

INTRODUCCIÓN

NO HAY GASTO QUE IGUALE EN DEPREDACIÓN ECONÓMICA al que se hace para curarse o para sanar a un familiar, ni catástrofe patrimonial más predecible que la provocada por la ausencia de un sistema público eficaz de seguridad social. Cuando las sociedades distribuyen de manera asimétrica e injusta el derecho a la salud, sólo algunas personas privilegiadas estarán a salvo de tal depredación. De ahí que los Estados democráticos se esfuercen por reconocer el derecho de todo ser humano al disfrute más elevado posible de su salud física y mental. Esta responsabilidad reúne como requisitos la cobertura y la calidad de los sistemas sanitarios que han de estar dispuestos para promover el desarrollo saludable de las niñas y los niños, y para reducir la tasa de mortalidad en la sociedad. El derecho a la salud incluye el enfoque preventivo, que debe imponerse en todos los ámbitos de la vida humana, especialmente en el hogar, la escuela, el espacio público, el centro de trabajo y el medio ambiente.

En este capítulo del *Reporte sobre la discriminación en México 2012* se reconoce que el Estado mexicano ha dado pasos importantísimos para extender los servicios de salud, sobre todo a partir de la creación del Seguro Popular. Sin embargo, también se advierte sobre la emblemática desarticulación entre los distintos componentes del sistema que atiende la salud y que es causa fundamental de la desigualdad. Es tesis de este capítulo que, en México, el cierre social excluyente y discriminatorio opera en dicho ámbito por la falta de una visión racional e integral de la política dispuesta para proteger a las poblaciones más vulnerables. Para reparar tal desarticulación, se requiere mayor coherencia y ésta sólo puede lograrse si se impone el objetivo de la igualdad de trato en el ejercicio de los derechos. Hoy en México, la salud es un bien que todavía se obtiene de manera desigual, pues varía

si la persona que lo requiere es mujer, joven, persona con discapacidad, transexual, adulto mayor o posee cualquiera de las características que suelen detonar la discriminación.

A la hora de revisar las mecánicas o procesos que reproducen desigualdad de trato en el campo de la salud fue necesario considerar las transiciones demográficas y epidemiológicas por las que está atravesando el país. Ambos hechos tienen derivaciones que no han sido suficientemente estudiadas para prevenir un futuro riesgoso e inequitativo. Por un lado, la transición demográfica anuncia un crecimiento de la población joven que, en la actualidad, por carecer en su mayoría de un empleo formal, se encuentra en circunstancias indeseables de vulnerabilidad. También se incorpora la preocupación que significará en las décadas por venir la desprotección de un número creciente de adultos mayores, quienes se verán en una circunstancia precaria si el sistema de salud pública no ofrece una amplia gama de protecciones, sobre todo en relación con los riesgos que implican los gastos catastróficos.

Por otro lado, debe atenderse la transición epidemiológica, ya que las enfermedades serán distintas a las del pasado y ello implica una adaptación acelerada de los servicios sanitarios. Cabe destacar de nuevo que la política de prevención se convertirá en un instrumento tanto o más importante que la política de atención. La transición epidemiológica está dejando atrás a las enfermedades transmisibles para colocar en su lugar a las enfermedades no transmisibles. Esto requerirá una mayor especialización, cabe insistir, en la prevención dirigida a grupos poblacionales específicos; lo mismo ocurrirá en el terreno de la atención y los tratamientos, que ciertamente pueden implicar mayores gastos. Solo un sistema de salud coherente y bien organizado –con capacidad de planear y adaptarse en el mediano y largo plazo– podrá asegurar un trato igualitario para las y los mexicanos.

Desde 1983, año en que se incluyó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la salud como prerrogativa para todas y todos los mexicanos, ha sido grande el esfuerzo del Estado para construir un sistema que disminuya al mínimo los riesgos sanitarios y económicos que se originan en la enfermedad. Sobre todo a partir de 2004, cuando se creó el Sistema de Protección Social en Salud, el gasto gubernamental en este rubro comenzó a elevarse significativamente. Sin lugar a dudas, ésta ha sido la apuesta más impor-

tante del Estado mexicano en la lucha contra la desigualdad de trato en el presente siglo.

Sin embargo, como ya se advirtió, la fragmentación y la desarticulación del sistema –tanto nacional como local– muestran que aún hay una tarea grande por realizar. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010, analizados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), al menos 37 millones de mexicanas y mexicanos manifiestan aún no tener acceso a ninguno de los sistemas existentes de salud.

Para comprender mejor esta circunstancia y, sobre todo, para desarrollar una política pública coherente y eficaz, es indispensable analizar cuáles son los grupos de población más discriminados en materia de salud y cómo opera esta discriminación en la práctica. En el presente, crece el consenso entre especialistas y gestores de la política sanitaria sobre la necesidad de crear un sistema universal de salud pública, financiado con recursos fiscales, capaz de resolver las grandes deficiencias generadas por la mencionada fragmentación del sistema de salud y también por las características del mercado laboral mexicano. Es premisa principal de este texto la urgente desvinculación entre el ejercicio del derecho a la salud y la posesión de un puesto formal de trabajo. Esto tiene que ver con el crecimiento notable de la población trabajadora que se encuentra ocupada dentro del sector informal.

Este capítulo se basa en los argumentos que se presentaron en la ponencia “Salud y discriminación en México”, realizada *ex profeso* por el investigador Ciro Murayama Rendón para los propósitos del *Reporte sobre la discriminación en México 2012*. Asimismo, reúne los principales hallazgos en materia de salud de la *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010* (Conapred, 2010) y utiliza la propuesta del Centro de Estudios Espinosa Yglesias, *El México del 2012. Reformas a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, para mostrar que es posible contar con un paquete universal de derechos sociales que incluya un seguro general de salud. Se enriqueció el análisis con las entrevistas realizadas, entre otras personas, a Salomón Chertorivski, Secretario de Salud, y a Salvador Beltrán del Río Madrid, titular del Instituto Nacional de Migración. También se recogieron las opiniones de expertos durante las mesas de trabajo celebradas por el Conapred, específicamente para la elaboración de este reporte.

El contenido de este capítulo se divide en cinco apartados. En el primero se ofrece una breve historia y algunas consideraciones sobre las transiciones demográfica y epidemiológica en el campo de la salud, así como sobre el gasto público en el sector. Posteriormente, se muestran las fragmentaciones vertical y horizontal del sistema, la situación de la informalidad y la calidad y cobertura de los servicios. En un tercer momento se describe cómo estos elementos afectan a las mujeres y a grupos discriminados. Finalmente, se plantean las conclusiones y recomendaciones en la materia.

Ricardo Raphael de la Madrid