rebasado (Kant y Tyagi, 2021).

Al mismo tiempo surge la pregunta si la sociedad está preparada para recibir un número cada vez mayor de ancianos y de personas con algún grado de incapacidad, así como el gran aumento de problemas relacionados con microorganismos previamente conocidos de alta importancia epidemiológica, teniendo como principal referente a la tuberculosis, en donde los diagnósticos de Novo y el seguimiento médico se vieron suspendidos durante las fases más críticas de la pandemia, por lo que se espera un aumento de la mortalidad por TB en hasta 13% en los próximos años (Kant y Tyagi, 2021).

Es imperioso subrayar la existencia no solamente de consecuencias indirectas de la pandemia, sino, de los efectos directos en la salud de los individuos que han experimentado una infección por SARS CoV-2 (sin tomar en cuenta gravedad del cuadro clínico) conocidos como COVID-Long.

VIII. LA COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (CNDH)

Sólo como ejemplo de lo que ha sucedido con anterioridad a la pandemia por COVID-19, vemos los pronunciamientos de la CNDH sobre salud. La presentación de quejas contra las autoridades como responsables de la violación del derecho a la salud ha sido cuantiosa. En el periodo comprendido de enero de 2000 a 2009 se registraron 11,854 quejas y de 2001 a 2017 han sido crecientes.

En 2022, no es posible obtener del análisis temático que el número de quejas de la CNDH haya crecido importantemente ya que aquellas conducidas que presentan mayor incidencia en materia de salud se atendieron en el ámbito de la medicina privada. En resumen, la CNDH ha considerado lo siguiente:

¿Cuál es la principal problemática?

A. Saturación del sistema

Nuestro actual sistema no cuenta con la infraestructura necesaria para cubrir la demanda por servicios de salud de la población. Sin embargo, una óptima gestión, podría aminorar los estragos provocados por la falta de recursos. Un abordaje adecuado de los pacientes, con enfoque en la prevención, a largo plazo, puede disminuir la carga de pacientes atendidos en un tercer nivel de atención.

B. Opacidad

La población ignora la calidad de los servicios de salud que está recibiendo. No existen estadísticas suficientes y oportunas sobre el desempeño de los distintos componentes del sistema de salud. Es de desconocimiento general para la mayor parte de la población, los recursos a los que cada individuo tiene acceso y cuál es el algoritmo que seguir para obtener dicho beneficio. En resumen, la falta de gestión operativa en los diferentes niveles de atención de salud se ve reflejado en los elevados tiempos de espera de atención médica.

IX. EDUCACIÓN

Los profesionales de la salud han hecho enormes contribuciones a la salud y al desarrollo socioeconómico durante el siglo pasado, pero no podemos llevar a cabo las reformas de salud del siglo XXI con competencias obsoletas o inadecuadas.

El extraordinario ritmo del cambio global está ampliando los conocimientos, las habilidades y los valores de todas las profesiones de la salud. Por eso, hacemos un llamado a una nueva ronda de adaptación; más ágil y rápida de las competencias básicas basadas en perspectivas transnacionales, multiprofesionales y de largo plazo para atender las necesidades de las personas y las poblaciones.

De esta manera, la educación profesional se convertiría en un componente crucial en el esfuerzo compartido para abordar los abrumadores desafíos de salud de nuestro tiempo y, de esta forma, el mundo se acercaría a una nueva era de acción apasionada y participativa para lograr la aspiración universal de un progreso equitativo en salud.

Necesariamente, tal progreso será alimentado por el conocimiento, otorgando a los profesionales un papel esencial en la realización del valor tan acertadamente expresado por Louis Menand:

La búsqueda, producción, difusión y preservación del conocimiento son las actividades centrales de una civilización. El conocimiento es memoria social, una conexión con el pasado; y es esperanza social, una inversión de futuro. La capacidad de crear conocimiento y ponerlo en uso es la característica adaptativa de los humanos. Es cómo nos reproducimos como seres sociales y cómo cambiamos, cómo mantenemos los pies en el suelo y la cabeza en las nubes (Frenk *et al.*, 2010).

X. FORMACIÓN DEL MÉDICO

El equilibrio de recursos humanos tiene que ver con su disponibilidad numérica y su distribución geográfica (base de análisis cuantitativo), así como su adecuada preparación para el cumplimiento de las tareas (base de análisis cualitativo).

José de Jesús Villalpando menciona que: “La producción de médicos por encima de la capacidad de absorción del sistema no representa necesariamente una sobreoferta, ya que una parte de ellos puede emigrar a otros sistemas; en tanto que si se considera existe desequilibrio por falta de oferta

en ciertas regiones, aunque coexiste con sobreoferta en áreas ya cubiertas o en ciertas especialidades, lo cual es otra forma de desequilibrio”.

Cerca de 70% de los titulados anualmente se quedan en el umbral del Sistema Nacional de Salud al no poder especializarse, de hecho, sólo siendo especialistas pueden incorporarse plenamente como profesionales a la sociedad, y, aun así, no todos son contratados, ni absorbidos, siendo esto, una de las mayores falacias de nuestros tiempos, en la que se tiene la noción de la necesidad imperiosa de especialistas o incluso subespecialistas. Debemos cambiar la visión hacia la necesidad de una mayor cantidad de médicos generales que estén enfocados en la prevención de enfermedades, no así, en la prevención secundaria.

Villalpando ha reiterado el problema de sobreproducción y sobreoferta de médicos en un sistema de salud que prácticamente alcanzó al mismo tiempo sus posibilidades de crecimiento y que, por razones de organización y funcionamiento institucional, requiere mayoritariamente de especialistas para su operación; siendo relegados en la escala de apreciación social aquellos médicos que sólo lograron la licenciatura, por lo que éstos se ven precisados a dedicarse a otras ocupaciones, lo que no solo es causa de su frustración y resentimiento personal y grupal con la sociedad y sus instituciones, si no, de igual forma, como se mencionó con anterioridad, una pérdida de oportunidad de virar hacia una atención preventiva y no una medicina especializada en las patologías que pudieron ser prevenidas desde un primer nivel de atención.

Las circunstancias descritas exigen acciones integrales en el corto, mediano y largo plazo para resolver el problema, recurriendo a la obra conjunta de los sectores educativos y de salud. Es importante para ello reconocer las variables que intervienen en la génesis del “problema”, que pueden inscribirse en el orden político, social, económico, educativo y de la ciencia médica. Una propuesta inicial es el encauzamiento de la educación médica hacia una medicina preventiva, en donde la acción del médico general sea resignificada desde lo general (población) a lo particular (educación del médico) para ser concebido como un agente de alto valor en nuestro sistema de salud y no solamente como un recurso potencial para la sobre especialización.

XI. REESTRUCTURACIÓN

Responsable de la obligación de proteger el derecho a la salud, exige que el Estado impida los abusos de los derechos humanos contra individuos y gru-

pos, esto tiene que ver con el deber del Estado para adoptar leyes, políticas nacionales de salud acompañados de un plan específico para su ejecución y seguimiento o medidas que garanticen el acceso a la atención a la salud. Estamos convencidos que es necesario superar la sobrerregulación con la homologación de las guías médicas, leyes, reglamentos, acuerdos, guías, manuales y normas oficiales para la prevención, el diagnóstico, tratamiento, referencia a especialista y la rehabilitación entre las diferentes dependencias del sistema nacional con verdadera premura.

XII. LA SALUD PÚBLICA

La salud pública, encuentra su camino de acción en la promoción de la salud de cada individuo, mantenimiento de un ambiente sano, la capacidad de enfrenar las enfermedades y las incapacidades que esta ocasiona y cuenta con tres dominios de interés: promoción de la salud de cada individuo; mantenimiento de un ambiente sano, y la capacidad de enfrentar las enfermedades y las incapacidades que está ocasiona, lo que en conjunto previene el resurgimiento de nuevas enfermedades. Es crucial puntualizar que la salud de la comunidad no es solamente la salud individual sino el equilibrio del estado de todas aquellas estructuras y conformaciones de acción salud de la comunidad inherentes a la salud colectiva.

La aplicación de los planes o programas de salud se traduce en servicios de salud pública los cuales, encuentran organizados con el propósito de conservar y fomentar la salud comunitaria, de modo que, si este principio no se cumple, la medicina se ve imposibilitada de jugar su principal rol en la población: el derecho a la salud.

Si no contamos con recursos financieros, administración eficiente, personal sanitario e infraestructura adecuada de atención hospitalaria y pre-hospitalaria, es inadmisibile hablar del derecho humano a la salud.

Lo anterior exige discurrir sobre la segmentación financiera y operativa de los servicios de salud de México, cuestión que, por falta de composición institucional, es fuente de desigualdades en los beneficios que reciben la población. Siendo que los presupuestos son distintos entre los diversos prestadores de servicios existen desiguales en la atención y, por lo tanto, en la calidad. Se cuenta con un amplio sector privado lucrativo de los servicios de salud. Se sugiere que la cobertura por seguros puede mejorar los niveles de salud, pero no sería suficiente para reducir la disparidad en dicha cuestión lo que exhorta a inferir que la desigualdad en materia de salud depende de varios factores más allá de la atención médica.

Es de vital importancia recalcar la necesidad de sustentar con evidencia científica la elaboración de políticas públicas y no basadas únicamente en el criterio de quién las elabora. Esto, automáticamente se traduciría en un robustecimiento del modelo de salud dando la oportunidad de ubicar al paciente y sus necesidades como personaje central basándose en un modelo de pruebas estadísticas que amplíe la oportunidad. Regulación sanitaria.

XIII. PRESUPUESTO

México sigue siendo de los países de la OCDE con mayor presencia de gasto de bolsillo y está entre los países de América Latina, con pagos directos superiores al 30%. Independientemente del monto asignado a las instituciones, los presupuestos no se convierten inmediatamente en insumos, por lo que, la eficacia del gasto depende de gran medida que se logren las combinaciones necesarias de personal, insumos, infraestructura, instalaciones, consultas y hospitalizaciones.

Lamentablemente, es frecuente encontrarnos con casos de médicos y enfermeras que no cuentan con insumos mínimos para resolver los problemas de sus pacientes. Es imperioso recalcar que, ningún país por más rico que sea, puede ofrecer todos los servicios e intervenciones posibles a toda su población por lo que es necesario ofrecer los servicios e intervenciones posibles revisar la estructura del financiamiento en sus funciones y enfocar los esfuerzos para financiar aquellas intervenciones que logran los mayores resultados, aspecto en donde México ha experimentado un rezago relacionado a poblaciones vulnerables ya que generan riesgos financieros sin ninguna protección económica.

XIV. SEGURIDAD SOCIAL

A pesar de los esfuerzos para ofrecer protección financiera para todas las poblaciones, en 2018, 14.6% de los hogares de la población, reportaron no tener ningún tipo de seguro. Además, 25,8% de los hogares afirmó que al menos un miembro del hogar no tenía seguro o tenía varios tipos de seguros. El simple hecho de tener un seguro social puede no tener un gran impacto, ni proporcionar una garantía de reducción de los gastos de bolsillo en todos los hogares (García-Díaz, 2022).

El financiamiento de la seguridad social mexicana se encuentra en crisis, particularmente, el tema de las pensiones. Se han mencionado aumentos en la tasa de cotización, ampliación de la base, aumento de la edad de

retiro, disminución de jubilación, mejoras administrativas, etcétera. Y sin duda, los caminos apuntan a la necesaria existencia de un sistema mixto, es decir, la convivencia y una base solidaria que asegure a todo individuo una vez que designa y procura el ahorro individual mediante aportaciones voluntarias, sin embargo, la organización estaría a cargo de un organismo público descentralizado o con personalidad jurídica y patrimonio propio, lo cual, tendría que contar con representantes del sector social.

El promotor de la reforma a la seguridad social es el doctor Alfredo Sánchez Castañeda a quien hemos invitado a ampliar el tema sobre la creación del Instituto Mexicano de Protección Social que permitiría articular la hoy dispersa política social. Su creación habilitaría la comprensión del principio de solidez de solidaridad y sin duda sería un apoyo al IMSS que seguiría con menos saturación y, por otro lado, la transferencia, convenios, portabilidad efectiva y separación de prestaciones de la atención médica y de la cobertura médica son temas obligados.

XV. MEDICINA PRIVADA

Las razones para incurrir en gastos de bolsillo son diversas y van desde reducir los largos tiempos de espera en el sector público hasta evitar el pago de franquicias en los seguros privados. Adicionalmente, los servicios públicos no siempre cuentan con los medicamentos o insumos necesarios para la atención.

Esto ha impulsado un grupo creciente pero heterogéneo de proveedores privados de salud, que van desde clínicas independientes, hospitales, hasta consultorios adyacentes a oficinas de farmacia, afiliadas a grandes cadenas y fundaciones. Estos últimos han surgido como una solución a las necesidades de la población de bajos recursos (Block *et al.*, 2020).

XVI. PROPUESTAS DE COLOFÓN

Un riesgo sanitario es un factor detectable, medible e identificable, que se sabe o se intuye puede causar una condición desfavorable en la salud de la población, que no se daría sin la presencia de este factor (Cano, Márquez, y Melgar, 2014).

Existe la posibilidad de un choque de competencias entre la Secretaría de Salud por medio de algunas unidades administrativas y la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios, como órganos desconcentrados con autonomía funcional y técnica. Lo anterior muestra cierta disfuncionalidad del marco normativo aplicable a la salud en México, en

particular por el diseño de la Cofepris dentro del marco reglamentario aplicable a la Secretaría de Salud. Lo que debe llevarnos a considerar la necesidad de una herramienta administrativa para enfrentar el riesgo sanitario, fuera de la Secretaría de Salud. Así para rediseño futuro de la Cofepris, una experiencia interesante es considerar la estructura de la American Public Health Association (APHA). La APHA Se integra en 25 secciones especializadas y 7 grupos especiales de interés primario.

TABLA 1
ESTRUCTURA DE LA APH

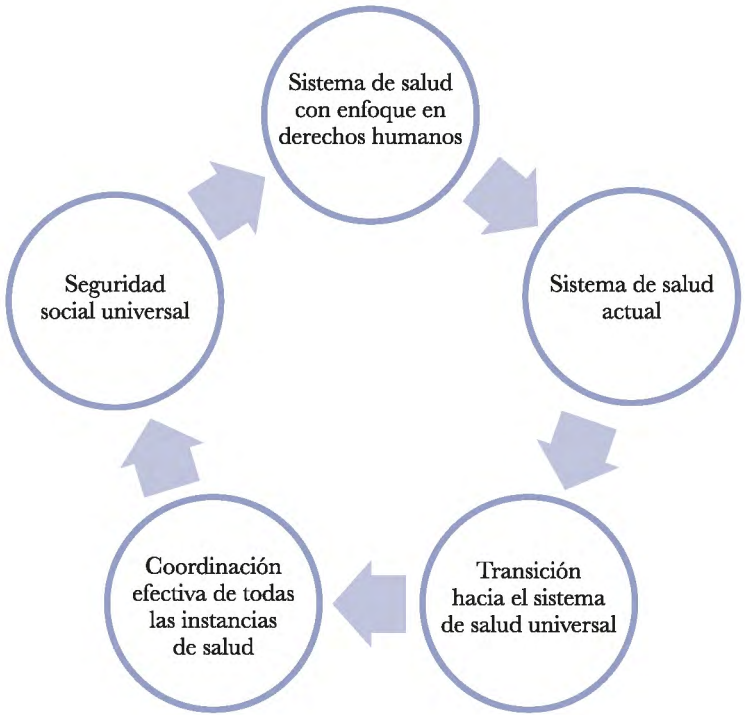
<i>Secciones con base en la especialidad</i>	<i>Grupos especiales de interés primario</i>
Alcohol, tabaco y otras drogas	Prácticas de salud alternativas y complementarias
Cuidados quiroprácticos	Trabajadores de salud comunitaria
Planeación de la salud comunitaria y política de desarrollo	Foro de discapacidad
Medio ambiente	Foro ético
Epidemiología	Foro de derecho de la Salud
Comida y nutrición	Salud radiológica
Salud gerontológica	Salud pública veterinaria
Administración de la salud	
Virus de la inmunodeficiencia humana	
Control de lesiones y servicios de salud de emergencia	
Salud internacional	
Laboratorios	
Salud materna e infantil	
Cuidados médicos	
Salud ocupacional y seguridad	
Salud bucal	
Salud podológica	
Población	
Planificación familiar y salud reproductiva	
Educación para la salud pública y promoción de la salud	

Secciones con base en la especialidad	Grupos especiales de interés primario
Enfermería en salud pública	
Educación en salud escolar y servicios	
Trabajo social	
Estadística	
Cuidado de los ojos	

FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, 29 y 30).

Como lo hemos asentado desde el punto de vista de los derechos humanos, esto es desde la visión ética que se desprende del apartado dogmático de una constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país (Cano, Márquez, y Melgar, 2014). Lo anterior se puede mostrar en el siguiente gráfico:

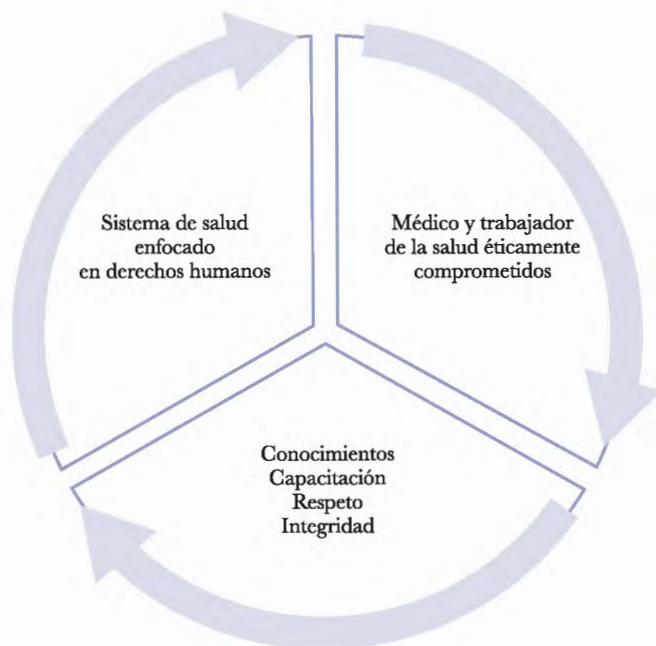
GRÁFICO 1



FUENTE: Cano Valle, Márquez Gómez y Melgar Manzanilla (2014, pp. 29 y 30).

En otro orden de ideas, una de las prioridades de gasto en salud debe ser una capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario y un programa de incentivos de permanencia a todo personal de salud coma como se muestra en el cuadro siguiente.

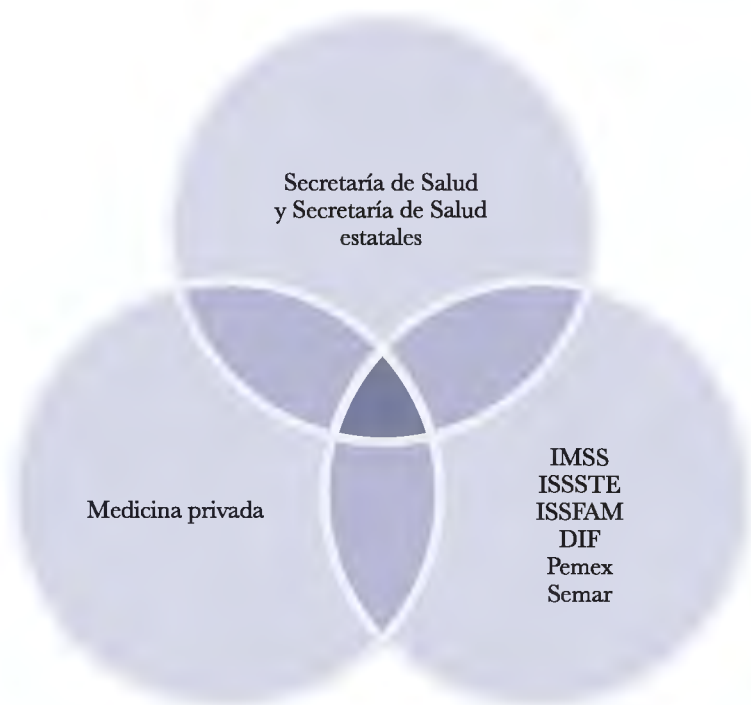
GRÁFICO 2



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, pp. 29 y 30).

La permanencia derivará necesariamente de la interacción entre los elementos del cuadro y una organización administrativa con enfoque también humano (Harmon y Mayer, 2001) también debemos generar una atención médica plural, sinergia pública-privada, lo que implica la interacción global de servicios de salud, tanto los que se presentan en el ámbito público como los que se dan en espacios privados, los programas de consultorios populares deben ser apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos y cuyas facturas se pagarán por el gobierno federal por medio de la Secretaría de Salud, eso podría hacer una buena respuesta para hacer efectivo el derecho humano a la salud y así mejorar el servicio e impulsar la economía nacional. Una posible estructura de estas interacciones se muestra en el cuadro siguiente.

GRÁFICO 3



FUENTE: Canoe, Márquez y Melgar (2014, p. 333).

Lo que implica que toda la organización administrativa debe volcarse en nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos, de esta forma, en nuestra opinión, el sistema de salud nacional se podría sustentar en una Secretaría de Salud que opere como agente central único, que sea generador de políticas en materias de salud para todo el país (Cano, Márquez y Melgar, 2014).

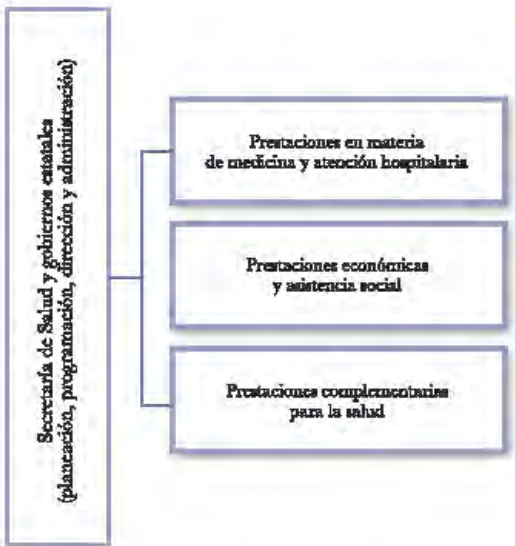
GRÁFICO 4



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 333).

En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cada subsecretaría se establecerían los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer nivel, otorgando así, el acceso universal a la medicina. Esta estructura puede ser de transición para permitir cambios en el futuro y se muestra en el siguiente cuadro.

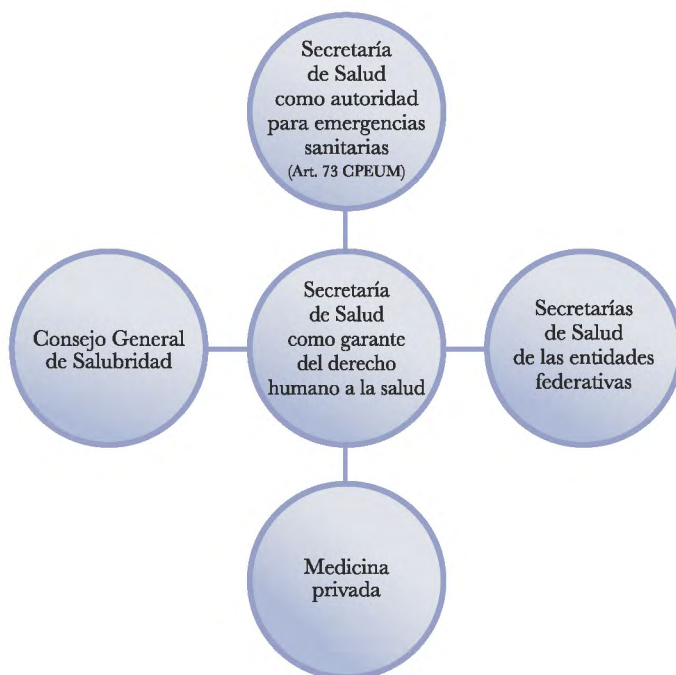
GRÁFICO 5



FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 334.)

Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: *a)* el cuidado de la salud, *b)* las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, *c)* las prestaciones complementarias como agua potable, alimentos, etcétera. Lo anterior sentaría las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México, que es ejemplifica en el esquema siguiente y que articula los recursos del país en materia de salud hacia el logro de proteger el bien común, es decir, con un enfoque de derechos humanos.

GRÁFICO 6

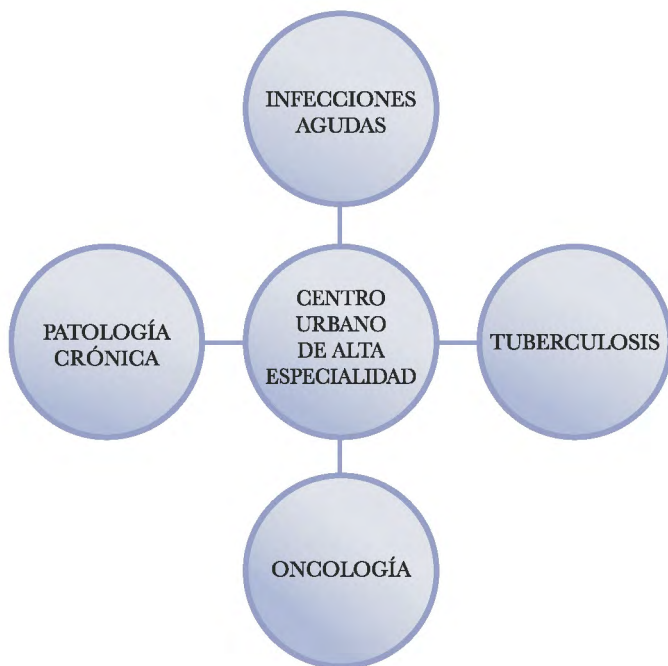


FUENTE: Cano, Márquez y Melgar (2014, p. 335).

Siendo las enfermedades respiratorias, un tema de interés público derivado de la ya concluida pandemia, y las secuelas médicas que esta trajo para una gran porción de la población, recomendamos la implementación de una sistema de valoración y atención médica de enfermedades respiratorias, basado en el modelo antes mencionado, explicado con mayor claridad en el siguiente cuadro.

GRÁFICO 7

PROGRAMA ENFOCADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA CONSTITUIDO POR UNA UNIDAD CENTRAL Y CUATRO UNIDADES PERIFÉRICAS, CADA UNA DEDICADA A LA ATENCIÓN A ENFERMEDADES PARTICULARES



FUENTE: Elaboración propia.

Tiene como objetivo la referencia directa de los pacientes con patología respiratoria desde un primer contacto, a unidades satélite, facilitando su seguimiento y logrando un aumento en la calidad de atención.

Con esto, se intenta reducir tiempo entre la identificación de la persona con morbilidad y la atención especializada, así como la pérdida de información mediante el uso de un expediente clínico único y electrónico. Dentro de este proyecto, se considera a la población pediátrica con riesgo de complicaciones respiratorias, así como a paciente con secuelas postCOVID-19. Son: la comunicación digital, el uso de herramientas de internet, el acceso seguro y la protección de datos sensibles del paciente, los pilares fundamentales de este programa.

Objetivos

- Identificación oportuna de enfermedades respiratorias.
 - Reducir el tiempo de primer contacto con especialista.
 - Reducción de morbilidad y mortalidad a largo plazo.
- Creación de expediente clínico único.
 - Mejora en la calidad en atención médica.
- Unidad médica central de valoración inicial (exploración física, estudios de laboratorio, estudios de gabinete y apertura de expediente clínico).
- Generación de líneas de investigación.

XVII. FUENTES DE CONSULTA

- Arce Cano, G. (1972). *De los seguros sociales a la seguridad social*. Porrúa.
- Block, M. Á. G., Reyes, H., Lucero, M., Hurtado, C., Balandrán, A., y Méndez, E. (2020). *Health Systems in Transition Mexico Health system review*. 22(2), 2020. www.healthobservatory.eu
- Cano, F., Márquez, D. y Melgar, P. (2014). *Medicina y estructuras jurídico- administrativas en México. Hacia la reforma Integral del Sistema de Salud Mexicano*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- García-Díaz, R. (2022). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08417-0>
- González, O. R. (1999). *Miguel Ángel Asturias El Gran Lengua, La voz más clara de Guatemala*. (2a. ed.). Editorial Praxis.
- Harmon Michael, M. y Mayer Richard, T. (2001). *Teoría de la organización para la administración pública*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública- FCE.
- Kant, S. y Tyagi, R. (2021). The Impact of COVID-19 on Tuberculosis: Challenges and Opportunities. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 8, pp. 1-7. <https://doi.org/10.1177/20499361211016973>

- Soto, D. (2022, septiembre, 13). *Gasto de bolsillo elevado, la consecuencia de un sistema de salud limitado*. *Expansión*. <https://politica.expansion.mx/mexico/2022/09/13/gasto-de-bolsillo-elevado-la-consecuencia-de-un-sistema-de-salud-limitado>
- Valero Recio Becerra, O. R. (2015). *Pensamiento jurídico en El Colegio Nacional*. Instituto de Investigaciones Jurídicas.