

# DERECHO A LA SALUD: DE LA LÓGICA DEL MERCADO AL LENGUAJE DE LOS DERECHOS

## *THE RIGHT TO HEALTH: FROM THE MARKET LOGIC TO THE HUMAN RIGHTS LANGUAGE*

Valeria López Vela\*

Luis Enrique Pereda Trejo\*\*

### **Resumen**

Este artículo busca señalar que los derechos humanos, incluidos los derechos sociales, no pueden estar sujetos a los criterios del mercado sino que deben atender a criterios morales y a las exigencias de los tratados internacionales. Sostenemos que la especial importancia del derecho a la salud, que señala Norman Daniels, exige una profunda revisión del ordenamiento jurídico mexicano que revierta las inconsistencias entre la constitución y la normatividad en materia de salud vigentes.

**Palabras clave:** Derechos humanos, derechos sociales, derecho a la salud, Norman Daniels, Constitución.

### **Abstract**

This article outlines that human rights, including social rights, can not be subject to market criteria but must meet moral standards and the requirements of international

---

\* Doctora en Filosofía. Universidad Anáhuac, Campus Sur, México. Esta investigación se realizó con el apoyo del proyecto UNAM-DGAPA-PAPIIT IG400216. "Derechos sociales y justicia social".

\*\* Maestro en Derecho. Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).

treaties. We argue that the special importance of the right to health, as stated by Norman Daniels, requires a thorough revision of the Mexican legal system that reverses the inconsistencies between the Constitution and the current health regulations.

**Keywords:** Human Rights, Social Rights, Health Care Rights, Norman Daniels, Constitution.

## 1. Introducción

### a. El juego de *pool* de los derechos humanos

El desarrollo de los derechos humanos se parece más a un juego de *pool* que a un juego de balero. En el primero, el tiro inicial es definitivo pues si bien, no determina el final del juego, sí marca el rumbo que seguirá; además, en cada jugada, las bolas se impactan, se proyectan o se bloquean: un mismo tiro tiene repercusiones en varias bolas que abren o cierran oportunidades; así, cada lanzamiento –ya sea afortunado o infortunado– abre o cierra posibilidades de ganar o de perder.

En el balero, la partida se hace –en vez– a base de tiros individuales en los que se gana o se pierde. El resultado del juego depende, exclusivamente, de la pericia del jugador. Un mal tiro solo es un mal tiro y no tiene repercusiones en los siguientes intentos. Por ende, las reglas de un juego y otro son distintas pues reclaman parámetros de justicia diferentes.

La construcción de la cultura de los derechos humanos requiere la consideración del impacto que hay entre los distintos tipos de derechos. Aún no hemos dejado atrás las clasificaciones sospechosas<sup>1</sup> alrededor de los derechos humanos. Nos

---

<sup>1</sup> Retomamos la frase de la aguda crítica que hace Juan Antonio Cruz Parceros, en *El lenguaje de los derechos*, Trotta, Madrid, 2007, p. 73.

detenemos en dos que han sido muy influyentes aunque imprecisas y perniciosas; primero, T. H. Marshall en el ensayo *Ciudadanía y clase social* publicado en 1950 propuso la división de los tres elementos que conforman la ciudadanía: el civil, el político y el social. Dichos elementos presentan una seriación histórica por lo que los derechos sociales habrían de estar precedidos por los derechos políticos y estos, a su vez, por los derechos civiles.<sup>2</sup>

Esta ordenación de los elementos de la ciudadanía que asume una progresión histórica dio pie a la vieja división artificial entre generaciones de derechos humanos propuesta por Vasak, quien en 1977 creó la falsa imagen de la incomunicabilidad de las condiciones y los efectos en el ejercicio de los derechos. Por un lado, se encontraban los derechos civiles y políticos, que se "basaban en oponerse al Estado", que formaban la primera generación; por otro lado, los derechos económicos y sociales, que consistían en exigencias a los Estados, y daban lugar a la segunda generación. Finalmente, la tercera generación contemplaría los derechos de solidaridad.<sup>3</sup> Los segundos y los terceros fueron concebidos como una suerte de "subproducto" que se derivarían de los primeros.<sup>4</sup>

Estas clasificaciones generaron, en no pocos lectores, tres malas interpretaciones; primero crearon la sensación de la incomunicabilidad entre las generaciones de los derechos en donde los derechos civiles parecían ajenos a los económicos y sociales, y pensaron que eran posibles sociedades en donde la vulneración de los primeros no tendría impacto alguno en los segundos y viceversa.<sup>5</sup> Segundo, no pocos autores pretendieron una suerte de "seriación" en la

---

<sup>2</sup> Thomas H. Marshall y Thomas B. Bottomore, *Ciudadanía y clase social*, Alianza, Madrid, 1998.

<sup>3</sup> Cfr. Karel Vasak, "La larga lucha por los derechos humanos", *El Correo de la Unesco*, vol. 77, núm. 11, París, UNESCO, noviembre 1977, p. 29.

<sup>4</sup> Karel Vasak, *Las dimensiones internacionales de los Derechos Humanos*, Barcelona, Serbal; París, Unesco, 1984, p. 168.

<sup>5</sup> A manera de ejemplo, consideremos la definición que ofrece Pérez Luño: "La distinción, que no necesariamente oposición, entre ambas generaciones de derechos se hace patente cuando se considera que mientras en la primera los derechos humanos vienen considerados como derechos de defensa (*Abwehrrechte*) de

consecución de los derechos humanos; de tal manera se privilegió la protección y garantía de unos –los civiles y políticos– por encima de otros –económicos, sociales, culturales–. Tercero, mientras que la intervención de la lógica del mercado se mantuvo distante del ámbito de los derechos civiles y políticos, se permitió la injerencia de intereses privados en el planteamiento y ejercicio de los derechos sociales. Este múltiple rasero es una muestra más de las indeseables consecuencias de las clasificaciones sospechosas.

Varios intérpretes consideraron que esta ordenación era, al mismo tiempo, genealogía, proyección y destino de los derechos humanos. De esta forma, subordinaron la implementación que habrían de hacer los Estados a tal propuesta de explicación histórica e hicieron un flaco favor a la cultura de los derechos humanos poniendo entre paréntesis el acceso a derechos indispensables de muchos ciudadanos.

Además, con el paso de los años, nos enfrentamos a la sobrepoblación teórica de generaciones de derechos humanos –ya hay quinta y sexta con sus respectivas declaraciones; lo que justificó la postergación del cumplimiento de derechos de otras generaciones que quedaron a la espera de tiempos mejores. A manera de ejemplo, para los gobiernos resultó aceptable disminuir el presupuesto de salud o educación –derechos humanos de segunda generación– pero no el de los organismos electorales –derechos humanos de primera generación. En México, esta interpretación desenfocada se tradujo en la reducción de programas sociales

---

las libertades del individuo, que exigen la autolimitación y la no injerencia de los poderes públicos en la esfera privada y se tutelan por su mera actitud pasiva y de vigilancia en términos de policía administrativa; en la segunda, correspondiente a los derechos económicos, sociales y culturales, se traducen en derechos de participación (*Teilhaberecht*), que requieren una política activa de los poderes públicos encaminada a garantizar su ejercicio, y se realizan a través de las técnicas jurídicas de las prestaciones y los servicios públicos". (Antonio-Enrique Pérez Luño, "Las generaciones de derechos humanos", *Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global*, vol. 2, núm. 1, Universidade Federal de Santa Maria, São Paulo 2013, p. 167). Hay que resaltar que aunque busca salvar la oposición entre generaciones, deja fuera de consideración la interdependencia entre unos y otros.

y el aumento estratosférico del presupuesto para la gestión de las elecciones. Hoy sabemos que la discusión acerca del origen, condiciones históricas y ejecución de los derechos humanos rebasa los modestos planteamientos de T. H. Marshall y de Vasak, pues es inevitable notar la interrelación y la transversalidad en el ejercicio de los derechos humanos; por ejemplo, las posibilidades de educación, salud y empleo tienen repercusiones en el desempeño de los derechos civiles y viceversa.<sup>6</sup>

Recuperando la analogía inicial: las propuestas de ordenación de Marshall y Vasak funcionan para la lógica de un juego de balero, pero quedan muy cortas cuando se trata de una partida *pool*.

## b. Derechos humanos y lógica del mercado

Existe, además, otro factor importante que debe ser considerado. Los gobiernos han establecido mecanismos y regulaciones para mantener a los derechos civiles y políticos fuera de la lógica del mercado; incluso las prácticas clientelares que utilizan algunos partidos políticos son percibidas como 'vicios electorales' y no como parte de la dinámica de la oferta y la demanda. Esto es así pues se reconoce que los derechos humanos, desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos o la Constitución, no deben estar condicionados a factores económicos –tampoco políticos– sino que se fundamentan en la dignidad de las personas.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Jack Donnelly, *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca y Londres, 2013, p. 27.

<sup>7</sup> Dejamos de lado la discusión sobre los contenidos de la dignidad pues como señalan Sandra Serrano y Luis Daniel Vázquez: "Desde la filosofía política, sin embargo, no hay un acuerdo sobre estos bienes primarios; no lo hubo desde su desarrollo contractual inicial entre Thomas Hobbes, John Locke y Jean Jacques Rousseau; no lo hay ahora entre los bienes primarios de Rawls, los principios de Dworkin, las capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum, o los elementos constitutivos de la agencia y la ciudadanía de alta intensidad para Guillermo O'Donnell y Michael Ignatieff", en Sandra Serrano y Daniel Vázquez, *Los derechos humanos en acción. Operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*, Flacso, México, 2013, p. 8.

En el caso mexicano, los problemas asociados a la salud pública abrieron la puerta a la participación de empresas privadas que ofrecen los servicios bajo los criterios de la mentalidad empresarial que utiliza criterios actuariales, de eficiencia y de productividad. De esta manera, se ha nublado la importancia del acceso a la salud como derecho humano fundamentada en la dignidad y se ha privilegiado la lógica de mercado.

Sin embargo, las dificultades en el acceso al derecho a la salud son especialmente graves pues, además la injusticia en el impedimento del ejercicio del derecho, se generan, al menos, dos tipos de desventajas corrosivas: primero, la incapacidad del ejercicio de las capacidades y el desarrollo normal de la vida; segundo, el impacto en la economía de la familia o del ciudadano que genera un círculo vicioso asociado a condiciones de pobreza.

En otros términos, las fallas en el acceso al derecho a la salud son esencialmente graves pues, en ocasiones, impiden y –en otras– condicionan el ejercicio de otros derechos generando desventajas corrosivas en los ciudadanos. Éstas llevan, tarde o temprano, a elecciones trágicas: los pacientes tienen que renunciar a sus planes de vida –comprometiendo su agencia– ya sea por imposibilidad física o por desgracia económica.

Además, cuando los Estados subordinan el ejercicio de los derechos humanos –salud o educación– a la lógica del mercado, orillan a los ciudadanos a situaciones moralmente inaceptables: tener que elegir entre morir de enfermedad o morir de hambre por cubrir los costos de un padecimiento. Y esa es la realidad de buena parte de los mexicanos que se desprende de dos circunstancias: el desastroso sistema de salud nacional y las prácticas discriminatorias que, desde el Estado, se permite a las aseguradoras: "con frecuencia existen desigualdades que se vinculan a la raza, el género o la clase social, y una teoría de la justicia relacionada con los servicios de salud debe estar atenta a ellas".<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Paulette Dieterlen, *Justicia distributiva y salud*, FCE, México, 2015, p. 64.

En este artículo, nos proponemos insistir en que el derecho a la salud no puede estar condicionado a situaciones laborales o educativas ni subordinado a la lógica del mercado; utilizamos un caso hipotético como medio de contraste para mostrar que ciertas prácticas aceptables en temas de salud suenan aberrantes en el ámbito educativo; esto llama la atención si partimos de que ambos son derechos sociales. Después, hacemos un breve recorrido histórico del derecho a la salud en México para resaltar ciertas fallas de origen en el acceso a la salud pública; después, acudimos a las fuentes del derecho internacional de los derechos humanos, a la Constitución y a los reglamentos vigentes en México para mostrar las inconsistencias entre ellos. Más adelante, fundamentamos la especial importancia de garantizar el derecho a la salud apoyados en la propuesta de Norman Daniels. Finalmente, señalamos las prácticas discriminatorias vigentes, avaladas por el Estado mexicano, en los reglamentos de las aseguradoras para concluir que son jurídica y moralmente inaceptables bajo el enfoque de los derechos humanos.

## 2. Desarrollo

### a. Caso

Imaginemos el caso de una escuela privada que tuviera un tabulador de colegiaturas para los alumnos. Los diferentes rangos responden a cuatro criterios. Primero, al resultado de la medición del IQ del estudiante; segundo, al perfil emocional del alumno que señala los problemas de conducta escolar que enfrenta; tercero, al promedio obtenido en los últimos tres años de escolaridad cursados; finalmente, a la orientación sexual e identidad de género de las y los estudiantes.

La escuela sostiene que el tabulador es justo porque el gasto en tiempo, recursos y talento no es igual para todos los alumnos; los estudiantes más inteligentes y con mejor conducta exigen menos inversión que los alumnos retardados y

problemáticos. Además, con el historial se pueden prevenir posibles casos difíciles y tomar las precauciones económicas necesarias.

Los profesores tienen que atender a los alumnos con la misma cantidad de recursos y no todos los estudiantes responden con la misma celeridad a los procesos de aprendizaje. Cabe decir que los criterios de evaluación no fueron consensuados sino solamente informados a los padres de familia quienes tenían que aceptarlos "si querían que sus hijos estudiaran en dichas escuelas" pues, desde hace varios años, los estándares se hicieron una práctica usada por todas las escuelas privadas que comparten información –sin consentimiento de los padres– sobre los alumnos con el fin de evitar "posibles fraudes".

Las alumnas, estudiantes gay o trans tienen una cuota extra para compensar los gastos derivados de los desajustes hormonales propios de su orientación sexual. Esto ocasiona que haya mayor número de varones estudiando dentro de este tipo de escuelas y que la mayoría de los que abandonen sean niñas o estudiantes LGTBITQ pues la acumulación de sobre cuotas hace que el costo sea demasiado alto.

Además, los reglamentos se ajustan cada año. Las escuelas, de manera unilateral, incluyen cláusulas o prerrequisitos nuevos para proteger el capital y "la calidad" de la institución. Los padres eran informados *a posteriori* de las condiciones vigentes para ese periodo, lo que dificultaba el cambio a una escuela distinta.

El caso de los estudiantes "retardados y problemáticos" hacía que las colegiaturas elevaran su precio hasta 30 veces más que el costo que cubrían los estudiantes "talentosos", por lo que la mayoría de ellos tenía que abandonar la escuela y, con ello, renunciar a sus posibilidades de educación por la insuficiencia de lugares en las escuelas públicas y la imposibilidad de optar por otra opción del mercado educativo por el tráfico de información.



Así, el tabulador creaba una suerte de "clases sociales entre el alumnado" con base en condiciones intelectuales, situaciones de conducta, orientación de género e historia. Es muy importante decir que una vez que se había caído en un rango de evaluación bajo no era posible volver a recuperar la tarifa anterior pues las "preexistencias" hacían del estudiante un caso de riesgo.

Los padres de familia aceptaron esas cuotas, pues el sistema público pasaba por una mala época: la calidad era ínfima y no había espacios suficientes para atender a los estudiantes; la situación era tan compleja que las instancias gubernamentales cubrían las cuotas de los hijos de sus funcionarios. Así, los burócratas, encargados de mejorar la calidad de la educación pública, no tenían incentivos personales para hacerlo pues su propio empleo garantizaba que sus hijos estudiaran en escuelas privadas y no tuvieran que padecer el mal estado de la educación pública.

Así, el sistema de tabuladores y reglamentos de este caso ficticio trunca e impide el ejercicio de un derecho humano –el derecho a la educación– que es cordial en el desarrollo de la autonomía y el resto de las oportunidades de la vida de un ciudadano. Además, con esta distinción se crea un escenario de discriminación estructural que hiere no solo al individuo sino a la sociedad entera; en especial, a los grupos históricamente más débiles.

La pregunta ética que buscamos responder es si la lógica del mercado puede comprometer el ejercicio de algún derecho humano. Nos parece que la respuesta es un no contundente. La lógica del mercado no puede estar por encima del lenguaje de los derechos: ni de la Declaración Universal de los Derechos Humanos ni de los principios constitucionales de los Estados.

Hay, además, dos argumentos morales por los que las aseguradoras deben comprender a la salud como un derecho y no como un producto. Primero, porque el acceso a la salud garantiza el desarrollo de un funcionamiento normal;

segundo, porque protege la seguridad económica del ciudadano, tal como señala Norman Daniels en *The Ethics of the Affordability of Health Insurance*.<sup>9</sup>

## b. Marco jurídico nacional e internacional

La legislación en materia de salud es amplia y pone especial atención al artículo 4o constitucional, a la Ley General de Salud y a la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Sin embargo, la historia es diferente cuando hablamos de los seguros de salud, pues los objetivos legislativos la definen como el equivalente de no estar enfermo, sin tomar en cuenta lo mandatado por instrumentos de derecho internacional. Un ejemplo de esto es el artículo 10 del instrumento de derecho internacional público conocido como Protocolo de San Salvador, según el cual "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".<sup>10</sup>

De acuerdo con el artículo 1793 del Código Civil Federal, los contratos son convenios que producen o transfieren obligaciones y derechos entre las partes firmantes. En el caso del contrato de seguro esto no es una excepción, es lo que permite que exista un asegurado y una institución aseguradora que se obligan a distintas contraprestaciones recíprocas; es decir, existe un acto de comercio cuyo objetivo consiste en que la empresa aseguradora resarce un daño o paga una suma de dinero al asegurado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato, esto último según lo dispuesto por el artículo 75 del Código de Comercio y el artículo 1o de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Existen distintos tipos de contratos de seguro (de pensiones, de crédito, de caución y de garantía, por mencionar algunos). En el caso del contrato de seguro

---

<sup>9</sup> Brendan Saloner y Norman Daniels, "The Ethics of the Affordability of Health Insurance", *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, vol. 36, num. 5, Duke University Press, octubre 2011, pp. 815-827.

<sup>10</sup> Tesis [J.]: 1a. LXV/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XXVIII, Julio de 2008, p. 454. Reg. IUS 169316.

del ramo de salud, el capítulo 15<sup>11</sup> de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Comisión) y la fracción V del artículo 27 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas establecen que los seguros del ramo de salud tienen como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Un contrato nominado de la complejidad del contrato de seguro se basa en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual regula la organización, operación y funcionamiento de las Instituciones de Seguros, Instituciones de Fianzas y Sociedades Mutualistas de Seguros: "las actividades y operaciones que las mismas podrán realizar, así como las de los agentes de seguros y de fianzas, y demás participantes en las actividades aseguradora y afianzadora, en protección de los intereses del público usuario de estos servicios financieros".<sup>12</sup>

Sin embargo, además de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y la Ley Sobre el Contrato de Seguro –leyes emitidas por el Congreso de la Unión–, la autoridad administrativa en la materia la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas –órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público– emitió la Circular Única de Seguros y Fianzas, documento que aporta un orden adecuado, que desarrolla y regula la legislación general, y hace más compleja y especializada la materia.

De la amplia gama de factores que distinguen al contrato de seguro en materia de salud de otros contratos entre particulares, ya sean nominados o innominados, destaca lo insustituible e irremplazable del bien jurídico a proteger: la salud. Probablemente, el primer punto a considerar es que no nos encontramos

---

<sup>11</sup> Circular Única de Seguros y Fianzas, de 19 de diciembre, *Diario Oficial de la Federación*, 2014, Tomo DCCXXXV, Número 17, México, p. 23.

<sup>12</sup> Artículo 1, Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, 4 de abril, *Diario Oficial de la Federación*, 2013, Tomo DCCXV, Número 4, México, p. 1.

ante un instrumento contractual cuyos límites están exclusivamente en manos de los particulares, lo que se entiende en razón de la enorme disparidad e inequidad entre las partes contratantes.

Los artículos 4o constitucional y 25 de la Declaración de los Derechos del Hombre establecen que los seres humanos tienen derecho a la salud. En este sentido, en su carácter de derecho humano, la salud no debería estar sujeta a los caprichos o vaivenes del mercado, la estadística o el lucro de los contratantes, ya que la eficiencia y la eficacia en términos de productividad o rendimientos de las empresas pueden ser una amenaza a la protección de la salud de la persona. Quizá sea necesario preguntarse si la intervención del Estado ayuda a equilibrar a las partes contratantes desde una perspectiva de derechos humanos o si, más bien, permite la subsunción de los derechos de unos a los intereses de los otros.

A partir de una lectura de los contratos de seguros en materia de salud que están disponibles en el mercado, es posible afirmar que éstos no consideran que los particulares están en igualdad de oportunidades, ni en materia de acceso a información médica, actuarial, jurídica o financiera, ni en materia de capacidad de negociación, en comparación con la capacidad de las empresas aseguradoras. En otras palabras, la mayoría de los particulares signatarios de los contratos de seguro en materia de salud no están en aptitud de negociar las mejores condiciones para cada uno de ellos, de tal suerte que alcancen un equilibrio justo para ambos contratantes, entre otras razones, porque para alcanzar un punto de equilibrio en la equidad entre contraprestaciones, aseguradora y asegurado tienen que trabajar con base en estadísticas, finanzas, normas y antecedentes clínicos, elementos que no necesariamente están totalmente disponibles para su contraparte.

Para explicar lo anterior es útil hacer notar que la Circular Única de Seguros y Fianzas, instrumento jurídico que pretende "compilar en un solo instrumento jurídico las disposiciones derivadas de la Ley de Instituciones de Seguros y de

Fianzas, sistematizando su integración y homologando la terminología utilizada",<sup>13</sup> a fin de facilitar la consulta de las disposiciones aplicables, tiene más de 200 capítulos y centenares de anexos. Las empresas aseguradoras tienen departamentos jurídicos que se encargan de procesar esta información, pero no queda claro qué sucede con el grueso de los particulares signatarios.

La ilustración de la disparidad de los contratantes en el caso de los seguros en materia de salud muestra cómo la Secretaría de Salud y la Comisión podrán establecer mecanismos de consulta con los diferentes participantes del mercado con el propósito de recibir información relativa a este tipo de seguros que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del ramo de salud.<sup>14</sup> Sin embargo, el Estado no ha logrado proteger el derecho humano a la salud de la visión empresarial de las instituciones de seguros.

Un ejemplo de lo corta que se queda la labor de protección del Estado en materia de seguros es la figura del contralor médico. Las instituciones de seguros autorizadas a operar los seguros del ramo de salud cuentan con un contralor médico, quien es nombrado por el consejo de administración de la Institución de Seguros (reglas 15.3.1 y 15.3.2).<sup>15</sup> En la normatividad aplicable se especifica que el contralor médico de la institución de seguros será independiente de su área médica y dependerá únicamente del consejo de administración y, en su caso, de la asamblea de accionistas. Dichos órganos de gobierno corporativo están enfocados en las ganancias de la empresa, no en el disfrute del derecho humano a la salud. Por supuesto, el contralor médico solo tiene voz y no voto en las sesiones del consejo de administración de la institución de seguros pero, nuevamente, el nombre del juego es "ganancias" para la empresa, no "derechos" para el particular.

---

<sup>13</sup> Circular Única de Seguros y Fianzas, de 19 de diciembre, *Diario Oficial de la Federación*, 2014, Tomo DCCXXXV, Número 17, México, p. 1.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 24.

Entre los deberes del contralor médico se encuentra el de cerciorarse de que las decisiones que adopten las aseguradoras se apeguen a la normativa externa e interna en materia médica, así como a las sanas prácticas en materia de salud, sin importar criterios de protección de derechos humanos como progresividad, universalidad o indivisibilidad. Estos aspectos están contemplados en el artículo 1o de la CPEUM y en el expediente Varios 912/2010 del Pleno de la SCJN.<sup>16</sup>

Los contratantes del seguro de gastos médicos se exponen a padecer que las instituciones de seguros autorizadas no tengan la obligación de incorporar en sus productos de seguros criterios de integralidad que contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas. La Comisión solo las obliga a procurar incluirlas y, en caso de que las instituciones de seguros no lo hagan, la Secretaría de Salud podrá emitir recomendaciones pero no sancionar.<sup>17</sup>

Llama la atención que, a través de la fracción III de la regla 4.5.12 de la Circular, la Comisión autorice a las instituciones de seguros a requerir al solicitante "... como parte del procedimiento de suscripción..."<sup>18</sup> que se someta a un examen médico, a efecto, dice la norma, de "... determinar en forma objetiva y equitativa la pre-existencia de enfermedades o padecimientos..."<sup>19</sup> Pero no especifica si los procedimientos toman en cuenta a la equidad si y cómo, sobre todo si unilateralmente una de las partes contratantes pide a la otra realizarse un examen médico para determinar qué enfermedades le serán cubiertas y cuáles no. Bajo estas condiciones, es discriminatorio que una mujer indígena no pueda tener

---

<sup>16</sup> Del estudio de este expediente la SCJN, por mayoría de votos, emitió una decisión histórica que transformó el entendimiento de las relaciones entre derecho nacional e internacional; a propósito de la eficacia de los derechos humanos.

<sup>17</sup> Circular Única de Seguros y Fianzas, de 19 de diciembre, *Diario Oficial de la Federación*, 2014, Tomo DCCXXXV, Número 17, México, p. 28.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 98.

<sup>19</sup> *Idem*.

protección de salud de una empresa aseguradora regulada por el Estado por el simple hecho de estar enferma.

La no discriminación en materia de derechos sociales se encuentra explícitamente recogida en el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual dispone que "[...] 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>20</sup>

En este mismo sentido, la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 7 establece que "todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación",<sup>21</sup> mientras que en su artículo 25 establece que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud (...), y en especial la (...) asistencia médica (...); tiene asimismo derecho a los seguros en caso de (...) enfermedad (...)".<sup>22</sup>

Es necesario identificar cómo conciliar las obligaciones del Estado mexicano contenidas en los instrumentos de derecho público arriba citados con las normas jurídicas contenidas en la Circular Única de Seguros y Fianzas. Todo parece indicar que el Estado mexicano falta a su obligación jurídica cuando las empresas aseguradoras que operan en el país pueden negar la celebración de un contrato

---

<sup>20</sup> Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [último acceso: 23 de agosto de 2017].

<sup>21</sup> Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos, [http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf) [último acceso: 21 de agosto de 2017].

<sup>22</sup> *Ibidem*.

de seguro en el ramo de salud a una persona por razón de su edad o sus antecedentes médicos. Recordemos que a partir de la reforma de junio de 2011 todas las personas dentro de territorio nacional deberán gozar de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales a los que pertenezca nuestro país.

Para evidenciar aún más el incumplimiento del Estado mexicano en prevenir y combatir la discriminación al violar con esto los derechos humanos de las personas, basta con cotejar el texto de los artículos 1o, fracción III, 6o, y 9o fracciones VII, XX y XXI, de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) con lo establecido en la Circular Única. Aquí no hay debate, la LFPED lo establece con claridad: se considera como discriminación "establecer limitaciones para la contratación de seguros médicos"<sup>23</sup> y "limitar el derecho a los servicios de atención médica adecuados".<sup>24</sup> En materia de contratación de seguros para proteger la salud no estamos ante el enfrentamiento de dos derechos humanos excluyentes entre sí, estamos ante la imposición de la lógica del mercado sobre el disfrute de los derechos humanos y la permisividad del Estado.

Sabemos que "los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley. Desde que se perfeccionan obligan a los contratantes, no solo al cumplimiento de lo expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley"<sup>25</sup> y "la validez y el cumplimiento de los contratos no puede dejarse al arbitrio de uno de los contratantes",<sup>26</sup> sin

---

<sup>23</sup> Artículo 9, fracción XX, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 11 de junio, *Diario Oficial de la Federación*, 2003, Tomo DXCVII, Número 8, México, p. 10.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

<sup>25</sup> Artículo 1796, Código Civil Federal, Sección Tercera, de 31 de agosto, *Diario Oficial de la Federación*, 1928, Tomo XLIX, número 50, México, p. 376.

<sup>26</sup> Artículo 1797, Código Civil Federal, Sección Tercera, de 31 de agosto, *Diario Oficial de la Federación*, 1928, Tomo XLIX, número 50, México, p. 376.



embargo parece que es poco el trabajo que el Estado hace para equilibrar la relación entre los contratantes en materia del seguro en el ramo de salud.

### c. El derecho a la salud en México

La historiografía del derecho a la salud ha sido trabajada por varios autores<sup>27</sup> quienes coinciden en señalar que: "Como consecuencia de la primera revolución social del siglo XX, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, cuyo Artículo 73 confía la salubridad general de la República a los poderes nacionales y se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General. La Constitución agrega los derechos sociales a los derechos individuales y en su Artículo 123 se establecen las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores".<sup>28</sup> Y que no es sino hasta el gobierno de Lázaro Cárdenas que, apoyado por la División internacional de Salud de la Fundación Rockefeller, el gobierno creó el Departamento de Salud Pública.<sup>29</sup> Sin embargo, a diferencia del modelo inglés que impulsó un sistema de protección social universalista, la salud pública mexicana nació fijada a la situación laboral de los derechohabientes.<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Moramay López-Alonso, *Estar a la altura. Una historia de los niveles de vida en México, 1850-1950*, trad. Marcela Pimentel y Lusarreta, FCE, México, 2015; Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci, "El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?", *Gaceta Médica de México*, vol. 148, núm. 6, noviembre-diciembre 2012, pp. 502-508; Francisco López, "Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud", *Salud Pública de México*, vol. 35, num. 5, México, septiembre-octubre 1993, pp. 437-439.

<sup>28</sup> F. López, "Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud", *art. cit.*, p. 438.

<sup>29</sup> "Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940) se estableció un sólido compromiso con la justicia social [...] El presupuesto del DSP se incrementó de manera significativa, y se estableció un programa de salud pública a nivel nacional, en coordinación con los gobiernos estatales, conocido como "servicios coordinados de salud en los estados". En M. López-Alonso, *Estar a la altura...*, *op. cit.*, p. 210.

<sup>30</sup> "En 1942 se creó un sistema de asistencia social para los afiliados al IMSS; los servicios de salud fueron la primera área desarrollada por este instituto, sobre todo mediante la creación de clínicas y hospitales. La calidad de su servicio de salud era comparable con cualquier hospital o clínica del mundo desarrollado. No todos los trabajadores estaban afiliados al IMSS; por ejemplo, quienes trabajaban en las compañías petroleras, el ejército y las empresas ferroviarias tenían los servicios de salud brindados por sus empleadores" en M. López-Alonso, *Estar a la altura...*, *op. cit.*, p. 213.

Esta condición histórica se volvió, en nuestra opinión, el origen de un círculo vicioso en el ejercicio del derecho a la salud pues las diferentes ordenaciones y la percepción social asumieron que el acceso a la sanidad era más un beneficio laboral que un derecho humano. De esta manera, el punto de partida descansaba en la lógica del mercado pues la dependencia a cierto tipo de contrataciones permitía que, mediante las cuotas patronales, los empleados fueran afiliados al Seguro Social o, en su caso, al ISSSTE. En algunos casos, con el paso de los años y la incorporación de las aseguradoras privadas, los trabajadores de mayor rango pudieron, además, acceder a hospitales privados bajo la premisa de una prestación laboral de mayor nivel.

En 1987, el gobierno mexicano lanzó una nueva medida para ofrecer servicios de salud pública a los estudiantes de educación media superior; con esta medida, se otorgaba cobertura en la red hospitalaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a los alumnos que estuvieran inscritos en escuelas públicas en todo el país y que no contaran con acceso a ningún otro servicio de salud.<sup>31</sup> Este esquema cubre situaciones de accidentes pero no considera ni la atención preventiva ni padecimientos crónicos que pudieran padecer los estudiantes. A partir de 1998, dadas las condiciones de embarazo juvenil que enfrenta el país, este seguro cubre las necesidades obstétricas de las alumnas.<sup>32</sup>

A diferencia de otros países en los que hay una línea clara de separación entre los sistemas públicos y privados de salud, en México dicha frontera no es del

---

<sup>31</sup> Artículo 1, ACUERDO por el que se incorporarán al seguro facultativo del régimen del seguro social, todas las personas que cursen estudios de nivel medio superior y superior en planteles públicos oficiales del sistema educativo nacional y que no cuenten con la misma o similar protección por parte de cualquiera otra institución de seguridad social, 10 de junio, *Diario Oficial de la Federación*, 1987, México, Tomo CDV, Número 8, México, p. 2.

<sup>32</sup> Artículo 1, DECRETO por el que se incorporan al régimen obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social, 14 de septiembre, *Diario Oficial de la Federación*, 1998, Tomo DXL, Número 10, México, p. 37.

todo clara. Por ejemplo, los funcionarios públicos de cierto nivel tienen como prestación laboral el pago de un seguro de gastos médicos mayores ofrecido por una asegurada privada además de los servicios de la seguridad social.<sup>33</sup>

Así, hasta 2003, el sistema de salud mexicano se desarrolló bajo un esquema de salud mixto, en el que los ciudadanos podían acceder a los servicios ya fuera como derechohabientes de la seguridad estatal o mediante las aseguradoras privadas. Esto hacía que fueran pocos los mexicanos que podían acceder a la salud: "En el año 2000, 50% de la población en México no tenía ningún tipo de seguro médico. El gasto en salud era bajo, favoreciendo a entidades cuya infraestructura e ingresos eran mayores. Esto, por supuesto, generaba notables inequidades en el acceso a servicios de salud para todas aquellas personas

---

<sup>33</sup> La información al respecto es opaca. Pero es posible rastrearla en referencias periodísticas que dan cuenta del gasto millonario que el gobierno efectúa en prestaciones de salud a las aseguradoras privadas.

2010: Seguros GNP gana licitación de póliza de seguros a servidores públicos. Póliza de 3 mil 853 millones de pesos para un periodo de tres años. Brindó seguridad a 940 mil trabajadores del gobierno federal con primas de seguro de vida. Cubría fallecimiento e invalidez para personal activo con 40 meses de sueldo y para los jubilados con 18 meses y sólo por fallecimiento. Fuente: *La Razón*, "Gana mega póliza para burócratas", 17 de noviembre de 2010, disponible en: <http://www.razon.com.mx/spip.php?article54790> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

2014: Seguros GNP gana licitación nuevamente. Póliza de mil 594 millones de pesos por póliza de seguros de gastos médicos mayores. Cubriría a 320 mil burócratas del país.

"El monto de la prima básica contratada por el gobierno federal asciende a mil 594 millones de pesos sin incluir potenciados", indicó la aseguradora en información enviada a la Bolsa Mexicana de Valores (BMV). La compañía indicó que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) fue la convocante y contratante de esta licitación en la que se designó a GNP como ganador. La póliza de seguros estuvo vigente entre el 1 de octubre del 2014 al 31 de marzo de 2016; antes de esta licitación, la aseguradora en este rubro era Metlife. La suma asegurada de este contrato, es decir, el monto que alcanzaría a cubrir en caso de un siniestro va desde 150 mil pesos hasta 670 mil pesos por trabajador.

Lo anterior equivale a un rango de 74 a 333 salarios mínimos vigentes mensuales en el Distrito Federal, según estimaciones de GNP. Fuente: GNP, "Gobierno federal adquiere seguro de gastos médicos", 30 de septiembre de 2014, disponible en: [http://www.intermediamexico.com/lib/clip\\_reporte.php?clave=6513411](http://www.intermediamexico.com/lib/clip_reporte.php?clave=6513411) [último acceso: 6 de febrero de 2017].

2016: Met Life gana licitación pública para el seguro de gastos médicos mayores para trabajadores del gobierno federal. La SHCP pagó 2 mil 196 millones 246 mil 467 pesos por el servicio. La póliza inicia en mayo de 2016 y vence en noviembre de 2017. El gobierno federal se ahorró 195 millones en la cotización. Fuente: *El Universal*, "Piden cambiar modelo a licitación de seguros", 13 de junio de 2016, <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/finanzas/2016/06/13/piden-cambiar-modelo-licitacion-de-seguros> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

que no fueran derechohabientes. El principal problema que esto acarrearía era que las personas que se encontrarán en esta situación, al no poder acceder a servicios privados de salud, tenían que sufragar por su cuenta todos los gastos relacionados con la atención médica, incluso en instituciones públicas pero con financiamiento restringido, derivando en importantes y complicados desajustes económicos en las familias mexicanas".<sup>34</sup>

Tanto los gastos catastróficos como los gastos de bolsillo ligados a situaciones médicas fueron una causa de empobrecimiento familiar importante que el Estado mexicano intentó mitigar mediante la creación del Seguro Popular, en 2003, que otorgaría cobertura sanitaria a aquellas personas que no contaban con ningún otro tipo de seguro. Si bien se trató de un esfuerzo importante, sabemos que a casi diez años de su nacimiento: "según datos de la Encuesta Nacional y Nutrición (ENSANUT), en 2012 México tenía entre 21% y 25% de la población sin protección en salud. Además de otros problemas como la doble cobertura en el aseguramiento. También resaltan otros problemas, por ejemplo: la doble cobertura en el aseguramiento. Según un informe de la Auditoría Superior de la Federación, en 2010 más de 300 mil personas afiliadas al SP también eran derechohabientes del IMSS (80%) o del ISSSTE (15%)".<sup>35</sup>

Es decir, a pesar de este tercer esfuerzo, en México todavía estamos muy lejos de alcanzar la cobertura universal de salud basada en la valía personal que señala nuestra Constitución.

#### d. Importancia especial del derecho a la salud

En el caso que presentamos en el primer apartado, quisimos asimilar las condiciones que imponen las aseguradoras privadas a un caso hipotético enfocado

---

<sup>34</sup> Salomón Chertorivski Woldenberg y German Fajardo Dolci, "El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?", *Gaceta Médica de México*, vol. 148, num. 6, noviembre-diciembre 2012, pp. 504-505.

<sup>35</sup> Mónica Uribe Gómez y Raquel Abrantes Pêgo, "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?", *Perfiles Latinoamericanos*, num. 42, julio-diciembre 2013, p. 151.

a la educación. El planteamiento suena absurdo por la cadena de injusticias y discriminaciones que conlleva pero, además, porque reconocemos cuán importante es la educación en el desarrollo de la vida de las personas y lo dañino que resultaría permitir situaciones como las que se proponen en el caso.

A pesar de que tanto la educación como la salud son derechos humanos –específicamente, derechos sociales– en este último, el Estado ha permitido prácticas que contradicen los principios constitucionales, los tratados internacionales y que van en contra de las obligaciones morales alrededor del derecho a la salud.<sup>36</sup>

Se normalizaron condiciones, tratos y excepciones que son claramente discriminatorias y, con ello, se privilegiaron las reglas del mercado impuestas por las aseguradoras por encima de los principios constitucionales de nuestro país. Esto ha generado daños específicos a los grupos vulnerables pero también pone en entredicho las obligaciones en materia de derechos humanos del Estado mexicano en cuanto al derecho a la salud se refiere.

Con independencia del servicio de salud al que se pueda acceder, los problemas de salud de los ciudadanos mexicanos impactan en el desarrollo integral del país; por ello, es primordial que desde el Estado se monitoree la situación de salud o enfermedad de todos los ciudadanos y, con mayor atención, la de los grupos que han padecido desventajas sistemáticas; esto con el fin de prevenir nuevas discriminaciones y reducir las desigualdades.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Dentro del marco de las Teorías de la Justicia, hay dos posturas fundamentales alrededor del derecho a la salud; por un lado, la de las Teorías Igualitarias –Rawls, Sen, Daniels–; por otro, el Igualitarismo de la Suerte –Arneson, Cohen–. Las primeras ponen el acento en que todas las personas reciban los bienes y servicios, especialmente los más necesitados, con independencia de las acciones y decisiones que hayan tomado. Las segundas, incorporan como elemento fundamental las decisiones hechas por los ciudadanos y su impacto en la situación actual de su vida.

<sup>37</sup> "Así, la obligación moral de la sociedad de brindar acceso universal a los servicios de protección de la salud descansa en una idea relacionada con los efectos que ese acceso tiene pero también en el hecho de que, desde un punto de vista moral, los seres humanos deben ser considerados iguales" en P. Dieterlen, *Justicia distributiva y salud*, op. cit., p.137).

Para John Rawls, la aplicación de los principios de la justicia a las cuestiones de salud ha de resolverse en la etapa legislativa y no desde la posición original.<sup>38</sup> A partir de este punto, Norman Daniels sostiene que es en el estadio constitucional y legislativo en donde se pueden proponer soluciones a los problemas específicos de la sociedad particular.<sup>39</sup> Sin perder de vista que la salud tiene una importancia moral especial, pues es a partir de ella que los ciudadanos somos capaces de ejercer las oportunidades que se presentan en nuestros días y sacar adelante el plan de vida que hemos elegido para nosotros mismos.<sup>40</sup>

Recuperemos, nuevamente, en el ejemplo del juego del balero y del juego de *pool* con el que inició este artículo. Una persona que tiene comprometidas las condiciones de salud –ya sea por enfermedad, discapacidad o inaccesibilidad– no puede participar en el juego social en las mismas condiciones que los otros jugadores pues su funcionamiento se encuentra limitado y su rango normal de oportunidades reducido.

Sabemos que las limitaciones en el ejercicio del derecho a la salud hacen que, al momento de enfrentar las enfermedades, lo que se pueda hacer por los pacientes que no tienen seguro sea insuficiente en términos cualitativos y temporales: se puede hacer muy poco porque se llega muy tarde. Así, padecimientos que podían haberse prevenido, atendido o curado, si se hubiera podido ejercer el derecho humano a la salud, se vuelven intratables; en ocasiones, dichos padecimientos impiden el funcionamiento normal de un ciudadano que, con ello, ve limitada su capacidad de agencia. Otras veces, merman directamente su esperanza de vida.

---

<sup>38</sup> Cfr. John Rawls, *La justicia como equidad. Una reformulación*, trad. Andrés de Francisco Díaz, Paidós Ibérica, Barcelona, 2002, p.73.

<sup>39</sup> Norman. Daniels, "Equality of What: Welfare, Resources, or Capabilities?", *Philosophy and Phenomenological Research, International Phenomenological Society*, vol. 50, Suplemento, otoño 1990, pp. 274-275.

<sup>40</sup> "I want to emphasize a relationship between normal functioning and opportunity, one of the primary social goods. Impairments of normal species functioning reduce the range of opportunity open to the individual in which he may construct his 'plan of life' or conception of the good". *Ibidem*, p. 280.

Daniels abunda el argumento del funcionamiento que permite la justa igualdad de oportunidades. Para ello, señala cuatro condiciones:

Primero, la función de los servicios médicos es satisfacer las necesidades médicas; segundo, la única base racional para distribuir un bien que satisfaga ciertas necesidades es proporcional a esas necesidades. Por lo tanto, la única base racional para la distribución de servicios médicos es atender a las necesidades médicas. Por lo que, finalmente, el estado de salud debe determinar el acceso a las necesidades médicas.<sup>41</sup>

Esto es, dado el vínculo entre estado de salud, funcionamiento normal e igualdad de oportunidades, los servicios médicos deben distribuirse de una manera racional que atienda a las necesidades. Esto ha de garantizarse, de acuerdo con los autores, en los textos constitucionales y legislativos a partir de criterios éticos, no de mercado ni tampoco ha de estar condicionado –situación laboral o escolar– sino atender a:

las necesidades de curso de vida, que son aquellas que "las personas tienen a lo largo de su vida, o en ciertos periodos de la vida por los que necesariamente tienen que pasar" [...]. Las necesidades humanas de curso de vida no son deficiencias cuando se anticipan. Pero una deficiencia en relación con ellas "amenaza el funcionamiento normal del sujeto de la necesidad en cuanto miembro de una especie natural".<sup>42</sup>

Esto es, la atención a las enfermedades, a la vejez o a la maternidad no han de verse como un déficit sino como parte de las necesidades de curso de vida normal. A veces se trata de situaciones que escapan al control del sujeto –una enfermedad, una discapacidad, la propia vejez, algunos antecedentes de salud–; otras, son decisiones que se toman conforme al plan de vida que se ha elegido

---

<sup>41</sup> Norman Daniels, *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, Nueva York, 2008, p. 20.

<sup>42</sup> Course-of-life needs are those needs which people "have all through their lives or at certain stages of life through which all must pass" [...] Such needs are not themselves deficiencies, for example, when they are anticipated. But a deficiency with respect to them "endangers the normal functioning of the subject of need considered as a member of a natural species", en N. Daniels, *Just Health...*, *op. cit.*, p. 26.

como bueno –la maternidad. Pero, en ninguno de esos casos, puede condicionarse el ejercicio de un derecho humano.

Además, no atenderlas pone en riesgo el funcionamiento normal del ciudadano. Por ello, ni las preexistencias médicas, ni el género, la edad o la maternidad han de penalizarse mediante el cobro de tarifas más altas. Tampoco ha de negarse el acceso a los servicios de salud a causa del desempleo o la falta de acceso a la educación.

Daniels parte de una definición amplia de salud que considera servicios médicos personales preventivos, curativos y de rehabilitación<sup>43</sup> pues, sin ellos, es difícil mantener las condiciones que permitan el desarrollo de las libertades de la persona. Tal como señalamos en el apartado 2.2, esta definición es compatible con la que ofrece la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas de nuestro país. Sin embargo, sabemos que la mayoría de las aseguradoras no ofrecen cobertura que contemple la prevención de la salud y que se rehúsan a cubrir estudios con carácter provisorio.

Contrario a lo que ha ocurrido en nuestro país, la labor del gobierno habría de velar por las condiciones de salud de todos los mexicanos; y de manera especial por aquellos que necesitan una consideración especial ya sea por género, orientación sexual, discapacidad, antecedentes de salud, desempleo o falta de acceso a la educación.

### **e. Tipos y prácticas de discriminación vigentes en el acceso a la salud en México**

Una vez que se ha aclarado la importancia especial del derecho a la salud, nos gustaría señalar dos prácticas extendidas en México que merman la posibilidad

---

<sup>43</sup> Cfr. N. Daniels, "Equality of What: Welfare... *op. cit.*", p. 281.



del acceso universal. La primera, que hemos anunciado antes, es la práctica estatal que condiciona el servicio bien ya a la situación laboral o ya a la situación educativa.

Una posible explicación para las prácticas estatales que anclan el derecho a la salud a la contratación laboral se encuentra en motivos históricos que es necesario superar, pues los derechos humanos no pueden estar condicionados a la contingencia de cierto tipo de contrataciones laborales. Éstas se encuentran sujetas al vaivén económico –nacional e internacional– y dicha volatilidad impide o merma el ejercicio de un derecho.

El seguro que ofrece cobertura a los estudiantes es una medida positiva aunque, nuevamente, condiciona el acceso a la salud a otro derecho: subordina el derecho a la salud al derecho a la educación; si uno falla, el otro también. Esto no es aceptable pues es difícil determinar la prioridad de uno sobre otro cuando ambos son igualmente importantes para el desarrollo de una vida normal.

Ningún Estado se atrevería a afirmar en sus textos constitucionales que los derechos humanos son un beneficio laboral como, de facto y en contra de la legislación, ocurre para la mayoría de los ciudadanos mexicanos. A diferencia del derecho a la educación, el derecho a la salud no termina de ser completamente asumido como tal ni por los gobiernos ni por los particulares; mucho menos, por las aseguradoras privadas.

No podemos perder de vista que una de las características de los derechos humanos es la incondicionalidad de los mismos. Las medidas anteriores, aunque en principio fueron positivas, hoy son más un pretexto político para evadir la necesidad del acceso universal a la salud, con las reformas necesarias a la Ley General de Salud, al reglamento del IMSS-ISSSTE-SEGURO POPULAR y al reglamento de las aseguradoras.

Es decir, aunque este tipo de prácticas estatales buscan dar cobertura sanitaria a los ciudadanos, no son más que medidas paliativas con efectos secundarios perversos: los grupos para quienes es más difícil el acceso al mercado laboral y educativo son los mismos que se quedan sin cobertura de salud: las mujeres, los miembros de la comunidad LGTBITQ, los adultos mayores. Esto crea un círculo vicioso que daña el ejercicio de los derechos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Discriminación de 2011, las mujeres, las personas con discapacidad y los adultos mayores refirieron como su principal problema el desempleo y, bajo la óptica estatal, la falta de servicios de salud.<sup>44</sup> Por su parte, las colaboradoras domésticas son mayoritariamente mujeres con bajos niveles educativos cuya situación laboral no contempla ningún tipo de cobertura sanitaria.<sup>45</sup>

Por otro lado, las personas que forman parte de la comunidad LGTBITQ manifestaron que su principal problema es el trato discriminatorio en general,<sup>46</sup> aunque no hay cifras oficiales sobre el acceso a la salud, el trabajo o la educación. Esto muestra la invisibilización del problema pues de acuerdo con las mediciones y las experiencias internacionales, las personas con una identidad de género distinta a la heterosexual suelen recibir fuertes tratos discriminatorios en el ámbito de la salud.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Resultados generales, México, CONAPRED, 2001, pp. 70, 88 y 82.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 100.

<sup>46</sup> *Idem.*, p. 49.

<sup>47</sup> *Cfr.* Stephen Neville y Mark, Henrikson, "Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services", *Journal of advanced nursing*, vol. 55, núm. 4, 2006, pp. 507-415; y Deidre A. Shires y Kim Jaffee, "Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences Among a National Sample of Female-to-male transgender individuals", *Health and Social Work*, vol. 40, núm. 2, 2015, pp. 134-141.

La segunda práctica que merma el acceso a la salud está compuesta por cuatro tipos de discriminación que realizan las aseguradoras privadas cuando niegan la posibilidad de aseguramiento por motivos de edad; o cuando cobran primas más caras en razón del género o de alguna discapacidad; o cuando no cubren ciertos padecimientos por considerarlos preexistentes a la contratación del seguro. Todas ellas constituyen prácticas discriminatorias que, como se mostró en el marco jurídico, van en contra de los tratados internacionales firmados por México –con carácter vinculante–, de la Constitución y de La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

De manera específica, la Circular Única de Seguros y Fianzas, fracción III, de la regla 4.5.12, en contra del texto constitucional, permite a las aseguradoras exigir al asegurado estudios clínicos para determinar las enfermedades preexistentes al momento de la contratación. Además del trato inequitativo que señalamos en el apartado 2.2, pensamos que esto es claramente discriminatorio y va en contra del espíritu de los derechos humanos. A manera de ejemplo, la más reciente reforma de salud en Estados Unidos, La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA) conocida como Obamacare, prohíbe a las aseguradoras pedir este tipo de pruebas e impide negar la cobertura por motivos de preexistencias.

Así, entendemos por discriminación: "una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales".<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Jesús Rodríguez Zepeda, *¿Qué es la discriminación y cómo combatirla?*, CONAPRED, México, 2004, p. 18.

Sostenemos que son prácticas discriminatorias pues, de entrada, marcan una división entre los ciudadanos ideales para ser asegurados –varones, sanos, empleados, jóvenes– e imponen un estándar de salud que deja fuera a la mayoría de la población mexicana: mujeres, comunidad LGTBITQ, personas de la tercera edad y personas con algún tipo de discapacidad de manera injusta, inmerecida y sistemática. Crea, además, círculos viciosos asociados a la pobreza que resultan muy difíciles de romper; es decir, esta desigualdad en el trato genera, además, desigualdad económica que, como dijimos antes, hace que incrementen los niveles de pobreza en el país. Pongamos el caso de las mujeres, quienes sabemos que sus ingresos son considerablemente menores que los de los varones y que tienen que cubrir costos más altos en las aseguradoras privadas.

Pero, todavía más importante, impide el acceso a un derecho humano y condiciona el ejercicio de otros derechos y libertades.<sup>49</sup> Como se ve, estamos claramente frente a una injusticia.

La voracidad de las aseguradoras privadas se opone a los principios mínimos de justicia social y de igualdad de oportunidades. Pareciera que los reglamentos de las aseguradoras están por encima de los principios constitucionales y de los compromisos internacionales que México ha adquirido en materia de derechos humanos. Y esto es, tanto jurídica como éticamente, inaceptable.

Permitir el cobro diferenciado en salud es tan aberrante como aprobar el cobro de colegiaturas específicas que plantea el caso hipotético que propusimos en el primer apartado de este artículo. Aunque en ambos casos se trate de servicios ofrecidos por empresas privadas, estas prácticas no deben ser permitidas por la cadena de injusticias y discriminaciones que conllevan.

---

<sup>49</sup> "En cualquier caso, no sólo se mantiene la referencia a la discriminación como limitación o anulación de libertades y derechos, sino que se amplía su definición para hacerla equivalente a limitaciones de acceso a las oportunidades socialmente disponibles para el grueso de la población". En J. Rodríguez Zepeda, *¿Qué es la discriminación...*, *op. cit.*, p. 20.

### 3. Conclusiones

El "bloque de constitucionalidad" construido a partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011 y la labor jurisprudencial de la SCJN, particularmente en el caso del Expediente Varios 912/2010 y la Contradicción de Tesis 293/2011, no ha logrado eliminar la discriminación que desde normas secundarias existe en contra de los particulares que no están dentro de los patrones actuariales de riesgo determinados unilateralmente por las compañías aseguradoras.

Dicho de otra manera: pese a que está prohibida la discriminación en México, algunas normas secundarias, como por ejemplo la Circular Única de Seguros y Fianzas, permiten prácticas por parte de las empresas aseguradoras que, en los hechos, generan formas de discriminación que lastiman a los grupos históricamente más débiles (v. gr.: mujeres y adultos mayores).

La labor de creación de normas jurídicas que combatan la discriminación por parte del Poder Legislativo quizá está concluida; sin embargo, no es posible afirmar lo mismo respecto a la armonización normativa que cae en la esfera de atribuciones del Poder Ejecutivo. Hoy en día, en materia de seguros de salud, todavía hay normas que permiten un trato diferenciado en razón de la edad o el género de los usuarios de los seguros.

Si bien es verdad que el mercado de los seguros en materia de salud está dominado por personas jurídicas constituidas bajo las normas de derecho privado, y éstas deberían ser quienes adoptasen políticas corporativas que, ajustándose a estándares y normas nacionales e internacionales de protección de derechos humanos, terminaran con las prácticas discriminatorias que durante años han prevalecido en el mercado de las aseguradoras; también es verdad que el Estado mexicano falla en su obligación de promover, proteger, respetar y garantizar el derecho de los mexicanos a la salud.

En el contexto de garantizar el derecho a la salud a los mexicanos, la actividad del Estado no puede únicamente circunscribirse a sancionar a los gobernados que comenten delitos que atentan contra la salud, ya sea que suceda mediante el tráfico de drogas ilícitas, la alteración de medicamentos o la práctica de servicios de salud sin los permisos adecuados, por citar tan solo unos ejemplos. Es decir: para el Estado, garantizar el acceso a la salud no puede limitarse a su labor coercitiva.

Se requiere, además de la coacción, la prevención, educación y difusión de los alcances del derecho humano a la salud, así como la construcción de instituciones que desarrollen y ejecuten modelos actuariales que no sigan tendencias de mercado, las cuales claramente están basadas en una lógica de obtención de lucro, sino que innoven en materia de distribución de riesgos sin caer en prácticas discriminatorias.

La utilidad en la ampliación de la visión de la responsabilidad del Estado en la protección al derecho humano a la salud radica en que la salud es la condición *sine qua non* para disfrutar otros bienes, materiales e inmateriales, así como del desarrollo del plan de vida que cada uno ha elegido para sí mismo.

De esta forma, un trato justo que tendríamos que exigir a las aseguradoras es que todas las pólizas que se vendan dentro del territorio del Estado mexicano deben incluir: consultas, hospitalización, urgencias, servicios de maternidad, pediatría, salud mental, farmacia, laboratorio, servicios de rehabilitación, gestión de enfermedades crónicas y medicina preventiva. Todo ello conforme al artículo 1o constitucional y a los compromisos internacionales adquiridos por nuestro país.

Permitir que las aseguradoras entiendan, en el contexto del contrato de seguro, a la salud como la simple ausencia de enfermedad es tan obtuso como pretender

afirmar que los medios de transporte están regulados con el reglamento destinado a normar la conducción de las carretas.

El Estado mexicano ha contraído compromisos internacionales que le exigen entender el derecho a la salud como el acceso al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social; esto debería verse reflejado en las instituciones de derecho público que prestan los servicios, en la legislación de la materia elaborada por el Congreso de la Unión y en la regulación destinada a las empresas aseguradoras.

Que la normatividad técnica redactada desde el Poder Ejecutivo permita a las personas jurídicas de naturaleza privada ofrecer contratos de seguro que asumen una visión minimalista de la salud es inconsistente con el principio de progresividad establecido en nuestra Constitución Política, y esto es algo que el Estado mexicano no puede ignorar.

La protección a la salud que provee el Estado y aquella que promueven los particulares debe de buscar los estándares más altos y partir de una visión holística y no meramente remedial. Alcanzar esta realidad tomará tiempo, pero es imprescindible comenzar a cambiar la normatividad aplicable a los contratos de seguros para revertir tendencias, pues ésta no es una tarea de la que se pueda hacer cargo el mercado. Además, deben prohibirse de manera explícita toda forma de discriminación hacia los ciudadanos mexicanos.

Por todo esto, es necesario que todos los actores involucrados en la prestación de los servicios vinculados al derecho a la salud asuman una definición integral y común: que entiendan a la salud como un derecho y no como un producto; y que se utilicen criterios éticos y del derecho internacional de los derechos humanos en el trato a los pacientes. Por ello, es importante suprimir las discriminaciones; aceptar el curso normal de vida de los ciudadanos y reconocer una

definición amplia de salud que incorpore los estándares internacionales al respecto.

Las limitaciones en el acceso al derecho humano a la salud son de especial importancia pues es algo de lo que nadie puede ser privado sin que se cometa un agravio importante en el desarrollo de su plan de vida.

## 4. Bibliografía

### a. Libros

CARBONELL, Miguel y CARBONELL, José, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2013.

CNDH, *Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre de 2011*, México, CNDH, 2012.

CONAPRED, *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Resultados generales*, México, CONAPRED, 2001.

CRUZ PARCERO, Juan Antonio, *El lenguaje de los derechos*, Trotta, Madrid, 2007.

DANIELS, Norman, *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, Cambridge, 2008.

\_\_\_\_\_, *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985.

DIETERLEN, Paulette (comp.), *Los derechos económicos y sociales, una mirada desde la filosofía*, UNAM, México, 2010.



\_\_\_\_\_, *Justicia distributiva y salud*, FCE, UNAM, PUB, FFL, CON-BIOETICA, México, 2015.

DONNELLY, Jack, *Universal Human Rights in Theory and Practice*, Cornell University Press, Ithaca and Londres, 2013.

LÓPEZ-ALONSO, Moramay, *Estar a la altura. Una historia de los niveles de vida en México, 1850-1950*, trad. Marcela Pimentel y Lusarreta, FCE, México, 2015.

MARSHALL Thomas H. y BOTTOMORE Thomas B., *Ciudadanía y clase social*, Alianza, Madrid, 1998.

MOYN, Samuel, *The Last Utopia: Human Rights in History*, England, The Belknap Press of Harvard University Press, Inglaterra, Cambridge, Massachusetts y Londres, 2010.

NUSSBAUM, Martha, *Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades*, trad. Roberto Bernet, Herder, Barcelona, 2002.

NUSSBAUM, Martha y SEN, Amartya (comp.), *La calidad de vida*, FCE, México, 1996.

OECD, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2005*, trad. Secretaría de Salud de México, OECD Publishing, París, 2005.

RAWLS, John, *La justicia como equidad. Una reformulación*, trad. Andrés de Francisco Díaz, Paidós Ibérica, Barcelona, 2002.

\_\_\_\_\_, *Teoría de la justicia*, trad. María Dolores González, FCE, México, 2006.

RODRÍGUEZ ZEPEDA, Jesús, *¿Qué es la discriminación y cómo combatirla?*, CONAPRED, México, 2004.

SERRANO, Sandra y Vázquez, Daniel, *Los derechos humanos en acción: operacionalización de los estándares internacionales de los derechos humanos*, Flacso, México, 2013.

SHUE, Henry, *Basic Rights. Subsistence, Affluence, and U.S. Foreign Policy*, 2ª ed., Princeton University Press, New Jersey, 1996.

VASAK, Karel, *Las dimensiones internacionales de los Derechos Humanos*, Unesco, París, 1984.

## **b. Libros electrónicos**

INEGI, "Estadísticas a propósito del Día Mundial De La Salud (07 De Abril). Datos Económicos Nacionales", 1 de abril de 2015, <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/salud0.pdf> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

INEGI, "Clasificación de instituciones del sector salud", [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_instituciones\\_de\\_salud.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_instituciones_de_salud.pdf) [último acceso: 6 de febrero de 2017].

Ley General de Salud, <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-general-de-salud>, [último acceso: 6 de febrero de 2017].

Naciones Unidas, "Declaración Universal de Derechos Humanos", [http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR\\_booklet\\_SP\\_web.pdf](http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf) [último acceso: 21 de agosto de 2017].

OCDE, "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación", <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

OECD, "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016", Trad. Secretaría de Salud de México, Paris, OECD Publishing, 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265523-es> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

ZURITA, Beatriz y RAMÍREZ, Teresita, "Desempeño del sector privado de la salud en México", en [funsalud.org.mx](http://funsalud.org.mx), 2003, <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/10-Desempenio.pdf>, [último acceso: 6 de febrero de 2017].

### c. Artículos

CHERTORIVSKI WOLDENBERG, Salomón y FAJARDO DOLCI, German, "El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?", *Gaceta Médica de México*, vol. 148, núm. 6, México, noviembre-diciembre 2012, pp. 502-508.

DANIELS, Norman, "Equality of What: Welfare, Resources, or Capabilities?", *Philosophy and Phenomenological Research*, International Phenomenological Society, vol. 50, Suplemento, otoño 1990, pp. 273-296.

\_\_\_\_\_, "Why We Should Care About the Social Determinants of Health", *The American Journal of Bioethics*, vol. 15, núm. 3, Harvard School of Public Health, 2015, pp. 37-62.

GROS ESPIELL, Héctor, "Los derechos humanos: derecho constitucional y derecho internacional", *Serie G. Estudios doctrinales*, núm. 161, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, 1994, pp. 169-186.

GRUSKIN, Sofia y DANIELS, Norman, "Justice and Human Rights: Priority Setting and Fair Deliberative Process", *American Journal of Public Health, Government, Politics, and Law*, vol. 98, núm. 9, septiembre 2008, pp. 1573-1577.

JUAN, Mercedes et al., "Universalidad de los servicios de salud en México", *Salud pública*, vol. 55, núm. especial, México, Cuernavaca, 2013, p. 1-64.

LÓPEZ, Francisco, "Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud", *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 5, México, septiembre-octubre 1993, pp. 437-439.

LÓPEZ VELA, Valeria, "Acción afirmativa y equidad: un análisis desde la propuesta de Thomas Nagel", *Open Insight*, vol. VII, núm. 12, México, CISAV, julio-diciembre 2016, pp. 51-77.

MUÑOZ PATRARCA, Víctor Manuel, "En busca de mayor justicia social: la descentralización de los servicios de salud y educación en México", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 61, núm. 4, México, octubre-diciembre 1999, pp. 3-21.

PÉREZ LUÑO, Antonio-Enrique, "Las generaciones de derechos humanos", *Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global*, vol. 2, núm. 1, Universidade Federal de Santa Maria, São Paulo 2013, pp. 163-196.

SALONER, Brendan y DANIELS, Norman, "The Ethics of the Affordability of Health Insurance", *Journal of Health, Politics, Policy and Law*, vol. 36, núm. 5, Duke University Press, octubre 2011, pp. 815-827.

SHIRES, Deirdre A. y JAFFEE, Kim, "Factors Associated with Health Care Discrimination Experiences Among a National Sample of Female-to-Male Transgender Individuals", *Health and Social Work*, vol. 40, núm. 2, 2015, pp. 134-141.

STEPHEN Neville y HENRIKSON, Mark, "Perceptions of lesbian, gay and bisexual people of primary healthcare services", *Journal of advanced nursing*, vol. 55, núm. 4, 2006, pp. 507-415.

TAMEZ GONZÁLEZ, Silvia y VALLE ARCOS, Rosa Irene, "Desigualdad social y reforma neoliberal en salud (Social Inequality and Neoliberal Reform in Health)", *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 67, núm. 2, México, Universidad Nacional Autónoma de México, abril-junio 2005, pp. 321-356.

URIBE GÓMEZ, Mónica y ABRANTES PÉGO, Raquel, "Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?", *Perfiles Latinoamericanos*, núm.. 42, México, julio-diciembre 2013, pp. 135-162.

VASAK, Karel, "La larga lucha por los derechos humanos", *El Correo de la Unesco*, vol. 77, núm. 11, París, UNESCO, noviembre 1977, pp. 29-32.

#### **d. Tesis**

Tesis [J.]: 1a. LXV/2008, *Semanario judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Tomo XXVIII, Julio de 2008, Reg. IUS 169316.

#### **e. Legislación**

ACUERDO por el que se incorporarán al seguro facultativo del régimen del seguro social, todas las personas que cursen estudios de nivel medio superior y superior en planteles públicos oficiales del sistema educativo nacional y que no cuenten con la misma o similar protección por parte de cualquiera otra institución de seguridad social, 10 de junio, *Diario Oficial de la Federación*, 1987, México, Tomo CDV, Número 8, México.

Circular única de Seguros y Fianzas, de 19 de diciembre, *Diario Oficial de la Federación*, 2014, Tomo DCCXXXV, Número 17, México.

Código Civil Federal, Sección Tercera, de 31 de agosto, *Diario Oficial de la Federación*, 1928, Tomo XLIX, número 50, México.

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, 4 de abril, *Diario Oficial de la Federación*, 2013, Tomo DCCXV, Número 4, México.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 11 de junio, *Diario Oficial de la Federación*, 2003, Tomo DXCVII, Número 8, México.

#### **f. Páginas de internet**

*El Universal*, "Piden cambiar modelo a licitación de seguros", 13 de junio de 2016, <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/cartera/finanzas/2016/06/13/piden-cambiar-modelo-licitacion-de-seguros> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

*El Universal*, "Seguros, gobierno federal duplica gasto", 17 de noviembre de 2015, <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2015/11/17/seguros-gobierno-federal-duplica-gasto> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

*El Universal*, "Una cama de hospital por cada mil mexicanos", 24 de julio de 2015, <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-datos/2015/07/24/una-cama-de-hospital-por-cada-mil-mexicanos> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

GNP, "Gobierno federal adquiere seguro de gastos médicos", 30 de septiembre de 2014, Disponible en: [http://www.intermediamexico.com/lib/clip\\_reporte.php?clave=6513411](http://www.intermediamexico.com/lib/clip_reporte.php?clave=6513411) [último acceso: 6 de febrero de 2017].

*La Razón*, "Gana mega póliza para burócratas", 17 de noviembre de 2010, Disponible en: <http://www.razon.com.mx/spip.php?article54790> [último acceso: 6 de febrero de 2017].

Secretaría de Salud, "El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años" [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html) [último acceso: 6 de febrero de 2017].