

## CAPÍTULO SEGUNDO

# LA RECONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. APUNTES SOBRE LA SALUD, UN SISTEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Daniel MÁRQUEZ GÓMEZ\*

SUMARIO: I. *En torno a la idea de “reconstrucción”*. II. *El “viejo” debate en torno a los sistemas sanitarios*. III. *El eje de la “reconstrucción”: el derecho humano a la salud*. IV. *Dinamarca y el nuevo sistema de salud mexicano*. V. *Fuentes de consulta*.

### I. EN TORNO A LA IDEA DE “RECONSTRUCCIÓN”

En uno de sus significados, la palabra reconstrucción o “volver a juntar de manera global”, alude a “reparar o volver a construir una cosa destruida, deteriorada o dañada”,<sup>1</sup> lo que es una buena descripción para destacar lo que requiere realizar el Estado mexicano para dar un mínimo de funcionalidad al sistema de salud del país, una vez que concluya el actual gobierno.

Siguiendo la temática a la que se nos convoca, dedicaremos esta reflexión al tema de la reconstrucción del sistema de salud mexicano en clave de derechos humanos. En ese contexto, es necesario partir de unas preguntas básicas: ¿Por qué es necesario hablar de “reconstrucción” del sistema de salud mexicano? ¿Cuáles son los problemas que se advierten en el actual sistema de salud que obliguen a su reconstrucción?

---

\* Doctor en Derecho y licenciado en Filosofía por la UNAM; investigador titular B de tiempo completo y PRIDE C en el Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. ORCID: 0000-0001-7557-4525. [daniel6218@hotmail.com](mailto:daniel6218@hotmail.com).

<sup>1</sup> Oxford Languages. “reconstruir” (marzo 15, 2023). <https://www.google.com/search?q=reconstruir&oq=reconstruir&aqs=chrome..69i57j0i10i131i433i512j0i10i51218>

Para quien le impacte la afirmación relacionada con la necesidad de esperar a que concluya el actual gobierno para iniciar la reconstrucción del sistema de salud mexicano, debemos mencionar que los datos (consultar Chávez, V., 2023, marzo 20 y Nájjar, 2020, abril 14) recientes muestran cómo el gobierno del presidente Andrés Manuel López Obrador, a pesar de que alegó que recibió el sistema de salud en una “situación de desastre”, con malas decisiones, contribuyó a minar las capacidades del Estado mexicano en materia sanitaria. (s.a. *Milenio Digital*, 2023, s. p.) También quedará para el anecdotario su pretensión de crear en México un “sistema de salud como el de Dinamarca” (López Obrador, 2023, s. p.).

Unos pocos datos pueden ayudar a entender la necesidad de la reconstrucción del sistema de salud mexicano: el primero es obvio: su disfuncionalidad durante la pandemia. Con datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) se destaca que el sistema de salud mexicano tuvo uno de los índices más elevados de mortalidad durante la pandemia de SARS-Cov-2. De hecho, el Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República, con datos al 30 de noviembre de 2021, destaca que México ocupa el quinto lugar de fallecimientos por COVID-19 con 225 muertes por cada 100,000 habitantes (Torres Ramírez, 2021, p. 5.).

Por su parte, la información oficial alude a 326,097 decesos al 11 de julio de 2022 (INEGI, 2022, s. p.); en cambio en el “Boletín Estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19, 2022, número 39, Semana Epidemiológica 52 del 25 al 31 de diciembre de 2022”, en el rubro: “Exceso de mortalidad por todas las causas en México Período de análisis: Semana epidemiológica 1 de 2020 a 52 de 2022 (29 de diciembre de 2019 al 31 de diciembre de 2022)”, se mencionan dos cifras: 505,746 “Defunciones asociadas a la COVID-19 según actas de defunción” y 331,365 “Defunciones registradas en SISVER con resultado positivo al virus SARS-CoV-2”. Con estos datos se acredita que la emergencia sanitaria por COVID-19 fue, por lo menos, mal gestionada. (INEGI, 2022a, s. p.).

El segundo, se deriva del plano estadístico, con el que se acredita que la mayor cantidad de causas de muerte, más del 90% se relaciona con problemas de salud. En efecto, con datos del INEGI, se puede mencionar que el sistema de salud debe atender a 126,014,024 personas, de los cuales 48.8% son hombres y 51.2% mujeres; con un 47.7% de personas adultas mayores (problema de envejecimiento) por cada 100 niños y jóvenes; en donde 50. se encuentran en situación de dependencia por cada 100 en edad productiva (INEGI, 2023a, s. p.). La estadística de mortalidad destaca que, de las 1,122,249 defunciones registradas durante 2021, 474,689 corresponde a

mujeres, con un 42.3%, y 646,825 a hombres con un 57.6% del total y en 735 casos no se especificó el sexo de la persona (INEGI, 2022b, s. p.). Del total de defunciones, 92.5% fue por enfermedades y problemas relacionados con la salud y 7.5% por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios, principalmente). Las tres principales causas de muerte en el ámbito nacional en 2021 fueron: COVID-19 (con 238,772 muertes), enfermedades del corazón (con 225,449 muertes) y diabetes mellitus (con 140,729 muertes). En hombres, los homicidios representaron la sexta causa de muerte (INEGI, 2023b, s. p.).

El tercero se deriva de la inversión en materia sanitaria, asociado al gasto en salud. En efecto, el INEGI destaca que en 2021 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA) del sector salud en México reportó un monto equivalente a 6.2% del PIB nacional (INEGI, 2022a, s. p.). Según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, en 2022 México ejercerá sólo el 2.93% de PIB. La población que presenta carencia por acceso a los servicios de salud pasó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020. Además, 15.1% de la población con afiliación debe pagar por los servicios de salud y 7.2% de la población tarda más de dos horas en llegar a un hospital. En ese sentido, el gasto de bolsillo en salud que en 2019 era de 42.1%, en el 2020 se disparó a 49.4% (CIEP, 2023, s. p.). Lo que muestra la profundidad del problema.

Con esos tres elementos como antecedente, apuntalamos la necesidad de disertar en torno a la reconstrucción del sistema de salud del país, a lo que dedicaremos los apartados siguientes, destacando en primer lugar, el debate en torno a los sistemas sanitarios; para abordar después el derecho humano a la salud como eje de la “reconstrucción”, y por último, un breve estudio del sistema de salud de Dinamarca como referente para las ideas que plasmaremos para la concreción de un “nuevo” sistema de salud mexicano.

## II. EL “VIEJO” DEBATE EN TORNO A LOS SISTEMAS SANITARIOS

De los 100 compromisos de gobierno que presentó el presidente Andrés Manuel López Obrador, en el Zócalo de la Ciudad de México, el 1o. de diciembre de 2018, después de asumir el mando como presidente de la República, destacamos en número 13, en donde se comprometió a:

13. Se hará realidad el derecho a la salud. El propósito es garantizar a los mexicanos atención médica y medicamentos gratuitos; comenzaremos en las unidades médicas del Seguro Social ubicadas en las zonas más pobres del país

y poco a poco ser irá ampliando el programa hasta que logremos, a mediados del sexenio, establecer un sistema de salud de primera, como en Canadá o en los países nórdicos (s. a. *El Economista*, 2023, s. p.).

Ya estamos en el quinto año de gobierno y en los términos destacados en el apartado anterior, este compromiso 13 está lejos de cumplirse. Para ejemplificar, mencionaremos que México todavía tiene un sistema de salud en donde confluye el sector público, social y privado. El sector público y social comprende a instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar), el Instituto de Salud para el Bienestar (ISB), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Bienestar (IMSS-B), entre otros.

Por su parte, el sector privado integra a empresas que brindan servicios de salud u hospitalarios a la población con capacidad de pago, entre ellos: Médica Sur, Centro Médico ABC, el Hospital Español, el Centro Médico Dalinde, el Hospital Ángeles, Hospital Star Médica, entre otros, y todo el segmento de consultorios anexos a farmacias o consultorios, clínicas y hospitales privados que brindan atención a la población que carece de acceso al sector público o social de la salud.

Este modelo público-privado coexiste en el Sistema Nacional de Salud, donde confluyen dependencias, entidades, personas físicas o morales de los sectores social y privado (artículo 5o., Ley General de Salud) y “mecanismos de coordinación de acciones”.

El financiamiento de las instituciones públicas y del sector social proviene de tres fuentes: presupuestales de carácter federal, estatal o municipal; contribuciones gubernamentales, del empleador y de los propios empleados en los casos de seguridad social; y por medio de cuotas de recuperación que los usuarios cubren, así, el financiamiento es público, social y privado; en ciertos casos se asignan cuotas familiares según deciles de ingreso que definen sectores socioeconómicos; por su parte, el sector privado se financia con el pago que hacen los usuarios por los servicios que les brindan y, en algunos casos, con primas de los seguros médicos privados.

En términos de atención, de un total de 92,582,812 de población derechohabiente en 2020, con datos del NEGI, contenido en: *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*, se puede establecer que los mexicanos se atienden en los siguientes espacios de salud:

TABLA 1

<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>ISSSTE estatal</i>	<i>Pemex, Defensa o Marina</i>	<i>Instituto de Salud para el Bienestar</i>	<i>IMSS-Bienestar</i>	<i>Institución privada</i>	<i>Otra institución</i>
47,245,909	7,165,164	1,041,534	1,192,255	32,842,765	958,787	2,615,213	1,149,542

FUENTE: INEGI, 2023b, s. p.

Existe una diferencia de 1,628,357 personas entre el total y su desglose por institución, que no se explica en el cuadro estadístico. De las cifras compiladas por el INEGI se pueden extraer las siguientes conclusiones:

TABLA 2

Población total	126,014,024
Mexicanos atendidos en el sector público y social	90,446,414 (incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Pemex, Defensa, Marina, INSABI; e IMSS-bienestar).
Mexicanos atendidos en el sector privado	3,764,755 (aquí se encuentran instituciones privadas y otras instituciones).
Total	94,211,169

FUENTE: INEGI, 2023b, s. p.

Lo que muestra a más de tres millones de mexicanos atendido por el sector privado. Con estos datos podríamos estimar que:

TABLA 3

% de la población atendida por el sector público y social	75%	126,014,024	94,211,169
% de la población atendida por el sector privado.	3%	126,014,024	3,764,755
% de la población que carece de servicios de salud.	22%	126,014,024 – 94,211,169 – 3,764,755	28,038,100

FUENTE: Elaboración propia.

Sin embargo, esta información debe matizarse, porque con datos del propio INEGI se puede destacar que entre los 94 millones atendidos por el sector público o social y los 3 millones atendidos por el sector privado, al relacionarlos con el total de la población, existe una diferencia de 3 millones de personas que, posiblemente, están mal contabilizadas o la información no está debidamente ajustada, así se presentan los datos siguientes:

TABLA 4

			<i>Porcentaje de población</i>
Afiliada	92,582,812		
No afiliada	32,999,713	92,582,812	73%
No especificado	431,499	33,431,212	27%
		126,014,024	100%

FUENTE: Elaboración propia.

Como se advierte con datos oficiales, entre el 22 o 27%, según el dato que se tome, de los mexicanos carece de un servicio de salud o no está afiliado a alguno.

De los modelos o sistemas de atención a la salud que existen: 1) liberal (de pago directo); 2) seguros voluntarios (vía el pago voluntario de una póliza de seguros por parte de la persona que requiere ese servicio); 3) el modelo Semashko (monopolio estatal en el sector sanitario, tiene su origen en 1918); 4) el modelo de William Beveridge (servicio nacional de salud, establecido en 1948), y 5) el modelo de Otto von Bismarck (seguros sociales obligatorios, con antecedentes desde 1883), nuestro país cuenta con tres de ellos: 1) el modelo Beveridge; 2) el modelo Bismarck, y 3) el modelo liberal, sustentado en la medicina gerenciada o administrada mediante el pago de cuotas en seguros voluntarios. Además, como lo destacamos existe un número significativo de mexicanos sin acceso a los servicios de salud (Zurro y Cano, 2003, p. 35).

Así, con los elementos destacados en los párrafos anteriores, se puede concluir que el sistema es disperso, disfuncional y con escaso financiamiento público, graves carencias en materia de personal e infraestructura. Lo anterior significa dispersión de recursos entre los diversos sistemas, duplicidad de funciones —al menos en la gestión del derecho humano a la salud— e infraestructuras hospitalarias y personal dispares.

Al presentar los avances del Plan de Salud para el Bienestar, el presidente de la República destacó: “Queremos garantizar el derecho a la salud en todo el país de manera universal, de calidad y de forma gratuita, que eso es un reto, un desafío que logremos levantar el sistema de salud pública y lo dejemos como uno de los mejores del mundo. Ese es el desafío” (López Obrador, 2023, s. p.). Bien entendido el argumento destacado, nos lleva concluir que la idea para el sistema de salud del país es contar con un “sistema nacional de salud universal gratuito”.

### III. EL EJE DE LA “RECONSTRUCCIÓN”: EL DERECHO HUMANO A LA SALUD

Un sistema de salud nacional de carácter universal y gratuito requiere como mínimo estar disponible para toda la población del país y ser financiado con el presupuesto estatal, con base en los impuestos (Zurro y Cano, 2003, p. 35). Este modelo es característico del Reino Unido, Suecia, España, Canadá, Países Bajos y Francia. Las características del modelo son: i) cobertura universal; ii) financiamiento vía impuestos; iii) intervención del Estado en la organización de los servicios, y iv) carácter público de la provisión (Sevilla y Riesgo, 2018, s. p.).

A esas determinaciones nosotros destacaríamos una acotación, ateniendo a nuestra propuesta de reconstruir un sistema de salud con enfoque de derechos humanos, sugeriríamos que el Consejo General de Salubridad —al igual que lo hace en el cuadro básico de medicamentos—, determine un esquema básico prestaciones en materia de medicina preventiva y de emergencia, esquema que se proporcionaría en todos los hospitales del país (públicos o privados) de manera universal, gratuita e indiscriminada a quien lo requiera.

Por supuesto, aceptamos los límites de esta propuesta, porque en general las decisiones sanitarias se supeditan a tres condicionantes: la ciencia médica; la garantía del respeto a la autonomía del paciente y la distribución correcta de recursos (Cabo y Javier, 2014, s. p.).

No obstante, consideramos que el orden jurídico del país puede ser el punto de partida para un esquema de salud de esas características. En efecto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) reconoció el derecho a la protección de la salud en 1983, en su artículo 4o., que establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y prescribe la reserva de ley en torno a las bases y modalidades para el acceso a la salud.

Así, ese derecho humano a la protección de la salud cuenta con dos dimensiones: individual y social. La primera dimensión, implica: “la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona. De lo anterior se advierte un interés constitucional del Estado por procurarle a las personas en lo individual, los medios para un adecuado estado de salud y bienestar” (Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.), 2019, p. 486). Por su parte, la dimensión social o pública: “consiste en el deber del Estado de atender los problemas de salud que afectan a la sociedad en general, así como en establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud” (Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.), 2019, p. 486).

En este contexto, el Estado tiene el deber de emprender las acciones necesarias para alcanzar los fines de salud en sus dos dimensiones, identificando los problemas que afectan a la salud pública del conglomerado social, o de grupos específicos (tales como los relacionados con grupos vulnerables); asegurar el acceso a los servicios de salud a todos, y el desarrollo de políticas para atender problemas de salud; sin olvidar la asignación del presupuesto o los recursos necesarios.

La propuesta debe alinearse con la reforma constitucional, del 10 de junio de 2011, en materia de derechos humanos; en particular con dos de sus principales modificaciones: la denominación del capítulo I del título primero de “De las garantías individuales” a “De los derechos humanos y sus garantías”, y el parámetro de contenido sustancial de derechos humanos compuesto tanto por los contenidos en la Constitución como el contenido en los tratados internacionales de los que el Estado sea parte. Ello hace necesario tener en cuenta el significado y los alcances del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos.

El derecho a la salud, en el derecho internacional de los derechos humanos, o el derecho a la protección de la salud en la Constitución federal, debe ser delimitado por lo menos en dos aspectos: el primero, en cuanto a su contenido y, el segundo, en cuanto a sus alcances, que implica las obligaciones que contrae el Estado mexicano, las cuales con la reforma constitucional mencionada se han ampliado.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha señalado que el estudio de los derechos humanos conforme a la reforma constitucional referida y atento al principio *pro homine*, no implica necesariamente que se acuda a lo previsto en instrumentos internacionales si es suficiente la previsión que contenga la CPEUM y, por tanto, basta el estudio que se realice de la



Constitución (Tesis: 2a./J. 172/2012 (10a.), 2023, p. 1049).<sup>2</sup> La Ley General de Salud establece la forma de concretar el derecho a la protección de la salud por medio de la prestación de servicios. El Octavo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito ha identificado los siguientes artículos: 2o. (finalidades), 23 (servicios de salud), 24, fracción I (servicios de atención médica, salud y asistencia social), 27, fracciones III, IV, VIII y X (servicios básicos de salud), 28 (cuadro básico de insumos), 29, 32 (atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud) y 33 (atención médica preventiva, curativa y rehabilitación) de la Ley General de Salud, como aquellos que prevén el derecho a la protección de la salud, contenido en el artículo 4o., cuarto párrafo, de la CPEUM (Tesis: I.8o.A.6. CS (10a.), 2017, p. 2431).

En suma, según el mismo tribunal colegiado referido, los preceptos señalan como finalidades del derecho a la protección a la salud: el bienestar físico y mental de la persona, así como la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana. Para lo anterior, reconocen el disfrute de los servicios de salud para satisfacer las necesidades de la población mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas por medio de la atención médica (la salud pública y la asistencia social), que comprende actividades preventivas, curativas y las relativas a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, así como garantizar la existencia y disponibilidad permanentes de medicamentos y otros insumos esenciales, para la población que los requiera. En consecuencia, para el tribunal colegiado, la tutela del derecho mencionado se encuentra plenamente satisfecha por la normativa nacional citada y, por tanto, es innecesario considerar el contenido de los tratados o instrumentos internacionales al respecto (Tesis: I.8o.A.6. CS, 10a., 2017, p. 2431).

Holmes y Sunstein (2011, p. 33), destacan que para saber qué derechos garantiza una comunidad no hay que mirar sólo a la Constitución de esa comunidad sino, muy especialmente, cuantos recursos se destinan a asegurar su cumplimiento. Por tanto, hay consideraciones presupuestarias que deben observarse para saber qué derechos y a qué grado se garantizan a la comunidad. En el segundo caso, podemos pensar en medidas legislativas, reglamentarias y administrativas concretas para los distintos problemas de salud, por ejemplo, para la atención en los distintos niveles a las enfermedades respiratorias.

---

<sup>2</sup> La jurisprudencia se refiere en específico para determinar la constitucionalidad o falta de ella en el acto reclamado, sin embargo, también sirve nuestro análisis.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) establece en su artículo 11 que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Aunado a ello, que los Estados partes deben tomar medidas apropiadas para asegurar la efectividad de los derechos. Es claro que no basta con el reconocimiento del derecho, sino que, incluso más importante, es hacerlo efectivo.

Conforme al artículo 2 del PIDESC, cada uno de los Estados partes se compromete a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el PIDESC. Además, que los Estados partes se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Conforme a la Observación General 12, no obstante el principio de la aplicación progresiva de los derechos y el reconocimiento de los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, el PIDESC impone a los Estados partes diversas obligaciones de efecto inmediato respecto del derecho a la salud: la garantía de que el derecho pueda ser ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Además, enfatiza que dichas medidas deben ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud (Observación General 12, párrafo 30). Continuando con las obligaciones, señala la observación que, como en el caso de los demás derechos contenidos en el PIDESC, respecto del derecho a la salud, los Estados partes tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir. La primera se refiere a la obligación de facilitar, proporcionar y promover y exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la segunda, de proteger, requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12, y la tercera, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (Observación General 12, párrafo 30).

Concentrándonos un poco más en la obligación de cumplir, la observación general referida señala que se requiere, en particular, que se reconozca

suficientemente el derecho a la salud en los sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y se adopte una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud:

Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el 11 establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud (25).

No debemos ignorar que la Observación General 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)” establece:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos... 3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende

de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado...

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

#### IV. DINAMARCA Y EL NUEVO SISTEMA DE SALUD MEXICANO

En una obra previa ya disertamos en torno a los cambios que consideramos necesarios para reorientar el sistema de salud mexicano, en donde analizamos las propuestas de “seguridad social universal; propuesta del presidente del Consejo Técnico de la Confederación Nacional Campesina, Ernesto Enríquez; de Santiago Levy (Empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal), de la Fundación Mexicana para la Salud, y el apartado de salud en el Pacto por México, destacando, al inicio de nuestra propuesta, que contamos con un sistema de salud complejo, segmentado, caro, con carencia

de personal, y camas, y con atención de emergencia disfuncional (Melgar, Márquez y Cano, 2014, p. 322). Argumentos y propuestas que servirán de base para este apartado.

También, atendiendo a las constantes referencias presidenciales al sistema de salud danés, destacaremos algunos de sus componentes para contrastarlos con nuestra propuesta. En términos generales, Dinamarca es un país pequeño, tiene 43,094 km<sup>2</sup> y 5,837,213 habitantes. Su forma de gobierno es una Monarquía parlamentaria; el sistema de salud danés se encuadra dentro del modelo de sistemas públicos o “Beveridge”. El sistema de salud lo administra el Ministerio del Interior y de Salud, establecido a partir del 15 de diciembre de 2022 (Indesrigs-Og, 2023, s. p.), y se financia vía impuestos y contribuciones sociales. Territorialmente cuenta con tres ámbitos políticos y administrativos: el Estado, por medio del Ministerio del Interior y de Salud, ejerce la función regulatoria y de supervisión del cuidado de la salud de las personas de la tercera edad; las cinco regiones son responsables de los hospitales, de los médicos generales y de la atención psiquiátrica, y los 98 municipios brindan diversos servicios primarios de salud y la atención a las personas de la tercera edad (Indesrigs-Og, 2023, s. p.). El gobierno federal otorga subvenciones de los ingresos fiscales a las regiones y municipios, además, se puede adquirir un seguro voluntario para cubrir ciertos pagos de medicamentos, atención dental u otros servicios (Denmark, 2023, s. p.). El sistema de salud danés se rige por The Health Act (546, junio 2005).

Atendiendo a sus características de universalidad, gratuidad, integración, calidad y accesibilidad, los hospitales públicos y privados brindan servicios con estándares de igual calidad.

Como se advierte, es un sistema descentralizado, con un regulador que diseña la política, servicios de salud cercanos a la población y servicios de atención de primer nivel concentrada en los municipios.

Ampliando la visión de este sistema de salud, H. A. Eguia, P. Sánchez-Seco Toledano, L. Eshøja, Lægehuset Rudkøbing, Rudkøbing (2019, pp. 552-558), destacan:

Su financiación es principalmente pública procediendo, por tanto, de los impuestos de los ciudadanos y presupuestos estatales. Se destina en torno a un 11% del PIB al gasto exclusivamente sanitario. La esperanza de vida media en el país es de 80,6 años, siendo la de las mujeres (82,9 años) superior a la de los hombres (79 años). Los servicios prestados al ciudadano son gratuitos con excepción de la farmacia (los pacientes pagan el coste total de los medicamentos hasta llegar a un umbral, pasando luego a pagar una tasa decreciente de copago hasta alcanzar un segundo umbral, a partir del cual los costes están totalmente cubiertos), odontología (atención gratuita hasta los 18 años) fisio-

terapia y podología (se abona 2/5 de la factura). Todo ello incluye también a personas que se encuentren temporalmente en el país; las personas que no estén registradas (residentes, inmigrantes indocumentados o visitantes extracomunitarios no cubiertos), pueden acceder al uso de los servicios de salud, pero asumiendo todo el coste de estos.

Actualmente Dinamarca tiene una estrategia de salud digital, denominada: A Coherent and Trustworthy Health Network for All, o sea, “una red de salud coherente y confiable para todos”, que busca que los pacientes experimenten el sistema de salud como una red de salud coherente y confiable en lo digital y personal (Indesrigs-Og, 2023, s. p.).

Como ya destacamos en la obra previa citada, las acciones de medicina preventiva, de salubridad pública y de acceso a los derechos humanos son complementarias, afirmando que es la “respuesta más humana y de solidaridad que la sociedad puede otorgar a otro ser humano”; también aludíamos a un sistema de salud enfocado en derechos humanos, con médicos y trabajadores éticamente comprometidos, porque cuentan con conocimientos, capacitación constante, respeto e integridad (Melgar, Márquez y Cano, 2014, pp. 325-332). Así, entre las propuestas que algunos colegas formulamos se encuentran:

- Separar el gasto de las prestaciones sociales otorgándole una fuente distinta a la de la asistencia médica (en donde se encuentra el derecho humano a la salud).
- La salud pública y los riesgos sanitarios deben operarse desde un organismo rector, que puede ser la Secretaría de Salud.
- Crear un fondo único de financiamiento al sistema de atención a la salud.
- Elevar el gasto en salud al 9% del PIB, porque con datos a 2011 destacábamos que Holanda invierte en salud el 12% de su PIB y Chile el 8% de ese indicador, lo que nos llevaba a considerar que un 9% del PIB era apropiado para México, en términos de estándares internacionales.
- Transición entre los sistemas de financiamiento actuales.
- Capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario, con un programa de incentivos a la permanencia.
- Atención médica plural, sinérgica de los sectores público-privado, integrada en un programa de consultorios populares apoyados por la iniciativa privada, con precios módicos y factura a cargo del fondo de salud.

- Un modelo sustentado en una Secretaría de Salud como agente central único, generador de políticas y comprador universal de insumo para la salud, y pagador único de los servicios relacionados con el sistema nacional de salud con enfoque de derechos humanos. Concentrando las funciones de dirección, planeación y finanzas generales; dividir el país en cuatro regiones, con el nivel de subsecretaría, que se concentrarían en la atención de primer, segundo y tercer niveles de salud; complementada con los centros de salud e instancias similares y los consultorios populares (Melgar, Márquez y Cano, 2014, pp. 325-332).

En ese sentido, para complementar las propuestas destacadas, atendiendo a la necesidad de enfocarnos, como se destacó en la introducción a la reconstrucción del sistema de salud mexicano, se requiere como mínimo para proceso de reconstrucción exitoso:

1. Evaluación de riesgos del sistema de salud.
2. Organización y definición del proceso de cambio (precisar el modelo sanitario al que se desea transitar).
3. Administración del proceso (planificar, programar y operar un proceso exitoso de cambio de modelo en salud en México, en los términos propuestos).
4. Objeto y población objetivo (interactuar con el universo de posibles usuarios del sistema nacional de salud con enfoque en derechos humanos).
5. Capacitación a los responsables (otorgar a los médicos y al personal de apoyo los medios para operar el nuevo sistema).
6. Ejecución (poner en marcha las propuestas de los puntos 3, 4 y 5).
7. Evaluación y retroalimentación,<sup>3</sup> (identificando riesgos y problemas y proponiendo soluciones oportunas, para la consecución exitosa de la reconstrucción).

Como se advierte, en algunos aspectos la propuesta coincide con lo que se tiene en Dinamarca, sobre todo en el tema de financiamiento, en la centralización de la regulación y la política y en la construcción de un sistema con tres niveles político-administrativos.

---

<sup>3</sup> Con apoyo en: Montoro, Barbara y Ferradas, Pedro, *Reconstrucción y gestión de riesgos: Una propuesta técnica y metodológica*, Perú, Soluciones Prácticas-Intermediate Technology Development Group (ITDG-Perú), 2005, destacando que su propuesta se enfoca en el manejo de desastres.

## V. BIBLIOGRAFÍA

- Cabo S. y Javiery Bellmont Lerma, M. (2014). *Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad*. Fundación Mapfre.
- Cano, R. 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.
- Chávez, V. (2020). En plena pandemia, Salud sufre despidos y contrataciones mínimas. Ante la contingencia sanitaria, y aunque variables, las contrataciones han sido mínimas. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/en-plena-pandemia-salud-sufre-despidos-y-contrataciones-minimas/> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- CIEP. (2022). *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Denmark. (s. f.) *The Commonwealth Fund, International Health Care System Profiles*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Eguía, H. A., Sánchez-Seco Toledano, P. y Eshoj, L. (2019). La atención primaria en Dinamarca. *Elsevier*, 45(8), pp. 552-558.
- Gobierno de México. (2023). *Exceso de Mortalidad en México*. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/> (fecha de consulta 20 de marzo).
- Grupo Interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas. (2022). *Boletín Estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19, 2022*, (39), *Semana Epidemiológica 52 del 25 al 31 de diciembre de 2022*. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/02/Boletin\\_XXXIX\\_ExcesoMortalidad\\_COVID.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2023/02/Boletin_XXXIX_ExcesoMortalidad_COVID.pdf) (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- Holmes, S. y Sunstein, C. (2011). *El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos*. Siglo Veintiuno Editores.
- Indesrigs-Og Sundhedsministeriet (2023). *A Coherent and Trustworthy Health Network for all*. <https://sum.dk/publikationer-sundhed/2018/januar/a-coherent-and-trustworthy-health-network-for-all> (fecha de consulta 27 de marzo de 2023).
- INEGI. (2020). *Población según condición de afiliación a servicios de salud y sexo por entidad federativa*. <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos>



?pxq=Derechohabiencia\_Derechohabiencia\_01\_3e83e8a1-690d-4cfb-8af0-a1e675979b3e&idrt=143&opc=t (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).

INEGI. (2022a). *Comunicado de Prensa Núm. 779/22*, del 14 de diciembre de 2022, 2023. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/CSSS/CSSS2021.pdf> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2022b.). *Mortalidad*. <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/#Tabulados> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023a). *Población*. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023b). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Consulta de resultados: Tabulados básicos*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

INEGI. (2023b). *Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución*. [https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia\\_Derechohabiencia\\_02\\_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t](https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Derechohabiencia_Derechohabiencia_02_822ebcc5-ef41-40c1-9901-22e397025c64&idrt=143&opc=t) (fecha de consulta 16 de marzo de 2023).

INEGI. (2023c). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).

Johns Hopkins University. (2023). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE)*. Johns Hopkins University (JHU). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).

López Obrador, A. M. (2022). Gobierno de México garantizará derecho a la salud por encima de los desafíos, afirma presidente. <https://lopezobrador.org.mx/2022/08/30/gobierno-de-mexico-garantizara-derecho-a-la-salud-por-encima-de-los-desafios-afirma-presidente/> (fecha de consulta 21 de marzo de 2023).

Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J. F. (Eds.). (2003). *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. (5a. ed.). Elsevier.

Montoro, B. y Ferradas, P. (2006). *Reconstrucción y gestión de riesgo: Una propuesta técnica y metodológica. Soluciones Prácticas-Intermediate Technology Development Group (ITDG-Perú)*.

Nájar, A. (s. f.). Coronavirus en México: la enorme crisis del sistema de salud que complica al país atender la pandemia de covid-19. *BBC Noticias*.

- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51923474> (fecha de consulta 29 de marzo de 2023).
- Olivares, E. y Urrutia, A. (2022). A más tardar en un año México tendrá sistema de salud pública como en Dinamarca: AMLO. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/notas/2022/12/27/politica/a-mas-tardar-en-un-ano-mexico-tendra-sistema-de-salud-publica-como-en-dinamarca-amlo/> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- S. a. (2018). Los 100 compromisos de Andrés Manuel López Obrador como presidente de México. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/politica/Los-100-compromisos-de-Andres-Manuel-Lopez-Obrador-como-presidente-de-Mexico-20181207-0072.html> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- S. a. (23 de mayo de 2023). Van 10 mil despidos en sector salud: sindicato de burócratas a AMLO. *Milenio Digital*. <https://www.milenio.com/politica/fstse-contradice-amlo-10-mil-despidos-sector-salud> (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- Sevilla, Jordi y Riesgo, I. (2018). *Qué está pasando con tu sanidad*. España: Profit.
- Tecnológico de Monterrey. (2021). *Covid-19 en México. Datos Nacionales. Actualizados al 11 de julio de 2022. Mexicovid-19*. <https://mexicovid19.app/covid-19> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).
- Tesis: 1a./J.8/2019 (10a.) (2019). *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*. Décima Época.
- Tesis: 2a./J. 172/2012 (10a.) (2013). *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Décima Época. Libro XVII. Tomo 2. p. 1049.
- Tesis: I.8o.A.6. CS (10a) (2017). *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*. Décima Época. Libro 47. Tomo IV. p. 2431.
- Torres Ramírez, C. (2021). Covid-19. Situación a dos años. *Temas Estratégicos*, (99), Instituto Belisario Domínguez, Senado de la República.
- Villa y Caña, P. (2023). Sigue en pie que en este año, México tendrá un sistema de salud como el de Dinamarca: AMLO. *El Universal*. [https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-sigue-en-pie-que-en-este-ano-mexico-tendra-un-sistema-de-salud-como-el-de-dinamarca#google\\_vignette](https://www.eluniversal.com.mx/nacion/amlo-sigue-en-pie-que-en-este-ano-mexico-tendra-un-sistema-de-salud-como-el-de-dinamarca#google_vignette) (fecha de consulta 20 de marzo de 2023).
- WHO. (s. f.). *Covid-19 Americas' Regional Dashboard, Geographic Distribution of Cases and Deaths*. *ArcGIS Dashboards*. <https://who.maps.arcgis.com/apps/dashboards/c147788564c148b6950ac7ecf54689a0> (fecha de consulta 23 de marzo de 2023).