



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA  
**enGRANDE**

# DOCUMENTO

Derechos Humanos y Prevención  
de la Discriminación en los  
Servicios de Salud

Marzo 2016

# Documento



DERECHOS HUMANOS  
Y PREVENCIÓN DE LA  
DISCRIMINACIÓN EN LOS  
SERVICIOS DE SALUD



**CEVECE**  
Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades



## Antecedentes

Los derechos humanos son aquellos que poseen todas las personas por el simple hecho de serlo, y se encuentran reconocidos y garantizados en la mayor parte de las Cartas Fundamentales de cada país, así como en tratados y convenciones internacionales. El derecho a la salud es uno de esos derechos humanos inherente a cada persona y por tanto, indivisible respecto de otros derechos sociales como los relativos a la identidad, condición de vida digna, trabajo, vivienda, educación, etc.

En México, el derecho humano a la salud se encuentra regulado en el párrafo cuarto del artículo 4º constitucional, al garantizar para todas las personas el derecho a la protección de la salud, ordenando además al legislador definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer de la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia, conforme la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

En este sentido, el derecho a la salud y a su protección representa un derecho social por excelencia, es complejo porque conlleva una serie de obligaciones de hacer por parte de los poderes públicos o gobierno, como es el asegurar la asistencia médica cuando la salud de las personas, -independientemente de la causa-, se vea afectada, haciendo efectivo el derecho a la atención o asistencia médica; pero además también genera en el Estado la obligación de preservar el bien jurídico protegido por la Constitución: la salud. Es obligación entonces del Estado, abstenerse a su vez de dañar la salud de los ciudadanos y de evitar que particulares o grupos la dañen.

La obligación que se delega a los particulares se traduce en que el derecho a la salud que los establecimientos médicos privados proporcionan, deberá prestarse principalmente tratándose de servicios de urgencia, a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no ser pagado, esa obligación se limita entonces a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite inmediatamente y procurar su traslado a una institución pública, pues de lo contrario, se atentaría contra un derecho fundamental por antonomasia, generando responsabilidades inclusive de tipo penal.

Partiendo de la definición adoptada por la Organización Mundial de la Salud, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>7</sup> La salud tiene por consecuencia un componente individual y un componente colectivo o social.

El componente individual hace referencia a la salud individual o personal de cada sujeto, mientras que el componente colectivo alude a los factores sociales que tienden a preservarla o quebrantarla como pueden ser las epidemias, contaminación, falta de hábitos higiénicos, inapropiadas medidas de prevención de enfermedades, etc.



La protección de la salud es una de las tareas fundamentales -tanto en términos políticos como económicos- de los actuales Estados democráticos y representa uno de los ejes indispensables de un Estado Constitucional de Derecho, donde el respeto y garantía de los derechos humanos son la base de su legitimidad.

Considerado el derecho a la salud como derecho fundamental, el sistema de prestaciones para hacerlo efectivo deberá contener por lo menos tres características: universalidad, equidad y calidad. “La universalidad deriva del carácter de derecho fundamental de protección a la salud, y es tutelado normativamente en el texto constitucional al designar como sujeto del derecho a toda persona.”<sup>3</sup> La equidad, implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de los usuarios, se busca evitar la discriminación en el acceso a servicios de salud.

La no discriminación en materia de derechos sociales se encuentra recogida en el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que dispone lo siguiente:

“Los estados partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, 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.”<sup>3</sup>

Finalmente, la equidad es un requisito de la existencia misma del sistema de salud y un elemento para alcanzar un mínimo de igualdad entre quienes acceden a los servicios públicos de salud y de quienes lo hacen en servicios privados.

Además de estas tres características a considerar para efectivizar por parte del Estado el derecho humano a la salud, es imprescindible a su vez, la observancia de principios constitucionales y estructurales a través de los cuales se debe de orientar el sector salud en la praxis médica:

1. “Principio de no discriminación/igualdad de oportunidades: Precisa de la aplicación de métodos y estrategias para analizar y superar progresivamente la discriminación estructural y la desigual distribución de poder que perjudica la salud del individuo y de grupos -particularmente mujeres y niños-, dificultando el acceso de éstos a servicios de salud.
2. Principio de participación/empoderamiento: Promover la participación de todos los titulares de derechos, específicamente grupos desfavorecidos y marginados en los procesos de decisión relevantes para la salud tanto a nivel local como nacional. Se incluye en este rubro la toma de conciencia de la población respecto a sus derechos como condición previa importante para que exista una política sanitaria orientada a los derechos humanos.
3. Principio de transparencia: Capacidad de las instancias estatales titulares de obligaciones para rendir cuentas sobre la implementación y los resultados de su política sanitaria en relación con



sus obligaciones de derechos humanos, así como para realizar con transparencia la asignación de recursos en el sector salud.

4. Principio de igualdad de género: Se encuentra consagrado en todos los tratados de derechos humanos y ocupa un lugar prioritario en la Convención de la Organización de las Naciones Unidas ONU sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.”<sup>8</sup>

El enfoque centrado en derechos humanos da lugar a un marco de referencia legalmente obligatorio e internacionalmente reconocido para desarrollar estrategias y políticas sanitarias. Esa importancia de los derechos humanos para los objetivos vinculados a la salud, se ha reconocido en varias declaraciones y acuerdos internacionales como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de la Organización de las Naciones Unidas de 2001, la Declaración del Milenio de 2000, en la que se basan los Objetivos de Desarrollo del Milenio y que se hallan en estrecha relación con la realización de todos los derechos humanos, y en especial con el de la salud.

Entre ese marco legal e internacional, además de los acuerdos y declaraciones antedichas, sobresalen para el sector salud, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 que dispone: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad invalidez viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad”<sup>3</sup>

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales a su vez en su artículo 12 enuncia:

1. “Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene en el trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”<sup>3</sup>

Por su parte el Protocolo en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Convención Americana de Derechos Humanos de 1969 (Protocolo de San Salvador) enumera en su artículo 10 lo siguiente:



1. “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
  - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
  - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
  - d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas profesionales y de petra índole.
  - e. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

A nivel Internacional tratándose del derecho humano a la salud en todas sus formas y niveles, se ha establecido además como elementos esenciales e interrelacionados los que a continuación se enuncian:

- A. Disponibilidad. Cada Estado parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención dela salud, asa como programas.
- B. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. La accesibilidad comprende cuatro distintas dimensiones: a) no discriminación, b) accesibilidad física, de forma que los establecimientos, bines y servicios estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población, particularmente en el caso de los grupos vulnerables o marginados, c) accesibilidad económica (asequibilidad) lo que implica que los servicios de salud estén económicamente al alcance de todos, d) Aceptabilidad. Que los establecimientos, bines y servicios sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, para lo cual se deberá ser sensible a los requisitos de género y del ciclo de la vida, así como respetar la confidencialidad e intimidad de las personas de que se trate, e) Calidad. Además de ser culturalmente aceptable, los servicios médicos sean apropiados desde el punto de vista científico.”<sup>3</sup>

Estas son las condiciones mínimas que deberán de observarse en la prestación del servicio y derecho a la salud de todos los individuos sin hacer ninguna distinción por ninguno de los motivos y formas enunciadas en los instrumentos internacionales enunciados en este apartado. Pero además de estas condiciones mínimas, es necesario enunciar otras que dada su relevancia ningún Estado puede dejar de cumplir; como son las obligaciones básicas, las cuales requieren ser atendidas con la mayor diligencia y prioridad.



Entre las obligaciones básicas están las siguientes:

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, especialmente grupos vulnerables y marginados.
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.
- Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuren en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Adoptar y aplicar sobre la base de pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.

En México, aparte de lo que dispone el artículo 4° Constitucional, el tema relacionado con el derecho a la salud como derecho humano, se encuentra regulado también en el artículo 2° constitucional, en su apartado B al disponer como obligaciones de las autoridades federales, locales y municipales para hacer frente a las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas; asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación en especial para la población infantil.

En términos semejantes, la Ley General de Salud, como ley reglamentaria del artículo 4° constitucional, en su artículo 2° establece que el derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación, y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

## **Problema**

Los derechos humanos y la salud se relacionan recíprocamente, las causas de morbilidad y altos índices de mortalidad en los países -sobre todo en vías de desarrollo y latinoamericanos-, como la nutrición precaria y deficiente, acceso insuficiente al agua potable, condiciones de vida y trabajo insalubre, falta de educación y exclusión de grupos pobres, vulnerables o relegados en servicios de salud esenciales o primarios, entre otras causas; son el resultado del incumplimiento por parte del Estado -como garante de los derechos humanos- de las obligaciones más esenciales para los ciudadanos,





convirtiéndose en el principal transgresor de derechos fundamentales, no porque directamente con sus actos u omisiones los vulnere, sino por la ineficacia de sus instituciones y personal sanitario para responder y garantizar en igualdad de condiciones las necesidades más básicas en materia de salud de su población.

Es cierto que ningún Estado tiene la capacidad para asegurar que toda su población se encuentre “sana”, porque existe una serie de factores que son determinantes para la salud de los individuos y resultan en la mayoría de las veces imposibles de controlar, sin embargo influyen en el disfrute o no de la salud, tales como el estilo de vida mal sano, la falta de prevención de enfermedades, condiciones de pobreza extrema, etc. Sin embargo, debe de recordarse que el derecho a la salud como se enunció en el apartado que antecede, es un concepto complejo porque comprende además de un derecho al disfrute de una gran variedad de bienes; de otros derechos, servicios y condiciones que son necesarias para alcanzar el más alto y no el mínimo nivel de salud, según lo disponen las declaraciones y convenciones internacionales.

A partir de un enfoque centrado en los derechos humanos en el sector salud, se requiere por tanto, de una política sanitaria donde los sistemas de salud brinden un mejor acceso y atención a toda la población -sin discriminación o diferencia alguna-, en especial a grupos vulnerables como mujeres, niños e indígenas, quienes resultan ser la mayoría de las veces los más desfavorecidos.

Las situaciones de discriminación en relación con el derecho humano a la salud y por tanto a los servicios que se prestan en la materia, se puede dar de diferentes maneras:

- Discriminación de personas por la fragmentación del sistema de salud. “El sistema mexicano de salud se encuentra fragmentado (institucional y regionalmente) y presenta desigualdades en cuanto al financiamiento, organización, atención y eficiencia. Todas son diferencias que se acentúan en las distintas regiones de la república, lo que provoca asimetrías injustas, es decir: discriminación. Ello tiene como consecuencia una pronunciada desigualdad en el trato, el acceso y en el tipo y calidad de los servicios.”<sup>6</sup>

Se considera que en México existe un sistema de salud fragmentado, ya que está formado por tres subsistemas, que a su vez se conforman por instituciones con su propia organización, regulaciones independientes, mecanismos de financiamiento propios, así como diferente infraestructura y catálogos de servicios. Dentro de esa estructura se considera además la presencia de instituciones privadas que brindan servicios especializados, subcontratados por las mismas instituciones estatales.





	Formada por	Formas de Financiamiento
Seguridad Social Laboral	IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM, etcétera.	Cuotas obrero patronales y el presupuesto federal.
Servicios para población no asegurada por la seguridad social	Secretaría de Salud, los servicios estatales y el Seguro Popular	Recursos fiscales y cuotas familiares
Privado	Compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados.	Financiado por seguros privados o pago directo.

CONAPRED. En [http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte\\_2012\\_Salud\\_y\\_Alimentacion.pdf](http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Salud_y_Alimentacion.pdf)

Cada parte de ese sistema tiene su propia organización y atiende diferentes tipos de enfermedades y a distintos sectores de la población, esto genera discriminación en el sector público de la salud al proporcionar por ejemplo, la seguridad social “tradicional”, una cobertura de servicios mayor que la suministrada por el Seguro Popular a sus afiliados.

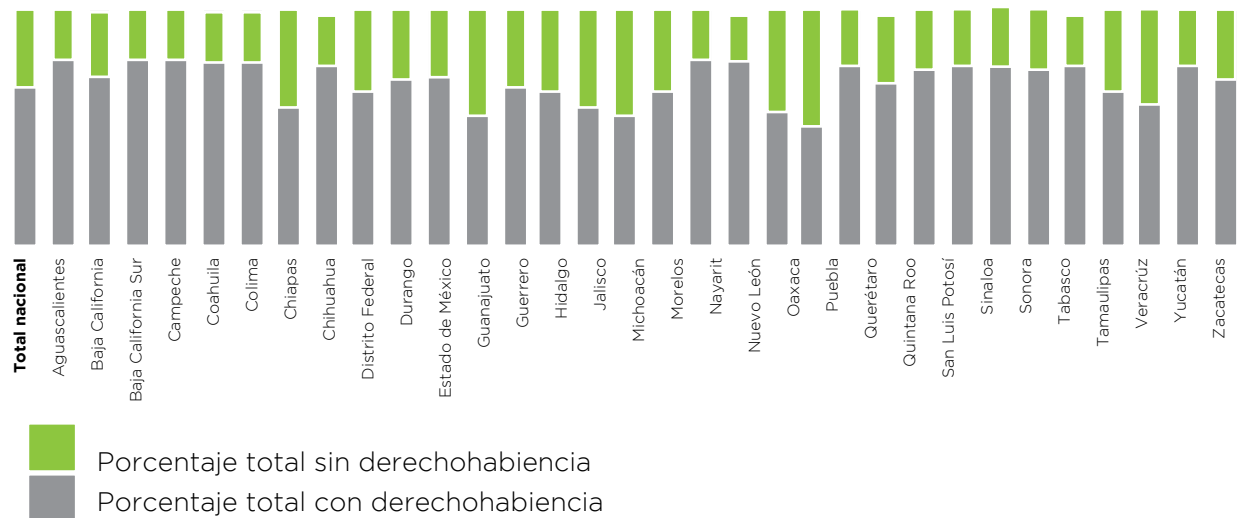
En la práctica, esta infraestructura genera un acceso desigual al derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad de diagnósticos y tratamientos; lo que da como resultado un acceso discriminatorio a los bienes y servicios de salud, generalmente para las personas no derechohabientes y empobrecidas. “La afiliación de las familias al Seguro Popular, en lugar del individuo, contrasta con otros sistemas. Tratándose de un derecho humano, la titularidad del mismo debería recaer en cada persona; sin embargo el Seguro Popular prioriza a quienes se inscriben en conjunto con su núcleo familiar sobre las personas que no reportan tener familia inmediata”<sup>6</sup>

Aunado a lo anterior, en nuestro país existe un importante porcentaje de personas que trabajan en la informalidad y en razón de ello, carecen de seguridad social, o cuando llegan a tener prestaciones, éstas son mínimas.

De acuerdo con datos del Censo General de Población del 2010, 33.2% de la población mexicana carece de acceso a los servicios de salud, de hecho, en algunos estados de la República Mexicana, este indicador supera el 40 %, como ocurre en Chiapas (41.73%), Guerrero (45.75%) y Oaxaca (43.8 %) donde además también existen altos niveles de pobreza.



Acceso a los servicios de salud por entidad federativa (2010)



CONAPRED. En [http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte\\_2012\\_Salud\\_y\\_Alim.pdf](http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Salud_y_Alim.pdf)

- Discriminación de personas en el acceso al cuidado integral de la salud por su pertenencia a determinados grupos o colectividades. Este rubro hace alusión a las cuestiones sobre cultura, etnia, nacionalidad, género, diversidad sexual, situación socioeconómica, edad, etc. de las personas y que las coloca en desventaja o desigualdad en el acceso a los servicios de salud, así como en el tipo de respuesta o falta de ella que reciben durante esa travesía por las instituciones sanitarias.

Un aspecto relevante en este apartado, lo constituye la discriminación de mujeres en base al género, como una forma de violencia estructural y abuso que menoscaba la salud de las niñas y mujeres. Esta discriminación se traduce tratándose de los servicios de salud, en que en muchos casos las mujeres carecen de acceso a información y servicios de salud reproductiva, aun cuando los derechos sexuales y reproductivos constituyen una parte de los derechos humanos universalmente reconocidos y por ello, su reconocimiento y garantía deben ser una parte esencial en las políticas públicas del sector salud de cada nación. En iguales términos, en diversas sociedades tampoco se asegura el derecho de los hombres a una adecuada información en salud sexual, ni a una educación sexual que los independice de estereotipos patriarcales y de los roles que les son asignados.

Ante esta problemática discriminatoria -de manera particular hacia las mujeres- en el ámbito de salud, se sugiere a los Estados que apliquen una perspectiva de género en sus políticas, planificaciones y programas e investigaciones en materia de salud para promover en igualdad de condiciones tanto la salud de la mujer como la del hombre.



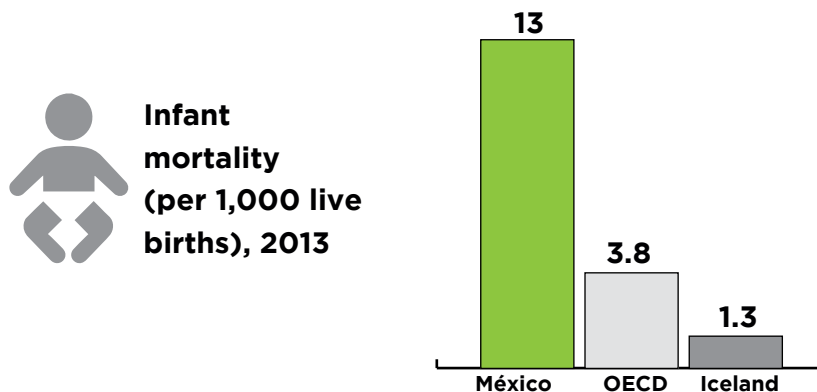
En consecuencia, se deberá priorizar la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en especial la disminución de tasas de mortalidad materna y protección contra la violencia en el hogar o violencia familiar, así como la violencia obstétrica.

En México, este tema tiene un interés por demás añadido al que pueden tener otros países, porque la discriminación contra la mujer es muy aguda y aun ante las políticas públicas y perspectiva de género que se han instrumentado, sigue formando parte de la realidad nacional y se siguen sumando casos extremos de este tipo de discriminación y violencia en todos los ámbitos, no solamente en el sector sanitario.

Las necesidades y derechos en materia de salud de las mujeres, por ejemplo, pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como las emigrantes, refugiadas y desplazadas internas, así como las niñas, ancianas, sexo servidoras, o mujeres de etnias y con discapacidades físicas o mentales, requieren de un sistema médico que atienda específicamente las enfermedades que afectan a la mujer y prevenga la discriminación por género en el acceso a los servicios de salud y tratamiento de sus padecimientos.

La negativa de un Estado para prever la prestación de servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones de igualdad, resulta discriminatoria y atenta contra el derecho fundamental a la salud de las personas que reglamenta el artículo 1º de la Constitución General de la República, así como los tratados y convenciones internacionales en la materia que han sido firmados por México como Estado parte.

En el mismo sentido, la salud de los niños mexicanos como grupo específico, se enfrenta a obstáculos y deficiencias importantes en el acceso al cuidado integral de su salud que se manifiestan en altos índices de mortalidad infantil, como consecuencia de una desigual prevención, acceso, atención y cuidado de la salud en comparación con otros grupos poblacionales. Al respecto la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE evidencia que a pesar de que en nuestro país la mortalidad infantil disminuyó en un 11.5% desde 2009, la tasa de mortalidad es 10 veces más alta que Islandia que tiene la tasa más baja entre los países que la integran.





- Discriminación de personas y grupos en situación de vulnerabilidad que presentan una enfermedad o padecimiento específico o situación de discapacidad. Este tipo de discriminación se presenta en el cuidado integral de salud de personas o grupos poblacionales con problemas específicos de salud o discapacidad, tales como las personas con padecimientos mentales o psicológicos graves, discapacidad motriz, personas con adicciones o consumos recurrentes de sustancias legales e ilegales, personas con capacidades diferentes, con VIH-SIDA, personas que padecen obesidad o sobrepeso, diabéticas, asmáticas, etc.

En este proceso de salud-enfermedad y atención-cuidado, se producen formas de discriminación a partir de la estigmatización y etiquetamiento de las personas o colectivos sociales desde el momento de plantear el diagnóstico o tratamiento para el problema de salud que presentan, atribuyendo un nuevo sello o etiqueta para referirse a ellas y definir las según el padecimiento o malestar que presenten. Se habla así por ejemplo, ya no de una persona con cierta enfermedad, sino de una persona “discapacitada”, “asmática”, “obesa”, “bipolar”, “psiquiátrica” etc. como lenguaje natural y propio del personal de salud para referirse a las personas con padecimientos específicos.

- Discriminación por desigualdad de acceso a la atención y servicios de salud, en base a la asignación inadecuada de recursos económicos y humanos para la salud.

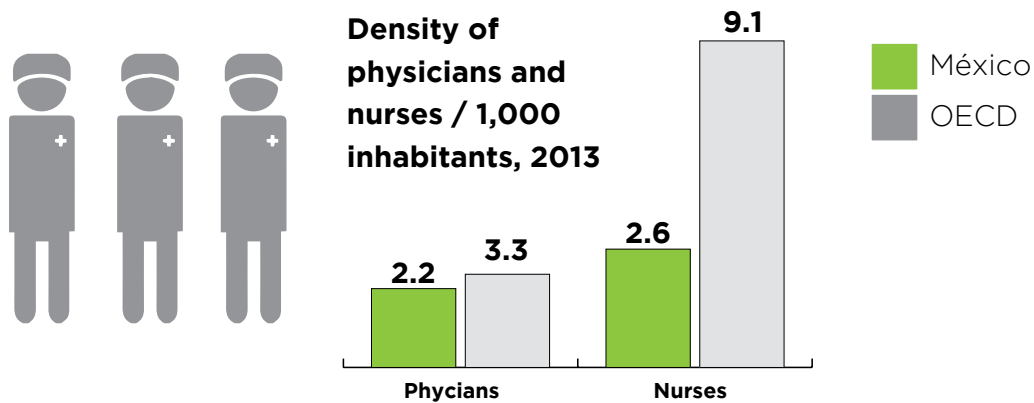
El Estado tiene la obligación especial de proporcionar servicios médicos y centros o instituciones de salud necesarios a todas las personas, en especial, a quienes carezcan de medios suficientes para acceder al derecho humano a la salud. De manera que una asignación inadecuada o deficiente de recursos tanto económicos como humanos para la salud, puede motivar una discriminación que no sea tan manifiesta como las ya mencionadas. Se requiere que las inversiones sanitarias no favorezcan a ciertos sectores de la población, es decir, que sean accesibles únicamente a una pequeña colectividad social privilegiada, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de la mayoría de la población.

En este orden de ideas, la no adopción o no aplicación de una política nacional de salud que garantice ese derecho a todos, así como gastos insuficientes o asignación diferenciada de recursos públicos que limitan e impiden el goce del derecho a la salud de particulares o de la colectividad, en particular de grupos vulnerables y marginados, la no adopción de medidas para la distribución equitativa de establecimientos, bienes y servicios de salud; son violaciones a las obligaciones que tiene cada país de reconocer, asegurar y garantizar el derecho humano a la salud de sus ciudadanos.

Por ejemplo, a pesar de que muchos indicadores de salud están mejorando en México, el país tiene la esperanza de vida más baja (74.6 en comparación con el promedio de la OCDE que es de 80.5 años). Datos de este organismo, igualmente reportan que el suministro de trabajadores de la salud en México ha aumentado en la última década, sin embargo; sigue siendo baja para los estándares

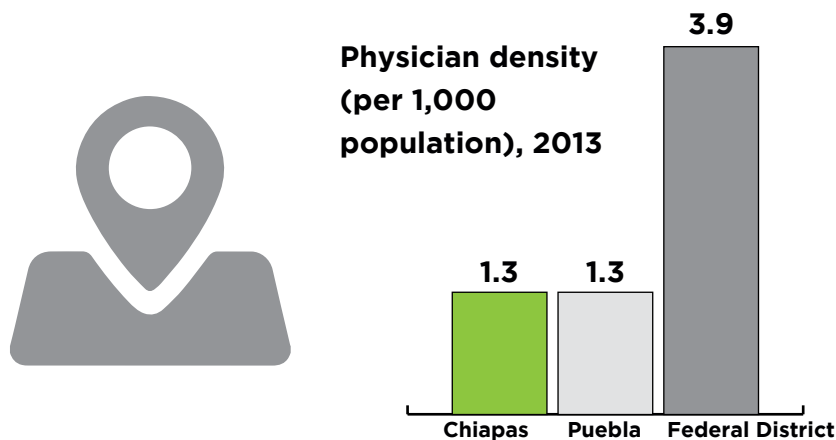


de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE, en particular, el número de enfermeras. La falta de personal sanitario, genera mucha presión en el sistema de salud y pone en peligro su potencial para proporcionar servicios de calidad



OECD HEALTH POLICY OVER VIEW. Health policy in Mexico February 2016. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Mexico-February-2016.pdf>

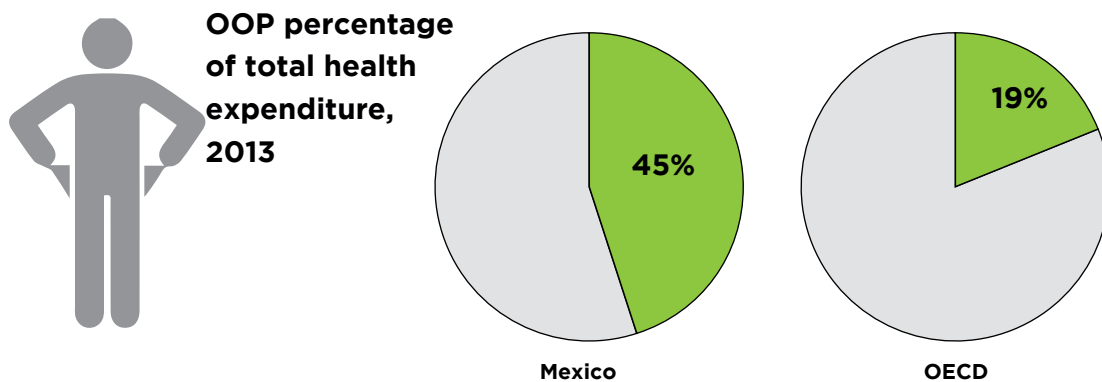
Aunado a la carencia de recursos humanos en el sector sanitario, la distribución geográfica de médicos en México es desigual, según cifras de la OCDE, repercutiendo lo anterior en poblaciones vulnerables que resultan ser las más afectadas; primero por pertenecer a un colectivo vulnerable y segundo por estar situadas comúnmente en zonas rurales del país. Así mientras que la densidad de médicos en el Distrito Federal es elevada, otros estados de menor densidad poblacional, presentan variaciones injustificadas en el cuidado de la salud como consecuencia de una inequitativa distribución de personal médico.



OECD HEALTH POLICY OVER VIEW. Health policy in Mexico February 2016. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Mexico-February-2016.pdf>



A pesar de la disminución en gastos de bolsillo privados en materia sanitaria, el gasto en salud en México sigue siendo el más alto de la OCDE, según lo demuestran los siguientes datos: la disminución del 55% en 2005, al 45% del total del gasto en la salud en México que fue pagado directamente por los pacientes en el año 2013, contrasta ampliamente con el promedio de las cifras en ese mismo rubro de los países miembros de la OCDE que es de 19%. Esa carga de gastos de bolsillo por particulares, crea barreras financieras para el acceso al cuidado de la salud, en particular para grupos de ingresos bajos, y evidencia la necesidad de ampliar progresivamente la cobertura del servicio de salud que sea asequible para todas las personas.



OECD HEALTH POLICY OVER VIEW. Health policy in Mexico February 2016. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Mexico-February-2016.pdf>

## Conclusiones

- La protección de la salud es un derecho humano por excelencia que se encuentra reconocido en el artículo 1° y 4° constitucional, y en múltiples tratados y convenciones internacionales que han sido ratificados por el Estado mexicano; no obstante, el sistema de salud mexicano, se enfrenta a retos y carencias de envergadura importante que requieren ser superados para que se garantice y disfrute efectivamente este derecho para todos los mexicanos sin distinción biológica, cultural, social, económica o de cualquier otro tipo.
- Conforme lo señala el Censo de Población y Vivienda 2010, más de una tercera parte de la población mexicana carecen de algún tipo de aseguramiento o servicio de salud, es decir no cuentan con la cobertura médica en caso de padecer algún tipo de enfermedad o accidente; quedando bajo su responsabilidad y a expensas de los gastos y egresos económicos de los que tengan que disponer para atender y recuperar su salud, perjudicando a su vez, la capacidad económica que llegaran a tener o comprometiendo inclusive su patrimonio para enfrentar dicha situación.
- Derivado de lo anterior, a pesar de que en la actualidad, la ampliación del programa Seguro Popular ha graduado el problema de la falta de seguridad social o del acceso a servicios de salud públicos en gran parte del territorio mexicano, la ausencia de un seguro médico, constituye una de las primeras formas de discriminación en los servicios de salud y vulnerabilidad del derecho humano al que se ha hecho referencia.



- El cumplimiento y garantía al derecho humano a la salud por parte del Estado Mexicano, se puede apreciar desde un punto de vista de contrastes y comparaciones en relación a los países miembros de la OCDE, donde se estima que nuestro país enfrenta problemas relevantes en materia sanitaria, primordialmente en cuanto a mortalidad infantil, nacimientos con bajo peso, obesidad y diabetes, aunado a la insuficiente inversión en materia de salud, como medicamentos, número de camas disponibles, personal médico y de enfermería insuficiente, etc. que se refleja en años de vida perdidos en la población mexicana.
- Las desigualdades de tipo geográfico en cuanto a cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud, dependen desafortunadamente en gran medida del lugar en que se habite dentro de la República Mexicana, de manera que la distribución del gasto público en salud, la existencia de consultorios médicos, así como su número, la atención de partos por personal especializado, la mortalidad materna, la muerte infantil por enfermedades diarreicas, desnutrición o enfermedades respiratorias, por ejemplo, son contrastantes entre un estado y otro, y reafirman la discriminación en la cobertura, acceso y calidad de servicios de salud de la población mexicana.
- A fin de evitar la discriminación en los servicios de salud, por parte del Estado Mexicano, ya sea tratándose de su cobertura, acceso, calidad y prestación, etc.; se requiere primordialmente reconocerse individualmente como persona, y reconocer a los demás como seres humanos y sujetos con derechos intrínsecos que no pueden ser vulnerados u objeto de menoscabo alguno, ni por el Estado ni por un individuo en particular.
- En la medida que se concientice sobre la calidad humana y su reconocimiento a partir de ese supuesto, con igualdad de condiciones y derechos humanos por el sólo hecho de serlo, se tendrá que asumir la responsabilidad no sólo legal sino también moral del gobierno y de los servidores públicos de la materia, para garantizar efectivamente el derecho a la salud y prevenir la discriminación en los servicios respectivos.
- Conocer los principios constitucionales que consagran los derechos humanos como es el derecho a la salud, establecido en el artículo 1º y 4º de nuestra Carta Magna; así como efectuar una interpretación de ellos conforme y acorde a los múltiples instrumentos internacionales y nacionales que regulan el derecho a la salud para garantizar su efectividad, a partir del conocimiento de las obligaciones del gobierno y por tanto de sus servidores públicos en la materia; sin prescindir de una amplia concientización para proporcionar en igualdad de condiciones la atención de la salud humana, debe ser una preocupación del Estado Mexicano para capacitar en materia de discriminación y derechos humanos a sus servidores públicos y evitar la perpetuación en los servicios de salud, de tratos desiguales y discriminatorios.
- El Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, ha remodelado la forma integral del sistema sanitario en México, con el objeto de alcanzar una cobertura universal para todos los mexicanos con independencia de su calidad o capacidad económica, laboral, social, cultural, biológica y familiar, disminuyendo gran parte de las desigualdades y discriminaciones que se genera en la prestación de los servicios de salud.





A través de un sistema universal de protección social en salud, el Estado mexicano, estaría garantizando en gran medida el mandato constitucional que reconoce el derecho humano a la salud, como un derecho universal, previniendo y terminando las desigualdades y discriminación en cuanto a cobertura y calidad de servicios en salud que dominan en la actualidad, adelantándose de esa forma, a una igualdad de oportunidades y de derechos universales en la población mexicana.

## **Bibliografía**

1. Salud y Derechos Humanos. Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo. En <https://www.bmz.de/en/publications/archiv/languages/spanish/Esp164.pdf>
2. La Importancia de los Derechos Humanos en la Práctica Médica. En <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/21/pr/pr23.pdf>.
3. Miguel, Carbonell. El Derecho a la Salud: Una Propuesta Para México. UNAM, 2014.
4. Camacho Solís, Julio Ismael. La Protección del Derecho Humano a la Salud, como Protección Social en el Ámbito de los Derechos Sociales. Instituto de Investigaciones Jurídicas. UNAM, 2014.
5. OECD HEALTH POLICY OVER VIEW. Health policy in Mexico. February 2016. En <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Mexico-February-2016.pdf>
6. CONAPRED. Reporte sobre la discriminación en México 2012 Salud y alimentación. En [http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte\\_2012\\_Salud\\_y\\_Alimentacion.pdf](http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Reporte_2012_Salud_y_Alimentacion.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud OMS. En <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
8. Derecho a la salud sin discriminación. En <http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2012/07/documento-tematico-salud.pdf>