



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ACATLÁN

TESINA QUE PARA OBTENER EL
TITULO DE LICENCIADO EN DERECHO
PRESENTA CARLOS REINA ITURRIA

DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD
UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

ASESOR: MAESTRO EDGAR RAFAEL AGUIRRE PELÁEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

CONTENIDO

I INTRODUCCION	
1 DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	
1.1 Conceptos	1
1.2 Teorías aplicables	5
1.3 Naturaleza jurídica	8
2 MARCO CONSTITUCIONAL	
2.1 Antecedentes constitucionales	9
2.1.1 Constitución de la Monarquía Española, 1812	10
2.1.2 Constitución de Apatzingan. 1814	11
2.1.3 Constitución, 1824	11
2.1.4 Bases y Leyes Constitucionales, 1836	11
2.1.5 Bases Orgánicas de la República, 1843	12
2.1.6 Constitución de 1857	12
2.1.7 Constitución de 1917	13
2.2 Situación constitucional actual	13
2.2.1 Seguro Popular	19
2.2.2 Servicios a la comunidad	21
3 PROSPECTIVA DEL DERECHO A LA PREOTECCION DE LA SALUD	26
3.1 Definición Actual	29
3.2 La salud como función pública	34
3.3 Financiamiento	37
3.3.1 Grupos vulnerables	43
3.4 El caso de la secretaría de Salud del D.F.	44
3.4.1 Mecanismos de financiamiento en el D.F.	47
3.5 Análisis crítico	49
4 CONCLUSINES	52
5 BIBLIOGRAFIA	56

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los derechos básicos con los que cuenta el hombre y que permiten el goce y ejercicio de otros derechos, es el de la protección social de la salud. El Estado mexicano, atento a su cumplimiento, a partir de 1983 ha realizado reformas y adiciones al Art. 4° Constitucional y a su Ley General de Salud, así como otros mecanismos que han tenido diversas consecuencias para el Sistema de Salud, no sólo de índole jurídica ya que se requiere de la revisión de los programas de salud, un análisis de riesgo de oportunidades, búsqueda de fuentes de financiamiento, servicio civil de carrera, etc., determinando por lo tanto, tres elementos básicos como son el marco jurídico que permite asegurar la protección a los ciudadanos, una infraestructura para brindar el servicio y contar con el personal capacitado para la prestación de un servicio eficaz, de calidad y oportuno.

El presente estudio pretende aportar una visión jurídica, así como social, de los diversos problemas y limitantes que han nacido, por ejemplo, con el proceso de descentralización de los servicios de salud y que por diversas circunstancias no se llevan a cabo por persistencia centralista financiera del gobierno federal, en detrimento de la autonomía de gestión, así como una adecuada provisión de insumos y otros que se mencionan a lo largo del desarrollo de este trabajo.

Para concluir, hacemos constancia de reconocimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México, que a través de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán y el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia, junto con su cuerpo docente, logran formar a los profesionales que integrados a la sociedad coadyuvarán al desarrollo de nuestra nación.

Febrero, 2012

1. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

1.1. Conceptos

- El derecho a la protección de la salud trata todas aquellas materias jurídicas que tienen que ver con las actividades de la prestación de servicios para la atención a la salud e involucra a todos los prestadores de servicios que tengan que ver con la misma y con todo aquello de la actividad médica.¹

Definición propuesta.

- Se puede conceptualizar el derecho a la protección de la salud como el sistema de normas jurídicas de derecho social, que regula los mecanismos para garantizar la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, con la finalidad de que sirva de medio para obtener justicia social.²
- La doctrina jurídica clásica distingue dos ramas del derecho, el público y el privado. A estas dos se suma posteriormente una tercera, la de derecho social. La mayoría de los autores coinciden en que éste, es el grupo de normas jurídicas cuyo objetivo es proteger a los núcleos de individuos más débiles a efecto de lograr un equilibrio en la sociedad.

Dentro de este rubro se ubica al derecho a la protección de la salud, como el destinado a la regulación de los intereses generales.

¹ DIAZ ALFARO, S.: *Derecho Constitucional de la protección de la salud*. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México 1983. p. 60

² MOCTEZUMA BARRAGAN, G.: *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. Ed. Cámara de Diputados LVIII Legislatura y UNAM. México, 2002. p. 17

Coincidimos con Manzano García al considerar al derecho social “integrado siempre por normas legales taxativas, de evidente orden público e interés social, las cuales tienen como característica ser tuitivas, irrenunciables e inalienables, normativa que conforma un esquema protector y nivelador de las diferencias naturales de algunas clases sociales.”

Se argumenta que la principal característica de los derechos sociales está en privilegiar a los intereses colectivos por encima de los individuales, mediante el establecimiento de disposiciones jurídicas encaminadas a generar condiciones más justas de vida.

Por tanto, es posible señalar que el derecho a la protección de la salud es un derecho social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios ya que, además es un elemento esencial para que el Estado pueda sentar las bases para eliminar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad.³

En la Conferencia Sanitaria Panamericana, que tuvo lugar en septiembre de 2002, se trata el tema de la protección social en salud y posteriormente se impulsó una iniciativa conjunta con la organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de salud, OPS y OMS respectivamente, con el objetivo principal de reducir las inequidades en el acceso y financiamiento a los servicios de salud. De la iniciativa se definió la extensión de la protección social en salud como:

- “La garantía que la sociedad otorga por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener el acceso adecuado a los servicios del sistema o de algunos de los subsistemas existentes, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”.⁴

³ SANCHEZ CORDERO, O.: El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación...Conferencia dictada en el **Simposio Internacional Ética y Salud**, organizado por la Asociación de Salud y Economía, celebrada en la Ciudad de México en nov. 22, 2002.

⁴ Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y La Organización Mundial de la Salud, también impulsada en la 26ª **Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2002, Washington, EEUU.**

En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de obtener el acceso y financiamiento a la salud.

Entiendo por derecho en la atención de la salud, al conjunto de materias jurídicas que tienen relación con la prestación de la atención a la salud en todas sus modalidades de acuerdo al artículo 32 de la Ley General de Salud, en relación con el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su aplicación a las diferentes ramas de profesionales, técnicos y en general todos aquellos que tienen que ver con la prestación de servicios para la atención médica, o más bien dicho, para la protección de la salud.⁵

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales, el derecho de la protección de la salud no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales; sobre el tema Ruiz Massieu comenta:

“En la historia las constituciones mexicanas, las referencias a la salud han sido vagas. Es recién, con la adición al Art. 4º de la Constitución vigente, por medio de la reforma del 3 de febrero de 1983, que se hace una mención directa al derecho a la protección de la salud”.⁶

A pesar de que México posee una rica tradición constitucionalista relativa a los derechos del hombre y aún más, a los derechos sociales, las Constituciones no recogieron un concepto preciso de la salud porque la materia no fue regulada en la ley fundamental hasta 1983, y que por aplicación de una técnica constitucional que han seguido, tanto los Congresos Constituyentes como el poder reformador de la misma, la Carta Magna no recoge definiciones de los preceptos contenidos en ella. La Corte sí ha definido conceptos.

⁵ MANZANO GARCÍA, J.: *El Derecho de atención a la Salud*. Ed. Porrúa, p.XXI

⁶ RUIZ MASSIEU, J.F.: *El derecho a la salud en las Américas*. Ed. Estudio Constitucional comparado, boletín oficial panamericano OPS, Washington, 1989, p. 363

Ante la ausencia de definición constitucional del concepto de salud, la doctrina mexicana ha optado por seguir la interpretación que de la misma hace la Organización Mundial de la Salud, OMS, cuando dice que: “la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁷

De la protección Social de la Salud

Capítulo 1

Disposiciones generales

Artículo 77 bis 1.- Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al sistema de protección social en salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios medicoquirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral a las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación seleccionados en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y

⁷ México. “Ley General de Salud”. *Diario oficial de la Federación*. Mayo 14 de 2003. Vigente del 1 de enero de 2004.

hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría en el segundo nivel de atención. Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este título.

1.2 Teorías aplicables

Los derechos humanos en el Estado moderno han pasado por tres etapas identificables que a continuación se describen en forma breve.

La primera comprende desde el nacimiento del Estado moderno a partir de finales del siglo XVII para concluir en el siglo XVIII, donde nace la limitación del poder absoluto del rey para ser sustituido por una división de funciones determinando la aparición de las primeras prerrogativas políticas y jurídicas exigidas para todos los hombres.

Posteriormente estas facultades individuales fueron calificadas como derechos de la primera generación o derechos de autonomía.

Los documentos que reconocen estos derechos son la Declaración del Buen Pueblo de Virginia del 1776 en los Estados Unidos de América y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en Francia en 1789. En ambas se identifica su origen filosófico basado en el iusnaturalismo racionalista.

Una característica que conviene diferenciar es la universalidad mostrada en la francesa y la que en su artículo 3º establece una fuente de poder en la Nación. En caso de la supremacía de la ley, el artículo 6º reconoce que ésta, siendo expresión de la voluntad general debe ser producto de la participación directa e indirecta de los ciudadanos libres y que su característica principal estaría identificada por la generalidad de ella. Se cita literalmente el artículo 16 donde se asientan las bases

del contenido de la Constitución y de sus objetos a proteger, a saber: la estructura y función del Estado y los derechos de las personas:

“Toda sociedad en la que no está asegurada la garantía de los derechos, ni determinada la separación de los poderes, no tiene Constitución”

Como se puede ver, el Estado, su función y sus servicios sólo son comprendidos exclusivamente a partir de los derechos humanos o derechos fundamentales.

La segunda etapa se inicia con el reconocimiento de los derechos individuales del ciudadano, en el Estado político, como la conquista fundamental; esta calificación de ciudadano como entidad reservada al individuo en la que no cabría interferencia alguna por parte de la autoridad o de otras personas, sin consentimiento del hombre.⁸

En los documentos de la época se generan diversas listas de derechos establecidos, dentro de los más significativos se encuentran la igualdad general de los ciudadanos; el no sometimiento a un régimen estamental, es decir, la libertad; el derecho de propiedad privada, principalmente para la clase burguesa y con todos los derechos que tenían que ver con la seguridad jurídica en los diversos procesos penales, etc. Estos derechos identifican al Estado liberal y que la doctrina ha calificado como derechos humanos del mundo burgués, también llamados derechos de la primera generación.

La tercera etapa se inicia cuando los derechos del mundo burgués fueron vistos como derechos correspondientes a una visión individualista del hombre, a una concepción de éste negativa, egoísta y por tanto insolidaria con respecto a sus congéneres.

Es de esta concepción de tales derechos que aparecerá a principios del siglo XX, una nueva manera de ver los derechos humanos sostenida por las profundas desigualdades sociales que el siglo anterior había acarreado.

⁸ BALLESTEROS, J.: *Posmodernidad, Decadencia o Trascendencia*. Tecnos. 1997. p. 54

Esta nueva perspectiva fue la de los derechos sociales, económicos y culturales llamados derechos de carácter colectivo. Prerrogativas que en paralelo se identifican con lo que en la teoría constitucional fue calificado como “Estado social de derecho”, el que encontró su mejor interpretación en dos textos fundamentales: la Constitución de Querétaro de 1917 y el de la República de Weimar de 1919.

Buena parte de la literatura que sobre derechos sociales se ha escrito, ha reconocido expresamente que si bien el texto mexicano fue el primer documento donde expresamente se reconocen los derechos de carácter social, éstos fueron mencionados a título enunciativo, pero no contaron con mecanismos de protección formal de dichos derechos. Por eso también se ha establecido que la primera Constitución que cuenta ya con mecanismos tecnicojurídicos para la protección de tales derechos fue la alemana de Weimar de 1919.⁹

Estas prerrogativas tuvieron como objetivo principal el reconocimiento expreso de las desigualdades sociales y con ello se propuso disminuir las mismas a través de distintos derechos grupales. Si las principales causas de la aparición de los derechos individuales fueron de orden religioso, político y jurídico, las que motivaron la aparición de los derechos humanos de segunda generación, fueron de orden económico y particularmente de carácter social teniendo en el proletariado la clase social a proteger.

Si la característica que identificaba los derechos individuales era la autonomía individual traducida en el campo jurídico como inmunidad de coacción, las notas de los derechos sociales, serían las siguientes:

- Son derechos concretos, con un contenido específico.
- Exigen, por su propia naturaleza, una intervención activa del Estado para realizarlos.

⁹ VALADES, D.: *Problemas Constitucionales del Estado de Derecho*, UNAM. México, 2002. p. 13

- Se conceden a los hombres en tanto forman parte de un grupo social determinado.
- Implican una limitación de las libertades individuales en bien de la comunidad social y a los intereses personales.¹⁰

El derecho a la salud es uno, pero su naturaleza a la protección de la misma, como actividad positiva del Estado, pero también al de la promoción, como posición promocional del Estado desdoblándose así , en dos derechos sociales: el derecho a la protección de la salud y el derecho fundamental de promoción de la misma.¹¹

1.3 Naturaleza jurídica

La normatividad específica para la defensa del derecho a la protección de la salud se encuentra expresada en la Constitución vigente (Art. 4º), en la Ley General de Salud, en la Ley Federal del Trabajo y en la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente, de las cuales se presentan en forma sucinta algunos elementos destacables:

La Ley General de Salud en su Art. 51 señala que los usuarios de los servicios de salud tendrán derecho a:

- Obtener prestación de salud oportuna y de calidad idónea.
- Recibir atención profesional y éticamente responsable.
- Recibir un trato digno por parte de los trabajadores de salud.
- Manifestar su inconformidad con respecto a la prestación de los servicios de salud.

¹⁰ NORIEGA CANTU, A.: *Los Derechos Sociales creación de la Revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*. UNAM, México, 1988.p. 75

¹¹ HERNANDEZ VALDEZ, G.: *Servicios Públicos de Salud y Temas Conexos*. UNAM, México, 2006. p. 68 y sig.

La Ley Federal del Trabajo menciona los derechos laborales de los que todo trabajador dispondrá para el desempeño de sus actividades en un ambiente digno, sano y agradable, donde además disponga de los medios adecuados para proteger su vida y prevenir las enfermedades, fomentando su salud física y mental.

La Ley Federal del Medio Ambiente y Recursos Naturales especifica las responsabilidades de las Secretarías de Salud y Desarrollo Social, entre otras, en la vigilancia y control de los procesos de deterioro del ambiente y su impacto sobre la salud humana.¹²

2. MARCO CONSTITUCIONAL

El Estado de Derecho debe contemplar a las leyes, primero, como medios para hacer valer fines y valores y segundo, como medios para encausar y dirigir las controversias entre los valores e intereses de las diferentes clases sociales, grupos de interés y grupos políticos.¹³

2.1 Antecedentes Constitucionales

El derecho a la protección de la salud, identificado en las leyes supremas de México independiente y moldeado por las constituciones federalistas y centralistas en cuanto a competencia territorial, se concreta con la reforma que realiza el legislador al Artículo 4º Constitucional en 1983. Esta garantía, conceptualizada en la década de 1980 como social fue alcanzada por las

¹² CANO VALLE, F.: El Derecho a la protección de la Salud en México. *Percepciones acerca de la Medicina y el Derecho*. IJ, UNAM, México 2001. p. 12

¹³ MOCTEZUMA BARRAGAN, G.: "Técnica Legislativa en el ámbito de la salud", en *Propuestas de Reformas Legales e Interpretación de las Normas Existentes*. Themis. (Colección Foro de la Barra Mexicana), México t. II. 2002. p. 1409

necesidades de la población en sólo dos décadas de ser reconocida por la Suprema Corte como garantía individual.

2.1.1 Constitución de la Monarquía Española, 1812

1812. Constitución Política de la Monarquía Española, promulgada en Cádiz el 19 de marzo de 1812, reimpressa en México el 8 de septiembre del mismo año. El decreto de Fernando VII del 4 de mayo de 1814 restauraba el sistema absolutista al desconocer lo hecho por las Cortes, fue publicado en la Nueva España el 17 de septiembre del mismo año con lo que concluyó, por lo pronto, la precaria vigencia de aquella Constitución.

De acuerdo con la Constitución se reinstalaron los ayuntamientos así como los seis diputados que en 1812 se habían autorizado para el territorio de la Nueva España.

Inclúyese la publicación de la Carta de Cádiz entre las leyes fundamentales de México, no sólo por haber regido durante el período de los movimientos preparatorios de la emancipación así haya sido parcial y temporalmente, sino también por la influencia que ejerció en varios de nuestros instrumentos constitucionales, no menor que por la importancia que se le reconoció en esta etapa transitoria que precedió a la organización constitucional del nuevo Estado.

En el capítulo VII del documento “De las Facultades de las Cortes” en la correspondiente a la vigesimotercera, indica: “Aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del reino”.¹⁴

¹⁴ TENA RAMÍREZ, F: *Leyes Fundamentales de México, 1808-2005*. Porrúa. México 2005, p.43

2.1.2 Constitución de Apatzingán, 1814

1814. Recordemos que el “Derecho Constitucional Para la Libertad de la América Mexicana”, sancionada en Apatzingán el 22 de octubre de 1814, en el capítulo VIII. De las Atribuciones del Supremo Congreso, determina en su Artículo 118: Aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos, a su comodidad, y demás objetos de policía.¹⁵

2.1.3 Constitución, 1824

1824. En la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, sancionada por el Congreso General Constituyente el 4 de octubre de 1824, no contiene referencia alguna en materia de Salud.¹⁶

2.1.4 Bases y Leyes Constitucionales, 1836

1836. Bases y Leyes Constitucionales de la República Mexicana decretadas por el Congreso General de la Nación, publicado el 30 de diciembre de 1836, de características centralistas, establecía en ese mismo sentido, que la policía de salubridad estará a cargo de los ayuntamientos según la Sexta Base Constitucional, Art. 25, que a la letra dice: “Estará a cargo de los ayuntamientos: la policía de salubridad y comodidad, cuidado de las cárceles, de los hospitales y casas de beneficencia que no sean de fundación particular, de las escuelas de primera enseñanza que se paguen de los fondos del común, de la construcción y reparación de puentes, calzadas y caminos y de la recaudación e inversión de los propios y arbitrios, promover el adelantamiento de la agricultura, industria y comercio y auxiliar a los alcaldes en la conservación de la tranquilidad y el orden público en su vecindario, todo con absoluta sujeción a las leyes y reglamentos.”¹⁷

¹⁵ *Ibíd.*, pp. 75-76

¹⁶ *Ibíd.*, p. 168 y ss.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 243

2.1.5 Bases orgánicas de la República, 1843

1843. Bases Orgánicas de la República Mexicana, acordada por la H. Junta Legislativa establecida conforme a los decretos del 19 y 23 de diciembre de 1842, sancionadas por el supremo gobierno provisional en arreglo a los nuevos decretos del 15 de junio de 1843. En su Título VII: Gobierno de los departamentos, de las Facultades de las Asambleas Departamentales en el Art. 134, inciso IV, se asienta: “Crear fondos para establecimientos de instrucción, utilidad o beneficencia...” y en el inciso VIII del artículo en comento menciona: “Crear y reglamentar establecimientos de beneficencia, corrección o seguridad”.¹⁸

A este respecto, Valadés comenta: “los ayuntamientos tenían a su cargo la responsabilidad directa e inmediata del velar por el bienestar comunitario y contaban con mejores posibilidades para hacerlo que los distintos gobiernos o las autoridades generales”.¹⁹

2.1.6 Constitución de 1857

1857. La Constitución de 1857 recogió, en materia de competencia entre la Federación y los Estados, el sistema de la Constitución de 1824 ya que el artículo 117 estableció que “las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados”.²⁰

¹⁸ Ibídem, p. 426

¹⁹ VALADES RÍOS, D.: “El derecho en la protección de la salud y el federalismo”. *Derecho Constitucional a la protección de la salud*. Ed. Miguel Ángel Porrúa, México 1995, p. 97

²⁰ TENA RAMÍREZ F., *Leyes Fundamentales de México 1908-2005*. Ed. Porrúa. México, 2005, p.626

2.1.7 Constitución de 1917

1917. La Constitución de los Estados Unidos Mexicanos que actualmente nos rige, presenta a favor del Congreso, la atribución originaria contenida en la Carta Magna de 1814 para legislar en materia de salud, ya que la fracción XVI, literalmente expresa: “Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República”, conservándose el principio de lo que no es expresamente conferido a la Federación, es competencia de los gobiernos locales (Art. 124 Constitucional).²¹

2.2 Situación constitucional actual

Desde 1917, la salubridad general de la República es confiada a la Unión, bajo la expresión del Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud, en ese momento, Departamento de Salubridad Pública. El ejecutivo federal ha ejercido de manera constante la facultad reglamentaria, mediante la expedición de los Códigos Sanitarios de 1926, 1934, 1940, 1955 y 1973. En este sentido, cabe destacar la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el 15 de octubre de 1943 y su transformación a Secretaría de Salud el 27 de mayo de 1987.

Es válido hacer notar que no hay antecedentes en las constituciones anteriores de señalar intervención de la Federación en materia de Salubridad, dejándose esta facultad a los Estados por aplicación de la norma descrita en párrafos anteriores. La reforma constitucional del 12 de noviembre de 1908 es la que otorga a la Federación aquella facultad.

²¹ MOCTEZUMA BARRAGÁN, G.: Legislación y normalización en *La experiencia mexicana en salud pública: oportunidad y rumbo para el tercer milenio*. Fondo de Cultura Económica FCE, México 2006, p. 567 y ss.

En el ámbito jurídico, el derecho a la protección de la salud, se establece como se ha mencionado en este documento, en el Artículo 4º Constitucional. En el caso de los derechohabientes a la seguridad social, el marco legal para hacer efectivo este derecho está plasmado en las leyes que rigen a las principales constituciones de la seguridad social y en las que se incluyen de manera explícita los beneficios a los que tienen derecho los asegurados, así como las reglas para fincar la prestación de los servicios.

Si bien la Ley General de Salud representa el principal marco normativo de nuestro país, en materia de salud, previo a la reforma carecía de elementos que precisaran de manera clara las reglas de financiamiento de la prestación de servicios por parte de las entidades sanitarias que correspondan. Mediante la reforma a la Ley en mayo de 2003 se incorpora la protección social de salud como materia de salubridad general y las reglas generales de financiamiento para estar en condiciones de satisfacer el derecho requerido.

Los servicios de salud de la mayor parte de los países de América Latina están compuestos por tres subsistemas a saber: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados, que presentan distintos grados de desarrollo según sea el país de que se trate. En el caso de México, estos tres subsistemas han mantenido un desarrollo por separado, con la consiguiente fragmentación del sistema de salud.

Los servicios públicos se formalizaron meses más tarde, del mismo 1943, el 1º de octubre, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a la población de escasos recursos.

La evidencia es clara de que el sistema de salud nació dividido al separar a la población entre aquellas que tenían derechos sociales perfectamente definidos y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes se les denominó “población abierta”.

Bajo esa misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social, entre las

que cabe mencionar la creación en 1960 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que ofrece servicios de salud para los trabajadores de la administración pública. De los servicios privados omitimos su estudio ya que no corresponde a la línea del presente trabajo.

Nuestro sistema de salud se caracteriza hoy en día por el ejercicio desigual de los derechos relacionados a la salud, resultado de la fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y laboral de la población. Este modelo ya no responde a la realidad que vive el país.

El mayor reto del sector salud, es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino también nuevas necesidades de acceso efectivo a los derechos sociales, como es el caso de quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.

Como segundo reto a resolver deriva de la heterogeneidad de los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. El concepto de calidad debe entenderse con el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes, incluyendo dos dimensiones, la calidad técnica y la calidad interpersonal.

El tercer reto, reside en la falta de protección financiera para más de cincuenta millones de mexicanos que no gozan de cobertura financiera de servicios de salud.²²

Además del diseño de un esquema financiero para extender el aseguramiento en salud de la población abierta en la seguridad social, la creación del sistema de protección social en salud, implica una reflexión más profunda sobre el significado constitucional de la protección de la salud y los elementos que permiten hacer efectivo ese derecho.

²² Secretaría de Salud. Fundación Mexicana para la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. **Sistema de Protección Social en Salud**. FCE. México, 2006, pp. 66 y ss

El párrafo tercero del Art. 4° establece lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la coordinación de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fr. XVI del art. 73 de esta Constitución”.

Hay quienes interpretan este derecho como una garantía individual y hay quienes lo definen como una garantía social, el hecho es que hasta antes de la reforma de la Ley General de Salud en 2003, se carecía de un marco jurídico que brindara mayor certeza y reglas claras como se asentó en líneas precedentes.

La Ley General de Salud, reglamentaría del párrafo tercero en comento, es una ley general y una ley marco de aplicación en las entidades federativas en donde se establecen las materias en salubridad general y se distribuyen competencias entre la Federación y los Estados para cada una de estas materias.

Con apego a la estructura de la ley vigente, la reforma incorporó la protección social en salud como materia de salubridad general adicionando el Título Tercero del multicitado artículo y que comprende diez capítulos, 41 artículos y 21 transitorios.

Es reglamentaria, orgánica y distributiva y que adiciona un marco normativo de carácter financiero. En los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 se definen las aportaciones que competen al gobierno federal y a los gobiernos estatales conformando las fuentes de financiamiento para los servicios de atención médica (servicios de salud a la persona) cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud.

El concepto de la mencionada protección incluye la característica de ser materia de salubridad concurrente, es decir, en donde hay una participación tanto de la Federación como de los Estados en particular. A partir de lo anterior se establece la distribución de competencias. En este caso se define al gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, como el órgano de gobierno responsable de regular, desarrollar, coordinar, evaluar, y supervisar las acciones de Protección

Social en Salud. En el ámbito estatal se constituyó la figura de “regímenes estatales de protección social en salud” (REPSS) como la instancia que opera y presta los servicios a través de instalaciones de atención médica con calidad acreditada. Cabe mencionar que la responsable en materia de prestación de servicios recae por completo en los gobiernos estatales.

Por otra parte, los cambios jurídicos prevén dos mecanismos de incorporación al Sistema, por un lado la inscripción, de acuerdo a la coordinación llevada al cabo como mecanismo de adhesión de las entidades federativas al sistema signado por el gobierno estatal y el poder ejecutivo, representado por la Secretaría de Salud. Por otra parte, los beneficiarios se incorporan mediante solicitud expresa, previa comprobación de requisitos y el pago de una cuota familiar.

Entre los aspectos orgánicos de la reforma, los cambios jurídicos incluyeron la definición de las estructuras de apoyo necesarias para conducir y coordinar al Sistema como el Consejo Nacional de Protección Social de Salud, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, responsable de los aspectos normativos y de instrumentación del sistema a nivel federal.

Finalmente, otra de las adiciones que desde el punto de vista jurídico da mayor certidumbre a la población beneficiaria es la definición explícita de los beneficios y obligaciones del ciudadano protegido. Por otra parte, tanto las unidades de atención médica en los regímenes estatales de protección social en salud deberá resolver, canalizar, y dar seguimiento a propuestas, quejas y sugerencias tanto de prestación médica como administrativa. Los beneficiarios están en posibilidad de manifestarse en forma escrita o directamente en la unidad de atención que les corresponda.

Se transcriben los derechos y obligaciones de los beneficiarios de Sistema de Protección Social en Salud incluidos en los artículos 77 bis 36, 77 bis 37 y 77 bis 38:

DERECHOS

- Recibir servicios de salud, sin ninguna discriminación;
- Recibir los insumos esenciales para el diagnóstico y tratamiento y los medicamentos asociados a las intervenciones cubiertas por el SPSS;
- Recibir los servicios cubiertos en las unidades médicas de la administración pública (local o federal dependiendo del tipo de intervención demandada);
- Recibir servicios integrales de salud;
- Recibir acceso igualitario en la atención, así como trato digno, respetuoso y atención médica de calidad;
- Recibir información suficiente, clara y veraz sobre riesgos y alternativas de procedimientos terapéuticos y quirúrgicos;
- Conocer el informe anual de gestión del SPSS;
- Contar con su expediente clínico;
- Decidir libremente sobre su atención;
- Otorgar o no el consentimiento, validado e informado y el derecho a rechazar tratamiento o procedimiento;
- Ser tratado con confidencialidad;
- Contar con facilidades para una segunda opinión;
- Recibir atención médica de urgencias;
- Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y atención de los servicios;
- No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban cubierto por el SPSS;
- Presentar quejas ante los regímenes o servicios estatales de salud;
- Ser atendido cuando se inconforme

OBLIGACIONES

- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Hacer uso de la credencial que los acredite como beneficiarios;
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para la atención médica;
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente sobre antecedentes y problemas de salud;
- Cumplir con las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento terapéuticos o quirúrgicos que le apliquen;
- Cubrir oportunamente sus cuotas familiares (y reguladoras en su caso);
- Dar trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo, a usuarios y sus acompañantes;
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al SPSS y el pago de la cuota familiar.²³

2.2.1 Seguro popular

Al respecto y con fines de apreciar lo anterior, nos remitiremos al inicio del llamado Seguro Popular, como una estrategia para “brindar la protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”, según se asienta en el Programa Nacional de Salud para el período 2001-2006.

Para concretar lo anterior, la Secretaría de Salud impulsó un programa que permitiera realizar medidas encaminadas a establecer un mecanismo de

²³ *Ibíd*em, p. 69

protección financiera denominado “Salud para Todos”, aunque fue conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud”.

Además de fungir como programa piloto de lo que posteriormente se constituirá como el “Sistema de Protección Social en Salud”, el citado Seguro Popular respondió al menos, a tres grandes objetivos fundamentales que son:

- a) Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud.
- b) Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del Seguro Popular y
- c) Disminuir el número de familiares que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud.

El soporte jurídico se muestra en el artículo 33 que reza: “Para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios que norma esta Ley, (de Protección Social en Salud) las personas indicadas en el art. 29 (sin seguridad social) deberán suscribir un contrato con la institución de salud provisional que elijan.

En este contrato, las partes podrán convenir libremente el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, debiendo estipular en términos claros al menos lo siguiente:

- a) Prestaciones y beneficios pactados, incluyendo porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán.
- b) Restricciones a la cobertura. Ellas sólo podrán estar referidas a enfermedades preexistentes declaradas por un plazo máximo de 18 meses, contado desde la suscripción del contrato y tendrán la limitación establecida en el inciso primero del artículo 33 bis.

Para los efectos de esta ley, se entenderán que son preexistentes aquellas enfermedades o patologías que hayan sido conocidas por el afiliado y

diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario en su caso.

El Sistema de Protección Social en Salud, mediante el vehículo financiero del Seguro Popular, realiza un conjunto de beneficios explícitos de atención médica mediante la priorización de intervenciones que responden directamente a las necesidades de la población. Así, en lo referente a los servicios de salud a la persona, los recursos provenientes del esquema de financiamiento tripartito del Sistema están destinados para la prestación de un conjunto de intervenciones seleccionadas mediante un proceso de priorización. Esta considera criterios de costo-efectividad, continuidad en la atención, cumplimiento con las normas ético médicas, aceptabilidad social y disponibilidad de infraestructura. Las intervenciones seleccionadas y los medicamentos asociados, se publican en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud y entregado a las familias al momento de su afiliación.

Aquí es conveniente señalar que al inicio de ejercerse el seguro, se contemplaban 78 intervenciones en 2001, posterior a la reforma de 2003, las acciones médicas y quirúrgicas se elevan a 246.

2.2.2 Servicios a la comunidad

De forma separada al Seguro Popular el Sistema de Protección incluye el otorgamiento de un conjunto de servicios de salud a la comunidad, mismos que deben ser provistos a la población.

El art. 5 del Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Protección Social, describe los atributos generales y tipo de actividades del servicio otorgado en la siguiente forma:

A. Atributos generales

- I. Cobertura nacional y provistos independientemente de la condición de aseguramiento en salud de la población asegurada.

- II. Otorgamiento de manera gratuita para la población en el momento de su utilización.
- III. Acciones de impacto colectivo, que pueden prestarse simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a un grupo de población específico.
- IV. Servicios que deben incorporarse independientemente de la existencia de una demanda explícita para los mismos, y
- V. Prestar el servicio para una persona no reduce la cantidad de recursos disponibles para otros miembros de la población.

B. Tipo de actividades de rectoría

- I. Emisión y supervisión de marcos normativos y regulación sanitaria de los productos, procesos, métodos, instalaciones, servicios y actividades que tienen un impacto sobre la salud, según las competencias y atribuciones de las entidades federativas;
- II. definición y conducción de políticas de salud, así como la generación de políticas de salud y operación de los sistemas de información y evaluación;
- III. promoción de la investigación en materia de salud pública; e
- IV. identificación, análisis y evolución de riesgos sanitarios.

C. Tipo de actividades comprendidas en la prestación de servicios de salud pública

- I. Acciones que implican la participación comunitaria y mediante las cuales se evitan o se reducen riesgos para la salud de la población y promover el autocuidado de la salud y estilo de vida saludable de manera generalizada.
- II. Actividades encaminadas a prevenir o contrarrestar los riesgos para la salud de la población en el territorio nacional que se derivan de

actividades por agentes dentro y fuera del sector salud o de eventos no predecibles coadyuvando a salvaguardar la seguridad nacional.

- III. Acciones efectuadas sobre las personas que implican una reducción de riesgos a la comunidad.
- IV. Actividades de tamizaje.
- V. Actividades que forman parte de la vigilancia epidemiológica.
- VI. Acciones de atención a la comunidad en caso de desastres y/o urgencias epidemiológicas
- VII. Actividades que permiten proteger contra riesgos sanitarios, que implican el control y fomento sanitario de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades, así como la emisión, prórroga o revocación de autorizaciones sanitarias que sean competencia o atribución de la entidad, y
- VIII. Actividades de control analítico y de constatación del cumplimiento de la normatividad

Se concluye este capítulo, reproduciendo los apartados principales del **Acuerdo de Coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud**, que celebran el poder ejecutivo federal y cada una de las entidades federativas.

- **Partes Involucradas.** El poder ejecutivo federal, representado por la Secretaría de Salud y el poder ejecutivo estatal, representado por el gobernador (o jefe de gobierno de la entidad federativa) para ejecutar las acciones del SPSS.

Adicionalmente pueden participar firmantes de ambos órdenes de gobierno como son la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud y en el ámbito estatal, la Secretaría de Gobierno, la Secretaría de Contraloría, la Secretaría de Finanzas y la Secretaría de Salud.

- **Antecedentes.** Se hace referencia a los fundamentos jurídicos y de planeación que dan lugar al Acuerdo y que sustentan la facultad del poder ejecutivo federal para celebrarlo. Entre las referencias destacan las siguientes: en cuanto al objetivo del Acuerdo, el Plan Nacional de Desarrollo y el decreto de reforma de la Ley General de Salud de 2003; en cuanto a la facultad del poder ejecutivo federal, destacan la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley de Planeación y la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.

- **Objeto del acuerdo.** Se refiere al establecimiento de las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución en la entidad federativa del SPSS en los términos de la Ley General de Salud, del Reglamento y de las demás disposiciones legales aplicables.

- **Obligaciones de las partes.** Se listan las acciones que cada orden de gobierno debe realizar principalmente en términos de coordinación, regulación, cambios jurídicos, apoyo y transferencia de recursos.

- **Prestación de servicios de salud.** Se refiere a la mención de la obligación que tiene el poder ejecutivo estatal de prestar a los beneficiarios los servicios esenciales y aquellos cubiertos por el SPSS, así como prestar los servicios de salud a la comunidad. Se menciona la posibilidad de que la entidad establezca conjuntos de servicios complementarios de acuerdo con las necesidades de salud locales y cómo estos servicios habrán de ser financiados con recursos de la entidad federativa.

- **Incorporación de beneficiarios al SPSS.**
Se hace mención de la prioridad que deberá darse a la incorporación de grupos vulnerables y al acuerdo de los compromisos anuales de afiliación conforme al anexo correspondiente.

- **Recursos financieros.** Se hace referencia a los recursos que el poder ejecutivo federal se compromete a gestionar y transferir al poder ejecutivo estatal, así como los plazos para las transferencias, conciliación de envíos y ejercicio de los recursos. Se hace explícito el destino único de estos recursos conforme a la regulación aplicable, así como los términos bajo los cuales la entidad deberá realizar la aportación solidaria estatal.

- **Rendición de cuentas y transparencia.**
Se definen los informes trimestrales, semestrales y anuales que permitirán apoyar la transferencia de recursos, el seguimiento del gasto y conocer las actividades y avances realizados durante el año. Estos informes buscan también ser un mecanismo de transparencia y control en el ejercicio de los recursos. Dependiendo del tipo de informe el acuerdo precisa el tipo de información a reportar: asignación de recursos por tipo de aportación, retención de recursos para financiar el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos y el Fondo de Precisión Presupuestal, casos referidos para atención médica mediante financiamiento del primero (FPCGC), ejercicio de recursos transferidos, captación de cuotas familiares y uso de estos recursos, operación del régimen estatal de protección social en salud y evaluación de su impacto, incluyendo datos del padrón estatal, actividades de difusión y promoción, esquemas para mejorar la atención médica, certificaciones de personal y de establecimientos de atención médica y servicios de salud a la comunidad otorgados, entre otros temas. Se incluye una cláusula en donde la

entidad federativa se compromete a poner a disposición del público la información relativa al manejo financiero del Sistema de Protección Social en Salud.

- **Medidas de colaboración e integración.**
En este rubro se incluyen cláusulas que definen a través de qué establecimientos de la entidad federativa podrá brindar los servicios de salud, objeto del SPSS de acuerdo con lo definido en el marco jurídico; se hace mención a la promoción de la participación de municipios y a los convenios de colaboración interestatal e interinstitucional que podrá firmar la entidad a fin de garantizar la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS.

- **Suspensión de transferencias y solución de controversias.** El documento incluye cláusulas en donde se precisan las causas por las que el poder ejecutivo federal puede suspender la transferencia de recursos, así como la jurisdicción que corresponde para la solución de controversias.

3. PROSPECTIVA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

El 25 de agosto de 1981 se creó la Coordinación de los Servicios de Salud a fin de que se realizaran los estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, que diera cobertura a todos los mexicanos. Para determinar los elementos normativos, financieros y técnicos que se le encomendaron a la Coordinación, se adaptó una estructura orgánica que facilitó la consecución de sus objetivos mediante tres coordinaciones auxiliares: técnica, jurídica y economicoadministrativa y tres cuerpos colegiados, un consejo consultivo formado por representantes de las instituciones de salud, a fin de facilitar su interacción; un comité asesor integrado por representantes de la Secretaría de Programación y Presupuesto para establecer los criterios normativos de programación,

presupuesto, información y evaluación y otro comité asesor con representantes de la Coordinación General de Estudios Administrativos para el análisis de las estructuras y procedimientos.

A partir de entonces se ha impulsado una reforma sanitaria en México, misma que ubica a la salud como componente esencial de la justicia social.

El ejecutivo federal promovió una profunda reforma jurídica, estructural y operativa en el campo de la salud. En diciembre de 1982, sometió al Congreso de la Unión la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en sus artículos 37 y 39 para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, la atribución de establecer y coordinar la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Asimismo, presentó la iniciativa para elevar a rango constitucional la nueva garantía social del **derecho de la protección de la salud**, de todos los mexicanos, en vigor a partir del 4 de febrero de 1983.

Sobre el particular señaló en la exposición de motivos que el derecho de la protección de la salud es una nueva garantía social que dará renovado impulso a una sociedad más igualitaria y justa.

El decreto de reforma a la Ley General de Salud del 15 de mayo de 2003, adiciona el Art. 3°bis. De la Protección social en Salud, que en su Art. 77bis 2, a la letra dice: “Para los efectos de esta ley se entenderá por Sistema de Protección en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en salud... Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud en los Estados de la República y Distrito Federal.”

Sin embargo, más allá de los retos que enfrenta el Sistema en términos de su instrumentación y consolidación, su papel y evolución a futuro deben analizarse de manera prospectiva y considerando una visión más amplia del Sistema Nacional de Salud y de aquellas funciones que debe realizar para lograrlo.

El objetivo último de todo sistema de salud es mejorar las condiciones de salud de la población, pero existen otros dos no menos importantes: garantizar el trato

adecuado y protección financiera a la población. Para lograr estos objetivos los sistemas realizan cuatro funciones básicas: rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos.

El aseguramiento universal en salud es una forma de financiar la misma permitiendo la protección financiera al eliminar las barreras económicas que impiden lograr obtener los servicios.

Por lo manifestado anteriormente, debe entenderse que la creación del Sistema de Protección Social en Salud es un paso más para lograr los objetivos del Sistema Nacional de Salud y no como un fin en sí mismo, sentando las bases para los cambios subsecuentes que seguramente se dará en el mismo. Desde este punto de vista se pueden identificar una serie de elementos que requerirán en su momento ser abordados como parte de una estrategia a largo plazo. Algunos de estos elementos se enuncian a continuación:

1. Eliminación de las inequidades existentes en infraestructura en las entidades federativas y el equilibrio entre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud.
2. Vinculación del Sistema de Protección con la seguridad social y otros tipos de protección social.
3. Reordenamiento de fuentes presupuestales e implicaciones fiscales.

La suma de los factores anteriormente descritos y el estudio y reflexión de los resultados obtenidos a la fecha, nos permiten enunciar como retos a futuro, los siguientes:

- Con la reforma a la Ley General de Salud, cuyo brazo operativo es el seguro popular, requiere de evaluación constante para redefinir metas y procedimientos en caso de ser necesario.
- Vigilancia persistente de la población de adultos mayores ya que estudios actuariales han calculado en 36 millones de esta población para el año 2050, elevando el costo de tratamiento de las patologías crónicas degenerativas propias de este sector.
- Se espera una hospitalización más prolongada así como elevación del número de consultas y tratamientos.

- Aparición de epidemias de amplia distribución como las enfermedades agudas del aparato respiratorio, H₁N₁, etc.
- Revisión y adecuación constante de las políticas públicas respecto a medio ambiente, mejoramiento de la pobreza, analfabetismo, inclusión de grupos indígenas, etc.
- Actualización de las inversiones públicas para infraestructura previos estudios sociodemográficos en todo el territorio nacional.
- Solidaridad intergeneracional (sobrevivencia) y protección del medio ambiente.

Para concluir, nos adherimos al pensamiento del Dr. Diego Valadés cuando dice que la protección a la salud está ligada a los cambios tecnológicos, la globalización de las enfermedades y el envejecimiento de los seres humanos, por tanto, el derecho estará adecuado a los avances tecnológicos y el reconocimiento de los nuevos bienes jurídicos.

3.1 Definición actual

Al inicio del presente trabajo se consignan varias definiciones del derecho a la protección de la salud, coincidiendo en lo general en que éste trata todas aquellas materias jurídicas que tienen que ver con las actividades de prestación de servicios para la atención a la salud e involucra a todos los prestadores de los mismos que tengan que ver con la atención a la salud y de todos aquellos involucrados con y en la actividad médica.

Es oportuno aprovechar el espacio para reconocer al personal de las unidades de atención médica que juega un papel fundamental en la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud y en particular para llevar al cabo los cambios necesarios en la gestión de los servicios, ya que representa el punto de

contacto con los beneficiarios y porque es el personal sobre el cual recae la responsabilidad inmediata de la atención del usuario.

Lo anterior lleva a mantener programas de capacitación que incluye aspectos clínicos y administrativos para entender, de mejor manera no solo el contexto de la reforma sino también obtener conocimientos de utilidad para la práctica profesional cotidiana, características que son incluidas en el proceso de definición. Se incluye la siguiente Jurisprudencia de la Suprema Corte, ilustrándonos al respecto.²⁴

Novena Época. Instancia: Primera Sala. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta XXIX, Abril de 2009. Página 164. Tesis: 1ª/J. 50/2009. Jurisprudencia. Materia(s): Administrativa.

DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PARRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

El **derecho a salud**, entre varios elementos, comprende: el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, y condiciones sanitarias adecuadas. De lo anterior se desprende que para garantizar el **derecho a la salud**, es menester que se proporcionen con calidad los servicios de salud, lo cual tiene estrecha relación con el control que el Estado haga de los mismos. Esto es, para garantizar la calidad de los servicios de salud como medio para proteger el **derecho a la salud**, el

²⁴ Semanario Judicial de la Federación. **Derecho a la Salud**. México, 2009, p. 164

Estado debe emprender las acciones necesarias para alcanzar ese fin. Una de estas acciones puede ser el desarrollo de políticas públicas y otra, el establecimiento de controles legales. Así, una forma de garantizar el **derecho a la salud**, es establecer regulaciones o controles destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan las condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología en establecimientos con condiciones sanitarias adecuadas y en donde se utilicen medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, tal como dispone el legislador ordinario en el artículo 271, segundo párrafo de la Ley General de Salud.

Amparo en revisión 173/2008*****.30 de abril de 2008. Cinco votos. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretaria: Dolores Rueda Aguilar.

Amparo en revisión 115/2008. Elizabeth Castro Mercado. 21 de mayo de 2008. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Sergio A. Valls Hernández. Ponente: Juan N. Silva Meza. Secretario: Roberto Ávila Ornelas.

Amparo en revisión 932/2008. Janet Andrea Galicia Rosete. 12 de noviembre de 2008. Cinco votos. Ponente: Juan N. Silva Meza. Secretario: Roberto Ávila Ornelas.

Amparo en revisión 1070/2008. María de Jesús Cruz Campos. 26 de noviembre de 2008. Cinco votos. Ponente: Sergio A. Valls Hernández. Secretaria: Selina Haidé Avante Juárez.

Amparo en revisión 1215/2008. Jorge Armando Perales Trejo.28 de enero de 2009. Unanimidad de cuatro votos. Ausente y Ponente: José Ramón Cossío Díaz; en su ausencia hizo suyo el asunto José de Jesús Gudiño Pelayo. Secretaria: Dolores Rueda Aguilar.

Tesis de jurisprudencia 50/2009. Aprobada por la Primera Sala de este Alto Tribunal, en sesión de primero de abril de dos mil nueve.

Tras modificarse la Carta Magna por estar confusa la garantía social referente a la salud, pues se entendía que el tener **“derecho a la salud”** equivaldría a que por orden de la Ley Suprema, los mexicanos serían inmortales y así pues, se consigna el **“derecho a la protección de la salud”**²⁵ al que toda persona tiene derecho deviniendo a posteriori como protección social, señalando que la Ley (de Salud) establecerá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud y distribuirá la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas.

Otro cambio importante para el caso que nos ocupa, es la conformación realizada en el Art. 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal enriqueciendo la actividad normativa y coordinadora de la Secretaría de Salud, al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, por su importancia se reproduce al calce:

ATRIBUCIONES A LA SECRETARIA DE SALUD

- Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.
- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada.
- Planear, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud.
- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República; dirigir la política sanitaria.

²⁵ MANZANO GARCÍA J.R.: *El derecho en la protección a la salud*. Porrúa. México, 2000, p. XXII y XXIII

- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas; realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos.
- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales.
- Actuar como autoridad sanitaria.²⁶

Valga pues, esta pequeña revisión de los factores que se encuentran reconocidos en los diferentes conceptos descritos anteriormente y que son la base para manifestar que la definición actual cobra legitimación en el segundo párrafo del artículo 77 bis. 1 de la Ley General de Salud, reformada el 15 de mayo de 2003:

“La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios medicoquirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionados en forma prioritaria según criterios de seguridad, de eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta en el primer nivel de atención, así como consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Las disposiciones reglamentarias, establecerán los

²⁶ ACOSTA ROMERO M.: *Compendio de derecho administrativo*. 3ª ed. Porrúa. México, 2000, p. 161

critérios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este título”

Comentario aparte requiere el estudio del Reglamento de la Ley General de Salud (abril 5 de 2004) donde la definición de objetivos es el medio para maximizar la eficiencia de la materia y la distribución de los recursos entre los más necesitados.

3.2 La salud como función pública

Basándonos en la naturaleza jurídica de la función pública considerándola como un acto administrativo unilateral, o sea, que basta la voluntad del Estado para que nazca la relación, que es un contrato público o administrativo, sin especificar a qué tipo de contrato corresponde. Plantey manifiesta que “a la función pública se aplica un derecho sui generis autónomo, diferente del derecho privado”. Este derecho administrativo ha sido progresivamente elaborado por un ámbito de aplicación propio y está completamente dominado por la idea de asegurar el funcionamiento continuo, eficaz y regular del servicio público.

El ejemplo de la salud como servicio público es observado por varios autores de entre los cuales Waline centra el estudio del servicio público sobre cuatro puntos:

1. El servicio público supone siempre una obra de interés público a ejecutar.
2. Es necesario que esa finalidad sea seguida bajo la iniciativa y autoridad de una entidad de derecho público (en este caso la Secretaría de Salud Federal).
3. El servicio público supone una empresa que soporta, por una parte, los riesgos financieros y por la otra una organización pública.
4. El servicio público supone un régimen de derecho público.

En lo que están de acuerdo las opiniones es que se trata de una actividad de carácter técnico, que puede ser el conjunto de actividades del Estado, o una parte de las mismas e inclusive, puede abarcar también una parte de la actividad de los particulares. En lo que también están conformes los autores es que va dirigida a satisfacer necesidades de interés general.

Revisando diversos criterios tenemos que los caracteres más importantes del servicio público son:

1. Una actividad técnica, encaminada a una finalidad.
2. Esta finalidad es la satisfacción de necesidades básicas de la sociedad, es de interés general, que regula el derecho público, pero en opinión de algunos tratadistas, no hay inconveniente en que sea derecho privado.
3. La actividad puede ser realizada por el Estado o por los particulares.
4. El régimen jurídico que garantice la satisfacción, constante y adecuada de las necesidades de interés general; régimen jurídico, que es de derecho público.

Es de hacerse notar que los autores consultados ignoran la división que del derecho hemos seguido, incluyendo el derecho social. La evolución que la salud, más propiamente dicho, los servicios de salud, en nuestro país han sido manifiestos según las diferentes etapas, se consideran cinco, que se han identificado con características específicas y trascendentales hasta el momento actual:

- I. Desde la época de la independencia hasta la promulgación de la Constitución de 1917 (5 de febrero).
- II. De la publicación de la Carta Magna hasta 1982 (bases fundamentales de la seguridad social dictadas por el Consejo de Salubridad General).
- III. 1983. Adición al artículo 3° de la Ley General de Salud (febrero 3) donde se establece el derecho a la protección de la salud.
- IV. Agosto de 1983. Decreto de descentralización de los servicios de salud de la SSA.
- V. Aprobación de las reformas y adiciones a la Ley General de Salud -Diario Oficial de la Federación, mayo 15, 2003-, a la fecha. Creación de un Sistema de Protección Social en Salud donde se establecen las bases equitativas para la aportación y concurrencia de recursos destinados a la atención a la salud.

A mayor abundamiento, la Corte se ha manifestado respecto a los servicios de salud según la Tesis Aislada adjunta:²⁷

Novena Época. Instancia: Pleno. Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Tesis: LXVIII/2009.Tesis Aislada. Materia(s): Constitucional.

DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FISICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCION DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL.

El referido derecho contenido en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reconocido en diversos tratados internacionales suscritos por México, no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo. De ahí que el **derecho a la salud** se traduzca en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

Amparo directo 6/2008. 6 de enero del 2009. 11 votos. Ponente: Sergio A. Valls Hernández. Secretaria: Laura García Velazco.

El Tribunal Pleno, el diecinueve de octubre en curso, aprobó con el número LXVIII/2009, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a diecinueve de octubre de dos mil nueve.

²⁷ Semanario Judicial de la Federación. **Derecho a la Salud**. México. Diciembre 2009, p. 6

3.3 Financiamiento

Para construir el marco conceptual, instrumental y metodológico de la protección financiera en salud, se formaron en el Consejo Nacional de Salud, comisiones y grupos de trabajo en los que participaron los 32 titulares de los servicios de salud estatales; como resultado de este proceso el 12 de noviembre de 2002 el Poder Ejecutivo envió una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud al Senado de la República, mediante la cual se incorpora como materia de salubridad general, la protección social en salud y se adiciona el Título Tercero Bis con el cual se crea el Sistema de Protección Social en Salud.

El 24 de abril de 2003, el Senado aprobó el proyecto de decreto modificado con 92% del voto a favor y, en consecuencia, se envió a la Cámara de Diputados para la revisión correspondiente. El 29 de abril esta Cámara aprobó la iniciativa modificada en lo general y adicionó un artículo transitorio (con 73% del voto a favor) y el 30 de abril la Cámara de Senadores aprueba la adición, firmando el decreto el ejecutivo federal el 13 de mayo de 2003, publicándose el 15 del mismo mes en el Diario Oficial de la Federación.

Una de las principales innovaciones financieras de la reforma a la Ley General de Salud, es la definición de los bienes y servicios que provee el Sistema de Salud distinguiendo entre dos grupos de bienes públicos y servicios de salud a la persona (atención médica). Los primeros se entienden como aquellos bienes o servicios cuya cantidad disponible no se agota cuando se consumen, por ejemplo, las tareas vinculadas con la rectoría del sector como la regulación sanitaria, la generación de información y la evaluación. Asimismo, la utilización de conocimientos derivados de la investigación y los servicios de salud pública dirigidos a colectividades como la vigilancia epidemiológica, la salud ambiental, la atención en caso de desastres, etc. Esto genera un beneficio no solo para quien lo recibe sino que se extiende al resto de la población como las campañas masivas de inmunización.

Una característica de estos bienes es el hecho de que se proveen independientemente de que las personas acudan a demandarlos.

El financiamiento de estos bienes sigue una lógica presupuestal clásica, sustentada en impuestos generales, en tanto que benefician a una población en su conjunto, independientemente de su afiliación a alguna institución pública de salud. Por tanto, dadas las características de estos servicios es fundamental garantizar su financiamiento de manera independiente para realizar, en el ámbito local, mediante la distribución del llamado Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Comunidad, conforme lo establecido en el Art. 77 bis 20 del decreto de reforma a la Ley General de Salud.

Los servicios de salud a la persona se brindan cuando ésta los demanda en la unidad de atención médica. Esta comprende servicios otorgados mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente.

Se incluyen servicios preventivos; diagnósticos confirmatorios a la persona en las unidades de salud, curativas, paliativas y de rehabilitación y limitación del daño. En este caso, el financiamiento de los servicios de atención médica se sustenta en una lógica de financiamiento público tripartita. Bajo esta lógica, la población afiliada al Sistema de Protección Social en Salud contribuye al financiamiento mediante el pago de una cuota familiar, que se volverá a tratar más adelante, de acuerdo con su capacidad de pago para obtener un conjunto de beneficios explícitos establecidos en un catálogo de intervenciones que toma en cuenta las necesidades de salud de la población, con lo que se logra financiar la prestación de los servicios bajo el principio de solidaridad financiera.

De forma separada al seguro popular, el Sistema de Protección Social en Salud incluye el otorgamiento de un conjunto de servicios a la comunidad, mismos que deben ser provistos de su condición de aseguramiento ya que forman parte de la función de rectoría en el ámbito estatal, prestación de servicios de salud pública y protección contra riesgos sanitarios cuya competencia corresponde a los Servicios Estatales de Salud.

La distinción que hace el sistema entre estos bienes y los servicios de salud a la persona, permite establecer reglas de financiamiento diferenciadas y acordes con la naturaleza económica de los bienes públicos de la salud, que se pueden categorizar en uno de dos grupos: los bienes públicos de competencia nacional o regional y los de competencia local o estatal. El orden de gobierno responsable de la rectoría y el financiamiento son distintos según la naturaleza del bien.

Los recursos federales que apoyan la prestación por parte de las entidades federativas de los bienes públicos locales se realizan a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC), conforme a lo establecido en el Art. 77 bis 20 del decreto multicitado. Estos recursos constituyen el punto de partida bajo el cual se respetará un monto para cada entidad considerando el presupuesto histórico asociado a estos servicios y actividades.

Los servicios de salud a la persona se financian a través del esquema tripartito mencionado anteriormente del seguro popular y consta de los siguientes componentes: cuota social, aportación solidaria (federal y estatal) y cuota familiar.

La Ley General de Salud establece el pago por familia de una cuota social (CS) cubierta por el gobierno federal, que equivale al 15% del salario mínimo general para el Distrito Federal, actualizado trimestralmente de acuerdo con la variación del Índice Nacional de Precios del Consumidor (INPC). Con esta cuota se tiende al reconocimiento social de la Federación frente a la garantía individual de la protección de salud (Art. 77 bis 12). Es de hacerse notar que una cuota similar es entregada al IMSS.

La aportación solidaria del gobierno por familia afiliada al Sistema (Art. 77 bis 13) resultado de la concurrencia de recursos federales y estatales bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. De esta manera, se identifican dos tipos de aportaciones solidarias:

1. Aportación solidaria estatal (ASE) mínima por familia equivalente a la mitad de la cuota social, y
2. Aportación solidaria federal (ASF) por familia equivalente en promedio a una y media veces el monto por familia de la cuota social.

El monto definido en la Ley General de Salud para la ASE por familia en cada Estado, se determina mediante la distribución de recursos del Fondo de Aportación para los Servicios de Salud a la Persona (FASP) conforme a una fórmula que toma en cuenta los siguientes componentes de asignación:

- I. Número de familias beneficiadas
- II. Necesidades de salud
- III. Aportaciones adicionales que realicen las entidades, es decir, en adición a los que la Ley General de Salud les señala como ASE; este concepto se conoce como “esfuerzo estatal”, y
- IV. El desempeño de los servidores de salud.

Para cada uno de estos componentes se define anualmente un porcentaje o ponderador que determina su grado de influencia en el cálculo de la ASF.

Las cuotas familiares son el vínculo mediante el cual las familias afiliadas se corresponsabilizan del financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud; además el pago anticipado de esta cuota sustituirá el pago de cuotas de recuperación en el momento de demandar la atención, con lo que se busca reducir el gasto de bolsillo y el número de hogares que se empobrecen debido a gastos catastróficos en salud para la familia. La cuota familiar (CF) es un monto que paga cada familia afiliada y es proporcional a su condición socioeconómica (Art. 77 bis 21 de la Ley General de Salud).

Cabe señalar que la reforma establece que en ningún caso la incapacidad económica para cubrir esta cuota será impedimento para la incorporación al Seguro Popular de Salud. Durante el proceso de afiliación las familias clasificadas en uno de los dos regímenes: el régimen contributivo y el régimen no contributivo.

En el primer caso, de acuerdo con el Art. 77 bis de la Ley General de Salud, la unidad de protección es el núcleo familiar, el cual se puede integrar por los cónyuges y los hijos menores de 18 años, además de los padres mayores de 64 años, que sean dependientes económicos y que formen parte de la familia. También pueden considerarse a los hijos hasta los 25 años, solteros, que prueben ser estudiantes o discapacitados dependientes. La ley considera también como

núcleo familiar a la familia unipersonal, con individuos solteros, mayores de 18 años.

Para el régimen no contributivo, en base al Art. 77 bis 26 de la Ley General de Salud, el nivel de ingreso o la carencia de éste, no podrán ser limitantes para incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se derivan del seguro popular.

De acuerdo al Art. 127 del Reglamento de la Ley General de Salud se podrán considerar sujetos de incorporación al régimen no contributivo, aquellas familias que cumplan cualesquiera de los siguientes supuestos:

- I. Tener un nivel de ingreso familiar disponible tal que los ubique en los deciles I y II de la distribución de ingreso a nivel nacional.
- II. Familias que se ubiquen en los deciles III y IV de la distribución del ingreso (con fundamento en el supuesto vigente a partir del 4 de agosto de 2010).
- III. Ser beneficiario de los programas de combate a la pobreza extrema del gobierno federal (Oportunidades, Liconsa).
- IV. Ser residentes en localidades rurales de muy alta marginación, con menos de 250 habitantes.
- V. Las personas mayores de 18 años que se afilien de manera individual aportarán el equivalente al 50% de la cuota familiar que corresponda al nivel de ingreso en que se ubique.
- VI. Otros supuestos que fije la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
- VII. Las entidades federativas bajo ninguna circunstancia podrán aplicar exenciones o diferir pagos que no se indiquen en las disposiciones de ley vigentes.

CUOTAS VIGENTES

DECIL DE INGRESO	CUOTA ANUAL FAMILIAR
-------------------------	-----------------------------

I	0.00	DECILES CONSIDERADOS DEL
II	0.00	REGIMEN NO CONSTITUTIVO
III	713.96	NUEVO SUPUESTO
IV	1,400.04	DOF, 23 JUL. 2010
V	2,074.97	
VI	2,833.56	
VII	3,647.93	
VIII	5,650.38	
IX	7,518.47	
X	11,378.86	

- **Decil de ingreso:** Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.

La Secretaría (de Salud), las entidades federativas u otros terceros solidarios, podrán realizar aportaciones para cubrir la cuota familiar (CF) de las familias no sujetas al régimen no contributivo. La finalidad de que el pago sea realizado por tercero solidario busca preservar el concepto de financiamiento tripartito del Sistema de Protección Social de Salud.

Por otro lado, se establece por el Estado un Seguro Médico para una Nueva Generación, cuya finalidad es brindar atención médica a todos los niños nacidos en territorio nacional a partir del primero de diciembre de 2006 y sus familiares que no cuenten con algún tipo de seguridad social.

3.3.1 Grupos vulnerables

El cuadro de cuotas exhibido muestra la protección que se intenta dedicado a grupos marginados, que se extiende a los cuatro primeros deciles; para su beneficio tendrán que resolverse los determinantes multifactoriales de la marginalidad, ya que sabemos que el estancamiento económico de ciertas zonas es producido por una reordenación del sistema productivo agravado por el desarrollo desequilibrado y dependiente que se identifica en este tipo de grupos, así como la explosión demográfica que sufre el área.

Otros factores se identifican con la existencia permanente de situaciones de desempleo, subempleo y subconsumo; analfabetismo, baja escolaridad y falta de capacitación, así como pautas de comportamiento caracterizados por la falta de solidaridad y organización, con predominio de acciones de tipo individual.

Sería necio negar que los gobiernos de la República en etapas posteriores a la Revolución se han preocupado y han actuado, de acuerdo a las circunstancias, con programas sociales enfocados hacia la política, la demografía, la economía, la educación, la cultura o la salud, orientadas todas hacia la equidad y la reducción de la pobreza, con énfasis notorio en la segunda mitad de la pasada centuria, sin haber demostrado su eficacia con la desaparición o disminución importante de la marginalidad manifiesta en las poblaciones suburbanas y rurales.

Los logros obtenidos por la Nación a la fecha en lo manifestado en el informe de Salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el año 2000, sitúa a México en el lugar 55 en el desarrollo y eficiencia de su sistema de salud.²⁸

En el reporte “Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico”, presentado por la Comisión convocada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, se hace énfasis en que las acciones que recomienda están basadas en evidencias que relacionan las inversiones del sector de la salud con el crecimiento económico, la reducción de la pobreza y la búsqueda de la equidad. También exigen que el sector salud se sitúe en el más amplio contexto de la promoción de la salud, o sea, que las políticas de salud deben contemplar, por lo menos, cuatro áreas: infraestructura y tecnología subyacente de salud; condiciones ecológicas, condiciones sociales que incluyan educación, equidad de género y globalización, ya que ésta ofrece beneficios y amenazas potenciales a la salud del mundo.²⁹

Las líneas directrices fueron dictadas y realizadas en la parte medular por el gobierno mexicano, sin embargo y como muestra de los problemas aún no

²⁸ WHO, “Health´ Systems: Improving Performance”, *The world health report*. Washington. 2000, p. 153

²⁹ Ídem, p. 73

resueltos a la fecha, nos referiremos al caso de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

3.4 El caso de la Secretaría de Salud del D.F.

El Programa de Salud 2002-2006 de la Secretaría de Salud del Distrito Federal establece como misión la de “hacer realidad el derecho a la protección de la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y su integración a la atención de la salud mediante una política que constituya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario”.

Las acciones de garantía de la seguridad sanitaria de la Ciudad, constituyen parte del trabajo cotidiano y esencial de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF), aunque tienen poca visibilidad. En prevención, se continúan permanentemente los programas de vacunación; la formación de los niños promotores de la salud en las escuelas y la elaboración de diagnósticos y planes de salud de las unidades territoriales con la participación de los Comités Locales de Salud. Asimismo, la SSDF avanza con la coordinación interinstitucional del Sistema Integral de Urgencias Médicas junto con el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud Federal sentando las bases para que estas instituciones den respuesta en el nivel local ante una situación de desastre.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) se ha consolidado en la Ciudad, habiendo sido elevado a rango de ley en 2006 por la III Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal como “Derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral”. El obstáculo económico ha sido removido para quienes reciben los servicios prestados por la SSDF sin costo alguno.

Las acciones integrales de salud se promueven en los Centros de Salud capacitando a todo el personal para prestarla. El Programa Integral VIH-SIDA se ha colocado como una política pública de punta.

La ampliación y fortalecimiento de la infraestructura en salud ha permitido la inauguración de dos nuevos hospitales abriendo 480 camas en la red hospitalaria de la ciudad. Se han construido Centros de Salud en las delegaciones con mayor índice de población.

A finales de junio de 2005 se firmó el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como el Seguro Popular, entre el gobierno de la ciudad y el gobierno federal. Cabe subrayar que la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud y la inscripción en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos gratuitos no son excluyentes, por lo que es común que las familias pertenezcan a ambos en vista de la alta inscripción al segundo y que cubren a la misma población, la que carece de seguridad social laboral.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal recibe recursos federales para la operación del Seguro Popular que se aplican al fortalecimiento de la infraestructura en salud, tanto en la contratación de personal, la adquisición de equipo médico, medicamentos e insumos como mantenimiento de los centros de salud y hospitales.

El Gobierno del Distrito Federal ha cumplido con los compromisos establecidos con el nivel federal, no obstante, continúa en una posición crítica respecto a la concepción y operación del Sistema de Protección Social en Salud. En contraposición, sostiene como política central, la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos gratuitos para población abierta, así como la obligación del gobierno, en garantizarlos.

Se hace mención de otras acciones que se llevan al cabo en el Distrito Federal como el Proyecto Diabetes, padecimiento que determina la segunda causa de muerte en la ciudad, realizándose un proyecto basado en un sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades no transmisibles, permitiendo dar seguimiento

preciso al manejo de pacientes desde el proceso de detección hasta su atención continua.

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva es prioritario de los Servicios de Salud Pública y consta de varios componentes: planificación familiar, detección de cánceres cervicouterino y mamario, control de embarazo y parto, la interrupción legal del embarazo, así como prevención y atención de violencia de género. El Sistema Integral de Urgencias Médicas del DF constituye un sistema eficaz de atención de las urgencias diarias y los llamados “incidentes con saldo masivo de víctimas”, mejorando la capacidad de sus unidades médicas y fortaleciendo el Centro Regulador de Urgencias Médicas.

3.4.1 Mecanismos de financiamiento en el D.F.

El principal problema estructural de la Secretaría de Salud del DF sigue siendo el resultado de la descentralización injusta para la ciudad realizada en julio de 1992. A pesar de la insistencia del gobierno del Distrito Federal, el gobierno central solo ha accedido a resolver el problema de la regulación y verificación sanitaria.

Por un lado, la SSA no ha permitido la integración orgánica de los Servicios de Salud Pública del DF a la Secretaría de Salud local, siguen vigentes las Condiciones Generales de Trabajo, con sus Reglamentos de Escalafón y Capacitación, estímulos varios y otras prestaciones sindicales a favor de los trabajadores de todas las ramas y categorías ya que siguen cubriendo sus cuotas al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud Federal. Esto obliga a mantener dos estructuras paralelas lo que genera costos altos y problemas operativos complejos. Por el otro, significa que la Federación no contribuye financieramente a la operación de 25 hospitales del DF ni al nuevo Hospital de Especialidades, lo que constituye un agravio flagrante, ya que todos los demás Estados reciben una aportación para la atención hospitalaria.

La gestión del gobierno del Distrito Federal es proteger el destino hacia el gasto social de los recursos públicos, con prioridad financiera en el sector salud, orientando el monto y destino de los recursos necesarios para concretar dos

grandes estrategias: 1) Garantizar a la población que habita en el Distrito Federal y que no tiene seguridad social, el acceso universal y gratuito a la protección de la salud, entendiendo este acceso como un derecho ciudadano y una obligación del Estado garantizarlo, y 2) establecer la pensión universal ciudadana para adultos mayores de setenta años.

Los recursos tienen cuatro fuentes de ingreso:

1. Los recursos locales, que son más significativos y principalmente ingresan a la Secretaría de Salud del DF y a la Secretaría de Obras (para infraestructura en salud).
2. Los recursos federales provenientes del ramo 33 FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud) los cuales ingresan en su totalidad al organismo descentralizado Servicios de Salud Pública del DF.
3. Los recursos federales derivados de deuda pública para infraestructura y equipamiento y algunos otros recursos federales menos significativos para programas específicos como Violencia de Género y Cruzada Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud. Asimismo, a partir de junio de 2005 ingresan recursos del Sistema de Protección Social en Salud los cuales son distribuidos por la Secretaría de Salud como cabeza de sector entre la Secretaría de Obras, Servicios de Salud Pública y la propia Secretaría.
4. Los ingresos propios derivados de cuotas de recuperación y autogenerados.

Adicionalmente se reciben recursos de distintas delegaciones políticas para obras de remodelación y/o ampliación de algunos hospitales.

En el caso de la Secretaría de Salud del DF los recursos tienen su origen fundamentalmente en recursos locales, los que representan en promedio entre los años 2001 al 2006, más del 97% del total de recursos recibidos. En el presupuesto de origen federal, a partir del segundo semestre de 2005, se recibe el relativo al Sistema de Protección Social en Salud (seguro popular). Los recursos propios

corresponden a una autogeneración autorizada por la Secretaría de Finanzas y la oficialía Mayor, en la instalación de módulos de café y comida rápida en algunos hospitales y oficinas centrales.

3.3 Análisis crítico

A través de este breve repaso de los aspectos más sobresalientes del tema **DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD** se espera haber mostrado que no se trata de un ejercicio de improvisación sino del resultado de años de trabajo, de la formulación de diagnósticos, planes y programas en los que intervinieron investigadores nacionales y extranjeros y, lo más importante, la experiencia derivada de los resultados de las estrategias aplicadas en el Sistema de Salud en nuestro país.

Antes de concluir esta revisión en torno al tema procede mencionar que el autor de este estudio vivió durante muchos años los devenires de la atención médica en las unidades aplicativas de la Secretaría de Salud Federal y en la hoy Secretaría de Salud del Distrito Federal, siendo mudo testigo de los cambios sanitarios, a veces dictados con carácter de urgencia ante la imposibilidad de resolver el problema financiero de abastos de insumos, crecimiento de la demanda a nivel geométrico y otros que obedecían a condiciones coyunturales de tipo político, con fines electorales; el daño causado por un sismo de proporciones nefastas por el número de camas perdidas, la reconstrucción de unidades médicas importantes, en fin, larga e incompleta sería la enumeración de las causas que han obligado a cambios en el sector.

Es clara, la preocupación por la atención de la salud de la población; es una constante a lo largo de la historia de nuestro país, sin embargo, en una etapa ésta respondió a la concepción caritativa de la cristiandad, en otra a la incipiente semilla de la igualdad en el liberalismo y posterior al movimiento revolucionario en

donde la atención a la salud constituye un derecho del que pueden gozar todos los mexicanos y garantizado por nuestra Carta Magna en su artículo 4º. En el proceso de institucionalización de los servicios médicosanitarios y asistenciales ha tenido como finalidad proporcionar atención a la salud de la población mexicana, especialmente la más desprotegida por las condiciones sociales, culturales y económicas. Pero de qué sirve que el mencionado artículo 4º establezca que toda persona tiene derecho a la protección de la salud si no existe la infraestructura necesaria para otorgar a todos, sin distinción, el servicio. El mayor problema estriba en cómo deben materializarse este tipo de derechos exigibles.

Revisando el Programa Nacional de Salud 2000-2006 se encuentra en alguno de los objetivos la observación que busca “brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”.

En este tenor se construye una línea de acción, catalogada como la 3.1 del programa en comento, que dice “consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular”.

Revisado éste, (Seguro Popular de Salud, Modelo Médico, primera versión. México, D.F., S.S.A., sept. 2002) nos encontramos con un punto de las obligaciones del beneficiario: “cubrir oportunamente sus cuotas familiares...”, so pena de ser dado de baja del Sistema de Protección Social en Salud. Ya actualizado el documento para el 2006, se manifiesta al respecto: “proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar su incorporación al Sistema y el pago de la cuota familiar”. La pregunta entonces se ubica mostrando una flagrante violación al precepto constitucional de que toda persona tiene derecho a recibir atención a la salud.

Coincidimos en su totalidad con la opinión de la doctora Rosario Ruíz M. cuando manifiesta al respecto del seguro popular que éste no es propiamente un seguro porque adolece de un sustento o fundamento constitucional en instrumentación y operación del Seguro Popular ya que no se basa en las fracciones XII y XXIX del

Apartado “A” del artículo 123 de nuestra Carta Magna (que son el basamento del INFONAVIT y del IMSS, respectivamente). Asimismo, se ignoran las fracciones XI y XIII del apartado “B” del mismo artículo que regulan la seguridad social de los servidores públicos federales y de los militares. Por tanto, el supuesto fundamento legal del Seguro Popular se encuentra en la Ley General de Salud lo que si bien es una ley federal reglamentaria del artículo 4º Constitucional, no puede crear en su cuerpo normativo a un seguro social por simples razones de competencia jurídica.

No se creó tampoco, en estas circunstancias un ente público responsable del Seguro Popular, como si lo están los demás seguros sociales, IMSS e ISSSTE, bajo la figura jurídica de organismos públicos descentralizados del gobierno federal. Sin embargo, lo anterior se ha soslayado al considerar que la Ley General de Salud muestra sólo como brazo ejecutivo al mal llamado Seguro Popular que por otro lado, el nombre de seguro carece de las características doctrinales que la propia teoría jurídica de los seguros describen y deben ser cumplidos para ser considerado como tal.

Por lo antes expuesto consideramos que el sistema de protección en salud que ha generado la existencia de un aparato enorme de instancias como la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos; Consejo Nacional para la Promoción y Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia; Consejo Nacional de Protección Social en Salud, e infinidad de reglamentos, acuerdos y criterios metodológicos, todos con el fin de seguir manteniendo la fragmentación del Sistema Nacional de Salud que constitucionalmente es afectado al ignorar el precepto de protección a los habitantes del país, en forma igualitaria y universal.

El punto medular de las reflexiones se identifican en forma clara en el precepto del Art. 4º Constitucional en que **toda persona tiene derecho a la protección de la salud**, es la real salida con un servicio de salud único, que proteja a toda la población mexicana.

4. CONCLUSIONES

PRIMERA: La reforma sanitaria tiene como elementos esenciales, un **mandato**, caracterizado precisamente por la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución, Art. 4°, y en su ley reglamentaria, la Ley General de Salud; un **instrumento**, que en el nuevo Sistema de Protección Social en Salud, componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática, permite el desarrollo de la renovación jurídica y un **instructivo**, al Programa Nacional de Salud.

SEGUNDA: La definición del derecho a la protección de la salud, varía según varios autores, pero coincidentes en lo asentado en el segundo párrafo del Art. 77 bis 1 de la Ley General de Salud donde toda persona tiene derecho a esa protección, una ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y que esa misma ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

TERCERA: La elevación a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y la descentralización de los servicios de salud a las identidades federativas y el Distrito Federal permitirá dar una continuidad creciente a ese derecho.

CUARTA: Se realizaron varias iniciativas que tuvieron como consecuencia la consolidación del Sistema Nacional de Salud en México, en las que destacan las modificaciones a la Ley del Seguro Social, a la Ley del ISSSTE, la reorganización del Consejo de Salubridad General, la incorporación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia al sector salud.

QUINTA: Las bases constitucionales que convergen en el derecho a la protección de la salud y su ley reglamentaria, así como la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Medio Ambiente y Recursos Naturales, son la imagen global del bienestar del ciudadano que se ve afectado en su salud.

SEXTA: La revisión de las Constituciones en el México independiente, incluyendo la Carta de Cádiz que muestra su vigencia en sus primeros años y hasta la época contemporánea evidencian una preocupación por las cuestiones sanitarias que determinan las reformas del sector salud.

SEPTIMA: En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se reportan una veintena de programas sectoriales, regionales y especiales para imprimir racionalidad, transparencia y orden del quehacer de la administración pública federal, se consolidó la conformación del sector salud y se instruyó la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

OCTAVA: La política nacional que orienta y norma las acciones que desarrollan los integrantes del Sistema Nacional de Salud se resumen en: La integración y consolidación de este Sistema. La reorganización y modernización de los servicios de salud y el impulso de las acciones preventivas. La descentralización de las entidades federativas de los servicios de salud para población abierta y la reorganización de la asistencia social y el incremento de la productividad y la eficacia de los servicios.

NOVENA: La descentralización de los servicios de salud se apoya en la integración de los servicios a población abierta y se considera la capacidad técnica y administrativa de los gobiernos de los Estados, los derechos laborales del personal de la salud y la eficiencia en la operación de los servicios.

DECIMA: En nuestro sistema jurídico la descentralización es la forma de organización mediante la cual se atribuyen determinadas competencias y funciones a un órgano que cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines específicos. En razón a esta autonomía, los órganos forman parte de la organización estatal no por jerarquía o subordinación, sino mediante relaciones de coordinación y tutela.

DECIMAPRIMERA: La descentralización por servicio, que tal es el caso de los Servicios de Salud Pública, actúa como auxiliar del Ejecutivo en el cumplimiento de sus atribuciones. Coincidimos con los autores que consideran que se trata de

una descentralización mínima que no cuentan con plena autonomía técnica, presupuestaria, financiera o funcional para el cumplimiento de lo encomendado.

DECIMASEGUNDA: En el acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebra el ejecutivo federal con el poder ejecutivo estatal y el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, al referirse a la prestación de servicios de salud se menciona la obligación que tienen los segundos de prestar a los beneficiarios los servicios esenciales y aquéllos cubiertos por el Fondo para Gastos Catastróficos, así como brindar los servicios a la comunidad.

DECIMATERCERA: La distribución de competencias señala a la Secretaría de Salud Federal como la entidad que establece, controla, organiza, planea, ejecuta y actúa como autoridad sanitaria en el Sistema de Protección Social en Salud en todo el territorio nacional.

DECIMACUARTA: La traducción que se puede hacer de la salud en función pública es que sí es una actividad técnica encaminada a una finalidad: la recuperación del estado previo a la afectación morbosa. Satisface la necesidad básica de la sociedad, puede ser realizada por el Estado o por particulares y su régimen jurídico está en la Constitución y en la ley reglamentaria respectiva (de salud).

DECIMAQUINTA: El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud es de índole tripartita interviniendo la Federación, el gobierno estatal y las familias afiliadas, mediante las reglas para canalizar el financiamiento necesario para sustentar la prestación de los servicios.

DECIMOSEXTA: El acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se firma en 2005 entre gobiernos federales y el gobierno del Distrito Federal. Desde 2001 en la Secretaría de Salud del DF se trabaja en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos como una política de gratuidad del que cumple el compromiso de universalizar el derecho de protección de la salud; no condiciona la inducción, el tiempo y el pago de una cuota. Evita una nueva segmentación del sistema de salud y ofrece todos los

servicios de la institución, cumpliendo con la equidad entendida como igual acceso a los servicios disponibles ante la nueva necesidad. Adicionalmente no crea nuevas y costosas estructuras ya que la inscripción no requiere de estudios individuales y la prestación del servicio no presupone un sistema de separación administrativa, de fuentes de financiamiento y de insumos. Privilegia en los hechos a los pobres pero no condiciona un estudio socioeconómico o el pago de una cuota, como en el caso del Seguro Popular.

DECIMASEPTIMA: El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal es operado con recursos federales provenientes del Ramo 33 FASSA (Fondo para las Aportaciones para los Servicios de Salud) los cuales ingresan en su totalidad al organismo público descentralizado Servicios de Salud Pública del DF; los recursos derivados de deuda pública para infraestructura y equipamiento más los recursos del Seguro Popular. En el caso de ingresos propios, que son los recaudados por la Secretaría de Salud del DF y los recursos proporcionados por el gobierno del Distrito Federal, en una proporción de más del 95% de este último.

DECIMAOCTAVA: A grandes rasgos se analiza el estado que guardan los servicios de salud proporcionados a la población abierta del DF. Las diferencias son notables entre la Secretaría de Salud Federal (SSA) y la del DF (SSDF), aventurándonos a manifestar que el análisis permea el dispendio como característica del subdesarrollo en términos generales, de la primera.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La reforma sanitaria tiene como elementos esenciales, un **mandato**, caracterizado precisamente por la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución, Art. 4º, y en su ley reglamentaria, la Ley General de Salud; un **instrumento**, que en el nuevo Sistema de Protección Social en Salud,

componente sectorial del Sistema Nacional de Planeación Democrática, permite el desarrollo de la renovación jurídica y un **instructivo**, al Programa Nacional de Salud.

SEGUNDA: La definición del derecho a la protección de la salud, varía según varios autores, pero coincidentes en lo asentado en el segundo párrafo del Art. 77 bis 1 de la Ley General de Salud donde toda persona tiene derecho a esa protección, una ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y que esa misma ley establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

TERECERA: La elevación a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y la descentralización de los servicios de salud a las identidades federativas y el Distrito Federal permitirá dar una continuidad creciente a ese derecho.

CUARTA: Se realizaron varias iniciativas que tuvieron como consecuencia la consolidación del Sistema Nacional de Salud en México, en las que destacan las modificaciones a la Ley del Seguro Social, a la Ley del ISSSTE, la reorganización del Consejo de Salubridad General, la incorporación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia al sector salud.

QUINTA: Las bases constitucionales que convergen en el derecho a la protección de la salud y su ley reglamentaria, así como la Ley Federal del Trabajo y la Ley del Medio Ambiente y Recursos Naturales, son la imagen global del bienestar del ciudadano que se ve afectado en su salud.

SEXTA: La revisión de las Constituciones en el México independiente, incluyendo la Carta de Cádiz que muestra su vigencia en sus primeros años y hasta la época contemporánea evidencian una preocupación por las cuestiones sanitarias que determinan las reformas del sector salud.

SEPTIMA: En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, se reportan una veintena de programas sectoriales, regionales y especiales para imprimir racionalidad, transparencia y orden del quehacer de la administración pública federal, se consolidó la conformación del sector salud y se instruyó la operación del Gabinete

de Salud para propiciar la acción sinérgica de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

OCTAVA: La política nacional que orienta y norma las acciones que desarrollan los integrantes del Sistema Nacional de Salud se resumen en: La integración y consolidación de este Sistema. La reorganización y modernización de los servicios de salud y el impulso de las acciones preventivas. La descentralización de las entidades federativas de los servicios de salud para población abierta y la reorganización de la asistencia social y el incremento de la productividad y la eficacia de los servicios.

NOVENA: La descentralización de los servicios de salud se apoya en la integración de los servicios a población abierta y se considera la capacidad técnica y administrativa de los gobiernos de los Estados, los derechos laborales del personal de la salud y la eficiencia en la operación de los servicios.

DECIMA: En nuestro sistema jurídico la descentralización es la forma de organización mediante la cual se atribuyen determinadas competencias y funciones a un órgano que cuenta con personalidad jurídica, y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines específicos. En razón a esta autonomía, los órganos forman parte de la organización estatal no por jerarquía o subordinación, sino mediante relaciones de coordinación y tutela.

DECIMAPRIMERA: La descentralización por servicio, que tal es el caso de los Servicios de Salud Pública, actúa como auxiliar del Ejecutivo en el cumplimiento de sus atribuciones. Coincidimos con los autores que consideran que se trata de una descentralización mínima que no cuentan con plena autonomía técnica, presupuestaria, financiera o funcional para el cumplimiento de lo encomendado.

DECIMASEGUNDA: En el acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud, que celebra el ejecutivo federal con el poder ejecutivo estatal y el Jefe de Gobierno del Distrito Federal, al referirse a la prestación de servicios de salud se menciona la obligación que tienen los segundos de prestar a los beneficiarios los servicios esenciales y aquéllos

cubiertos por el Fondo para Gastos Catastróficos, así como brindar los servicios a la comunidad.

DECIMATERCERA: La distribución de competencias señala a la Secretaría de Salud Federal como la entidad que establece, controla, organiza, planea, ejecuta y actúa como autoridad sanitaria en el Sistema de Protección Social en Salud en todo el territorio nacional.

DECIMACUARTA: La traducción que se puede hacer de la salud en función pública es que sí es una actividad técnica encaminada a una finalidad: la recuperación del estado previo a la afectación morbosa. Satisface la necesidad básica de la sociedad, puede ser realizada por el Estado o por particulares y su régimen jurídico está en la Constitución y en la ley reglamentaria respectiva (de salud).

DECIMAQUINTA: El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud es de índole tripartita interviniendo la Federación, el gobierno estatal y las familias afiliadas, mediante las reglas para canalizar el financiamiento necesario para sustentar la prestación de los servicios.

DECIMOSEXTA: El acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se firma en 2005 entre gobiernos federales y el gobierno del Distrito Federal. Desde 2001 en la Secretaría de Salud del DF se trabaja en el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos como una política de gratuidad del que cumple el compromiso de universalizar el derecho de protección de la salud; no condiciona la inducción, el tiempo y el pago de una cuota. Evita una nueva segmentación del sistema de salud y ofrece todos los servicios de la institución, cumpliendo con la equidad entendida como igual acceso a los servicios disponibles ante la nueva necesidad. Adicionalmente no crea nuevas y costosas estructuras ya que la inscripción no requiere de estudios individuales y la prestación del servicio no presupone un sistema de separación administrativa, de fuentes de financiamiento y de insumos. Privilegia en los hechos a los pobres pero no condiciona un estudio socioeconómico o el pago de una cuota, como en el caso del Seguro Popular.

DECIMASEPTIMA: El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud en el Distrito Federal es operado con recursos federales provenientes del Ramo 33 FASSA (Fondo para las Aportaciones para los Servicios de Salud) los cuales ingresan en su totalidad al organismo público descentralizado Servicios de Salud Pública del DF; los recursos derivados de deuda pública para infraestructura y equipamiento más los recursos del Seguro Popular. En el caso de ingresos propios, que son los recaudados por la Secretaría de Salud del DF y los recursos proporcionados por el gobierno del Distrito Federal, en una proporción de más del 95% de este último.

DECIMAOCTAVA: A grandes rasgos se analiza el estado que guardan los servicios de salud proporcionados a la población abierta del DF. Las diferencias son notables entre la Secretaría de Salud Federal (SSA) y la del DF (SSDF), aventurándonos a manifestar que el análisis permea el dispendio como característica del subdesarrollo en términos generales, de la primera.

El punto medular de las reflexiones se identifican en forma clara en el precepto del Art. 4° Constitucional en que **toda persona tiene derecho a la protección de la salud**, es la real salida con un servicio de salud único, que proteja a toda la población mexicana.

5. BIBLIOGRAFIA

ACOSTA ROMERO, M.: **Compendio de Derecho Administrativo**. 3a. ed. actualizada. Ed. Porrúa. México, 1981

BRENA SESMA, I.: **El Derecho y la Salud. Temas a reflexionar**. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 2004

BRENA SESMA, I. coord.: **Salud y Derecho. Memoria del Congreso Internacional de Cultura y Sistema Jurídicas Comparados**. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 2005

CANO VALLE, F.: **Percepciones acerca de la medicina y el derecho**. UNAM. Facultad de Medicina. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 2001

DE LA MADRID HURTADO, M.: **Salud: Pensamiento Político, (1982-1987)** Ed. Miguel Ángel Porrúa, México, 1988

DURAN ARENAS, L. et al.: **"Para corregir las deformidades: La razón de la reforma de los sistemas de Salud"** IV Congreso Latinoamericano de ciencias sociales y medicina. Cocoyoc, Mor. México, 1997

FERNANDEZ RUIZ, J.: **Derecho Administrativo**. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ed. McGraw Hill. México, 2001

FERNANDEZ RUIZ, J. Coord.: **Servicios Públicos de Salud y Temas Conexos**. UNAM Fac. de Derecho. Ed. Porrúa. México, 2006

FRAGA, G.: **"Desconcentración Administrativa"**. Colección Semanarios. Secretaría de la Presidencia de la República. México, 1976

HERNANDEZ Ma. Del Pilar: **Derechos del personal de la Salud**. Cámara de Diputados. LVIII Legislatura. UNAM. México, 2002

LAURELL ASA C.: **La reforma contra la salud y la seguridad social**. Fundación Friedrich Ebert., Ediciones ERA. México, 1997

MANZANO GARCÍA, J.R.: **El Derecho en la Atención a la Salud**. Ed. Porrúa. México, 2006

MOCTEZUMA BARRAGAN, G.: **Derecho de los Usuarios de los Servicios de Salud**. Cámara de Diputados LVIII Legislatura, UNAM. México, 2002

MUÑOZ DE ALBA, M.: **Temas selectos de salud y derecho**. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México, 2002

PICHARDO PAGAZA, I.: **Modernización administrativa. Propuesta para una reforma inaplazable.** El Colegio Mexiquense. UNAM. FCP y S. México, 2004

RODRIGUEZ VICTORIA, E.: **La descentralización en México. De la reforma municipal a Solidaridad y el nuevo Federalismo.** FCE. México, 1999

RUIZ MORENO, A.G.Coord: **El Derecho Social en México a inicios del siglo XXI. Una visión de conjunto.** Universidad de Guadalajara. Ed. Porrúa. México. 2001

SECRETARIA DE SALUD DEL D.F. **Informe de Trabajo 2006.** Gobierno del Distrito Federal. México, 2006

SECRETARIA DE SALUD SSA: **Sistema de Protección Social en Salud.** 2ª. Edición de de Salud. Organización Panamericana de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Fondo de Cultura Económica, Méx. 2006

TENA RAMIREZ, F.: **Leyes Fundamentales de México 1808-2005.** 24a. edición. Ed. Porrúa. México, 2005

TENA RAMIREZ, F.: **Derecho Constitucional Mexicano.** 38a. Ed. Porrúa. México, 2006

VALADÉS, D.: **"Coordinación de Servicios de Salud"**. Salud y Federalismo. Cuaderno No. 4. Secretaría de la Presidencia de la República. México, 1982.

LEYES, REGLAMENTOS, DECRETOS Y ACUERDOS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Ley General de Planeación. Secretaría de Programación y Presupuesto

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley del IMSS.

Ley del ISSSTE.

Ley Federal de Entidades Paraestatales.

Agenda de la Administración Pública del DF. Ed. ISEF.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. México, 2004

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud. México, 2004

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México, 2004

Decreto para establecer las bases del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA. México. DOF agosto 30, 1983

Decreto que ordena la descentralización de los Servicios de la SSA y los denominados IMSS-COPLAMAR y su integración orgánica a un Sistema Estatal de Salud. México. DOF Marzo 8, 1994

Decreto que ordena a las dependencias y a los institutos la elaboración de un Programa de Descentralización Administrativa. México DOF junio 18, 1984

Decreto de Reforma a la Ley General de Salud. México. DOF mayo 15, 2003

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. México. DOF, enero 5 2005

Acuerdo por el que se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados COPLAMAR. México. DOF, enero 21, 1977

Acuerdo por el que se liquida la Coordinación General de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados COPLAMAR. México. DOF abril 20, 1982

Acuerdo No. 33 de Desconcentración de Facultades. México. DOF agosto 31, 1984

Acuerdo por el que se establece la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. México. DOF. Abril 28, 2004

Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como una comisión intersecretarial de carácter permanente. México DOF, diciembre 29, 2005