

Derecho a la Salud en la Ciudad de México

Sergio López Moreno * • Karina Carrasco Nájera** • Lucero Soledad Rivera Romano***¹

RESUMEN

Identificar el nivel de conocimiento y la actitud sobre el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud adquiere relevancia en la vida de la Ciudad de México, pues si no se conoce su significado y diferencias, las personas no pueden exigirlos y hacerlos valer, ya que no puede exigirse un derecho que no se conoce. Es importante saber cuánto se conoce y cómo se concibe el derecho a la salud debido a que — por lo menos en México— este derecho está ligado exclusivamente a la prestación de servicios de salud, percibido muchas veces como un favor otorgado por el Estado o incluso por los prestadores de los servicios. El tema tiene una gran relevancia en el diseño y la operación de las políticas públicas, pero también en muchos otros espacios.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud, Derecho a la Protección de la Salud, Justiciabilidad.

Direito à Saúde na Cidade do México

RESUMO

Identificar o nível de conhecimento e atitude sobre o direito à saúde e o direito à proteção da saúde adquire relevância na vida da Cidade do México, pois se seu significado e suas diferenças não são conhecidos, as pessoas não podem exigí-los e afirmá-los, uma vez que um direito que não é conhecido não pode ser exigido. É importante saber o quanto se sabe e como se concebe o direito à saúde, pois – pelo menos no México – esse direito está ligado exclusivamente à prestação de serviços de saúde, muitas vezes percebido como um favor concedido pelo Estado ou mesmo pelos prestadores de serviços. O tema tem grande relevância no desenho e operacionalização de políticas públicas, mas também em muitos outros espaços.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à Saúde, Direito à Proteção da Saúde, Justiciabilidade.

Introducción

El derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud no significan lo mismo. El derecho a la salud implica una exigibilidad centrada, sobre todo, en el cumplimiento de los derechos concurrentes. Por su parte el derecho a la protección de la Salud puede ser entendido como un derecho anidado dentro del derecho a la salud, y que centra su exigibilidad en la prestación de los

servicios de salud (López, 2019).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el 2011 se hizo una reforma en la cual se incorporaron los Derechos Humanos en el artículo primero. Sin embargo, en el artículo 4° se hace referencia solo al derecho a la protección de la salud, a diferencia de la Constitución Política de la Ciudad de México que ya se refiere al derecho a

¹ * Profesor-investigador en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: slopez@correo.xoc.uam.mx

** Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: 2212802529@alumnos.xoc.uam.mx

*** Maestra en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico de contacto: 2212802609@alumnos.xoc.uam.mx

la salud. También en el artículo 1 (apartado I), de la Ley General de Salud de la Ciudad de México, la cual señala:

La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto: Hacer efectivo el derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política de la Ciudad de México.

En la misma Ley de Salud de la Ciudad de México, pero en su artículo 2, se decreta:

Las personas habitantes en la Ciudad de México, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquier otra característica tienen derecho a la salud. (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2021)

Por lo anterior, la Ley de Salud de la Ciudad de México representa un cambio significativo en el paradigma normativo, ya que en términos teóricos el derecho a la protección de la salud se enfoca solo en los servicios de salud, mientras que el derecho a la salud se encuentra vinculado con otros derechos llamados fundamentales, y al existir el cambio en nuestra ley local puede suponer un paso benéfico para positivizar el discurso de nuestra carta magna federal.

La justiciabilidad² del derecho a la salud requiere delimitar con precisión qué bien jurídico protege a los sujetos obligados y sus titulares, a fin de construir las leyes necesarias para garantizarlo, desarrollar las instituciones destinadas a tutelarlos, y crear medios de monitoreo permanente de su cumplimiento.

Por lo anterior, es importante realizar un mapeo en torno a la promulgación de la Ley de Salud de la Ciudad de México, en la que se redacta explícitamente por primera vez hacer efectivo el derecho a la salud y no solamente el derecho a la

protección de la salud, entendiendo que se deben plantear acciones tanto para la satisfacción de la prestación de servicios de salud, así como la necesidad de hacer visible la importancia de los determinantes sociales. Dicho mapeo del Conocimiento y Actitudes que se tienen sobre este derecho, da un diagnóstico basal para identificar si los diferentes actores sociales clave en el arranque de esta etapa política conocen la diferencia entre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud.

Pregunta de Investigación

¿Qué nivel de conocimientos poseen y qué actitudes sostienen los diferentes actores sociales en la Ciudad de México con respecto al derecho a la salud?

Objetivo

Analizar el nivel de conocimientos y actitudes sobre el derecho a la salud que tienen los diferentes actores sociales responsables de diseñar, operar y evaluar las políticas y programas de salud de la Ciudad de México, en el marco de la promulgación de la Ley de salud de la Ciudad de México.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo para identificar cuáles son los conocimientos y actitudes de los diferentes actores sociales más importantes involucrados en el respeto, protección y satisfacción del derecho humano a la salud en la Ciudad de México. La delimitación del estudio incluyó los años 2022 y 2023 y el instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada.³ Se

² La exigibilidad jurídica o justiciabilidad implica la defensa - por la vía legal- de los derechos humanos ante instancias jurisdiccionales nacionales e internacionales. Asimismo, implica la creación de sistemas normativos e instancias jurisdiccionales y la dotación de los recursos necesarios para

su funcionamiento, a partir de la inclusión de mecanismos de justiciabilidad directa en la normatividad ordinaria nacional y local.

³ El estudio completo se puede consultar en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/46803>

consideraron como sujetos de estudio a los actores sociales que, además, son actores sociales clave por ser tomadores de decisiones y diseñadores de programas, de acuerdo con el siguiente listado las entrevistas se realizaron a:

- Cinco legisladores representantes de la Comisión de Salud de la segunda legislatura del Congreso de la Ciudad de México (CCM) de diferentes grupos parlamentarios.
- La persona titular de la Subsecretaría de Prestación de Servicios Médicos e Insumos.
- La persona titular de la Dirección General de Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.
- Cinco directores Jurisdiccionales de las alcaldías de la Ciudad de México de la Secretaría de Salud.
- Dos directoras de hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Se realizó la transcripción completa de las entrevistas y se obtuvieron las nubes de conceptos principales, así como redes con los principales códigos y categorías en el Software ATLAS.ti 2023. Se elaboraron: a) una tabla tetracórica como instrumento de organización de información (véase esquema 1), y b) tablas derivadas (una por categoría, mismas que se pueden consultar en el documento completo en el siguiente enlace; <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/46803>) para el análisis del contenido semántico de cada una de las entrevistas, utilizando las macrorreglas textuales descritas por Teun A. Van Dijk.

Esquema 1. Tabla de organización de resultados en materia de conocimientos y actitudes sobre el Derecho a la Salud en la Ciudad de México

		CONOCIMIENTOS	
		SUFICIENTES (S)	INSUFICIENTES (I)
ACTITUDES	FAVORABLES (F)	SF	IF
	DESAVORABLES (D)	SD	ID

Resultados

Del total de informantes clave (14), ocho fueron mujeres y seis fueron hombres. Nueve estudiaron medicina.

Ninguno de los legisladores entrevistados estudió medicina. Sus licenciaturas fueron: psicología (Partido del Trabajo), derecho (Partido de Acción Nacional), pedagogía (Movimiento de Regeneración Nacional), veterinaria (Partido de la Revolución Democrática) y contaduría (Partido Revolucionario Institucional).

Se observaron posturas con conocimientos suficientes e insuficientes y actitudes favorables y desfavorables hacia el derecho a la salud. Los encuentros se organizaron de acuerdo con la tabla mencionada previamente, en 4 subgrupos:

SF: Con conocimientos suficientes y actitudes favorables

SD: Con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables

IF: Con conocimientos insuficientes y actitudes favorables

ID: Con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables

Se consideraron las siguientes categorías:

1. Concepto de Derecho a la Salud (DS) descrito en la Observación General 14
2. Marco Jurídico del DS en México
3. Sujetos de derecho del DS
4. Ratificación del PF-PIDESC por México
5. Justiciabilidad del DS

1. Concepto de DS descrito en la Observación General 14

Al preguntar directamente a los informantes sobre si conocen o tienen alguna información sobre la Observación general 14, la mayoría menciona que no conoce esta Observación, pero muestran actitud favorable hacia el concepto amplio del derecho a la salud, hay pocos informantes que tienen conocimientos suficientes y actitud favorable, en menor medida se encuentran los entrevistados que tienen conocimientos insuficientes y actitud desfavorable, y son minoría el subgrupo de conocimientos suficientes y actitud desfavorable.

2. Marco jurídico del DS en México

En esta categoría se realizaron preguntas específicas en torno a si los informantes conocían el marco jurídico en el que se encuentra reconocido el derecho a la salud, en concreto se indaga sobre la DDHH y sus instrumentos jurídicos adyacentes internacionales como el PIDESC y su protocolo facultativo, así mismo nuevamente sobre el conocimiento de la Observación General 14.

En cuanto a los instrumentos jurídicos nacionales (Constitución Política Federal, Constitución de la Ciudad de México y Ley de Salud de la Ciudad de México) la mayoría de los informantes refirió conocer que existen leyes o normas nacionales e internacionales que amparan el derecho a la salud; sin embargo, no tienen certeza del apartado específico en el que se encuentra en cada marco legal. Algunos de los informantes, incluso, mencionó que el derecho a la salud se encuentra en el art. 4º. constitucional.

Después de consultar la visión amplia del derecho a la salud, se preguntó a los informantes si el cambio en la Ley de Salud de la CDMX constituye un cambio significativo (decir explícitamente derecho a la salud y no derecho a la protección de la salud) y si se debe realizar este cambio también en la constitución política federal.

3. Sujetos de derecho del DS

La mayoría coincide en que el derecho a la salud se debe garantizar a todas las personas independientemente de su ciudadanía, cabe resaltar que la mayoría hacía referencia al derecho a la protección de la salud, aunque posterior a explicar lo amplio del derecho a la salud también mencionaron que todas las personas son sujetos de derecho y mostraron actitud favorable. No hubo subgrupo con conocimientos insuficientes y actitud desfavorable.

4. Ratificación del PF-PIDESC por México

Al preguntar a los informantes clave acerca de cuál es el motivo por el cual la ONU- DH ha exhortado al Estado mexicano a ratificar el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se observó que la mayoría no conoce el Protocolo Facultativo del PIDESC y tampoco saben cuál es el motivo por el cual no se ha ratificado, pero coinciden en que los Pactos Internacionales deben ser firmados y ratificados por el Estado mexicano.

5. Justiciabilidad del DS

Se solicitó a los informantes que compartieran desde su experiencia qué retos existen para hacer exigible (justiciable) el derecho a la salud, en sus distintos ámbitos.

6. Capacitación en Derecho a la Salud

Aunque se plantearon cinco categorías para la discusión y análisis de los conocimientos y actitudes respecto al derecho a la salud en la Ciudad de México, se puede recuperar que la mayoría de los informantes clave coinciden en la capacitación de derechos humanos y en especial del derecho a la salud; por un lado, al personal de salud y por otro desde la currícula de la licenciatura de medicina. Por lo anterior, se consideró la Capacitación en derecho a la salud como una categoría emergente.

Discusión

El primer propósito fue conocer el nivel de conocimiento sobre el derecho a la salud y la actitud hacia su satisfacción por parte de los responsables de diseñar, operar y evaluar las políticas y programas de salud de la Ciudad de México.

En un primer momento creímos que era posible identificar un buen nivel de conocimiento y una aceptación más o menos alta de este derecho entre el grupo de informantes, y que este conocimiento y aceptación sería relativamente homogéneo entre los diversos tipos de informantes. Se esperaba que en este gran grupo todos, o al menos la mayoría, tuviera Conocimientos suficientes y Actitudes favorables del derecho a la salud en torno a las distintas categorías investigadas (concepto de derecho a la salud, marco jurídico, sujetos de derecho, ratificación del PF-PIDESC y justiciabilidad), no obstante, conforme la investigación avanzaba los resultados fueron diferentes.

SF: Con conocimientos suficientes y actitudes favorables

Es el grupo en el que se creía que estaría la mayoría de los informantes clave, es decir, con conocimientos suficientes y actitudes favorables, además de reconocer que el derecho a la salud tiene partes y que son distintas, que la salud se genera en algunos espacios y se repara en otros. Sin embargo, coincidimos en la relevancia de que esta postura pueda permear al personal de salud, en construir profesionales con ese perfil, que no se limite en pensar en un sistema de salud de consulta y medicamentos gratis, sino que es un derecho mucho más complejo.

SD: Con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables

Encontrarse ante posturas con conocimientos suficientes y actitudes desfavorables fue algo que

por supuesto no se esperaba. Aunque se menciona en el apartado previo, la importancia de la capacitación y formación en materia de derecho a la salud, esta actitud desfavorable puede tener relación con esa construcción teórica, académica y social que durante años estuvo a favor de un modelo médico-hegemónico que por supuesto responde a intereses particulares.

IF: Con conocimientos insuficientes y actitudes favorables

Si se tuvieran que resumir los hallazgos de esta investigación como si éstos pudieran representar los conocimientos y actitudes del universo de estudio, se tendría que decir que quienes diseñan y operan las políticas de salud en la Ciudad de México no tienen conocimientos suficientes, pero muestran actitudes favorables hacia el derecho a la salud.

Se tiene que hacer una análisis colectivo y empezar a construir prácticas transformadoras, pasar a una etapa de radicalización de la medicina social en donde no baste solo la buena voluntad política de incluir en un libro que la salud es un derecho, sino que es necesario hacer abordajes integrales donde el discurso sobre el derecho a la salud corresponda con la práctica respecto al derecho y además una conciencia de las personas; que las personas estén informadas y que se conozcan las vías de justiciabilidad, que haya enseñanza-aprendizaje de este derecho en todas las profesiones (no solamente en el ámbito de la medicina), que se enseñe en las escuelas desde niveles básicos, que se reconozca que hay un sujeto de derecho y que hay un responsable del derecho.

El conocimiento es un sistema mental a la base del discurso, y ese conocimiento se transforma en ideología, y esa ideología genera también discurso entonces, es una relación doble entre discurso y conocimiento: se necesita conocimiento para comprender un discurso y a la vez el conocimiento se genera con el discurso. La importancia del discurso del derecho a la salud, de insistir en su

implementación en el marco jurídico como con la delimitación explícita de quienes son los sujetos de derecho, los sujetos obligados y el bien jurídico que se debe tutelar (en el apartado de justiciabilidad de la tesis en extenso se presenta la postura de teóricos que refieren que el bien jurídico, son las capacidades en salud) para apostar a la conciencia de las palabras, pues refiere Elías Canetti que el uso de las palabras implica tener una conciencia de que cuando usamos un término no sólo es en el sentido semántico (véase figura 1), sino también en el semiótico para la construcción social del proceso comunicativo y de las prácticas sociales concretas y de la reivindicación de un modelo de sociedad, de humanidad (Canetti, 1990).

ID: Con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables

En este trabajo se encontraron informantes con conocimientos insuficientes y actitudes desfavorables, era hasta cierto punto un encuentro previsto, pues parece lógico que a menor conocimiento del marco jurídico de un derecho sea esperable una menor aceptación de dicho derecho, ya sea porque no es más consciente de su relevancia o porque ese conocimiento insuficiente es resultado del convencimiento previo de posturas diferentes. Adicionalmente, no es común que las personas —incluidos los profesionales— conozcan los aspectos jurídicos de un derecho, lo que es especialmente cierto en el caso de los derechos sociales.

Conclusiones

Si bien, actualmente hay un gobierno nacional y local que le apuesta al derecho a la salud, se reconoce que la modificación a la Ley de Salud de la Ciudad de México es apenas un parteaguas que tiene que traducirse en reformas de la normativa más concreta, en reglamentos en forma de funcionamiento, así como de implementación y la

comprensión de los actores que son sujetos obligados y sobre todo de quienes son sujetos de derecho.

En ese sentido, vale la pena reflexionar sobre la contradicción entre conocimiento y actitud, por un lado, se puede recuperar de esta investigación cualitativa, que el conocimiento que tienen los actores sociales del derecho, está reflejado desde cómo piensan la salud, pues solamente una persona de las que participaron en esta investigación reconoce la salud como una meta capacidad y la mayoría como antónimo de enfermedad y/o necesidad de servicio, incluso se puede apreciar claramente si las actitudes son favorables hacia el derecho o hacia la producción de servicios y del mercado, y el posicionamiento frente al derecho a la salud en una lógica de judicialización y menos de justiciabilidad. Aunque también hay que reconocer que la mayoría de las personas entrevistadas, si bien tienen confusión teórica en cuanto al mismo concepto de salud, tienen una actitud favorable sobre su garantía, pues interpretan a la salud más como derecho que como mercancía.

Se requiere de un mayor activismo en materia de derechos sociales, pues ratificar el PF-PIDESC permitiría alcanzar una perspectiva más amplia de justicia en el país. Por esta razón es necesario exigir al Estado mexicano el cumplimiento de sus responsabilidades para firmar y ratificar los mecanismos internacionales que pueden garantizar la justiciabilidad del derecho a la salud. Esto puede servir como herramienta para los titulares del derecho y para quienes lo defienden, por un lado, y ser una guía para las autoridades en la implementación del derecho, por el otro.

Por supuesto, esta investigación no propone demeritar la importancia de satisfacer el derecho a la protección a la salud. Al contrario, se sostiene que el derecho a la protección de la salud se encuentra anidado en el derecho a la salud y sigue siendo indispensable exigir al Estado el total cumplimiento de los atributos de disponibilidad,

accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, y no restringir su uso a la capacidad de la población para pagar la atención médica. La atención de salud universal, integral, oportuna, gratuita y segura no es caridad, es un derecho que debe ser garantizado.

La propuesta de superar esta dicotomía y exigir que el derecho a la protección de la salud se amplíe hasta convertirse en un verdadero derecho a la salud —que sea claramente exigible y justiciable— puede tener una gran relevancia en el diseño y operación de las políticas públicas en salud del futuro próximo. No obstante, lo más relevante es que las propuestas no queden en simples declaraciones conceptuales, abstractas, que no se acompañan de cambios concretos en las políticas públicas de salud e incluya a todos los sectores gubernamentales responsables de diseñar, operar y evaluar este tipo de políticas. Si esto último no ocurre es posible entonces que los supuestos avances sean menos relevantes para la población que luchar por que se garantice verdaderamente y para todas las personas el derecho a la protección de su salud a través de los servicios médicos. Por eso se espera que la firma del Protocolo Facultativo del PIDESC por parte de nuestro país no demore más.

Es indudable que la reforma de salud basada en el derecho a la salud puede conducir a mejores resultados en salud y respeto a la dignidad de las personas. Avanzar hacia un ideal social de justicia que busca eliminar disparidades, alcanzar la equidad y promover un vínculo con los titulares de un derecho —y no con pacientes, beneficiarios y, mucho menos, clientes— es un propósito totalmente alcanzable. Pero se requiere que los medios para garantizarlo sean apropiados desde el punto de vista científico y médico, además de ser de buena calidad, integrales y respetuosos de la dignidad de las personas. Ello requiere no sólo buenos servicios de salud, sino condiciones sanitarias que permitan el cabal florecimiento de la salud en los espacios en donde ésta se produce,

como menciona la *Observación General 14*.

Tenemos la esperanza de que las reformas de salud que seguramente serán implementadas a escala federal en los siguientes años incorporen también una visión amplia sobre el derecho a la salud y permitan al país caminar hacia la promoción de la salud entendida en su sentido más amplio; que considere a los recursos aplicados para garantizar los DESC no como pasivos en las finanzas públicas sino como inversiones públicas sociales capaces de lograr el más alto nivel de salud potencialmente alcanzable, entendido como aquella meta-capacidad de los individuos y los colectivos para controlar su proceso vital humano con calidad, autonomía, plenitud, longevidad y dignidad.

Aun cuando existe reglamentación oficial, es indispensable proveer a las instituciones de salud de infraestructura para poder capacitar a los profesionales de la salud en materia de derechos humanos, en donde se les brinde información sobre los principios para su protección, pues de lo contrario se limitará el ejercicio y la materialización del derecho a la salud.

Aunque el gobierno local actual ha iniciado capacitación en derechos humanos desde el 2019, en el momento de realizar este trabajo se observó que este esfuerzo no ha sido suficiente, y que aún existen actores en posiciones clave que no tienen claro el derecho ni reconocen el sentido amplio del derecho a la salud; que no conocen la OG-14; que no conocen el marco jurídico, y que no identifican al sujeto obligado. Es posible que este encuentro sirva como sustento para vigorizar la ruta del gobierno actual hacia el fortalecimiento de la perspectiva de derechos, no únicamente a partir de la modificación a la ley, sino multiplicando los esfuerzos destinados a la capacitación no sólo de los responsables de las políticas de salud, sino de todo el personal de salud y de los propios sujetos de derecho.

No hay duda de que todavía existen grandes desafíos teóricos, prácticos y metodológicos en la búsqueda de articular las funciones de la salud pública y la medicina social en el alcance del pleno derecho a la salud, que reduzca las desigualdades sociales y sanitarias y garantice una mejor salud a todas y todos los mexicanos. Pero los encuentros de este trabajo indican que esta meta es cada vez más clara y factible de alcanzar.

Finalmente, debemos añadir que sólo es posible saber a cabalidad cómo se encuentra el nivel de conocimientos y actitudes sobre el derecho a la salud en la Ciudad de México hasta contar con esta misma información entre el personal que trabaja en sus servicios de salud y los usuarios y familiares atendidos en dichos servicios.

Referencias

- Canetti, E. (2011). *A consciência das palavras: ensaios*. Companhia das Letras .
- Carrasco, N. K. & Rivera, R. L. (2024). *Derecho a la Salud en la Ciudad de México*. Fonte: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/46803>
- Gaceta Oficial de la Ciudad de México . (9 de agosto de 2021). *Ley de Salud de la Ciudad de México*. Fonte: Ley de Salud de la Ciudad de México: https://paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/2021/LEY_SALUD_CDMX_09-08-2021.pdf
- López, M. S. & López, A. O. (2019). *El Derecho a la Salud como Derecho Humano Fundamental*. . Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana .
- VanDijk, T. (2005). Ideología y Análisis del Discurso. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, pp. 9-36.