

Salud

Diego VALADÉS*

El texto original del artículo 4o. constitucional aludía a la libertad de trabajo; en 1974 su contenido fue trasladado al artículo 5o., y en su lugar se introdujeron la igualdad jurídica de la mujer y el hombre y el derecho de toda persona a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos. A partir de entonces, ese precepto se convirtió en el nuevo instrumento constitucional para la expansión de los derechos fundamentales. A la fecha cuenta con dieciocho párrafos, que contienen un elenco muy variado de derechos.

453

En materia de salud, en 1983 le fue adicionado un tercer párrafo en los términos siguientes:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Con posterioridad, en 2020 fueron adicionadas otras líneas: “La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.

Ahora se plantea una nueva adición, para quedar así:

Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. *El Estado garantizará atención médica integral, universal y gratuita, incluyendo estudios médicos, intervenciones quirúrgicas y los medicamentos necesarios para*

* Investigador emérito en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, ORCID: 0000-0002-1247-7450.

*garantizar este derecho.*¹ La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

Como se puede apreciar, la adición de 2020 y la que se propone en 2024 son redundantes. El texto de 1983 contenía dos cuestiones: la determinación de que el acceso a los servicios de salud sería establecido mediante la ley, y la distribución de competencias en los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La ley reglamentaria define a la salud como un “estado completo de bienestar físico, mental y social”, y no sólo “la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con este criterio, la protección de la salud concierne al bienestar físico y mental, a la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y al disfrute de los servicios de salud, entre otras cosas, en tanto que la salubridad general atañe a la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y establecimientos de salud, a la organización y supervisión del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, a la investigación en esa materia, al saneamiento básico y a las medidas de prevención y tratamiento por el consumo de alcohol y estupefacientes. El catálogo de temas en materia de salud y de salubridad es muy extenso, en parte porque no se siguió un criterio riguroso para distinguir entre ambas cuestiones.

Para los efectos de este comentario, lo relevante son la adición incorporada en 2020 y la propuesta en 2024. En cuanto a la primera, ya transcrita, sólo repitió lo que ya figuraba en la Ley General de Salud desde 2003,² cuando se incluyó el capítulo III bis, con el epígrafe “De la protección social de la salud”. El artículo 77 bis 3 dispuso que las personas y familias que no fueran derechohabientes de algún sistema de seguridad o previsión social se incorporarían al sistema de Protección Social en Salud en todo el país. Para incorporar tal capítulo no era necesario modificar la Constitución, y no se hizo.

¹ Las cursivas son mías, para resaltar el texto que se propone añadir.

² DOF del 15 de mayo de 2003.

Después de la adición constitucional de 2020, ese capítulo pasó a denominarse “De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”. Implicó sustituir la denominación del sistema anterior por la de Sistema de Salud para el Bienestar, e incluir al Instituto Mexicano del Seguro Social como coadyuvante de las entidades federativas “en la consolidación de la operación de la prestación gratuita de los servicios de salud... a través de la implementación de acciones para ampliar la cobertura de la prestación gratuita de los servicios de salud mediante... la prestación de estos servicios” (artículo 77 bis 2). La redacción es confusa. Más adelante se indica que el Sistema está integrado por la Secretaría de Salud, los organismos competentes de las entidades federativas y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para modificar ese capítulo de la ley no era necesario tocar la Constitución. Décadas atrás, incluso antes de la adición al artículo 4o., en 1983, existieron los programas IMSS-Coplamar e IMSS-Solidaridad, que ofrecían atención médica gratuita de primer y segundo niveles para las personas que no contaban con seguridad social. La reforma constitucional de ese año, cuya redacción me fue encomendada, no tuvo por objeto reiterar lo que ya operaba, sino facilitar las acciones de coordinación de los diversos servicios de salud. El crecimiento desordenado del sector de la salud llevó a que la atención médica se prestara por instalaciones hospitalarias de las secretarías de Salubridad y Asistencia, Defensa Nacional y Marina Nacional, y por organismos como Petróleos Mexicanos, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. En su momento, la empresa Ferrocarriles Nacionales de México también contó con su propio sistema de atención médica. A lo anterior se sumaban los servicios médicos estatales a población abierta más los ofrecidos por los institutos locales de los trabajadores públicos de cada entidad federativa.

Semejante dispersión implicaba costos muy elevados para el sector público por la superposición de servicios en las mismas áreas geográficas, mientras que en muchas otras la población no disponía de instalaciones accesibles. Además, los costos de edificación y equipamiento obedecían a criterios diferentes; asimismo, la selección y capacitación del personal era muy asimétrica, y la adquisición de insumos para la salud, muy onerosa. Gracias a la reforma constitucional fue posible iniciar procesos de coor-

dinación eficaz entre los distintos prestadores públicos de esos servicios y adoptar un cuadro básico de medicamentos. En este último aspecto se tenía la experiencia del Seguro Social, donde Bernardo Sepúlveda impulsó la elaboración de un cuadro básico en 1958.

En 1983, ya vigente la reforma al artículo 4o., y en plena crisis económica debida a la devaluación del peso y a la estatización de la banca el año anterior, se produjo una severa escasez de medicamentos. Con fundamento en las facultades constitucionales de los artículos 4o. y 73, un decreto presidencial del 9 de junio de 1983 creó la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud, encabezada por el Consejo de Salubridad General, con el liderazgo de Guillermo Soberón y Bernardo Sepúlveda. En cuestión de meses el país dispuso tanto de cuadros básicos de medicamentos como de material de curación y prótesis, así como de materiales, reactivos y medios de diagnóstico para laboratorio, lo mismo que de instrumental y equipo médico y el material de información científica. Con estos instrumentos de utilización nacional, adicionados a las numerosas medidas de coordinación y descentralización emprendidas por la Secretaría de Salud, fue posible poner en sintonía esfuerzos hasta entonces dispersos y mejorar la atención de la salud, con un uso más redituable de los recursos disponibles. La reforma constitucional tuvo una motivación práctica y produjo efectos directos en la salud de la población.

Uno de los problemas que han afectado a la Constitución a lo largo de varias décadas es la inclusión de reformas y adiciones repetitivas, de contenido reglamentario o sólo discursivas. En los casos de la incorporada al artículo 4o. en 2020 la motivación fue de carácter retórico, pues nada añadió a lo que ya existía en la norma; la que se propone en 2024 supone una redundancia sobre la redundancia. Véase el siguiente cuadro:

<i>Texto adicionado en 2020</i>	<i>Texto adicional al anterior, propuesto en 2024</i>
La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.	El Estado garantizará atención médica integral, universal y gratuita, incluyendo estudios médicos, intervenciones quirúrgicas y los medicamentos necesarios para garantizar este derecho.

Los elementos de ambos textos son similares. Los dos aluden a garantizar atención médica gratuita; en 2020 se habló de “atención integral”, y en 2024 se particulariza aludiendo a estudios médicos, intervenciones quirúrgicas y medicamentos, como si no estuvieran incluidos en la “integralidad” de los servicios. Lo peor es que la intención podría ser restrictiva, pues la atención integral de la salud debe incluir, además de estudios, cirugías y medicamentos, otros insumos, como materiales de curación y prótesis, que al quedar excluidos de la redacción de apariencia complementaria que se propone daría lugar a que se los negaran a los pacientes. En estos términos, la adición que plantea el presidente de la República nada agrega a lo que ya dice el precepto, e incluso podría restar derechos a los solicitantes de servicios médicos.

La iniciativa también pasa por alto la reforma constitucional de derechos humanos de 2011. A partir de entonces, el artículo 1o. constitucional consagró los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de esos derechos, por lo que todo derecho establecido por la Constitución, por las leyes federales o locales y por los tratados internacionales, vincula al Estado y es exigible por sus beneficiarios. El criterio de que sólo la Constitución otorga derechos corresponde a una etapa anterior a esa reforma. En términos muy generales, conforme a esos principios los derechos son aplicables a la totalidad de las personas que se encuentren en los supuestos previstos por la norma; los derechos se interrelacionan en el sentido de hacerse viables de manera correspondiente; al ser indivisibles no están sujetos a separación ni jerarquización, aunque en determinadas circunstancias sí puedan ser objeto de ponderación, y su progresión implica que no es válido suprimir o limitar derechos conquistados por algunas personas o grupos, y en cambio sí lo es extender esos derechos al universo de quienes se encuentren en circunstancias análogas.

Eso sucedió, por ejemplo, cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró la constitucionalidad de la interrupción del embarazo o el matrimonio entre personas del mismo sexo. Si bien la resolución atendía a medidas legislativas ordinarias dictadas en la Ciudad de México, por virtud de los principios mencionados podían ser reclamados por quienes se encontraran en condiciones análogas en cualquier otro lugar del país. En la medida en que no se entiendan los efectos de la reforma de 2011, hay riesgos de violaciones de derechos humanos, como sucedió con la supresión de las escuelas de tiempo completo, en perjuicio de millones de me-

nores. Lo que procedía conforme a la Constitución era lo contrario: hacer extensivo a todos los menores del país el derecho a disfrutar de escuelas de ese tipo; esto habría sido lo acorde con la progresividad y universalidad de los derechos: que todas las escuelas públicas del país avanzaran en la dirección de ser de tiempo completo.

En cuanto a los servicios de salud, es aceptable y razonable que se procure mejorar lo existente, pero es violatorio de los derechos humanos interrumpir servicios en marcha. Es muy probable que se intente hacer aparecer la adición propuesta como un avance relevante para desviar la atención acerca de las graves fallas con motivo de la pandemia por COVID-19 y otras que han afectado a un número muy elevado de personas por falta de medicamentos. La realidad, como se ha dicho, es que la adición propuesta resulta redundante y potencialmente restrictiva.

Hay otro aspecto que se debe considerar. La reforma de 1983 se introdujo con un fin práctico, y significó un nuevo derecho humano. Se cuidó la redacción para que no se otorgara un derecho general a la salud, imposible de cumplir porque la enfermedad es inevitable, sino un derecho a la protección de la salud, lo cual sí es asequible para el Estado. En esa época se tenía presente la Declaración de Alma Ata, emitida en 1978 con motivo de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). México suscribió esa declaración, que, entre otros aspectos, estableció:

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

El objetivo de salud para todos en 2000 no se cumplió en el mundo ni en México, pero el compromiso fue atendido en nuestro país con la modificación constitucional y las acciones consecuentes a partir de 1983. Hay otros instrumentos internacionales que contienen previsiones en materia

de salud. Entre estos está la Agenda 2030 de la ONU, adoptada en 2015 y cuyo objetivo 3 prevé lograr cobertura sanitaria universal, erradicando epidemias como sida, tuberculosis y malaria, proveer vacunas y acceso a servicios de salud para todos. A falta de algunos años para llegar a la meta prevista, en el informe de 2023 tales metas parecían remotas. Por ejemplo, en 2015 la tasa mundial de mortalidad materna era de 227 por cada 100,000 nacidos vivos; la meta al 2030 es llegar a 70, pero en 2023 apenas había disminuido a 223.³

También la Organización Panamericana de la Salud proclamó la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. La OPS es un organismo con larga tradición en el continente. Fundada como Oficina Sanitaria Internacional en 1902, en 1950 fue reconocida como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos. Tiene la peculiaridad de que también es parte de la OMS, que a su vez es una oficina regional de la Organización de las Naciones Unidas. La Agenda de la OPS alude a la integración de los derechos humanos en los programas y políticas de salud, y alinea buena parte de sus metas con la agenda de la ONU, si bien varias de las cifras regionales de las que se parte son mejores que las identificadas para el resto del mundo. Empero, los avances tampoco apuntan a alcanzar los objetivos anhelados.

Menciono lo anterior porque si bien los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por México son exigibles en el país, no sucede lo mismo con las resoluciones, declaraciones o acuerdos internacionales en los que México ha participado, pero que no son tratados formales ratificados por el Senado. En consecuencia, el Estado mexicano no está obligado a dar cumplimiento a varios de sus compromisos internacionales. Esto no violenta ninguna disposición constitucional, pero sí exhibe una carencia: en el conjunto de los derechos humanos incluidos en los tratados de los que México forma parte no figuran los relacionados con la atención de la salud; sólo hay algunos asociados con la salud pública: el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (1971, ratificado por México en 1975), la Convención Única sobre Estupefacientes (1961, ratificada

³ ONU, Informe de los objetivos de desarrollo sostenible, 2023, disponible en: https://unsstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf?_gl=1*10o7q5f*_ga*ODE0MzYwNzM4LjE3MDg3NDAxMDY.*_ga_TK9B-QL5X7Z*MTcwODc0MDEwNi4xLjEuMTcwODc0MDE3MC4wLjAuMA [consultada el 24 de febrero de 2024].

en 1967) y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003, ratificado en 2005).

Los esfuerzos en materia de salud han quedado confinados a los espacios nacionales. Esto tiene varias explicaciones. Una de ellas consiste en que muchos Estados de la región siguen siendo confesionales, o al menos tienen compromisos con sectores eclesiásticos. Esta situación hace que tales Estados sean refractarios a cuestiones tan sensibles como los derechos sexuales y reproductivos, que tienen un reflejo directo en los servicios para la salud. En el caso de México, la laicidad del Estado presenta un avance considerable con relación a la mayor parte de los países del hemisferio, y aun así el esfuerzo por extender los derechos sexuales y reproductivos sigue encontrando resistencias. Hay sistemas normativos que mantienen una posición muy retrógrada. En El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana subsisten penas severas para los casos de aborto, y otros apenas lo permiten en circunstancias muy específicas. En este contexto, es difícil pensar que los derechos en materia de salud de fuente internacional puedan prosperar, lo que obliga a que en México se tengan que profundizar y acelerar los adelantos en cuestión de salud.

En conclusión, la propuesta de adicionar el artículo 4o. constitucional es redundante, y, de ser aprobada, podría tener implicaciones restrictivas con relación a derechos ahora vigentes.