

El derecho a la salud en el Estado mexicano

Luciano Jimeno Huanosta

Introducción

Gobernanza se define como el conjunto de interacciones y acuerdos entre gobernantes y gobernados dirigidos a generar oportunidades y solucionar los problemas de los ciudadanos, construyendo las instituciones y normas necesarias para generar esos cambios. Con fundamento en esta definición, el presente artículo tiene por objeto presentar el marco actual en el que se desarrolla el derecho a la salud en México, al tiempo que analiza oportunidades en materia de gobernanza dirigidos a perfeccionar el ejercicio de dicho derecho. Es menester mencionar que para que existan mecanismos de gobernanza efectivos, debe comprenderse a plenitud la influencia jurídica y práctica de gobernantes y gobernados en una determinada materia, de modo que las propuestas de acción resultantes armonicen y se conviertan en soluciones prácticas sustentadas en la legitimidad y el sentido común. La presente investigación revisa fenómenos sociales relacionados con el ejercicio del derecho a la salud, aún no normalizados como mecanismos de gobernanza, pero con características potencialmente susceptibles para convertirlos en procesos formales de ella.

En términos legales, en México el *derecho a la salud* se consagra como derecho social inalienable en el párrafo cuarto del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra dice: “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”.¹ A su vez, la citada fracción establece la creación de un Consejo de Salubridad General, dependiente del presidente de la República, para ejecutar, de la forma que considere conveniente, las medidas necesarias para proteger a los habitantes del país de las enfermedades y las epidemias, sin más precisiones sobre el tema; otras normas de carácter administrativo, hoy de valor histórico a la luz de la reforma política de la capital del país, se dictaron para el Distrito Federal en el año 2009, en su Ley de Salud, decretada por el entonces Jefe de Gobierno del

¹Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, última reforma, DOF, 15 de septiembre de 2017.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

D.F., Marcelo Ebrard Casaubón, destacando, en su artículo 4o., párrafos I y II, que la “protección a la salud” implica “el bienestar físico y mental del individuo, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades”, al tiempo que pretende “prolongar y mejorar la calidad de la vida humana” mediante la “garantía de seguridad sanitaria para los habitantes”.²

Como se ha mencionado anteriormente, en épocas recientes la Ciudad de México, anteriormente Distrito Federal, ha enfrentado un proceso de modernización en lo tocante a su conformación administrativa, jurídica y política, lo que incluyó la promulgación de su primera Constitución Política desde que la ciudad se constituyó como asiento de los poderes de la Unión. Fue el 5 de julio de 2016 cuando fueron convocadas elecciones extraordinarias para conformar el Congreso Constituyente que redactaría la Carta Magna de la Ciudad, con la pretensión de otorgar derechos de avanzada a sus habitantes; tras la aprobación del proyecto de Constitución el 31 de enero de 2017, el documento final fue promulgado en sesión solemne el 5 de febrero del mismo año, en conmemoración de los 100 años de la Constitución Federal de la República de 1917. Esta primera Carta Magna de la capital del país entrará en vigor el 17 de septiembre de 2018.

Como parte del nuevo orden constitucional en materia de salud para la Ciudad de México, el artículo 9o. apartado D, de la Constitución de la Ciudad de México³ establece:

1. Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, con las mejores prácticas médicas, lo más avanzado del conocimiento científico y políticas activas de prevención, así como al acceso a servicios de salud de calidad. A nadie le será negada la atención médica de urgencia.
2. Las personas que residen en la Ciudad tienen derecho al acceso a un sistema de salud público local que tenga por objeto mejorar la calidad de la vida humana y su duración, la reducción de los riesgos a la salud, la morbilidad y la mortalidad. Asimismo, deberá incluir medidas de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y discapacidades mediante la prestación de servicios médico-sanitarios universales, equitativos, gratuitos, seguros, de calidad y al alcance de todas las personas. Aquéllas con discapacidad tienen derecho a la rehabilitación integral de calidad.
3. Las autoridades de la Ciudad de México asegurarán progresivamente, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes generales aplicables:

²Ley de Salud del Distrito Federal, artículo 4o., párrafo VIII publicada en la *GODF* el 17 de septiembre de 2009.

³*Constitución Política de la Ciudad de México*, publicada en la *GOCDMX* el 05 de febrero de 2017.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

- a) La cobertura universal de los servicios e infraestructura médica y hospitalaria, de manera prioritaria en las zonas que enfrentan mayores rezagos y el abasto gratuito y oportuno de medicamentos esenciales;
 - b) Las condiciones necesarias para asegurar que en las instituciones de salud pública local existan los servicios de salud, asistencia social y atención médica, la disponibilidad, accesibilidad, seguridad e higiene en las instalaciones de los centros de salud y hospitales, así como la suficiencia de personal y profesionales de la salud capacitados, equipamiento, insumos y medicamentos;
 - c) La existencia de entornos salubres y seguros, espacios públicos, actividades sociales, culturales y deportivas que mejoren la calidad de vida y la convivencia, propicien modos de vida saludables, desincentiven las violencias, las adicciones y las prácticas sedentarias;
 - d) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas e infecciosas;
 - e) El desarrollo de investigación científica para rescate y promoción de la medicina tradicional indígena; y
 - f) La prestación de los servicios locales de salud pública es competencia del Gobierno de la ciudad y en lo que corresponda a las alcaldías.
4. Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a un trato digno, con calidad y calidez, a una atención médica oportuna y eficaz, a que se realicen los estudios y diagnósticos para determinar las intervenciones estrictamente necesarias y debidamente justificadas, a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, a recibir información sobre su condición, a contar con alternativas de tratamiento, así como a expresar su consentimiento para la realización de procedimientos médicos y a solicitar una segunda opinión.
 5. Los servicios y atenciones de salud públicos y privados respetarán los derechos sexuales y los reproductivos de todas las personas y brindarán atención sin discriminación alguna, en los términos de la legislación aplicable.
 6. Se respetará en todo momento el derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como las decisiones libres y voluntarias del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento su dignidad. Para ello, se estará a lo que disponga esta Constitución y las leyes.
 7. A toda persona se le permitirá el uso médico y terapéutico de la *cannabis sativa*, índica, americana o marihuana y sus derivados, de conformidad con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la legislación aplicable.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

En resumen, de este breve análisis documental se desprende que el Estado mexicano, en todos sus niveles de gobierno, posee un firme compromiso constitucional para dedicar recursos públicos, políticos y administrativos bajo su potestad a fin de garantizar la protección de la salud y la vida humana, deber regulado a través de leyes específicas en la materia; hay que destacar que toda esta estructura jurídica tiene un fin práctico fundamental que debe involucrar a todo habitante de la República: *garantizar, en la medida en que el poder del Estado lo permita, el derecho y compromiso inalienable de los individuos a cuidar su salud, para no enfermar, y una vez enfermos, acceder a los medios técnicos y recursos materiales necesarios para recuperar su salud hasta el límite que las buenas prácticas y la ciencia médica lo permitan, entendiéndose, este último límite, ajeno a cualquier interés que no sea la preservación de la vida humana; cualquier interés que obstaculice este supremo deber del Gobierno debe cuestionarse, de conformidad con la ley, como anticonstitucional y atentatorio de los derechos humanos y políticos de los mexicanos; asimismo, la ley no exige a los gobernados de su responsabilidad personal sobre su salud y bienestar y, por el contrario, asume un espíritu enfático en cuanto a la obligación jurídica del individuo para promover y perfeccionar el bienestar de su entorno, su comunidad y de la sociedad en general.*

Objetivo

Conocer el marco de desarrollo jurídico y práctico del ejercicio del derecho a la salud con base en algunos ejemplos específicos de procesos sanitarios de alto impacto social susceptibles de perfeccionarse a través de procesos normalizados de gobernanza.

La salud en México, el problema del gasto

En términos económicos, la responsabilidad del Estado en atender las necesidades sanitarias del país ha constituido un oneroso encargo que dista de corresponder con la cobertura suficiente de las necesidades en el rubro. Según datos del Centro de Análisis para Políticas Públicas México Evalúa,⁴ el gasto en salud per cápita creció de \$1,235.00 en 1990 a \$3,125.00 en 2008, lo que significó un incremento en ese periodo de 153% tras lo cual, en medio de polémicas decisiones sobre el presupuesto del sector, México redujo su gasto público en salud en 2016 a 3% del Producto Interno Bruto (PIB), \$628,400 millones de pesos, en comparación con 2015, donde se destinó 3.06%; en términos de gasto por persona, éste fue de \$5,166.00 en 2016, 11.45% me-

⁴México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas, *El gasto en salud en México*, 2011, pp. 5-6.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

nos que en 2015, cuando este valor fue de \$5,833.00.⁵ Es así como México descendió al puesto 116 de entre 192 países medidos por su gasto público en salud con respecto al PIB en 2016, muy por debajo de Estados Unidos, que destinó 8.46% de su PIB a salud, y Canadá, que lo hizo con 7.23% de su PIB.⁶

Por otra parte, en cuanto a los retos epidemiológicos que enfrenta el país, es en el Informe Ejecutivo 2016 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)⁷ donde puede leerse una breve y concisa descripción del estado sanitario actual del país:

A pesar de que la población mexicana es joven, con alrededor de nueve personas en edad laboral por cada adulto mayor de 65 años (más del doble del promedio de la OCDE), enfrenta necesidades de salud complejas y retardoras. México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida de los países de la OCDE se incrementó en promedio tres años entre 2000 y 2013 (aumentó de 77.1 años a 80.4 años), en México sólo incrementó 1.3 años (de 73.8 a 74.6 años). La brecha de longevidad entre México y otros países de la OCDE se ha ampliado de cuatro a casi seis años.

Un aspecto de particular preocupación son las altas tasas de obesidad y diabetes en el país. Entre 2000 y 2012 las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población adulta mexicana se incrementaron de 62.3% a 71.3%; uno de tres niños también tiene sobrepeso u obesidad. No es de sorprenderse que la diabetes, la enfermedad crónica más directamente ligada con la obesidad, se esté extendiendo rápidamente y ahora afecte a muchos adultos. En México, más de 15.9% de los adultos tienen diabetes, más del doble del promedio de los países de la OCDE de 6.9%. Quizá como resultado de estos perfiles adversos de factores de riesgo, las muertes por enfermedades cerebrovasculares sólo se han reducido 38% desde 1990, una disminución modesta en comparación con la reducción promedio de 54% entre los países de la OCDE. Sin embargo, es aún más desconcertante que las muertes por cardiopatías sólo hayan disminuido 1%, en contraste con la reducción de 48% en otros países de la OCDE. Debido a que la población mexicana está envejeciendo más rápido que cualquier otro país de la OCDE, hay pocas razones para esperar que estas tendencias adversas se reviertan sin un fortalecimiento sustancial del sistema de salud. Sumado a este preocupante panorama epidemiológico, el contexto social y demográfico de México también presenta retos significantes. La salud y la prosperidad se siguen distribuyendo de forma desigual, donde las personas en los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas viven en desventaja. A pesar de las grandes reformas redistributivas, la pobreza continúa siendo endémica. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) muestra que un poco menos de 10% de la población sigue viviendo en pobreza extrema (aunque esta cifra está

⁵*Expansión*. “Datos macro 2016”, <https://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>

⁶*Expansión*. “Gasto público salud per cápita 2016”, <https://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>

⁷*Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, Resumen Ejecutivo México 2016*, pp. 9-10.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

disminuyendo) y México es el segundo país más desigual en el área de la OCDE después de Chile. Los ingresos per cápita en los estados más ricos son entre cuatro y seis veces más altos que los ingresos per cápita de los estados más pobres del sur. Aproximadamente, tres cuartas partes de la población indígena en México vive en pobreza, comparado con alrededor de cuatro de cada diez personas no indígenas.

El panorama en términos de efectividad del gasto en salud en México enfrenta uno de los mayores rezagos en la historia del país. Así lo expresa, detalladamente, el Centro de Análisis para Políticas Públicas México Evalúa:⁸

Cuando se observan las cifras de presupuesto asignado a algunos sectores, particularmente a salud y educación, se podría pensar que no hay exactamente una subinversión sino quizás una mala asignación de los fondos al interior del sector, así como mala rendición de cuentas. El presupuesto público destinado a los sectores relacionados con educación, salud y nutrición (que constituyen el capital humano), sostiene una trayectoria creciente ininterrumpidamente desde 1997; sin embargo, cuando se analizan los indicadores que evalúan cada uno de estos rubros en el mejor de los casos simplemente han mantenido resultados iguales y en el peor, han decaído.

Situando este dilema en el ámbito de salud, un mayor gasto público es necesario para poder integrar a más individuos con derechos sociales, disminuir las brechas de desigualdad que signa a nuestra sociedad y evitar que las personas caigan en gastos por motivos de salud que pueden profundizar su pobreza o bien, llevarlos a una situación de pobreza que no tenía previa a la enfermedad. Éstos son algunos de los argumentos que pueden justificar el incremento en gasto de salud, pero para muestra basta un botón y se tiene a la mano el contraejemplo perfecto en el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, que después de 10 años de su puesta en marcha no ha dado una sola evidencia contundente de cambio estructural sobre la manera en que los mexicanos enfrentan la enfermedad.

Desde el año en que se diseñó el Seguro Popular a la fecha, el presupuesto que se le ha otorgado ha crecido poco más de 20 veces lo que permite incorporar a 57.3 millones de personas que antes no podían ejercer su derecho a la salud. El gasto público para población no asegurada ha crecido 3.6 veces en los últimos 15 años, para los asegurados se ha duplicado, este direccionamiento en el incremento del gasto tiene fundamento en intentar reducir las inequidades en salud. Por ello resulta sorprendente el escaso resultado que hay en términos de gasto de bolsillo.

Desde 1994 que se estimaron las primeras Cuentas Nacionales en Salud se detectó el papel tan importante que realiza el gasto de las familias para sostener al sistema de salud, pues de cada peso gastado en atención a la salud, 52 centavos provienen de los bolsillos de las familias y 48 de gasto público del gobierno. Hoy a 22 años de esa

⁸México Evalúa, *¿Es eficiente el gasto en salud?*, <http://mexicoevalua.org/2016/06/15/es-eficiente-el-gasto-en-salud/>

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

estimación dicha estructura de aportación no se ha modificado, pese a la implementación de diversos programas para la salud, el más importante el Seguro Popular.

¿Qué porcentaje de lo que se gasta en salud se refleja en mejores niveles de salud, mayor acceso a atención médica, abasto suficiente de medicamentos? En un esfuerzo por estimar estos impactos del gasto en salud, Martínez, Aguilera y Quintana (2009) calcularon un coeficiente de efectividad que ayuda a entender de mejor manera el efecto del gasto en las condiciones de salud de la población a través de la expectativa de vida al nacer. Si se hace este coeficiente para una selección de países de América, se encuentra que México tiene un coeficiente de efectividad por debajo del promedio, incluso de países similares como Brasil, Chile o Colombia. La interpretación más obvia es que el presupuesto que México destina a los servicios de salud no se refleja en mejores indicadores de las condiciones de salud de la población; por ejemplo, la mortalidad infantil en México es la segunda más alta de la OCDE al multiplicar por tres la mortalidad infantil con un pobre resultado de 15.2 por cada 100,000 nacidos vivos.

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud y diversos abordajes de salud pública, no hay mejor manera de invertir en salud que hacerlo desde la esfera de la promoción y prevención; de hecho, es la parte de la salud más próxima a un bien público desde la perspectiva económica, pues hacerla llegar a una persona no evita que los demás lo reciban y no se debe dejar de consumir bien alguno para destinar recursos financieros al recibirla. Bien, pues en México la direccionalidad de la inversión es exactamente la contraindicada, todo va a atender el daño de la enfermedad destinando gran parte de los recursos a curación. Los recursos de Seguro Popular se asignan con una estructura de 76% servicios personales, 20% gastos de operación y 4% inversión; los dos primeros temas absolutamente de atención al daño y el tercero más bien enfocado a infraestructura. La prevención y promoción de la salud son vertientes que no se valoran en su justa magnitud.

Muy en el tenor del reporte de México Evalúa respecto al gasto en salud, destaca que la cobertura de servicios en salud por nivel de ingresos de los hogares muestra ciertas inequidades que resultan injustificables como que de 45% de las familias ubicadas en el 10% más pobre del país sólo tiene acceso a los servicios de salud proporcionados por la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Oportunidades. Y en contraparte los hogares ubicados en el 10% más alto de nivel de ingresos, 56% recibe atención del ISSSTE, IMSS, Pemex, Defensa, Marina, Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia y, en una menor proporción, de la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Oportunidades. Así, el acceso a servicios de salud aún no es universal ni equitativo y los sectores más vulnerables no tienen opciones ni alternativas para tratarse. ¿El nuevo sistema universal de salud actuará sobre nuevas premisas o fortalecerá la injusticia social reflejada en algo tan sensible como la salud?

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

Aunado a los defectos que el sistema de salud mexicano padece en su organización y operatividad, existe un grave factor creciente que está impidiendo ejercer el derecho a la salud a una elevada proporción de mexicanos: la pobreza. Así describe el fenómeno la periodista Paola Ramos Moreno:⁹

“La pobreza extrema es la enfermedad mortal más cruel del mundo y la mayor causa de sufrimiento en la tierra”, se lee en el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1995. Un glosario editado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) cita la frase y señala que la pobreza está profundamente vinculada con la salud de las personas.

“Se observan claras diferencias entre clases sociales respecto de la calidad de la salud. Las personas y niños que pertenecen a clases sociales ‘bajas’ tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades infecciosas y parasitarias, neumonía, intoxicación o violencia. Los adultos de estas clases sociales tienen mayores probabilidades de padecer cáncer y enfermedades cardíacas y respiratorias”.

En México, 55.3 millones de personas viven en pobreza, y entre ellas, 11.4 millones subsisten en condiciones de pobreza extrema, según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Además de estos 55.3 millones, 8.5 más están catalogados como “vulnerables por ingreso”, lo que da un total de 63.8 millones de mexicanos en pobreza por ingresos que sirven para satisfactorios básicos.

La mitad de nuestro país, pues, es pobre. Y la desigualdad socioeconómica persistente se percibe en múltiples dimensiones, de las que la salud no es la excepción. Así como el acceso a servicios de salud y seguridad social determinan el nivel de pobreza de la población, ésta interrelación puede interpretarse a la inversa: la población con menores ingresos recibe menos recursos y peores servicios de salud que la población con mayores ingresos, señala la organización Acción Ciudadana Frente a la Pobreza.

Del total de habitantes de nuestro país, 21.5 por ciento de la población (en términos genéricos, uno de cada cinco mexicanos), no tiene acceso a los servicios de salud, esto tiene efectos especialmente adversos para quienes viven en condiciones de mayor pobreza, pues en este sector existe mayor carencia de cobertura en salud.

Por otro lado, quienes cuentan con ella la reciben de forma desigual, pues “el sistema público de salud [mexicano] presenta un problema ‘crónico’ de inequidad que produce desigualdad de trato para quienes viven en condición de pobreza, especialmente para población indígena y para quienes viven en zonas rurales de alto rezago social”, destaca el Frente.

Mientras que los sectores con mejores ingresos suelen estar afiliados a algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Pemex, Semar o Sedena), los que se encuentran en condición de pobreza, pobreza extrema y/o no cuentan con seguridad social, son

⁹Ramos-Moreno, Paola, *Con los más pobres, la cobertura de salud se hace más pobre*, 10 de diciembre de 2015, www.sinembargo.mx

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

atendidos a través del Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), mejor conocido como Seguro Popular (SP), o por el Programa IMSS-Prospera.

“El problema de este modelo de atención fragmentado es como si se dividiera a los ciudadanos de nuestro país en ciudadanos de primera, de segunda y de tercera. Los últimos son quienes tienen menos recursos, los pueblos indígenas y los campesinos y desempleados que no tienen derecho a seguridad social”.

“Las personas con menos recursos no tienen otra opción que acudir a estos servicios que ni siquiera ofrecen una cobertura amplia de salud, sino que en ellos sólo tienen derecho a un número restringido de intervenciones médicas (285) y en este paquete se incluyen algunas intervenciones que anteriormente se daban de manera gratuita. El punto central de esto es que la atención a la salud se reduce a este paquete que, además, no prevé la atención de todas las complicaciones de salud que puedan presentar los pacientes”, dijo a *SinEmbargo* Juan Manuel Castro, coordinador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Ni el Seguro Popular ni IMSS-Prospera, por ejemplo, contemplan la atención de algunas de las enfermedades crónico degenerativas que más están causando muerte a los habitantes del país: “Un ejemplo es la insuficiencia renal como complicación de la diabetes, y esto sucede aun cuando la población más pobre es la que más sufre enfermedades crónicas, porque los riesgos de salud para el desarrollo de esos padecimientos en ese sector son muy altos y además los procesos de atención son muy malos y muy tardíos”, expone Castro.

Esta falta de cobertura, detalla el especialista, deriva en gastos de bolsillo, es decir, desembolsos personales de los usuarios para recibir algún servicio de salud, principalmente por servicios privados, aun cuando el SNPSS, a partir del 2007, adquirió el perfil de un programa para combatir la pobreza.

Cristina Laurell, en su estudio *Impacto del Seguro Popular en el Sistema de Salud Mexicano*, editado por CLACSO, al examinar el gasto con relación al empobrecimiento de las familias inscritas al Seguro Popular encontró que, por cada peso de gasto de bolsillo, el SP gastaba 0.93 pesos y que 58 por ciento de estos gastos personales en salud corresponde a los sectores más pobres.

El mismo estudio comprobó que dicho programa en realidad deja sin cobertura 36.7 por ciento de la población con mayores niveles de pobreza. “En las localidades rurales, donde la incidencia de la pobreza de ingresos es relativamente mayor en relación con la de las zonas urbanas, más de cinco millones y medio de personas se encuentran sin cobertura del Seguro Popular”, plantean datos del Frente contra la Pobreza. Por otro lado, el primer nivel de atención que ofrece este servicio, platica Manuel Castro, está bastante debilitado, pues no hay un modelo de medicina familiar integral: “este nivel de atención básica que tiene énfasis en la prevención y atención a daños a la salud más frecuentes de la población está generalmente a cargo de pasantes de medicina que no tienen la debida preparación”.

En conjunto, las dificultades de accesibilidad a la salud a las que se enfrentan los sectores más pobres tanto en entornos urbanos como rurales, en palabras del coor-

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

dinador de ALAMES, son acceso limitado a servicios de salud, falta de continuidad en la atención de todas las enfermedades y/o intervenciones médicas que requieran, saturación de los servicios de salud, falta de infraestructura, horario de atención insuficiente y falta de recursos humanos.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, en un informe de 2005, señala que “La justicia social es cuestión de vida y muerte [...] Las desigualdades evitables de salud surgen a causa de las circunstancias en las cuales la gente crece, vive, trabaja, envejece y del sistema construido para enfrentar la enfermedad. Las condiciones en las cuales la gente vive y muere están, a su vez, creadas por las fuerzas políticas, sociales y económicas”.

“La distribución extremadamente desigual de la riqueza nacional se podría corregir con una decisión política firme”, asegura Laurell en su estudio. Si esto se hiciera y las prioridades de los gobiernos cambiaran, existiría la posibilidad de financiar un sistema público de acceso igualitario y desmercantilizado, en el cual ni la inserción productiva ni la capacidad económica significaría la exclusión de nadie del derecho de acceder a la atención necesaria para el florecimiento humano de todos”.

“La sociedad civil debe actuar y exigir que el sistema público de salud enfrente sus padecimientos y garantice el derecho a la salud”, sostiene el Frente a la Pobreza.

Son múltiples las evidencias y extensa la información sobre la importancia de la economía en la evolución de la enfermedad entre la población; es este conjunto de datos los que permiten afirmar que interviniendo eficazmente el gasto (lo que implica la lucha contra la corrupción en el sector), *aplicando programas cada vez más efectivos de prevención sanitaria* y abatiendo la pobreza, podrían conseguirse mejores resultados en cuanto al efectivo ejercicio del derecho de los individuos a la salud y la vida digna, un reto administrativo cuya solución aún se encuentra en fase de desarrollo e implementación.

Sobre las enfermedades crónico-degenerativas

Derivado de la denominada *transición epidemiológica*,¹⁰ la preocupación sanitaria moderna en México se centra en el grupo de enfermedades denominadas crónico-degenerativas, es decir, en aquellas cuya presencia en el enfermo se prolonga por más de seis meses, deteriorando de forma clínicamente progresiva y severa su salud y comprometiendo gravemente su estilo de vida y productividad, hasta llegar a la incapacidad prolongada y la muerte. A este grupo de enfermedades pertenecen las que

¹⁰La teoría de la transición epidemiológica involucra modelos económicos, poblacionales y de salud. Para leer más sobre ella y su impacto en los modelos de salud sírvase revisar Gómez-Arias, Rubén, “La transición en epidemiología y salud pública ¿explicación o condena?”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Medellín*, vol. 19, núm. 2, 2001, pp. 57-74.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

afectan el *sistema cardiovascular*, cuyas entidades representativas las constituyen el infarto cerebral, cardiaco y la hipertensión arterial, y las *enfermedades metabólicas*, con la diabetes mellitus y la obesidad como representantes indiscutibles. En este sentido, y en comparación con el resto de las enfermedades que afectan a los seres humanos en diversos aparatos y sistemas, las enfermedades crónico-degenerativas de las que hacemos mención cobran una extraordinaria importancia en virtud de su impacto en la morbilidad en la población y en su extremo impacto económico en cuanto a gasto en salud pública se refiere. Aún más, diversos autores han afirmado la relación patogénica que la obesidad y la diabetes mellitus poseen, por ejemplo, en el desarrollo y la complicación de diversos tipos de enfermedades como, por ejemplo, en el cáncer, otro grupo de padecimientos de gran importancia epidemiológica.¹¹ Resulta, pues, de necesaria importancia, ocuparnos de su análisis en relación con el diseño de estrategias de abordaje y contención entre la población.

Más allá del costo económico que estos padecimientos representan, lo que ha impulsado a las autoridades a calificarlas como *económicamente catastróficas*, las enfermedades cardiometabólicas se han extendido entre la población con base en modelos culturales y alimentarios impulsados, reforzados y/o tolerados por la administración federal de salud en México, y sus correspondientes en los estados de la República Mexicana.

Un ejemplo de la afirmación anterior se encuentra en el incremento en el consumo de alimentos procesados entre la población mexicana, en contraste con el deterioro que ha sufrido el modelo de dieta tradicional. Numerosos estudios han demostrado que las dietas altas en azúcar, grasas y sodio, derivadas del alto consumo de productos procesados de origen industrial, aumenta el riesgo de padecer obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes;¹² asimismo, el patrón alimentario de la población infantil y adulta en México ha cambiado en favor del consumo de productos publicitados por la industria alimentaria, en detrimento del consumo de frutas y verduras; resulta de interés saber que el gasto en frutas y verduras en el país se redujo en 30%, en tanto que el consumo de bebidas azucaradas se incrementó en casi 40%¹³ (véase la figura 1).

¹¹Sánchez-Castillo, Claudia P. *et al.*, “Epidemiología de la obesidad”, *Gaceta Médica de México*, vol. 140, sup. 2, 2004.

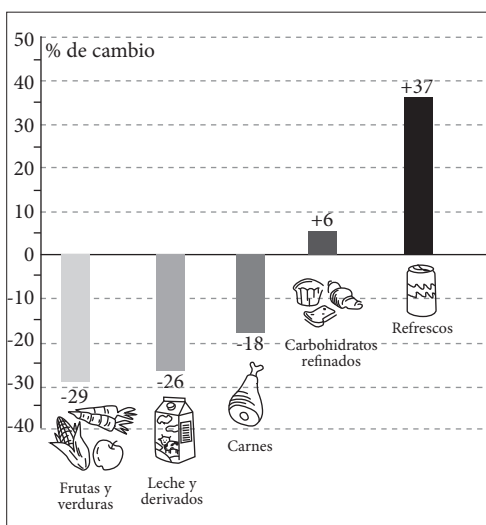
¹²Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*, Washington DC, 2015.

¹³Rivera, Juan A. *et al.*, “Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic disease and obesity”, *Public Health Nutrition*, vol. 5 (1a), 2002, pp. 113-122.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

Figura 1

Cambios en el gasto en alimentos, 1984-1998



Fuente: Rivera *et al.*, 2002.

Este patrón alimentario constituye la esencia de la génesis de la obesidad; más de 26% de la energía en una dieta típica promedio entre los mexicanos proviene de bebidas azucaradas y alimentos ricos en azúcares añadidos y grasa,¹⁴ al tiempo que 86% de la población infantil y 60% de la población adulta sobrepasan la recomendación para el consumo de dichos alimentos procesados;¹⁵ este comportamiento deriva de una política laxa en cuanto al control de la información comercial dirigida al consumidor, por parte de la industria, y de una carencia educativa; en algunos sectores prevalece una franca ignorancia en materia de salud alimentaria entre los mexicanos, consecuencia de un inexistente programa educativo sobre la materia de carácter público; todo esto se fortalece con la existencia de una velada amalgama de intereses económicos que, se infiere, permea las políticas públicas en la materia. Es debido a estas razones que, entre los años 2000 y 2013, México ocupó un vergonzoso primer lugar en ventas per cápita de productos ultraprocesados entre 13 países de América

¹⁴Aburto, Tania C. *et al.*, “Discretionary foods have a high contribution and fruit, vegetables and legumes have a low contribution to the total energy intake of the Mexican population”, *Journal of Nutrition*, 146(9):1881S-7S, 2016,

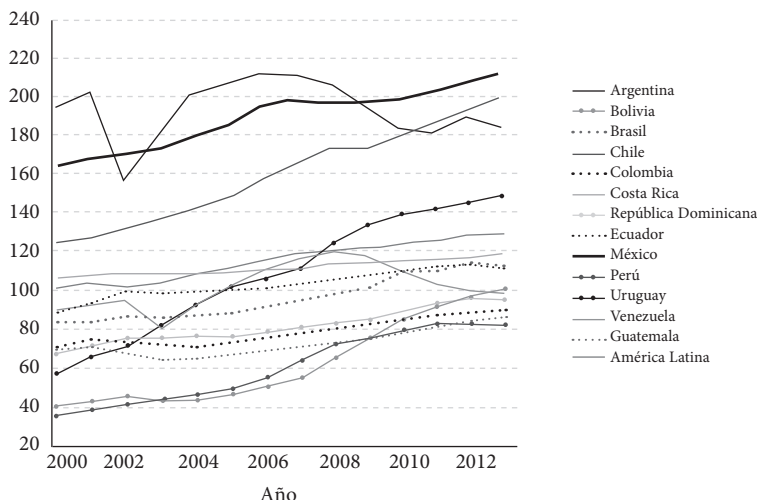
¹⁵Aburto, Tania C. *et al.*, “Adherence to dietary recommendations for food group intakes is low in the Mexican population”, *Journal of Nutrition*, 146(9):1897S-906S, 2016.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

Latina, según datos obtenidos de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud ¹⁶ (véase la figura 2).

Figura 2

Ventas al menudeo anuales per cápita de alimentos y bebidas ultraprocesados en 13 países latinoamericanos, 2000-2013



Fuente: OPS/OMS.

En su artículo “Obesidad en la pobreza”,¹⁷ la nutrióloga Leona Luna Rosales describe otros elementos que también han contribuido de forma determinante a la epidemia de obesidad y enfermedades cardiometabólicas que sufre México hoy en día, y que revelan la necesidad de un cambio fundamental en la política de salud del país referente a estos temas:

La inclusión de productos industrializados en la mesa de nuestras familias, los cuales llegan hasta los lugares más recónditos del país, sin duda representa también un cambio en los patrones de alimentación. Han sido desplazados alimentos saludables por otros que no les proporcionan más que azúcares, harinas refinadas y grasas, las cuales dañan su salud. En algunos grupos sociales existe un estigma sobre la obesidad o sobrepeso como algo bueno y representativo de buena salud, especialmente en los niños y en las mujeres. Otro factor importante en el aumento de peso es la multiparidad de las mujeres, lo que aumenta su cantidad de grasa corporal, incrementa-

¹⁶Organización Panamericana de la Salud, *op. cit.*

¹⁷Luna R., Leona, “Obesidad en la pobreza”, *InfocusMed*, vol. 1, año 1, 2014, pp. 18-20.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

da aún más por el importante consumo de refrescos y alimentos de alta densidad energética, provocando una notable ganancia de peso cada año.

Según la hipótesis del genotipo de ahorro, los obesos pobres podrían haber desarrollado un mecanismo de adaptación metabólica. La hipótesis postula que las poblaciones expuestas a un consumo inadecuado o fluctuante de alimentos generan formas adaptativas para lograr un nivel alto de eficiencia en el uso de energía y el depósito de grasa, lo cual indica que cuando se dispone de alimentos de forma regular, puede presentarse una prevalencia de exceso de peso y diabetes mellitus no insulino dependiente.¹⁸

Se puede afirmar que los pobres no comen lo que quieren ni lo que saben que deben comer, *sino lo que pueden*. Las restricciones al acceso a los alimentos determinan dos fenómenos simultáneos: los pobres están desnutridos porque no tienen lo suficiente para alimentarse y son obesos porque se alimentan mal, con un desequilibrio energético importante. Los alimentos que tienen a su alcance son productos industrializados, de producción masiva, indiferenciada y barata. [...] Los pobres seleccionan alimentos ricos en carbohidratos, grasas y azúcares que, aunque les impiden gozar de una nutrición adecuada, satisfacen su apetito, se integran bien a su patrón de consumo tradicional y a sus pautas de comensalismo.¹⁹

El déficit de energía se asocia a otros problemas como anemia por deficiencia de hierro, talla baja en relación con el peso, bajo rendimiento escolar y falta de concentración en niños y adultos. Hay que resaltar que la falta de desarrollo en la agricultura mexicana ha marcado aún más la economía de las familias del campo; a falta de cultivos, éstas se desintegran por falta de trabajo; cuando había agricultura vivían de sus cosechas y al mismo tiempo consumían sus propios alimentos, conductas que han sido modificadas desplazando el maíz, frijol, tomate, calabaza, quelites y chile por otros alimentos, en general, menos nutritivos.

El hambre ha tenido como origen, no la disminución de las cosechas, mucho menos reducciones en la producción de alimentos, sino la imposibilidad de acceder a ellos como consecuencia de sus precios, del desempleo, la pobreza mundial, el modo de distribución y la destinación de la producción agrícola a usos diferentes al de la alimentación humana. El sistema agroalimentario actual no sólo produce hambre, también produce sobrepeso: más de 10% de la población mundial sufre de sobrepeso, lo que ha sido considerado como una pandemia de obesidad, asociada al modo de vida occidental²⁰ que va de la mano con enfermedades cardiovasculares y la dia-

¹⁸Peña, Manuel y Bacallao, Jorge, "La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas", *Publicación Científica*, núm. 576, OPS, p. 9.

¹⁹Aguirre, Patricia, "Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza", *Publicación Científica*, núm. 576, OPS, p. 13.

²⁰Delgado, Manuel, "El sistema agroalimentario globalizado: imperios alimentarios y degradación social y ecológica", *Revista de Economía Crítica*, 2010, núm. 10, pp. 32-61.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

betes. La obesidad y el sobrepeso no son problemas de ricos que comen alimentos que engordan; *estos trastornos de la salud asociados a la comida se relacionan con una alimentación que tiene cada vez más productos refinados, alimentos de origen animal, grasas y aditivos químicos añadidos, no para mejorar su calidad, sino para garantizar la manufactura, el almacenamiento y transporte, para sostener la expansión de los imperios alimentarios.*

México registra en la actualidad el mayor número de casos de adolescentes con sobrepeso de toda su historia; aunque la pobreza aumenta, la obesidad no se asocia con la riqueza, sino con la proximidad a Estados Unidos. El problema del sobrepeso en el país está asociado con cambios en la alimentación, orientada hacia comidas chatarras y rápidas, embutidos, bebidas gasificadas y azucaradas. Ante las diversas amenazas y afectaciones que se presentan con la expansión y profundización del sistema agroalimentario capitalista (cuya finalidad no es cubrir las necesidades nutricionales de la población, sino la maximización de las ganancias), particularmente la vulneración de derechos a las campesinas y campesinos, la subnutrición y la obesidad, es imperativo, si quiere ejercerse el derecho humano a la alimentación adecuada, levantar la bandera de la soberanía alimentaria y volver y potenciar la agricultura campesina y la comercialización local de alimentos, como alternativas a un sistema agroalimentario que no alimenta.

Como puede apreciarse, el origen de las enfermedades crónico-degenerativas de las que nos hemos ocupado es diverso y multifactorial. Considerar seriamente todos y cada uno de estos elementos para incluirlos en las políticas públicas, al mismo nivel que las reformas económicas y políticas en otros sectores de la administración y el desarrollo productivo del país, resulta de imperiosa necesidad, tanto como el impulso de modelos educativos incorporados a la educación básica que fortalezcan el conocimiento sobre la alimentación saludable entre la población infantil y adolescente, grupo que ha resultado particularmente perjudicado por su carencia.

Asimismo, fortalecer la información al consumidor sobre la calidad y las características de los alimentos procesados se antoja como una medida de empoderamiento público y responsabilidad social que forma parte de los esfuerzos compartidos entre gobierno y gobernados ante el problema, al mismo tiempo que combate la discriminación alimentaria por motivos de educación y conocimiento académico, derecho a la información y poder adquisitivo, variable de gran importancia entre las diversas clases sociales que componen el país.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

Sobre los cuidados paliativos

Un aspecto ya analizado por los expertos y que reviste un gran potencial en materia de gasto en salud, además del evidentemente humano, es el relativo a los cuidados paliativos como parte de los servicios especializados de atención médica de los habitantes del país y, en este caso en particular, de la Ciudad de México.

Por cuidados paliativos se entiende el conjunto de acciones que se le proporcionan al enfermo terminal durante su estancia en el hospital y después en su domicilio, al tiempo que se asiste también a familiares y cuidadores durante el proceso de deterioro orgánico, agonía y muerte de dicho enfermo. Sus antecedentes inmediatos se remontan a la Edad Media, aspecto que permaneció sin cambios importantes hasta cercano al siglo XX, cuando el moribundo, consciente de su próximo deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho, realizando el llamado “rito de la habitación”. Todas las personas relacionadas con el moribundo participaban de esta particular ceremonia dirigida por quien se encontraba próximo a morir. En esto consistía la “buena muerte”, que ocurría junto a los seres queridos y que era anticipada por el moribundo, pudiendo éste disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

Durante la mayor parte del siglo XX, con el desarrollo de la medicina moderna y el surgimiento de hospitales y establecimientos especializados para la atención de los enfermos, la identificación de la muerte con el fracaso médico fue la causa básica de importantes problemas para suministrar orientación, acompañamiento y cobertura de las necesidades físicas y psicológicas de los familiares, así como para atender adecuadamente a los pacientes que requerían cuidados especializados en la fase final de su vida.

No fue sino hasta finales de los años sesenta, cuando la médica, enfermera y trabajadora social británica Cicely Saunders (1918-2005) fundó en el sur de Londres el St. Christopher’s Hospice, primer hospicio moderno en Reino Unido, en el que se combinaban la atención clínica, el soporte psicológico, la formación y la investigación en torno al enfermo moribundo. Este enfoque holístico proporcionó una base para nuevos modos de tratar y prestar servicios, que en la actualidad se desarrollan de múltiples maneras por todo el mundo.

En la actualidad, y en conjunto con la disciplina médica de la tanatología (del griego θάνατος, “muerte”; *logos*, definición o tratado), los cuidados paliativos integrales representan un moderno conjunto de técnicas aplicadas en torno al enfermo en etapa terminal, la atención a la familia inmediata y al conjunto social donde ocurre la pérdida. Es menester señalar que, en México, desde el 2014 existe una norma oficial especializada en la provisión de cuidados paliativos, la *Norma Oficial Mexicana-NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

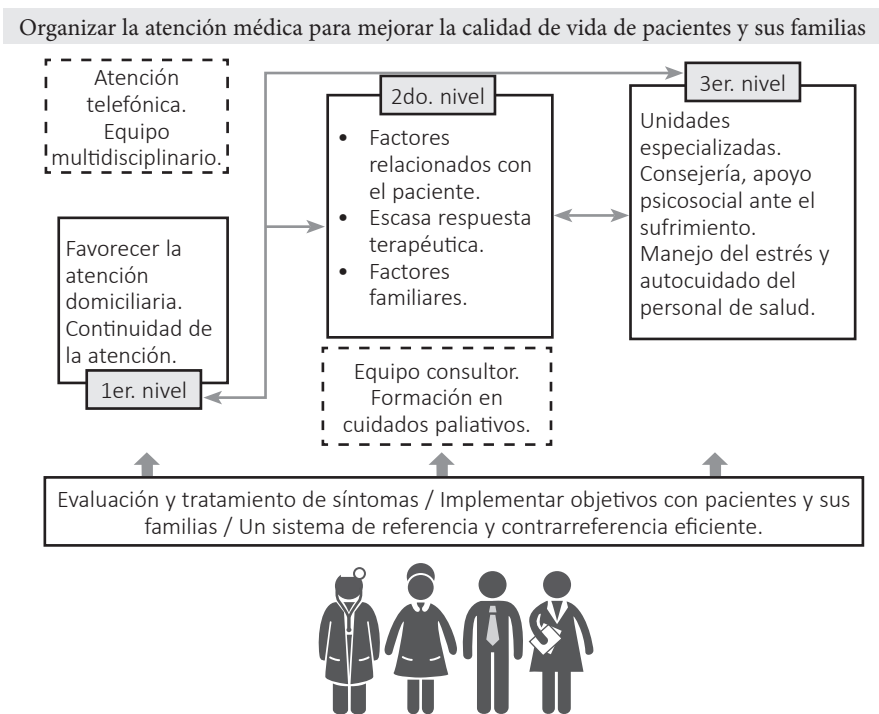
el 9 de diciembre de 2014; al mismo tiempo, por acuerdo suscrito por el Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos, se declaró la *Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos*, así como la observancia de los procesos señalados en la *Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos*, acuerdo publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de diciembre de 2014.

Reconociendo que se ha avanzado en forma muy importante en cuanto a la instalación de la estructura operativa y presupuestal dirigida a la aplicación de cuidados paliativos en los distintos hospitales del país y de la Ciudad de México, por parte de los especialistas y las autoridades de salud, *la falta de comprensión de este trabajo entre el público del país ha generado una brecha de cooperación que ha impedido perfeccionar el modelo de atención, de forma que resulte evidente su beneficio médico, social y económico.*

Y es aquí donde, una vez más, la integración de gobierno y gobernados resulta de importancia estratégica para la resolución de un problema de interés común que puede constituir una herramienta de eficiencia en el presupuesto nacional y estatal para gasto en salud.

Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos

Modelos de Atención



LUCIANO JIMENO HUANOSTA

En términos generales, los retos por resolver en relación con los cuidados paliativos pueden enumerarse en:

1. *Difusión pública, clara y confiable sobre la naturaleza y beneficio de los cuidados paliativos.* Los cuidados paliativos integrales todavía siguen siendo desconocidos para un amplio sector de la población, incluidos muchos médicos y personal de salud. Se desconoce la forma de acceder a ellos, cómo funcionan y qué objetivo tienen; por ello, es muy importante que la población general y el personal de salud tengan información suficiente sobre los cuidados paliativos integrales, qué beneficios aportan a los pacientes y sus familiares y quién puede ser derivado a ellos. En este punto, cabe destacar que también se requiere más información pública sobre los límites que la tecnología y el saber médico tienen en el tratamiento de las enfermedades; promover cuidados paliativos sin la sensibilidad debida y en el momento oportuno puede ser percibido como un fracaso médico, como ocultamiento de malas prácticas médicas o como un intento inhumano de desahuciar a un enfermo por motivos relacionados con la edad, el sexo, el nivel económico u otros, y que los familiares pueden interpretar como abandono profesional. Esta percepción es común cuando no existe una comunicación efectiva entre el personal médico y los tutores del enfermo, y cuando estos últimos desconocen aspectos biológicos de la evolución de las enfermedades o son alentados irresponsablemente con la finalidad de continuar tratamientos destinados al fracaso, motivados por intereses ajenos a aquellos dirigidos a confortar al enfermo.
2. *Integración eficaz de los servicios de cuidados paliativos integrales en las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud existente en todos los niveles de su prestación,* especialmente aquéllos de base comunitaria y domiciliaria, así como al sistema de salud privado, adaptándolos a la situación cultural, social y económica específica de las poblaciones. En países como España, en donde los cuidados paliativos están incluidos dentro de la estructura del Sistema de Salud, se llevó a cabo un estudio donde se estima que dichos cuidados generan una reducción en días de hospitalización, una mayor atención domiciliaria y menor uso del servicio de urgencias, lo cual supondría un ahorro de 61% en costos. Asimismo, se encontró que el déficit en recursos domiciliarios y de formación profesional dificulta que se lleve a cabo una correcta derivación y tratamiento fuera del hospital, lo que se traduce en reingresos y tratamientos innecesarios; cabe señalar que la atención a pacientes en el final de la vida supone entre 20 y 25% del gasto global sanitario, resultando ser los ingresos hospitalarios el gasto más elevado. Por lo tanto, la gestión óptima de los recursos, junto con un aumento de las unidades domiciliarias, podría aumentar el ahorro en gastos de salud a través de

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

la adecuada gestión y aplicación de cuidados paliativos.²¹ La experiencia europea ha demostrado que pueden integrarse los cuidados paliativos en la atención en salud sin causar gastos adicionales, en virtud de que los mismos son una forma de *refinamiento asistencial*, más que una práctica diferente o adicional a dicha atención.²²

En resumen, y tras este breve análisis, la meta es: *estructurar los esfuerzos que se han desarrollado en cuidados paliativos integrales, que actualmente existen, para optimizarlos, de modo que alcancen de manera efectiva a toda la población, tanto en la Ciudad de México como en el resto del país*. A pesar de que se ha identificado una población de pacientes beneficiarios de los cuidados paliativos integrales a nivel nacional, es de suponer que, tras la adecuada difusión y planificación, la demanda se incrementa, para lo cual deberá homogeneizarse la atención en toda la República, incluidos a los servicios de atención privada en salud, tal y como marca la legislación, contando con la participación de la ciudadanía y los profesionales en salud.

Conclusiones

1. Son múltiples los autores que, tras un estudio concienzudo de la operación y eficiencia actual del Sistema Nacional de Salud, coinciden en que la mejor inversión económica y logística a mediano plazo la constituye el *fortalecimiento de la medicina preventiva*. Buena parte del éxito de esta estrategia radica en el empoderamiento de los habitantes en relación con el patrimonio intangible personal que denominamos *salud*.

Si bien es cierto que el Estado tiene un compromiso constitucional de poner al alcance de sus gobernados los medios y los recursos bajo su potestad para atender las enfermedades que los afecten, también es cierto que cada individuo tiene un compromiso personal e intransferible con su propia vida, de modo que su tarea es evitar, en la medida de lo naturalmente posible, enfermar, apoyándose, para ello, en la estructura ofrecida por las autoridades. Este concepto jurídico, el relativo al patrimonio personal de la salud y la responsabilidad sobre su cuidado y mantenimiento, es una idea aún en evolución, la cual, una vez estructurada, podría establecer una nueva relación con el derecho constitucional a la salud.

²¹*Informe de la situación actual en cuidados paliativos*, Madrid, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de las Islas Baleares, Consejería de Salud, junio de 2014.

²²Solana, Isabel, "Vida universitaria", Universidad de Navarra, 2016, <http://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detallenoticiapestania/2016/02/09/el-principal-reto-que-tenemos-en-cuidados-paliativos-es-asegurarnos-de-encajar-en-la-agenda-politica-de-los-paises?articleId=8803106>

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

También es esencial empoderar a los médicos y a los servicios de atención denominados *de primer contacto*. Ellos constituyen la primera barrera profesional ante la presencia de la enfermedad en la población, y poseen las habilidades necesarias para tratar la mayor parte de los padecimientos que afectan a sus comunidades, tanto como la capacidad para alertar a las autoridades en caso de crisis y epidemias sanitarias. Es de lamentar, sin embargo, que la figura del médico general y/o familiar se encuentra subvaluada, en virtud de que el gremio, e incluso la población, los percibe como profesionales menos calificados en comparación con sus colegas especialistas, concepto fortalecido por la aparición de un modelo comercial de atención médica, los *consultorios anexos a farmacias* (CAF), que reducen el valor económico y apreciativo del trabajo de los profesionales.

En este punto, es indispensable la intervención de las autoridades para regular este nocivo modelo de negocio con la salud. Además de constituir una competencia desleal en perjuicio de aquellos médicos generales que instalan sus consultorios para la atención de su comunidad, la ausencia de condiciones apropiadas, la relación entre el médico y el paciente desarrollada en un entorno económicamente carencial y la falta de capacitación médica continuada provocan deficiencias en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, perdiendo su valor estratégico como filtro o *triage* para la resolución de enfermedades, diagnóstico temprano y derivación a unidades médicas especializadas; sin embargo, aún se encuentra en fase de investigación la confirmación del impacto del modelo de CAF por parte del Instituto Nacional de Salud Pública.²³

2. Incorporar un programa educativo formal sobre salud e higiene en el programa educativo de niños y jóvenes constituye una necesidad pedagógica para informar a los estudiantes y sus familias sobre las enfermedades y la forma de prevenirlas. Si bien es cierto que existen cursos relativos en diversos niveles de la educación media básica, la continuidad de esta capacitación a lo largo de los periodos de formación de los adolescentes debe generar cambios en el comportamiento epidemiológico de las enfermedades en la población de la Ciudad de México y del país, condición que no satisfacen los breves cursos de salud hoy existentes. La creación de talleres y actividades comunitarias en favor de la salud de sus integrantes, a través del dinamismo y entusiasmo de los jóvenes, puede permitir potenciar el valor y la utilidad de la medicina preventiva comunitaria, facilitando los objetivos de los programas de gobierno en la materia.
3. Legislar sobre el etiquetado de los alimentos, de modo que resulte fácil de leer y comprenderlo, es una necesidad imperiosa que la actual norma oficial sobre el

²³Pérez-Cuevas, Ricardo *et al.*, "Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico, secondary data analysis of a national survey", *BMJ Open* 2014;4:e004669. doi:10.1136/bmjopen-2013-004669

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

etiquetado no satisface. Entre los cambios, debe dejarse la tarea de regular el etiquetado a una Comisión Científica ajena a intereses económicos de la industria alimentaria, misma que se ha encargado de influir poderosamente en establecer la actual normatividad sobre las etiquetas que aparecen en los productos alimenticios fabricados por ella y de alto consumo en todo el país. Debe fortalecerse el derecho a la información en relación con los alimentos disponibles en el mercado mexicano para así hacer efectivo el derecho de los consumidores a la elección de productos que garanticen, a su vez, su derecho a la alimentación saludable, tal y como lo establece la Constitución de la República y la Constitución de la Ciudad de México. Por lo demás, facilitar la lectura del etiquetado de alimentos a todos los habitantes de la ciudad, y del país en su momento, independientemente de su educación, conocimientos técnicos, edad, idioma o condición social, resultaría en un acto de defensa contra la discriminación alimentaria, en un país donde mucho se ha legislado en favor de la igualdad de sus habitantes.

4. El impulso a la agricultura en las comunidades rurales, así como a la economía alimentaria comunitaria y regional con producción local (al estilo del modelo de *economía popular solidaria*),²⁴ debe constituir una herramienta de reducción de la dependencia alimentaria de las comunidades, al tiempo que favorece modelos de alimentación autóctonos basados en la alimentación mesoamericana, la cual, según varios autores, no es *obesogénica*, es decir, no fomenta la obesidad, y no depende de la industrialización de la alimentación. Al mismo tiempo, se necesita regular enérgicamente la publicidad de alimentos industrializados orientada, especialmente, al público infantil, el que en breve constituirá un grupo poblacional con alto riesgo de enfermar por esta causa.
5. Empezar una amplia campaña informativa sobre la naturaleza de los cuidados paliativos, sus beneficios y su utilidad práctica, con respeto irrestricto a la cultura de la muerte y a las creencias religiosas de los habitantes de la Ciudad de México, puede constituir un paso determinante en la integración de la cultura de cuidados paliativos en la ciudad, con impacto potencial en el rendimiento y la efectividad del presupuesto para gastos en salud. Con una adecuada difusión de esta información, el costo de integrar cuidados paliativos entre los servicios médicos que otorga el Sistema Nacional de Salud puede constituir más un ahorro que un

²⁴En términos simples, la *economía popular solidaria* es un sistema económico construido de manera que permita a sus integrantes lograr cuatro equilibrios: el equilibrio de los seres humanos consigo mismos, el equilibrio entre los seres humanos, el equilibrio de los seres humanos con la naturaleza y el equilibrio entre las comunidades de seres humanos. El logro de estos equilibrios requiere una adecuada institucionalización de lo económico, combinando cinco principios: a) subsistencia por la propia producción, b) reciprocidad, c) redistribución, d) intercambio y e) planificación. Este modelo está regulado constitucionalmente en la República del Ecuador.

LUCIANO JIMENO HUANOSTA

gasto, tal y como ya se ha observado en experiencias de países europeos. Seguramente, una cultura sobre la enfermedad y la muerte en tiempos modernos, adecuadamente presentada a los habitantes de la ciudad y del país, constituiría la base operativa y de cooperación con los enfermos y sus familias, quienes, con frecuencia, se encuentran confundidas al asumir la atención integral de un moribundo; ciertamente, una necesidad omnipresente en las familias mexicanas.

Referencias bibliográficas

- ABURTO, Tania C. Batis, Carolina Sánchez-Pimienta, Tania G., Pedraza, Lilia S. y Rivera, Juan A., “Discretionary foods have a high contribution and fruit, vegetables and legumes have a low contribution to the total energy intake of the Mexican population”, *Journal of Nutrition*, 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27511928>
- , Batis, Carolina, Sánchez-Pimienta, Tania G., Pedraza, Lilia S. y Rivera, Juan A., “Adherence to dietary recommendations for food group intakes is low in the Mexican population”, *Journal of Nutrition*, 2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27511940>
- AGUIRRE, Patricia, “Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza”, en Manuel Peña y Jorge Bacallao, *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, núm. 576, 132 pp.
- Constitución Política de la Ciudad de México* publicada en la GOCDMX el 05 de febrero de 2017.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, última reforma DOF, 15 de septiembre de 2017.
- DELGADO, Manuel, “El sistema agroalimentario globalizado: imperios alimentarios y degradación social y ecológica”, *Revista de Economía Crítica*, 2010, núm. 10, 283 pp.
- Expansión*, “Datos macro 2016, México-Gasto público salud”, <https://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud/mexico>
- Expansión*, “Datos macro 2016, Gasto público salud per cápita 2016”, <https://www.datosmacro.com/estado/gasto/salud>
- Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud, *México 2016*, Resumen Ejecutivo, 35 pp.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, *Informe de la situación actual en cuidados paliativos*, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de las Islas Baleares, Consejería de Salud, junio 2014, 62 pp.
- LUNA R., Leona, “Obesidad en la pobreza”, *InfocusMed*, vol. 1, año 1, 2014.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la GODF el 17 de septiembre de 2009.
- México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas, “¿Es eficiente el gasto en salud?”, <http://mexicoevalua.org/2016/06/15/es-eficiente-el-gasto-en-salud/>

EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

- México Evalúa, “10 puntos para entender el gasto en salud en México: En el Marco de la Cobertura Universal”, 2011, 24 pp, http://mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2016/05/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-LOW.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*, Washington DC, 2015, 60 pp.
- PEÑA, Manuel y Bacallao, Jorge, “La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas”, en Manuel Peña y Jorge Bacallao, *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, núm. 576, 132 pp.
- PÉREZ-CUEVAS, Ricardo, Doubova, Svetlana V., Wirtz, Veronika J., Servan-Mori, Edson, Dreser, Anahí y Hernández-Ávila, Mauricio, “Effects of the expansion of doctors’ offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey”, *BMJ Journals*, vol. 4, núm. 5, 2014, <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004669>
- RAMOS-MORENO, Paola, *Con los más pobres, la cobertura de salud se hace más pobre*, 10 de diciembre de 2015, www.sinembargo.mx
- RIVERA, Juan A., Barquera, Simón, Campirano, Fabricio y Campos Ismael, “Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic disease and obesity”, *Public Health Nutrition*, 2002, vol. 5, <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/epidemiological-and-nutritional-transition-in-mexico-rapid-increase-of-noncommunicable-chronic-diseases-and-obesity/717491CFD6313145620B3AB6FF950A04>
- SÁNCHEZ-CASTILLO, Claudia P., Pichardo-Ontiveros, Edgar y López-R., Patricia, “Epidemiología de la obesidad”, *Gaceta Médica de México*, vol. 140, sup. 2, 2004, pp. 3-20.
- SOLANA, Isabel, “Vida universitaria”, Universidad de Navarra, 2016, <http://www.unav.edu/web/vida-universitaria/detallenoticiapestania/2016/02/09/el-principal-reto-que-tenemos-en-cuidados-paliativos-es-asegurarnos-de-encajar-en-la-agenda-politica-de-los-paises?articleId=8803106>