



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

División de Estudios de Posgrado
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales



TESIS

LA DESIGUALDAD DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

Que para obtener el grado de maestra en derecho con opción terminal
en derecho administrativo.

Presenta:

Licenciada Ma. de los Ángeles Arreguín Ponce.

Asesora:

Doctora Laura Leticia Padilla Gil.

Morelia, Michoacán, febrero de 2016.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora doctora Laura Leticia Padilla Gil, por siempre estar pendiente de forma respetuosa, intelectual y apoyarme en todo lo que está en sus manos para el mejoramiento de la presente investigación, además, de ser un gran sustento académico.

Gracias por la enseñanza.

DEDICATORIA

A mi madre María Victoria Ponce Tinajero, quien me dio la vida y me enseña cada día la palabra fortaleza, la perseverancia y sobre todo por su apoyo incondicional que día a día me otorga al creer siempre en mí y cobijarme con su sabiduría y enseñanza de madre, por ser el pilar más fuerte en mi vida e impulsarme académicamente al hacerme sentir que está orgullosa de mí, sin importar nada más, siempre está allí para apoyarme y decirme las más grandes palabras de aliento, gracias a ella he llegado hasta donde estoy, porque se necesita de ese apoyo y amor incondicional para poder lograrlo ¡Gracias Dios por darme una gran madre y un ejemplo a seguir!

Al doctor Leonardo Antonio Rosas, por otorgarme su apoyo incondicional, al coadyuvar e instar con sus opiniones constructivas desde un punto de vista médico, que si bien, argumentábamos y en algunas ocasiones diferíamos, siempre dejó una enseñanza útil mediante sus conversaciones amenas y sobre todo por estar a mi lado durante todo el desarrollo de la presente tesis.

A mis hermanas y hermano.

Se las dedico a ellos, debido a que necesité de su apoyo y amor en cada momento “amar es descubrir que la llave de nuestro crecimiento como seres humanos se guarda en los ojos del otro; es sacar de los otros lo que sin nosotros moriría; es descubrir el sentido de la propia vida; es ser el sentido de la vida para otra persona; es borrar de nuestro mapa interior la palabra *desconocido* para remplazarla por un YO lleno de sentido y significado”.

Hugo Saúl Ramírez García y Pedro de Jesús Pallares Yabur

Ma. de los Ángeles Arreguín Ponce.

ÍNDICE

RESUMEN-----	VII
ABSTRACT-----	VIII
INTRODUCCIÓN-----	IX

CAPÍTULO PRIMERO

GENERALIDADES DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD, EN MÉXICO

1.1. El derecho a la protección de la salud-----	1
1.2. El derecho a la salud-----	8
1.3. Igualdad-----	13
1.4. Seguridad Social-----	19

CAPÍTULO SEGUNDO

CÁPSULA HISTÓRICA DEL DERECHO A LA SALUD

2.1. El tema de la salud en el derecho colonial-----	22
2.2. El establecimiento del derecho a la salud en el México independiente-----	23
2.3. Fuentes internacionales referentes al derecho a la salud-----	31

2.4. La Organización Mundial de la Salud-----	36
2.5. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en relación con la salud-----	37
2.6. El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en materia de salud-----	38
2.7. La Declaración de Alma-Ata, referente a la salud-----	42

CAPÍTULO TERCERO

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA

3.1. El derecho a la salud a través de los años en la Constitución de España-----	44
3.2. La organización territorial de España y su legislación en materia de salud-----	50
3.3. Instituto Nacional de Seguridad Social-----	57
3.4. Legislación del derecho a la salud en España vigente-----	65
3.5. El servicio de salud en Sevilla-----	72
3.6. Ministro de Sanidad y el marco jurídico del sector salud derivado de las distintas reformas-----	76

CAPÍTULO CUARTO

LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA SALUD VISTA DESDE SISTEMA DE SALUD MEXICANO

4.1. El régimen jurídico del derecho a la salud-----	80
4.2. Desigualdad en cuanto al acceso de la salud-----	87
4.3. Análisis de la Ley General de Salud respecto a la adición del Título 3 Bis “De la protección social en salud” (Seguro Popular de Salud) -----	91
CONCLUSIONES-----	103
FUENTES DE INFORMACIÓN-----	105

RESUMEN

Se aborda el tema del derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, para entender el sistema de salud en México y los institutos garantes por excelencia de tal derecho, destacándose el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SSA, SEMAR y SEDENA, paralelo a ellos, se encuentran las instituciones privadas y las dirigidas a la población abierta, destacando el Seguro Popular de Salud, la Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades, al detectar la problemática jurídica de la salud, mediante la desigualdad en el acceso y cobertura en la materia.

Aunado a lo anterior, se investiga el sistema de salud español, el cual tiene un carácter universal y su sistema de salud es público, destaca la Ley General de Sanidad dentro de su legislación en materia de salud, además al formar parte de la Unión Europea, se establece el turismo sanitario, que es aprobado por el Ministro de Sanidad.

El estudio inicia con un marco conceptual, así mismo, se estudia el devenir histórico del derecho a la salud, enfocándose de forma nacional e internacional con los acontecimientos más relevantes en materia de salud, también, se analiza el derecho a la salud en el país de España, al hacer mención de la forma en la que se integra el sistema de salud de manera nacional y mediante sus comunidades autónomas. Por otra parte, se hace una reflexión de la desigualdad en el acceso de la salud mediante el régimen jurídico, analizando a groso modo la Ley General de Salud en México.

Palabras clave: Derecho a la salud, acceso, desigualdad, sistema de salud Institutos.

ABSTRACT

The issue is tackled as health law such as right to health protection, to understand the health system in Mexico and institutes guarantors for excellent of this right, it stands out IMSS, ISSSTE, PEMEX, SSA, SEMAR and SEDENA, parallel to them, they are private institutions such as aimed at the general population. Stands out the popular health services and the IMSS-Opportunity program to detect the juridical problem to by unequal Access and coverage on the subject.

In addition to this, the Spanish health system, which has a universal character and its health system is public, the legislation is through the General Health Law is investigated, in addition to join the European Union set medical tourism, which is approved by the Minister of health.

The study begins with a conceptual framework, also, the historical development of the right to health is studied, focusing national and internationally with the most important events in the field of health, the right to health in the country is also analyzed in Spain, to mention the way the health system is integrated on a national basis and through their regions. Moreover, a reflection of inequality in access to health through the legal system, analyzing roughly the General Law of Health in Mexico is done.

Key words: Right to health, access, inequality, health system, institutes

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud se considera como la obtención del grado máximo de salud posible de forma personal, propia de las características sociales, económicas y culturales así como congénitas inherentes a cada individuo, además de las garantías que otorga cada Estado para coadyuvar con la misma. “La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad”¹.

Cuando hablamos de derecho a la salud, es indubitable, en México, traer en cuenta los derechos sociales, entendidos como aquellos que requieren una acción positiva, que se traduce en este caso en un servicio de salud, este servicio es otorgado conforme a lo establecido en el sistema nacional de salud. En sus inicios se entiende como uno de los derechos conquistados mediante el movimiento de la Revolución Mexicana y plausibles en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 5 de febrero de 1917, sin embargo, la seguridad social se desvirtúa, pasa de ser un derecho social en materia de salud a transfigurarse en un derecho exclusivo para los trabajadores, ello de conformidad con la legislación promulgada en materia de salud.

En el contexto internacional, en el año de 1945 se crea la Organización de las Naciones Unidas, con 51 países miembros entre ellos México, la ONU trabaja en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerada como la organización internacional máxima en materia de salud, dicta recomendaciones, fija metas en materia de salud para los países parte y tiene como objetivo principal

¹ Soberón, Acevedo, Guillermo, citado en participación de la señora ministra Olga Sánchez Cordero de García Villegas, en el simposio internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, celebrado en el auditorio Jaime Torres Bodet del Museo Nacional de Antropología e Historia en la Ciudad de México, el 9 de octubre de 2000, p1. Disponible en <https://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>. Consultado el día 13 de enero de 2015, a las 14:20 horas.

que los países cuenten con una cobertura en materia de salud universal, así como que mejoren la calidad en salud; además, se discuten temas de interés a nivel internacional referentes al derecho a la salud y se realizan agendas con la finalidad de alcanzar las metas propuestas y medir estándares en materia de salud de forma internacional, así mismo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), es el que contempla el artículo más exhaustivo en materia de salud.

Por otra parte, en México el derecho a la protección de la salud se eleva a un rango constitucional, el día 3 de febrero de 1983, en el artículo 4º, al señalar “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 concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”, en la fracción antes señala, indica que el Congreso tiene la facultad de dictar leyes en materia de salubridad general para la república; la federación, los estados y los municipios, se ven involucrados en proporcionar un acceso y calidad en materia de salud de forma igualitaria, lo cual debe examinarse al fulgor de lo establecido por el numeral primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de derechos humanos.

El sistema jurídico de la seguridad social en México es un aspecto medular, no obstante a que en nuestra Constitución, en el artículo primero señala los derechos humanos y la igualdad entre los mexicanos, este precepto en materia de salud es inalcanzable, debido a que el acceso, la calidad, la universalidad no son igualitarios en esta materia, no ha sido posible por lo menos fijar un concepto aceptable que determine la universalidad o la existencia de la misma.

Es de mí total interés presentar este tema, debido a que, a lo largo de mi vida he escuchado y además he visto como el acceso a la salud no es igualitario y mucho menos universal, pese a que se jacten de señalar que “se está cada vez

más cerca de la igualdad en materia de salud”, la realidad es aterrante e incluso se puede sentir la importancia al ver como día a día terminan vidas por falta de atención médica, hospitalaria o de índole semejante, pese a los adelantos médicos, farmacéuticos y tecnológicos.

Se ve reflejada la desigualdad que se ha buscado corregir, la capacidad económica del país y el interés por cumplir lo referente en materia de salud; pero, hasta este momento no se ha logrado un enfoque en materia de salud basado en un contexto igualitario, que en realidad reduzca las brechas entre la población, además, se requiere que ofrezca estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las prácticas desiguales y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad. Para lograrlo se requiere que interfieran distintas disciplinas, el derecho, la administración pública, políticas públicas bien encausadas, buena distribución de los recursos, infraestructura, entre otras.

Este es un derecho que refleja de forma política, social y cultural, la forma en la que vivimos, un derecho humano y constitucional, que efectivamente, poca importancia tendrían otros derechos si no se puede tener una vida con el grado máximo en salud de forma personal.

De esta problemática se planteó como objetivo primordial de esta investigación analizar la existencia de la desigualdad en materia de salud en México, si tenemos el derecho a la protección de la salud de forma igualitaria (artículo 4 constitucional, todos los mexicanos tenemos derecho a la protección de la salud...).

En cuanto objetivos específicos se señalaron: analizar la universalización en materia de salud derivado del sistema de salud, analizar la forma en la que funciona el sistema de salud en México, además estudiar el derecho a la salud en España por ser pionero en la materia, y finalmente indagar si efectivamente se lleva a cabo la cobertura universal de salud.

Al respecto se estableció como pregunta de investigación, ¿Por qué no se logra la igualdad en acceso a la salud en México?

La hipótesis con la cual se partió fue, porque se establece legislatura en materia de salud que no permiten la igualdad y aunado a ello el sistema de salud impide con sus lineamientos una universalidad, diferenciando a las personas como trabajadores en la economía formal, familiares de estos y trabajadores por cuenta propia, desempleados y todos aquellos que se encuentran inmersos en la economía informal así como sus familias.

Para el desarrollo de la presente investigación se partió del paradigma cualitativo, lo que permitió establecer un diseño que se consideró la revisión de documentos teóricos y normativos. La investigación comprende cuatro capítulos.

En el capítulo primero se abordará el derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud de forma conceptualizada y de esa manera se establecerán las diferencias que existen entre cada una de ellas, además se hablará de la forma en que dichos derechos son referenciados en la legislación mexicana; se tocarán además y también de forma conceptualizada la igualdad y su principio, con un breve análisis de ello al tratar de involucrar dichos conceptos en materia de salud en México.

En el capítulo segundo se analizarán los antecedentes históricos del derecho a la salud desde una perspectiva concisa en el ámbito internacional, se hará alusión con ellos a la Organización de las Naciones Unidas, a la Organización Mundial de la Salud, la declaración de Alma Alta y al Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, lo anterior por lo que respecta a referencias internacionales e históricas del derecho a la salud. En el ámbito nacional se hablará de forma sucinta del derecho a la salud a través de los años hasta llegar a la publicación en el Diario Oficial de la Federación en el año de 1983, del artículo cuarto constitucional en el cual se adiciona el derecho a la salud.

En el capítulo tercero se abordará la reforma por la cual se adicionó un artículo referente al derecho de la protección de la salud en España, en el año de 1931, cuando se le reconoce tal derecho únicamente a los menores, con influencia de la Declaración de Ginebra, posteriormente se hablará del año de 1978 en cual se incorpora el derecho a la protección de la salud, vigente hasta la fecha en el numeral 43, a *grosso* modo, se tomará como ejemplo la Comunidad Autónoma de Andalucía y de manera particular Sevilla capital de dicha comunidad, sin dejarse de lado temas relacionados con su sistema de salud como el Ministro de Sanidad, el turismo sanitario y la forma en la que se legisla en materia de salud en España.

En el capítulo cuarto, se responderá al cuestionamiento: ¿Existe igualdad en el derecho a la salud en México?, para poder responder dicho cuestionamiento se analizará el sistema de salud desde un aspecto general, la forma en la cual intervienen algunos estados en materia de salud (señalándose por lo general los que invierten más y menos por medio del financiamiento en materia de salud), la desigualdad además de ser económica de forma personal o familiar también por pertenecer a algunos estados de la República, y finalmente se analizará si es posible la “universalidad” en materia de salud como solución para la igualdad en materia de salud.

CAPÍTULO PRIMERO

GENERALIDADES DEL DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

1.1. El derecho a la protección de la salud

Para dar inicio a la presente investigación, y siendo el derecho a la salud un derecho constitucional y humano; además tema fundamental del presente estudio, es menester hacer alusión a algunas definiciones de dicho derecho; además, definir el derecho a la protección de la salud.

Existen tantas definiciones como autores se han atrevido a exteriorizarlas, es por ello que citaremos algunas de ellas, para poder esclarecer el derecho a la protección de la salud así como, el derecho a la salud, (que consideramos son más claras y coadyuvan al cabal entendimiento), aunque las definiciones se hayan conceptualizado con términos y tecnicismos diferentes, estas definiciones tienen mucho en común, van encaminados hacia un mismo sentido jurídico, que nos lleva a la exigencia de un verdadero derecho a la salud de forma igualitaria entre la población.

A continuación, y como tema medular de nuestra investigación analizaremos algunas definiciones del derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud, realizadas por distintos autores así como por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, tales definiciones las consideramos más precisas para lograr el entendimiento cabal del derecho a la salud, que además está contemplado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por antonomasia un derecho social en México.

El derecho a la salud es exigir al Estado la protección a la salud, mientras que el derecho a la protección de la salud es el conjunto de normas que regulan y organizan la prestación del titular de este derecho².

Sin embargo, respecto a la forma en que los legisladores utilizan de forma indistinta derecho a la salud, derecho a la protección de la salud y derecho a la atención de la salud, resulta confuso, debido a que existen diferencias entre los tres conceptos muy claras y marcadas, como son las siguientes: el derecho a la protección de la salud, es el conjunto de legislación para que se pueda llevar a cabo dicho derecho dentro de un lugar determinado, debe incluir una asistencia; seguridad social, aunado a lo anterior, el derecho a la protección de la salud como constitucional adquiere autonomía y se agrega a lista de los derechos sociales, el derecho a la salud es definido como el goce del grado máximo de salud que cada persona puede tener, derivado de las características inherentes a cada uno de ellos, finalmente, derecho a la atención a la salud, es aquella mediante la cual los profesionales de la salud buscan dar solución a los problemas en el área de la salud y además para su mejor comprensión se divide en atención primaria, secundaria y terciaria.

- La prevención primaria: evita la adquisición de la enfermedad (vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc.). Previene la enfermedad o daño en personas sanas.
- La prevención secundaria: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
- La prevención terciaria: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones e invalidades e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Ello de conformidad con la Organización Mundial de la Salud³.

² Díaz, Müller, Luis T, *Bioética, salud y derechos humanos*, México, Porrúa, 2001, p. 3.

³ Del prado, Josefina, *prevención primaria, secundaria y terciaria*, IMF Business School, 2014, España, p. 1. Recuperado en <http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/>, Consultado el día 10 de enero de 2014, a las 15:31 horas.

Son muy amplios los conceptos antes aludidos y es por ello que se establece en muchas ocasiones controversias al respecto, sin embargo, lo que tienen en común los tres es la finalidad del cuidado de la salud.

Bajo este orden de ideas, tenemos que, la palabra salud proviene del latín *salus, utis*, la salud es el nivel más alto de bienestar posible de forma física, psicológica y social, contrapuesto a cualquier tipo de alteración en los humanos que deteriore su bienestar físico o mental. La Organización Mundial de la Salud (me referiré a tal Organización en lo subsecuente como la OMS), establece la salud como un derecho, además es encargada del mejoramiento de los problemas de salud, define el derecho a la salud como: “el goce de grado Máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”⁴.

De la anterior definición brindada por la OMS podemos distinguir dos ejes rectores para poder lograr el derecho a la salud y estos son: el primer eje es señalado como el grado máximo de salud que se pueda lograr, cuando hacemos referencia a este eje indica que: de forma personal el Estado está comprometiendo para que logremos el nivel más alto de salud de forma personal, debido a las características distintas de cada uno de los habitantes, esto nos lleva a una atención médica de calidad, preventiva y oportuna; en el segundo eje nos señala la cobertura total en materia de salud para los habitantes de los Estados parte de la OMS y con ello se estableció el grado máximo de salud; para así lograr la igualdad entre los seres humanos que da como resultado el bien común.

El jurista Carbonell señala que el derecho a la protección de la salud, tiende a dar cuenta a la obligación que tiene el Estado de desarrollar acciones

⁴ Rodríguez, Espinoza, Héctor, *El derecho al desarrollo: derechos humanos y democracia en México*, Porrúa, México, 2001, p. 230.

positivas tendientes justamente a proteger la salud o repararla cuando ha sido afectada⁵.

Lo que permite analizar que para este autor, el Estado tiene la obligación de hacer lo necesario para coadyuvar en el mejoramiento de la salud de su población, mediante instrumentos jurídicos encaminados al mejoramiento y por medio de acciones positivas que no son otra cosa que “la integración, así como su vínculo al principio de igualdad de oportunidades”⁶, en este caso en materia de salud para los mexicanos.

Bajo este orden de ideas el Dr. Luis Teodoro Díaz Müller conceptualiza el derecho a la protección de la salud como aquel que incluye una asistencia y seguridad social para los mexicanos; además señala que guarda una estrecha relación con el derecho del trabajo⁷.

Aunado a lo anterior, tenemos que por el simple hecho de tener una estrecha relación con el derecho del trabajo, es derivado de lo establecido en la seguridad social, en ella se establece un conjunto de leyes que definen las bases y forma de acceder a institutos garantes del derecho a la salud.

La seguridad social la encontramos en La Carta Internacional de Derechos Humanos en el artículo 22, que a la letra señala:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su

⁵ Carbonell, Miguel, et al., *El derecho a la salud una propuesta para México*, México, UNAM, 2013, p. 1.

⁶ Barrére Unzueta, Ma. Ángeles, *La acción positiva: análisis del concepto y propuesta en revisión*, Congresos Europa, diciembre de 2013, pp. 5 y 6. Disponible en <http://www.uv.es/cefd/9/barrere2.pdf>. Consultado el día 21 de enero de 2015 a las 14:55 horas.

⁷ Díaz Müller, Luis T., *op. cit.*, nota 1, p. 3.

personalidad, esto es dependiendo del trabajo que desarrollen se tendrá una afiliación a determina institución pública⁸.

Además, el derecho a la protección de la salud como lo señala Guerrero Zaplana, nos hace entender que los poderes públicos no se constriñen a producir un resultado de obligación en cuanto a la población mexicana, debido a que en sus manos está la obligación de legislar, sin que esté en sus manos asegurar en materia de salud a toda la población mexicana, sino, de forma certera, solo aquellos que se encuentren en los supuestos señalados por la ley, la toman como una de las “obligaciones de medios”, de esta manera realizan un despliegado de actividades tendientes a asegurar la salud, encaminadas a orientar, restablecer y mejorar la salud de las personas⁹.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación define el derecho a la protección de la salud como: Un derecho social por antonomasia; considerado como parte de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por lo que, en principio, contiene las características comunes a esta clase de derechos, además está contemplado en la parte denominada de Derechos Humanos y sus garantías en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es decir que sus titulares pueden ejercer libremente tal derecho, es un derecho universal, protege a todo ser humano. Su parte medular consiste en el acceso a los servicios de salud. Para que se pueda llevar a cabo el derecho a la protección de la salud se necesita de la participación del individuo, la sociedad y el Estado, de no lograrse la coordinación de estos elementos difícilmente se podrá llevar a cabo tal derecho¹⁰.

Entonces, de lo anteriormente analizado, se llega a la conclusión que el derecho a la protección de la salud en México, se considera a todos aquellos ordenamientos en los que se establece un articulado mediante los cuales se regula la forma de acceder a la atención médica y hospitalaria.

⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos, recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, consultado el 23 de enero de 2015 a las 10:00 horas.

⁹ Guerrero, Zaplana, José, (coord.), *Salud pública y derecho administrativo*, Madrid, España, Cuadernos de Derecho Judicial, Consejo General del Poder Judicial, 2004, p. 16.

¹⁰ Lara, Ponte, Rodolfo (coord.), *Derecho y medicina*, pp.78-79.

Esto tiene relación con el hecho de que la cobertura en servicios de salud y, por ende, el acceso a los mismos a través de un seguro médico público, estaban plenamente vinculados a la relación laboral. Al considerar –válidamente- que la seguridad social era una “conquista” y un derecho del trabajador, el país había convenido el acceso a la salud en un tema de contraprestación laboral, más que en un derecho humano, por más “consagrado” que estuviese en la Constitución. Por eso este sistema excluyó por mucho tiempo a los trabajadores por cuenta propia, a los microempresarios, a los productores agrícolas y a muchos otros, que por cierto son la mayoría de los mexicanos, y que no están ni en el IMSS ni en el ISSSTE ni en algún seguro privado. El gran mérito de la reforma en materia de salud y, señaladamente, del Seguro Popular es que el acceso a la salud, dejó de ser una contraprestación laboral para convertirse, en el marco de las políticas públicas –no sólo de la proclamación constitucional, que hasta entonces seguían siendo nada más palabras-, en un verdadero *derecho humano* susceptible de ejercerse por su titular: toda persona¹¹.

En nuestro caso se puede realizar el acceso a la salud mediante tres vías: Una considerada como seguridad social (relación laboral), atención médica pública (programas sociales) y la atención privada, las prestaciones se derivan de los mismos, su parte medular consiste en el acceso a los servicios de salud.

Según el artículo dos de la Ley General de Salud, El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

¹¹ Calderón, Hinojosa, Felipe, *Los retos que enfrentamos*, Penguin Random House, México, 2014, p.200.

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Los servicios de salud son de diferentes y variadas índoles, pero, ¿Qué se entiende por servicios de salud y más aún por calidad en los servicios de salud?

Podríamos decir que existen cuatro aristas:

1.- Derechos a acceder a métodos de diagnóstico y tratamiento de calidad garantizada. 2.-Derecho a que los servicios dispongan de “guías de buena práctica clínica” que determinen la calidad mínima de los servicios. 3.-Derecho a financiación suficiente de los servicios para garantizar aquellas características. 4.- Derecho a que se realice la actualización de la información de los profesionistas¹².

Bajo esta tesitura, el derecho a la protección de la salud es contemplado por antonomasia como un derecho social, la finalidad que se buscó es poder contar con un ordenamiento que establezca una cobertura universal.

El derecho a la protección de la salud, lo encontramos en distintos ordenamientos sobre materia de salud, se encuentra por excelencia en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 4º, párrafo cuarto, con relación en el artículo 73 en su fracción XVI el cual establece para dictar leyes sobre Salubridad General de la República, y en el artículo 2º apartado B, que desde el año 2001 establece la obligación que tiene el Estado mediante la Federación, estados y municipios, para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas dichas autoridades tienen la obligación, como lo señala la fracción III de asegurar el acceso efectivo a los servicios de

¹² Alonso, Sergio, *Derechos salud para el siglo XXI*, Madrid, España, European Pharmaceutical Law Group., 2003, p.62.

salud mediante la ampliación de la cobertura del Sistema Nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil, así mismo en la fracción VIII, señala la obligación de establecer políticas sociales para los migrantes en territorio nacional y en el extranjero, señala entre otras el mejoramiento de las condiciones de salud para las mujeres.

Finalmente, el Estado se encarga de legislar y realizar políticas públicas tendientes a beneficiar la protección de la salud de la población; estas deben contar con una correcta implementación que logre mejorar la salud de forma individual y colectiva para todos los ciudadanos mexicanos.

1.2. El derecho a la salud

Como ya lo analizamos anteriormente y quedó establecido que: No es lo mismo el derecho a la salud que el derecho a la protección de la salud; aunque consideremos que no es relevante entrar en cuestiones puramente semánticas, sí es apropiado señalar que el primer concepto es más amplio, mientras que el segundo parece dar cuenta a la obligación que tiene el Estado de desarrollar acciones positivas tendientes justamente a proteger la salud o repararla cuando ha sido afectada (como lo señalamos con anterioridad); mientras que, el derecho a la salud es el conjunto de normas con las que cuenta el ordenamiento sobre materias de salud como se planteó en líneas anteriores¹³.

La OMS¹⁴, señala el derecho a la salud como: “el goce de grado máximo de salud que se puede lograr de forma personal y es uno de los derechos

¹³ Carbonell, Miguel, et al., *op. cit.*, nota 4, p. 1.

¹⁴ Uno de los asuntos que abordaron los diplomáticos que se reunieron para crear las Naciones Unidas en 1945 fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948, fecha que conmemoramos cada año mediante el Día Mundial de la Salud, este Organismo se encarga del mejoramiento y de los problemas en materia de salud.

fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social”¹⁵.

El derecho a la salud es muy complejo, requiere de ordenamientos que sean efectivos y que se encuentren encuadrados a las necesidades sociales, además se debe dejar la idea de derecho exclusivo para un sector de la población, tal y como se establece en la Ley del Seguro Social, en su artículo dos que a la letra señala: Artículo 2o. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Con la finalidad de convertirse en un derecho inclusivo; con ello me refiero, pese a que en México se podría afirmar que el derecho a la salud es para “toda la sociedad” derivado del precepto constitucional que he aludido, podría afirmar en este momento que la reglamentación secundaria hace que no exista una verdadera igualdad, debido a la calidad de servicios, que entre la población son por demás desiguales y lo último a lo que podríamos llegar es a señalar que el servicio de salud es igualitario para los mexicanos, tanto en derechohabencia como en cobertura y calidad en los servicios.

Pero que se entiende por servicios de salud y más aún por calidad en los servicios de salud. El derecho a la salud en todas sus formas y en todos sus niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado parte:

- a) Disponibilidad. Cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de la salud, así como de programas, b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones supuestas: I) No discriminación, II) Accesibilidad física, III) Accesibilidad

¹⁵ Rodríguez, Espinoza, Héctor, *op. cit.*, nota 3, p. 230.

económica (asequibilidad); IV) Acceso a la información, c) Accesibilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados; y, d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad¹⁶.

Derecho a la salud, la Sala Constitucional ha dicho: “...se debe tener en cuenta que el concepto de derecho a la salud es suficientemente amplio como para admitir en su seno los cuidados paliativos de una enfermedad crónica y el mejoramiento de la calidad de vida de quienes la padecen, pese a que no se haya descubierto todavía su cura”¹⁷.

El derecho a la salud derivado de la jurisprudencia de Costa Rica, señala “Derecho a la salud derivado del derecho a la vida”... si bien, la Constitución Política de Costa Rica no contempla en forma expresa ese derecho (como lo hace nuestra Constitución) –aunque si se preocupa de regular expresamente los aspectos con ella relacionados, catalogados como parte de los derechos constitucionales sociales, como el derecho a la seguridad social-, no se puede negar su existencia, por ser derivado directo del derecho a la vida protegido en el artículo 21 de la Constitución de dicha nación que a la letra señala “La vida humana es inviolable”, ya que esté –el derecho a la vida- es la razón de ser y la explicación última del derecho a la salud¹⁸.

La conexión existente entre ambos es innegable, el derecho a la salud tiene como propósito fundamental hacer efectivo el derecho a la vida, porque este no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino además los demás aspectos que en ella derivan. Se dice con razón que el ser humano es el único ser de la naturaleza con conducta teológica, porque vive de acuerdo con sus

¹⁶ De la Cueva-Lugo, Víctor, *La salud como derecho humano*, Universidad de Deusto, 2005, pp. 75-76.

¹⁷ Sentencia de la Sala Constitucional N° 15512-05. Cita por Navarro, Fallas, Román A., *Derecho a la salud; un análisis a la luz del derecho internacional, el ordenamiento jurídico costarricense y la jurisprudencia constitucional*, Costa Rica, Juricentro, 2010, p.26.

¹⁸ Navarro, Fallas, Román A., *op. cit*, nota 16, p.446.

ideas, fines y aspiraciones espirituales, en esa condición de ser cultural radica la explicación sobre la necesaria protección que, en un mundo civilizado, se le debe otorgar su derecho a la vida en toda su extensión, en consecuencia de una vida sana. Si dentro de las expresiones que tiene este derecho está, como se explicó, el derecho a la salud o atención a la salud ello incluye el deber del Estado a garantizar el tratamiento y prevención de las enfermedades¹⁹.

Definición real de Derecho a la salud como ya lo dijeron los autores antes citados, se establece una diferencia muy peculiar entre derecho a la protección de la salud y derecho a la salud, el derecho a la salud es más amplio pues abarca lo concerniente a el goce del grado máximo de salud que se puede lograr en la persona, de forma muy particular, derivado de las características que cada persona posee y el estilo de vida que se ve reflejado de forma particular en cada habitante.

Tal y como lo establece la OMS, el derecho a la salud: es garantizar el grado máximo de salud de forma individual, sin distinción de raza, ideología o condición económica. México forma parte de dicha Organización; se ha comprometido a realizar medidas tendientes a mejorar la salud de todos los mexicanos al invocar el principio de igualdad.

Hasta este momento resulta complejo, aunque la propia Organización Mundial de la Salud establece que cada país de forma particular y derivado de su desarrollo garantizará el derecho a la salud, esto deja un camino abierto a los países en vías de desarrollo, como es el caso de México, para atender y mejorar el derecho a la salud, ello denota un espacio abierto para la justificación de tal derecho.

El derecho a la salud se relaciona de forma directa con el derecho a la protección de la salud; mediante este último se dota de los ordenamientos, en los

¹⁹ *Idem*

cuales se estipula la forma de llegar a tener tal derecho, mientras que en el derecho a la salud, su finalidad es tener salud máxima de forma individual.

En México el nosocomio por excelencia garante del derecho a la salud es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en esta Institución se concede la derechohabiencia mediante dos formas una mediante el régimen voluntario y el más común, es mediante el régimen obligatorio (consiste en acceder mediante las aportaciones que realiza el estado, patrón y trabajador), para con ello poder garantizar el derecho a la protección de la salud.

Aunado a lo anterior, es importante precisar que de las distintas definiciones de derecho a la salud y derecho a la protección de la salud tienen una característica en común y es que mencionan una atención de forma igualitaria, para poder comprender ello, es importante comprender a cabalidad la igualdad y el principio de igualdad. El derecho a la protección de la salud como ya señalamos es el conjunto de ordenamientos, dijo Montesquieu: “las leyes podían evitar la propagación de enfermedades y en tal debería obrar el legislador”²⁰. Se podría afirmar que es un paso para avanzar en cuanto a tal derecho si se legislara estableciendo las bases de igualdad en materia de salud.

La salud contribuye a la libertad, pero la libertad necesita de la salud, como dice Marx: “para cultivarse con mayor libertad, un pueblo necesita estar exento de la esclavitud de sus propias necesidades corporales”²¹.

“La buena salud y la prosperidad económica tienen a reforzar mutuamente. Una persona sana podría obtener más fácilmente ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá obtener más fácilmente asistencia médica, mejor nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana”²².

²⁰ De la Cueva-Lugo, Víctor, *op. cit.*, nota 15, p.45.

²¹ *Ibidem*, p.61.

²² *Ibidem*, p. 24.

1.3. Igualdad

El Estado mexicano forma parte de la OMS se ha comprometido para que los mexiquenses tengamos una garantía de salud sin discriminación e invocando el principio de igualdad. El principio de igualdad en el devenir histórico ha tenido distintas interpretaciones y alcances, han existido distintas nociones de igualdad, debido a que es un concepto indeterminado que hace necesaria la existencia de otros factores externos que determinan cuando las personas son iguales y cuando son diferentes. Tal principio se ha hecho presente en distintos ordenamientos jurídicos, en el caso de México no existe excepción, tras la Revolución, el principio de igualdad cobra positividad, pasando de una declaración filosófica-moral al ordenamiento jurídico. A pesar de lo antes mencionado, no se ha erradicado totalmente las prácticas de discriminación racial, de género y la desigualdad económica que enfocándolo al derecho a la salud de forma extrínseca limita y condicionan el alcance a tal derecho²³.

Debido a que entendemos la igualdad como la constatación de que todas las personas no somos iguales entre sí y en forma particular no somos neutras, somos sexuadas como varones o como mujeres y si una diferencia sexual resulta de hecho ignorada o discriminada no significa que la igualdad sea contradicha, significa que ha sido violada la igualdad²⁴.

En el derecho a la salud, no debe existir ninguna causa por la que se niegue este derecho o se violente el principio de igualdad, si todos somos iguales según lo establecido por nuestra propia Carta Magna, ¿Por qué debería existir una discriminación por razón de género, condición económica, color de piel, sexualidad o etnia?

²³ Pérez, Portillo, Karla. et al., *Principio de Igualdad; alcances y perspectivas*, 2da, México, Porrúa, 2007, pp. 42-44.

²⁴ Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, 2da ed., Madrid, Trotta, 2001, pp. 73-83.

El derecho a la salud debe ser ciertamente igualitario, no negociable y mucho menos debe ser utilizado como una medida de control sobre la población y menos aún sobre los grupos vulnerable como son considerados: los pobres, las minorías raciales, étnicas, los discapacitados; los minusválidos físicos o mentales, debemos este dicho derecho social que está plasmado en nuestra constitución y en caso de no ser así como hace alusión Ruíz Massieu:

El ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección a la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente²⁵.

El derecho a la salud visto desde las mayorías no puede pasar por encima de la dignidad individual, con ello termina el principio de igualdad; un ejemplo de ello es la experimentación medica en individuos, tiene resultados para un sector de la población amplio, pero no puede violentarse la dignidad de los “grupos vulnerables” de la sociedad²⁶.

La expresión por la que nos referimos a los “sectores menos favorecidos” equivale a señalar a los “grupos vulnerables” usándolo en Derechos Humanos y son:

Aquellos que tienen mayor riesgo de sufrir en su perjuicio, individual y colectivamente, transgresiones a sus derechos fundamentales que conoce la comunidad internacional: los discapacitados, los enfermos, los niños, las mujeres, las personas de la tercera edad, los obreros, los campesinos, las minorías, étnicas y religiosas, los indígenas y los aborígenes, los presos, los pobres los migrantes y los desplazados²⁷.

²⁵ Ruíz, Massieu, José Francisco, El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud, en Díaz Alfaro, Soberón, et. al. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico. Marco jurídico para la solución de controversias en la legislación mexicana, recuperado en: <http://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/LA%20RESPONSABILIDAD%20PROFESIONAL%20DEL%20SERVICIO%20M%C3%89DICO.pdf>, p. 28., consultado el 18 de febrero de 2015 a las 12:55 horas.

²⁷ Ibidem, p. 159.

Como lo señala Guillermo Soberón Acevedo “La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad”²⁸. Es de vital importancia la salud en las personas; si todos tuviéramos una vida sana de forma psicológica, física y social no existiría la discriminación ni la desigualdad que hoy en día nos aqueja, presentándose de distintas formas y dirigida de forma distinta en la sociedad.

Sin embargo, nos es evidente que en la República Mexicana aún vemos reflejada la violación al principio de igualdad, pese a que nuestro país ha firmado distintos tratados internacionales y forma parte de la OMS, que tiene como principal fin elevar y mejorar las condiciones de salud para todos los habitantes de los pueblos, se puede apreciar que no se ha logrado aún.

Debido a que no todos pueden lograr la finalidad establecida por la OMS, de elevar al más alto nivel la salud físico, mental y psicológica, pero algo es claro y aunque suene contradictorio ningún Estado parte de la OMS se le puede obligar a lo imposible, esto es que a medida de sus posibilidades debe elevar el nivel de vida de sus habitantes, si nos colocamos en este supuesto podríamos suponer que ha logrado o está en vías para lograrlo.

Se considera para que los habitantes del pueblo mexicano podamos lograr la finalidad planteada por la OMS, debemos trabajar de forma individual y a su vez de forma conjunta con el Estado, debido a que la salud es tan personal y distintiva, que sería imposible el trato de forma general; al mismo tiempo debería el Estado

²⁸ Soberón, Acevedo, Guillermo, citado en Participación de la señora ministra Olga Sánchez Cordero de García Villegas, en el simposio internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, celebrado en el auditorio Jaime Torres Bodet del museo nacional de antropología e historia en la Ciudad de México, el 9 de octubre de 2000, p1. Disponible en <https://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>. Consultado el día 13 de enero de 2015, a las 14:20 horas.

brindarnos sin discriminación un verdadero acceso a la salud, con el único propósito de ver realizada la finalidad que se pretende alcanzar a nivel social.

La seguridad social implica: el garantizar que cada ser humano contará con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades en un nivel adecuado a su dignidad, así como permitir el disfrute de los bienes materiales, morales, culturales y sociales que la civilización ha creado para beneficio del hombre²⁹.

En el Protocolo Adicionado de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo noveno, establece el derecho a la seguridad social, señalándolo como un derecho al que podrán acceder todas las personas, que los proteja contra la vejez, la enfermedad y la incapacidad física o mental para que se puedan tener una vida digna, se hace mención en un segundo apartado y distinguiendo que los trabajadores tendrán derecho a la seguridad social que cubrirá riesgo de trabajo y jubilaciones, además de hacer una especial mención a las mujeres planteando que se les otorgara licencia y retribuciones antes y después del parto³⁰.

Igualdad en sí, la entendemos como la constatación de que todas las personas no somos iguales entre sí y en forma particular no somos neutras, somos sexuadas como hombres o como mujeres y si una diferencia sexual resulta de hecho ignorada o discriminada no significa que la igualdad sea contradicha, significa que ha sido violada³¹.

Además se expresa la igualdad en cuanto a la protección de la salud, en el artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la protección de la salud, al señalar de forma expresa “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”, tal y como se puede observar derivado de la transcripción de dicho párrafo y numeral, toda persona

²⁹ De la Cueva, Mario, *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*, 10ª. ed., México, 2000, t.I, p 44

³⁰ Corcuera, Santiago, *Derecho internacional y derecho internacional de los derechos humanos*, Oxford, México, 2012, p. 319.

³¹ Ferrajoli, Luigi, *op. cit.*, nota 23., pp. 42-44.

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 concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Por su parte Ruiz Massieu señala que: el ciudadano que vea frustrado su derecho constitucional de la protección a la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente³².

El derecho a la salud visto *desde arriba*, no puede pasar por encima de la dignidad individual, con ello termina el principio de igualdad; paradigma a ello es: la experimentación médica en algunos individuos; dicha práctica tienen resultados para un sector amplio de la población³³.

Finalmente señala Karla Pérez que: el principio de igualdad cobra positividad, pasando de una declaración filosófica-moral al ordenamiento jurídico. A pesar de lo antes mencionado, no se ha erradicado totalmente las prácticas de discriminación racial, de género y desigualdad económica en relación con el derecho a la protección de la salud de forma intrínseca, que limita y condiciona el alcance de tal derecho³⁴.

El principio de igualdad en el devenir histórico ha tenido distintas interpretaciones y alcances, han existido distintas nociones de igualdad, debido a que es un concepto indeterminado que hace necesaria la existencia de otros factores externos que determinen cuando las personas son iguales y cuando son diferentes.

³² Ruíz, Massieu, José Francisco, *op. cit.*, nota 24, p.28.

³³ Rodríguez, Espinoza, Héctor, *op. cit.*, nota 3, p.230.

³⁴ Pérez, Portillo, Karla, *op. cit.*, nota 22, pp. 42-44.

Entonces, la igualdad en el derecho a la protección de la salud debe entenderse como la protección por parte del Estado a la población que habita en el territorio mexicano, sin que haya razón justificada para limitar dicho derecho.

El derecho a la protección de la salud debe ser igualitario, no negociable y mucho menos debe ser utilizado como una medida de control sobre la población y menos aún sobre los grupos *vulnerables* como son considerados: los pobres, las minorías raciales, las personas que se encuentran dentro de la economía informal, étnicas, los discapacitados; los minusválidos físicos o mentales.

Por otra parte como lo dijo Guillermo Soberón Acevedo: “La salud es un ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, sino se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad...”³⁵ Al invocar el principio de igualdad en materia de salud, no tendría por qué existir la desigualdad entre los mexicanos, no hay razón alguna para que no se cuente con una vida sana de forma psicológica, física y social, no debería existir un porque en materia de discriminación ni de desigualdad, temas que hoy en día nos aquejan, presentándose de diversas formas intrínsecas o extrínsecas en la sociedad.

³⁵ Soberón Acevedo Guillermo es: Médico Cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la Universidad de Wisconsin llevó a cabo estudios de posgrado conducentes al grado de Doctor en Filosofía en la especialidad de Química Fisiológica. Es miembro de diversas sociedades científicas, en México y en el extranjero. Ha sido profesor e investigador en la Universidad Nacional Autónoma de México. Fue Profesor Visitante "Edward Larocque-Tinker" de la Universidad de Wisconsin. Ha sido investigador en el Instituto Nacional de la Nutrición 1956-1965; director e investigador en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM, 1965-1970; fue Coordinador de la Investigación Científica 1971-1972; y, Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México 1973-1981. En el sector público fue Coordinador de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República 1981-1982; Secretario de Salubridad y Asistencia 1982-1986; Secretario de Salud 1986-1988; y, Coordinador del Consejo Consultivo de Ciencias; 1989-1995. Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Genoma Humano 2000-2004; Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Bioética 2004-2005; Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética 2005-2009, Asesor Personal del Secretario de Salud Federal 2009-2012; actualmente es Presidente del Consejo Asesor Científico y Médico del ISSSTE. Actualmente es Presidente Emérito de FUNSALUD. Ha sido beneficiario de once Doctorados Honoris.

1.4. Seguridad Social

Es una forma idónea por excelencia mediante la cual las personas pueden allegarse del derecho a la protección de la salud y consecuencia a ello del derecho a la salud, más sin embargo, para poder dotarse de dicha seguridad social uno de los requisitos indispensable es ser trabajador, justo como lo señala la siguiente definición de seguridad social:

Es la más amplia expresión de solidaridad humana entre los trabajadores, industrializada con el propósito de proteger la salud, su vida y su nivel de ingreso y el de sus familiares, frente a los riesgos inherentes de la vida misma: la incapacidad, la enfermedad y la muerte. La seguridad social es una responsabilidad colectiva de la sociedad, realizable sólo mediante la acción pública, cuyo cumplimiento se convierte en la obligación del Estado y del quehacer colectivo³⁶.

La seguridad social, implica garantizar que cada ser humano cuente con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades en un nivel adecuado a su dignidad, así como permitir el disfrute de los bienes materiales, morales, culturales y sociales que la civilización ha creado para beneficio del hombre³⁷.

“La seguridad social constituye un derecho humano y social originalmente a cargo del Estado”³⁸. Esta es definida por Ángel Guillermo Moreno como: “Es más que jurídico es de índole filosófico ya que en él pueden englobarse prácticamente todas las aspiraciones humanas para alcanzar una vida justa, plena y feliz”³⁹.

Por otra parte el artículo 2 de la Ley del Seguro Social, define a la seguridad social como aquella que tiene por finalidad garantizar el derecho a la

³⁶ Ortiz, Magallón, Rosario (Coord.), García Sáinz, Ricardo, *Diez años de reformas de seguridad social en México, balance, perspectivas y propuestas*, p.31.

³⁷ De la Cueva, Mario, *op. cit.*, nota 28, p. 44.

³⁸ Kurczy, Villalobos, Patricia (coord.), *Derecho social memoria del Congreso Internacional de culturas y sistemas jurídicos comparados*, p.571.

³⁹ Ruiz, Moreno, Ángel Guillermo, *Nuevo derecho de la seguridad social*, México, 7ed., Porrúa 2003, p.36.

salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Seguridad Social, para Roberto Báez Martínez, aunque sin dar propiamente una definición nos explica:

La Seguridad Social es: Un derecho inalienable del hombre y, por ende, no puede haber paz ni progreso mientras la humanidad entera no encuentre la plena seguridad social. La garantía de cada ser humano contará con los medios suficientes para satisfacer sus necesidades a un nivel adecuado a su dignidad. El complejo normativo de las leyes específicas que rigen para los trabajadores en general, obreros jornaleros y todo aquel que preste un servicio a otro⁴⁰.

Entonces entendemos como seguridad social, como una forma mediante la cual los trabajadores logran recibir atención médica, en los cuales no se recibe una retribución pecuniaria de forma directa, como son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Bajo este orden de ideas tenemos que se garantiza el derecho a la protección de la salud, a los trabajadores y a sus respectivas familias, está dirigido única y exclusivamente a esa parte de la población, que en teoría sería suficiente para garantizar a todos los mexicanos el derecho a la protección de la salud, sin embargo, una gran cantidad de mexicanos se desarrollan dentro de la economía informal o desempleados, entonces la seguridad social es exclusiva no inclusiva, por lo que se buscó dar una solución y en sexenio que fue del año “2000-2006, estuvo frente al frente de la Secretaría de Salud el doctor Julio Frenk⁴¹... Sin duda

⁴⁰ Méndez, George, León Magno, *La unificación del sistema de la seguridad social en México*, México, Porrúa, 2008, p.34.

⁴¹Julio Frenk (Ciudad de México, Distrito Federal; 20 de diciembre de 1953) es un destacado médico mexicano y fue el titular de la Secretaría de Salud durante la presidencia de Vicente Fox Quesada (2000-2006). Hijo del médico endocrinólogo Silvestre Frenk, sobrino de la filóloga y traductora Margit Frenk y nieto de la traductora y escritora Mariana Frenk-Westheim. Es médico

trato de da realizar una fuerte aportación, que además resultaría clave, mediante la creación del Seguro Popular”⁴². Este fue dirigido para aquellas personas que no sean “derechohabientes de ninguna institución de Seguridad Social (IMSS, ISSTE, ISSEMYM, PEMEX, SEDENA, u otra)”⁴³.

Aunado a lo anterior, si hablamos de la seguridad social como un derecho humano, se puede afirmar que una sociedad que se excluye de este derecho, no permitirá que el avance del país sea idóneo, porque no cuenta cada uno de forma individual con una paz y seguridad en materia de salud.

Por otra parte, el complejo normativo, no da espacio para que pueda garantizar de forma inclusiva a todos los mexicanos, derivado del sistema de salud que hace una clara distinción entre aquellos que tienen accesos a los servicios hospitalarios públicos y privados. Entonces tenemos que el derecho a la salud no es igualitario ni en acceso ni en cobertura, que no se ha llegado a una universalidad ni si quiera en concepto y que si es la solución debe ser sigilosa y sobre todo muy bien estructurada.

cirujano egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México y tiene una maestría en Salud Pública en la Universidad de Michigan. Se ha desempeñado como maestro en la Escuela de Salud Pública de México, Colegio de México y la UNAM. Su creación escrita incluye 28 libros y monografías, además de gran número de artículos en revistas especializadas y diversas publicaciones. En 1988 fue designado Director Ejecutivo de Investigación e Información para las Políticas de la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra, Suiza. El 1 de diciembre de 2000 fue designado Secretario de Salud en el gobierno de Vicente Fox. Durante su periodo se funda la COFEPRIS siendo la primera agencia regulatoria de salud en México. Ha sido en dos ocasiones candidato a la Dirección General de la Organización Mundial de la Salud, en las cuales no ha alcanzado el puesto. Es consejero de la Fundación Bill & Melinda Gates y fue designado por Carlos Slim como director general del Instituto Carso de la Salud. Desde el 1 de enero de 2009 es decano de la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad Harvard, y el 13 de abril de 2015 se anunció que será el sexto presidente de la Universidad de Miami, y primer presidente hispano, cargo al que accederá en septiembre de 2015.

⁴² Calderón, Hinojosa, Felipe, op cit., nota 10, p. 199.

⁴³ Instituto de Salud de México y Secretaría de Salud, *Seguro Popular de Salud*, recuperado de: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=1051>, consultado el 10 de enero de 2015, a las 15:30 horas.

CAPÍTULO SEGUNDO

CAPSULA HISTÓRICA DEL DERECHO A LA SALUD

2.1. El tema de la salud en el derecho colonial

Las leyes de Indias en el año de 1541, 1570 y 1587, dan inicio con la fundación de *hastíateles* y se nombran los primeros protomédicos generales; se reguló el ejercicio de los médicos cirujanos y boticarios⁴⁴.

La Constitución Política de la Monarquía Española en el año de 1812, en la cual, se establecieron las facultades de las cortes para aprobar los reglamentos para sanidad del reino. Encargaba a los Ayuntamientos la policía de salubridad y comodidad así como el cuidado de los hospitales, hospicios, casas de apósitos y demás establecimientos de beneficencia⁴⁵.

El Decreto Constitucional para la Libertad de América Mexicana en el año de 1814, otorga al Supremo Congreso la facultad de expedir los reglamentos que condujeran a la sanidad de los ciudadanos⁴⁶.

La época colonial fue testigo de un sin número de apariciones y desapariciones de enfermedades nuevas y viejas, no existía un límite para ello; además había carencia en la eficiencia de la sanidad pública, por tanto no existía un límite para la aparición de grandes epidemias causantes de catástrofes sociales.

Las enfermedades más comunes en esta época eran las paperas, sarampión, fiebre amarilla y la tos ferina, la atención médica estaba limitada a las

⁴⁴ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *Medicina y Derecho intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2008, p. 83.

⁴⁵ *Idem*

⁴⁶ *Idem*

familias más acaudaladas debido a lo anterior el índice de mortalidad era alto y promedio de vida era bajo.

2.2. El establecimiento del derecho a la salud en el México independiente

En el año de 1823, se otorgó a los jefes políticos la facultad de exigir a los ayuntamientos el cumplimiento y vigilancia relativos a la embriaguez, salubridad de las poblaciones y la limpieza⁴⁷.

Una vez constituido ya el territorio mexicano, se reguló en los ordenamientos el tema relativo a la salud, sin embargo, por lo que respecta a la Constitución del 4 de octubre de 1824, no se estableció nada relativo a salubridad.

Las Siete Leyes Constitucionales de 1836, el 9 de septiembre de 1835 hubo golpe de Estado y con ello se dejó de reconocer la Constitución de 1824, en su función de poder constituyente hizo suya la facultad de cambiar la forma de gobierno.

En el año de 1836 se establece las Siete Leyes Constitucionales, y se estructuró un sistema de gobierno central con tintes aristocráticos, tuvo vigencia hasta el año de 1941, cuando se terminó por convocar nuevamente al Congreso Constituyente⁴⁸.

En la Constitución centralista de 1836, encargaba a los Ayuntamientos la policía de salubridad, así como cuidar de hospitales de beneficencia que fueran de carácter público⁴⁹. Los Ayuntamiento que se encontraban en los municipios eran regulados por las Siete Leyes.

⁴⁷ *Idem*

⁴⁸ Carpizo, Jorge, *El sistema Presidencial Mexicano: Dos Siglos de Evolución*, México, ADRUS, 2011, pp. 14-15.

⁴⁹ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 85.

Las Bases de la Organización Política de la República, en 1841 se convocó al Congreso Constituyente y resultado de ello, en el año de 1843 se expidieron las Bases de la organización política de la República Mexicana, obra realizada por Nicolás Bravo entonces presidente del país⁵⁰.

En cuyo documento se crearon los fondos para establecimientos de instrucción y beneficencia pública; se establece pero no de forma autónoma, fijar competencia y delegar facultades a los Ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales para que se hicieran cargo en materia de salud⁵¹.

Las Bases de la organización política de la República, no se establecen como derechos sociales dentro de dicho documento, sin embargo existe delegadas facultades a distintos organismos para que regulen lo correspondiente en materia de salud.

La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos promulgada el 5 de febrero de 1857, en la cual hace referencia a la materia de salud pero reservándola para los estados; se reformó esta constitución en año de 1908 para otorgar al Congreso la facultad para dictar leyes sobre salubridad general y de esa forma se elevó a carácter federal⁵².

Consecuencia a las leyes de reforma se le quita a la iglesia la injerencia en asuntos de carácter público y es justo en ese momento cuando el Estado se convierte en la autoridad responsable del pueblo en materia de supervisión de salud; con ello se crean distintas dependencias públicas como fueron: el Consejo

⁵⁰Carpizo, Jorge, *op. cit.*, nota 47, p. 15.

⁵¹ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 85

⁵² *Ibidem*, p. 86.

Superior de Salubridad que operó en el Distrito Federal y con Delegaciones en distintas partes del territorio nacional⁵³.

El 15 de junio de 1891, el Ejecutivo Federal en uso de sus funciones extraordinarias expidió el primer Código Sanitario de México, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud, pues el carácter dinámico que la protección de la salud representa ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia⁵⁴.

Pero esto fue así debido a los primeros regímenes de la Revolución, que tuvieron como propósito superior, brindar a cada mexicano mejores y más amplias condiciones de existencia, destacándose el esfuerzo por elevar los niveles de salud del pueblo, de esta forma se conquistaría más tarde con carácter de constitucional el derecho a la salud y fue de esa manera cómo surge ese derecho, contenido dentro de los derechos sociales y menester al amparo del constitucionalismo social; fue plasmado como tal en la Constitución de Querétaro del 5 de febrero de 1917 ⁵⁵.

En México, en el año de 1914 los trabajos eran escaso y consecuencia a ello en 1915 una gran parte de la población sufría de hambruna así como de enfermedades como paludismo, fiebre amarilla, viruela y tifo, quienes se hacía

⁵³ Suprema Corte de Justicia de la Nación, recuperado de <https://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf> p. 10, consultado el 17 de marzo de 2015, a las 11:34 horas.

⁵⁴ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Recuperado de <https://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf> p. 11, consultado el 17 de marzo de 2015, a las 12:40 horas.

⁵⁵ Kaplan, Marcos et al., *Derecho Constitucional a la problemática de la salud*, 2ª. ed., México, Porrúa, 1995, p. 51.

cargo en ese momento eran los médicos que formaban parte del Consejo Superior de Salubridad, funcionaba con brigadas sanitarias es así como atacan por primera vez los brotes fuera del Distrito Federal, la función de salud que brindaba el gobierno en esta época era de atender enfermedades epidemiológicas principalmente en puertos y fronteras⁵⁶.

En el año de 1917 los constituyentes de Querétaro tuvieron gran interés en la problemática sanitaria y para ese momento se establecieron las bases para un sistema de salud, no como una garantía constitucional, más bien como garantías laborales y de seguridad social, era una atribución del Poder Legislativo y este facultó al Consejo de Salubridad General así como al Departamento de Salud⁵⁷.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos promulgada en Querétaro del 5 de febrero de 1917, desde la Revolución mexicana del 20 de noviembre de 1910 se tuvo el propósito de brindar a los mexicanos mejores y más amplias condiciones de salud elevándose el esfuerzo por cada gubernatura para que se expandieran los sistemas, instituciones y programas de salud, debido que en ese momento se encontraban con problemas sanitarios, se buscaba con esta iniciativa lograr un igualdad en materia de salud entre los mexicanos y modificado de forma amplia mediante reforma de 1981⁵⁸.

Tras la revolución mexicana, en el texto original que hace referencia al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada en el diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, señala la libertad del

⁵⁶Yáñez Campero, Valentín H., *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 2000, p. 19.

⁵⁷Pérez, López, Miguel, *El derecho Constitucional a la protección de la salud*, México, Recuperado de <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/44/49-02.pdf> p. 199, consultado el 13 de enero de 2015, a las 18:36 horas.

⁵⁸*Idem*

trabajo y al ejercicio de las profesiones, y dicho artículo quedo inserto de la siguiente manera⁵⁹:

Art. 4.- A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial. La ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo, y las autoridades que han de expedirlo⁶⁰.

La Revolución Mexicana y la Constitución de 1917 tuvieron el mismo objetivo el crecimiento económico; la igualdad, justicia y bienestar de todo, “la nota más característica de la Ley fundamental consiste en que fue la primera en incorporar normas de carácter social”⁶¹.

El derecho a la salud recién comenzaba a figurarse en la Constitución de 1917 como un derecho social. Esta corriente que fue marcada como “constitucionalismo social”, encabezado por Pierre Marie Leon Duguit, permiten el derecho a la salud en nuestra Carta Magna⁶².

Además como resultado de la Constitución, el Consejo de Salubridad tenía obligaciones jurídicas, para emitir disposiciones y normas de carácter general; que debían ser observadas a nivel nacional, se respetó la autonomía a nivel federal, estatal y municipal excepto en materia de salubridad general, se da una especial mención a los trabajadores⁶³.

⁵⁹ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 86.

⁶⁰ Diario Oficial de la Federación, Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/1917.pdf>, consultado el 20 de enero de 2015 a las 14:51 horas.

⁶¹ Carpizo, Jorge, *Estudios constitucionales*, 8ª. ed., México, Porrúa, 2003, p. 439.

⁶² Díaz, Müller, Luis T., *op. cit.*, nota 1, pp. 4-5.

⁶³ Yáñez Campero, Valentín H., *op. cit.*, nota 56, p. 22.

En el año de 1931, con el entonces presidente Pascual Ortiz Rubio, se crea el Servicio de Sanidad para los estados, tiene como principal característica fortalecer a las localidades⁶⁴.

Fue hasta el año de 1941, que se consolida en nuestro país las instituciones estatales en materia de salud, sin que estas tuvieran el carácter de federal debido a la forma en la que se encontraba constituida la administración dependiendo de los estados y municipios, se refleja como un avance en materia de salud⁶⁵.

Para el año de 1955, se continúa en México con la problemática del paludismo, se denota un gran interés debido a que una gran parte de la población padecía esa enfermedad; el gobierno para erradicar ejecutó el Plan Nacional de Erradicación, contó con el apoyo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud aún y con estos apoyos se consideraba una problemática que invadió a nuestro país, para el año de 1958 figuraba entre las diez principales causas de defunción⁶⁶.

En el año de 1980 se incluyó la materia de salud en al artículo 4º agregándose un tercer párrafo donde se reconoció el derecho de los menores a la salud física y mental, pero sus padres o tutores continuaban siendo responsables de la salud de ellos; debido a que se les garantizaba la salud a únicamente a los adultos de forma completa, de esta forma las instituciones de gobierno restringían el derecho basándose en la edad de los habitantes⁶⁷.

De tal forma se reconoció el derecho a la salud en el artículo 4º Constitucional; le da fuerza la iniciativa para adicionar un tercer párrafo, que versaba acerca del derecho a la protección de la salud, presentada en 1982 por el

⁶⁴ *Ibidem*, p. 23.

⁶⁵ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 85.

⁶⁶ Yáñez, Campero, *op. cit.*, nota 56, p. 29.

⁶⁷ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 86.

entonces presidente Miguel de la Madrid Hurtado, la reforma que estableció una serie de mejoras para que la salud se expandiera y con ello se logrará la igualdad en materia de salud a todos los habitantes del territorio mexicano.

Se optó precisamente por la expresión “derecho a la protección de la salud”, porque “tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados”. El Estado tiene la responsabilidad como lo señala el citado artículo de cumplir con elevar la salud de los individuos, los individuos tienen la obligación recíproca de contribuir con el Estado para que podamos satisfacer de este derecho y lograr la finalidad de elevar la salud en todos los individuos⁶⁸.

“El Estado comparte con el mercado de servicios médicos y otros prestadores de insumos necesarios para la atención médica, así como los individuos directamente interesados, la responsabilidad de preservar, mejorar y en su caso restaurar la salud bajo principios de solidaridad y justicia social”⁶⁹. Hasta ese momento el Estado no se compromete del todo haciendo responsable a los interesados de forma directa y además a los individuos que se ven inmersos en el campo de la medicina.

Es menester aclarar que la salud no es un negocio, no es algo de lo que se debiera obtener ganancia alguna, sino más bien de velar y salvaguardar la salud, hasta elevarla al más alto nivel posible a cada individuo dependiendo de sus características físicas, psicológicas y sociales, en ese momento la prevención se veía en sus etapas iniciales.

Algunos problemas como el cólera, se veían disminuidas por el uso de letrinas o baños, así como el drenaje público, el uso de cloro, de agua potable por

⁶⁸ Maqueo, Ramírez, María Solange et. al., *Derecho Constitucional de los derechos humanos*, México, Porrúa, 2012, p. 272.

⁶⁹ *Idem*.

general en las zonas urbanizadas y se disminuyó de forma fehaciente dichas enfermedades debido a las medidas de prevención.

Se aprueba la iniciativa y se reforma el artículo 4° Constitucional, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1983, mediante dicha reforma se adiciona el párrafo penúltimo que tenemos actualmente, se establecieron dos principios básicos como: cumplir con los compromisos en el ámbito internacional y la disposición de bases para el sistema de salud⁷⁰.

“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 concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”⁷¹.

El derecho a la salud es una de los más importantes, si una persona no goza de plena salud no podrá realizar su actividades cotidianas de forma cabal y tampoco ayudar a un desarrollo social pleno, la salud es de suma importancia debido a que una población que goza de una buena salud será un pueblo productivo y ayudará al desarrollo. Al apostar el Estado en las personas que integran su población, su desarrollo aumentará y mejorara la calidad de vida para cada uno de los habitantes.

Tal reforma dio paso a que se legislara en materia de salud y con ello se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1984 la Ley General de Salud, que entro en vigor el 1° de julio del mismo año, misma que sustituye al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1973⁷².

La Ley General de Salud, constituye el instrumento jurídico básico para conceder el contenido en material y estructura de forma funcional y así dotar de derecho a la protección en el rubro referente a la salud, con ello estableció las bases jurídicas para la conformación del sistema Nacional de Salud, la reforma

⁷⁰ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op. cit.*, nota 43, p. 86.

⁷¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recuperada de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1, consultado el 3 de marzo de 2015.

⁷² Maqueo, Ramírez, *op. cit.*, nota 67, p. 272.

tuvo carácter concurrente y se caracteriza por ser visto desde una óptica descentralizadora, debido a que se involucra a nivel federal, estatal y municipal; así como a los sectores social y privado⁷³.

2.3. Fuentes internacionales referentes al derecho a la salud

El modelo que en este momento se tiene de la seguridad social es tomado de los modelos Bismarck y Beveridge.

Modelo Bismarck, principal modelo de servicio médico, el modelo de financiamiento de la seguridad social en pilares no es otra cosa que la combinación de dos modelos ideados en la Alemania por Bismarck y en España por Beveridge, estos modelos consistían en establecer las mínimas de seguridad social para los trabajadores y de esa forma se dotaban entre otras cosas del derecho a la salud, en el cual mencionaba lo siguiente:

“Accidentes de Trabajo de los Obreros y Empleados de Empresas Industriales y durante 1889 la del Seguro de Invalidez y vejez. Con ello el Estado pretendía fortalecer la importancia de la seguridad social interviniendo en la vida económica del país, Bismarck pensaba que con este tipo de disposiciones se lograba la tranquilidad económica ya que afirmaba —un hombre que tiene asegurado su porvenir, su vejez tranquila, el bienestar de sus familiares, no es anarquista ni atenta contra la vida del emperador; démosle ahora a los pobres a lo que tienen derecho antes de que nos lo arrebaten por la fuerza”⁷⁴.

El modelo Bismarck y el modelo Beveridge, son los más usuales en Europa, en los Estados Unidos Mexicanos se basaron para realizar el acceso a la seguridad social.

El modelo Beveridge tiene su origen en el sistema de salud británico y es seguido en Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Islandia, España, Italia y Portugal, entre otros. Se financia con los impuestos de toda la población, apuesta por una protección sanitaria universal, tiene una amplia red de centros sanitarios propios, no suele tener copago para los servicios sanitarios, excepto el copago farmacéutico y regula el precio de los medicamentos.

⁷³ *Ibidem*, p. 273.

⁷⁴ Ruíz, Medina, Miguel Ildelfonso, *Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán Sinaloa*, recuperado en http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/bismark_beveridge.html, consultado el 13 de marzo de 2015.

El modelo Bismarck nace en 1883 en Alemania. Está presente en Alemania, Bélgica, Suiza, Austria, entre otros, se financia con primas, Existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico y no ofrece protección universal⁷⁵.

Por otra parte como señala Hernández Cervantes, el modelo de Bismarck se reconoce como antecedente directo de la seguridad social, en la edad media los gremios eran los que otorgaban el derecho a sus trabajadores de indemnizarlos en caso de que lo creyeran necesario, en esta etapa solo los trabajadores otorgaban las cantidades necesarias para hacer valer tal derecho. Con el paso del tiempo y derivado de la Revolución Industrial de fines del siglo XVIII, los trabajadores aumentaron al igual que las necesidades de los mismos, fue por ello que se buscó una forma de protegerlos de la enfermedad, muerte, vejez y el desempleo, ello dio paso a probar diferentes formas, entre ellas figura la protección mediante cajas o bancos de ahorro patrocinadas por el Estado, también se obligaba a los patrones a colaborar con los trabajadores enfermos o heridos mediante el apoyo económico, finalmente existían asociaciones de ayuda mutua que daban un cantidad pecuniaria modesta en caso que el trabajador se encontrara en alguno de los siguientes supuestos: enfermedad, vejez, seguro de vida y en caso de muerte ayudar a los gastos funerarios⁷⁶.

Lo anterior da paso al modelo alemán denominado Bismarck, debido a que fue propuesto por el canciller alemán en 1883 y 1889, surge como una política social, su discurso verso en la necesidad de asegurar al trabajador no sólo en el presente sino también en pensar en su futuro, por lo que afirmó que desde ese momento se le tenía que asegurar⁷⁷.

⁷⁵Organización de Consumidores y Usuarios, *Dos modelos de sanidad pública*, España, recuperado de <http://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/dos-modelos-de-sanidad>, consultado el 21 de marzo de 2015, a las 13:27 horas.

⁷⁶ Hernández, Cervantes, Aleida, *La seguridad social en crisis; caso del seguro social en México*, pp.12-13.

⁷⁷*Idem*.

Consecuentemente Bismarck planteo la política social, “corregir los males del régimen económico y social del capitalismo, mejorando la condición de los trabajadores y evitar los daños a los que se están expuestos”⁷⁸.

Bismarck quería el mejoramiento de las condiciones de vida de los obreros alemanes, pero se dio cuenta que el movimiento obrero socialdemócrata amenazaba la paz interior del país y a efecto de poner un dique, dictó, el 21 de octubre de 1876, la ley antisocialista, que prohibió toda asociación que, mediante la predica de doctrinas democráticas, socialistas o comunistas, pretendía en la transformación del orden político y social; ante el disgusto de los trabajadores y para compensar la pérdida de la libertad de pensamiento, el Emperador Guillermo I, en 17 de noviembre de 1881, anunció un nuevo mensaje la creación del seguro social⁷⁹.

Según Kusnir nos habla de las contribuciones del canciller alemán que sirvieron como paradigma para muchos países y no sólo europeos, africanos y asiáticos, sino que hasta algunos países americanos como es el caso de México al señalar lo siguiente:

Su aporte más conocido fue el establecimiento del seguro social obligatorio, instrumento que sería adoptado de manera creciente en el continente europeo y en otros países. En 1881, se introdujo en Alemania el seguro contra accidentes; en 1883, el seguro de enfermedad, seguido en 1889 por la creación del seguro de vejes e invalidez, todos éstos jurídicamente obligatorios⁸⁰.

Finalmente en Weimar (Alemania) en 1919, se agregan más demandas del sector obrero como son: el derecho de los trabajadores a tener condiciones económicas y de seguridad mínimas; reconocimiento a la negociación colectiva y a los sindicatos; y el sistema de seguro social al desempleo⁸¹.

El modelo de Otto Von Bismarck, se planteó entre 1869 y 1889 en Alemania, como una respuesta a las exigencias del socialismo⁸².

“En 1869 se expide una primera reglamentación para cuestiones de trabajo, protección de la vida y de la salud de los operarios, con normas legales reguladores del trabajo de las mujeres y de los menores; en 1881 introduce un compendio de legislaciones que fueron la base para dar origen al Seguro Social, creando en 1883 un seguro de enfermedades y en 1884 establece el régimen de seguros de accidentes laborales y al

⁷⁸De la Cueva, Mario, *op. cit.*, nota 28, p.6.

⁷⁹*Ibidem*, p. 186.

⁸⁰ Kusnir, Liliana, *La política social en Europa*, México, Fondo Solidad-Porrúa, 1996, p.30.

⁸¹ Hernández, Cervantes, Aleida, *op. cit.*, nota 75, p.15.

⁸² Méndez, George, León Magno, *op. cit.*, nota 39, p.11.

final, en 1889, corona su vocación social con el Seguro de vejez e invalidez. Así la frase acuñada por Bismarck hoy tiene plena vigencia 'por caro que parezca el Seguro Social, resulta menos gravoso que los costos de una revolución'"⁸³.

En el modelo de Bismarck se ve reflejada la necesidad que existía debido a la época, que experimenta grandes cambios, debido a que a finales del siglo XVIII se dio la Revolución Industrial, es por ello que la población trabajadora aumenta y con ello sus necesidades, las cuales si no se atendían a tiempo resultaría complejo controlar a la población y ello podría llevarlos hasta una guerra, es por ello que el canciller alemán de forma muy astuta decide pronunciarse a favor de las medidas necesarias de carácter social para con ello lograr la paz social en Alemania.

Bismarck señala que es menor el costo por alto que parezca la seguridad social puesta en ponderación con lo que puede llegar a costar una revolución, parece por demás interesante que las medidas otorgadas en materia de seguridad social fueron por demás idóneas para los trabajadores, debido a que le otorgaban el seguro contra accidentes, el seguro de vejes e invalidez.

Consecuencia a ello y derivado del modelo alemán y hasta este momento se ve reflejada en distintos países entre ellos México, toda vez que se cuenta con una seguridad social que contempla dichos conceptos. Con posterioridad en la República de Weimar en 1919, se logran conquistar y sumar los siguientes el derecho de los trabajadores a tener condiciones económicas y de seguridad mínimas; reconocimiento a la negociación colectiva y a los sindicatos; el sistema de seguro social al desempleo, que también se establecen en nuestro país.

Estos modelos se aplican en México mediante la Seguridad Social que se encarga de brindar atención aunque por medio de contribuciones, como lo establece la Ley General de Salud, como es en el modelo Bismarck por medio de primas, se podría decir también que el modelo Beveridge es implementado en México, el Estado contribuye para lograr la atención médica por medio de la

⁸³*Idem.*

seguridad social y ello lo realiza por medio de los impuestos de la población. Es por lo anterior que parecen ser implementados en México estos dos modelos⁸⁴.

Otro antecedente histórico por demás devastador fue la masacre en forma masiva que se llevó a cabo en el campo de concentración de los alemanes nazis en la localidad polaca de Auschwitz, durante los años 1939 a 1945, en donde torturaron y en hornos de gases químicos mataron a más de un millón de judíos, en ese momento la salud, la dignidad y la vida de las personas se encontraban inmersos en ese panorama devastador producto de la segunda guerra mundial.

Los excesos del poder político, los intereses sin medida, la xenofobia y las finalidades perseguidas durante el tiempo de guerra trajeron consigo un devastador panorama que marca la vida de las personas a nivel internacional, es uno de los sucesos más terribles y mortíferos del siglo XX que los humanos hayamos tenido en la razón, la segunda guerra mundial cobro millones de vidas humanas en distintos países, solo por mencionar a Hiroshima y Nagasaki.

Entre los hechos más catastróficos se encuentran, las tragedias derivadas de los lanzamientos de dos bombas atómicas por el gobierno de Estados Unidos de Norte América, una en Hiroshima que dejó como resultado un cantidad de 197,000 personas muertas, el día el 6 de agosto y el 9 del mismo mes en Nagasaki que dejó como resultado la pérdida de 74,0000 vidas humanas, ambos sucesos se sucintaron en el año de 1945, con estas tragedias llegó a su final la segunda guerra mundial cambió el mapa y con ello el rumbo del mundo y al terminar la segunda guerra mundial se creó la ONU⁸⁵.

⁸⁴ Alemania

⁸⁵ Rodríguez, Espinoza, Héctor, *op. cit*, nota 3, p. X.

2.4. La Organización Mundial de la Salud

Con la ONU colabora la OMS que es la máxima autoridad en materia de salud, “trabaja con agencias especializadas, con organismos de salubridad de los gobiernos profesionales y con otros grupos relacionados con problemas de la salud”⁸⁶.

El preámbulo de la Constitución de la OMS, en el año de 1946 establecieron el siguiente concepto de salud: “la salud es: el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad”⁸⁷.

La OMS, es el organismo de las naciones unidas, especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Sus actividades son llevar medidas sanitarias, asistencia a los países menos avanzados en vacunación, un programa estatal de lucha contra el sida, garantizar el acceso a medicamentos de buena calidad de seguridad y eficacia, realiza campañas para el aumento de consumo de comida de frutas y verduras y para reducir el uso del tabaco.

Se reunieron los jefes de Estado para discutir temas que son de importancia para la salud, como paradigma en el 2001 el secretario general de la ONU, Kofi Annan, propuso a los jefes africanos reunidos en Abuja, para tratar el tema referente al síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) entre otras enfermedades infecto contagiosas, se congregaron con la finalidad de debatir temas referentes a la salud y proponer soluciones de forma económica y social y combatirlas de manera pertinente⁸⁸.

⁸⁶ *Idem* p. 28.

⁸⁷ Organización Mundial de la Salud, recuperado en <http://www.who.int/suggestions/faq/es>, consultado el 23 de marzo de 2015 a las 14:53 horas.

⁸⁸ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op cit.*, nota 43, p. 83.

A demás de lo anterior, se hace un especial énfasis en el tema a la no discriminación, examinando la discriminación de género señalándose que las mujeres corren riesgos que los hombre no, ejemplo de ello los riesgos maternos, mutilación genital, la falta de instrucción en materia de planificación familiar, riesgos en el trabajo, violencia doméstica y la falta de investigación sobre cuestiones de salud propias del sexo femenino.

2.5. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en relación con la salud

Con el surgimiento de los países socialistas y debido a la gran indignación que existió por la segunda guerra mundial, se firmó también la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el año de 1948, se estableció como resultado de tiempos memorables y con la finalidad de elevar las condiciones sociales, económicas y políticas de cada país parte, para con ello dignificar, liberar y dotar de igualdad a la sociedades de los Estados miembros. En el caso de nuestro país desde ese momento y hasta ahora es considerado parte y con ello denota el interés que tiene con la sociedad y a su vez de forma explícita establece su responsabilidad de elevar las condiciones de vida y cumplir con el derecho a la salud, como derecho básico de todo ser humano⁸⁹.

De lo anterior se desprende que el Estado mexicano forma parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y ha firmado divisos tratados en materia de salud, de forma diplomática está comprometido a medida de sus posibilidades económicas y del interés que cada individuo tenga por elevar su nivel de salud.

Si la atención médica, psicológica y psiquiátrica se encuentran lejos de la posibilidad de acceder a toda la población y hacemos especial mención a la población rural, es justo ahí donde existía una ambigüedad debido a que no se

⁸⁹ *Ibidem*, p. 84.

cumple el principio de igualdad que señala el artículo 1° Constitucional, que establece la igualdad por el solo hecho de ser mexicano, entonces ¿teníamos los mismos derechos de acceder a servicios de salud? o ¿solo quedaban en algunos pactos burocrático?

Podríamos pensar que se cumplía pero no para todos de forma igualitaria, sólo para un reducido sector de la población y nada más, según las estadísticas señaladas para el año de 1955 un 58% de la población moría de enfermedades como la Poliomielitis ello refleja la necesidad que se tenía en aquel momento por ampliar la tecnología, la investigación, campañas de salud y la atención médica⁹⁰.

En la realidad contextual de México independiente nos encontramos que para elevar esa calidad de salud a la que tanto hacemos alusión, resulta inexorable poder imaginarnos que solo se logrará con una simple consulta médica, psicológica ó psiquiátrica de forma externa; sin una secuencia o sin aliviar lo que se padece y cuando nos vemos en la necesidad de medicamentos o intervención quirúrgica, entonces resultaba en muchas ocasiones que si no teníamos seguridad social no podíamos lograr “aliviar”; solo si teníamos el suficiente capital económico podríamos lograr la finalidad anhelada; es justo ahí donde se ve reflejada la desigualdad marcada por la diferencias económicas, entonces si la finalidad es elevar la calidad de vida podríamos afirmar que se estaba trabajando para brindar mejores condiciones de salud.

2.6. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en materia de salud

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en lo subsecuente me referiré a él cómo PIDESC, del año de 1966 fue el primer

⁹⁰ Academia Europea de Ciencias y Artes, recuperado de www.academia-europea.org/pdf/SEU%20-%202.pdf, consultado el 23 de marzo de 2015, a las 16:37 horas.

mandato que se le da al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, con base en el artículo 68 de la Carta de San Francisco, se reconoció el derecho a la salud y señala las obligaciones de los Estados de establecer medidas para hacerlas efectivas; cuya competencia fue elaborar estudios de investigación sobre Derechos Humanos y recibir denuncias escritas o verbales sobre violaciones graves⁹¹.

Ese tratado fue firmado por México en el año de 1981 por el expresidente de la República mexicana José López Portillo, en la ciudad de Nueva York, en donde el país se compromete a llevar a cabo dicho tratado en el cual se hace del conocimiento que:

“con arreglo a la Declaración Universal de Derechos Humanos no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y político”⁹².

En el PIDESC en su artículo 12 se reconoció el derecho a la salud, señalado además en el artículo primero que los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, pero al señalar “el nivel más alto” no establecen cuál es dicho nivel, porque al señalarlo de esa forma es subjetivo, debido a que estamos hablando de salud y cada persona es distinta; resultado a ello no se puede obligar de forma horizontal a los Estados a cumplir con el propósito debido a las diferencias personales e incluso al interés individual.

Tampoco señalan en dicho artículo como se puede llegar al “nivel más alto de salud física y mental” si se obliga a los Estados parte a que ofrezcan atención

⁹¹ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op cit.*, nota 43, p. 84.

⁹²Declaración Universal de Derechos Humanos, recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf>, consultado el 23 de mayo de 2015 a las 19:00 horas.

médica o que se otorgue por medio de seguridad social, de acuerdo a las necesidades del individuo.

Podemos entender entonces aunque no se encuentre establecido que “el nivel más alto de salud posible” tomaremos en cuenta la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar de dicho nivel, las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado⁹³.

Cabe hacer la aclaración que aunque los Estados formen parte, con respecto al derecho a la salud debemos entender que la relación no es única y exclusiva del Estado, porque las personas tenemos una serie de características genéticas y podemos hacernos propensos a una adopción de un estilo de vida que favorezca o no nuestra salud; ello en conjunto con el Estado da como resultado el nivel de salud en el país.

Las obligaciones conferidas al Estado son el ofrecimiento de una gama de facilidades, bienes servicios y condiciones necesarios para alcanzar el nivel más alto posible en materia de salud⁹⁴.

Se establecieron las medidas que debieron adoptar los Estados parte en el PIDESC a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho a la salud, figuraron las medidas necesarias para: La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños, el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo, medio ambiente, prevención, tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales; la lucha contra ellas, las creaciones de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

⁹³ Pérez, Portillo, Karla, *op. cit.*, nota 22, p. 596.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 597.

Los Estados parte se obligaron de conformidad con sus posibilidades; se establecieron metas, derechos y obligaciones, lo cual genera una serie de confusiones debido a que se establece como debería ser el derecho a la salud en cada Estado, pero no todos los Estados cuentan con la misma economía, política y desarrollo; es por ello que cada Estado logra las metas en distinto tiempo.

Respetarnos en nuestros derechos significa que nadie estamos obstaculizando en la realización y que cada Estado está trabajando para que llevemos a cabo las finalidades de conformidad a lo pactado en el PIDESC; el derecho se está realizando incluso se alcanza la meta a medida del desarrollo económico, político y social de cada Estado⁹⁵.

¿Los Estados en conjunto con la población estamos haciendo lo necesario para que se realice el derecho a la salud? Sí, es así, entonces el derecho se está respetando debido a que estamos haciendo lo posible, inclusive si sigue habiendo gente que muere por falta de atención médica, debido a que se trabaja a medida de las posibilidades del Estado y naturalmente en su mayoría la gente que muere de esa forma es la clase vulnerada, por la cobertura que tienen la mayoría de los Estados parte del pacto del PIDESC.

Merece la pena que hagamos una especial mención en nuestro país, se está trabajando en materia de salud en la actualidad existen campañas respetos de enfermedades como el cáncer y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, esto ayuda en la prevención de estas enfermedades, pero a contra polo resulta ser un obstáculo debido a la expansión de pacientes que generan nuevos obstáculos para garantizar el más alto nivel de salud.

Por otra parte la Declaración sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social del año 1969, es en dicha declaración que se establece la necesidad por adoptar

⁹⁵ Rodríguez, Espinoza, Héctor, *op. cit.*, nota 3, p. 269.

medidas sanitarias, sistema de seguridad social y medidas para rehabilitación e integración de discapacitados⁹⁶.

Aunado a lo anterior, la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en el año 2000 define el alcance, características, elementos y componentes a la salud en lo general obligaciones de los Estados y define las violaciones al derecho a la salud⁹⁷.

2.7. La Declaración de Alma-Ata, referente a la salud

Declaración de Alma Ata en el año de 1978, se establece el concepto de atención primaria de salud⁹⁸. En la conferencia se plantea como punto V lo siguiente:

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e [y] de la comunidad mundial entera [entera] en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social⁹⁹.

Señalan en la conferencia como atención primaria, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y es equivalente al primer contacto de los individuos con el sistema nacional de salud, puestas al alcance de todos los individuos a un costo que la población y el Estado podamos contar dentro de nuestras posibilidades¹⁰⁰.

⁹⁶ Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op cit.*, nota 43, p. 84.

⁹⁷ *Idem*

⁹⁸ *Idem*

⁹⁹ Declaración de Alma Ata, recuperado en: http://www.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Declaracion_Alma_At_1978_es.pdf, consultado el 20 de octubre de 2015 a las 13:00 horas.

¹⁰⁰ *Idem*

La conferencia, tuvo varios resultados de forma positiva para algunos países como Costa Rica, China y Sri Lanka consiguieron elevar sus indicadores en salud, el primero de ellos logró disminuir la mortandad infantil hasta un 70% y en adultos un 40% en los años de 1970 y 1983, debido a la expansión en materia de salud, se llevaron a cabo campañas para que llegara el agua potable a zonas rurales, se aplicaron vacunas contra enfermedades como la difteria y el sarampión; se llevó el Programa Salud Comunitario Urbano conocido con las iniciales PSR, que ayudó a mejorar la calidad de vida en las personas que vivían en barrios pobres y se sumó a lo anterior el progreso en la calidad educativa; con todo ello se disminuyó de forma fehaciente la mortandad¹⁰¹.

Además se establece la obligación de atención primaria, servicios, prevención y educación en materia a la salud como obligación en el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Protocolo de San Salvador del año de 1988¹⁰².

¹⁰¹ Organización Mundial de la Salud, Acción sobre los factores sociales determinantes de salud: aprender las experiencias anteriores, recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf, consultado el 24 de marzo de 2015 a las 20:23 horas.

¹⁰² Ruíz de Chávez, Hugo Manuel, *op cit.*, nota 43, p. 84.

CAPÍTULO TERCERO

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA

3.1. El derecho a la salud a través de los años en la Constitución de España

El derecho a la salud, como lo hemos conceptualizado anteriormente podemos señalarlo y hasta llegar a afirmar mediante la manifestación, que es ambiguo e incluso llegar a considerado como un derecho pragmático, "...Entendido este como que la realidad jurídica no es un hecho constatable por la observación, sino un conjunto de conceptos, que son verdaderos porque con su ayuda se puede llegar a proteger socialmente situaciones que es legítimo proteger, y en cuya protección hay un interés social"¹⁰³.

El derecho a la protección de la salud atiende un derecho social, que si bien intenta cobijar de tal garantía a toda la población, claro es también que no siempre sucede de esa manera, sino de forma parcial para la sociedad, entendemos esto último, como los deseos que tiene el Estado y que no se logran concretar de forma universal en su población, debido a situaciones multifactoriales.

Aunado a lo anterior podríamos llegar incluso hablar de forma acelerada e inclusive afirmar que el mundo carece de asistencia sanitaria, aunque por otra parte, se podría pensar que existe un desequilibrio en el mismo, que es aparente, porque claro es que la garantía del derecho a la protección de la salud dependerá de la capacidad propia de cada Estado, y citando el principio de *ad impossibilia nemo tenetur* (nadie está obligado a lo imposible), ningún Estado está obligado a ofrecer para sus habitantes una vida sana y lejos de las enfermedades.

¹⁰³ Duguít, León, *El pragmatismo jurídico*, Universidad de Madrid, *Biblioteca Virtual Antorcha*, Recuperado en: http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/derecho/conferencias/1.html, consultado el 18 de abril 2015 a las 12:00 horas.

También nos encontramos que “los individuos carecen de derecho alguno a exigir una asistencia como la que brindan los sistemas nacionales públicos de salud, sí resulta que no se puede hacer directamente responsable a nadie de las afecciones que eventualmente padezcan”¹⁰⁴, entonces estamos en presencia de un discurso Constitución que quedaría en retórica pura o tal vez utopía en aquellos casos en los que no se pueda atender debido al presupuesto económico con el que cuenta cada Estado y el fin de este presupuesto.

Por otra parte, tanto en la Constitución de España como en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece el derecho a la protección de la salud, pero en ninguna de ellas se señala el mecanismo para hacer exigible de forma total e igualitaria para toda la población tal derecho.

Bajo este orden de ideas, encontramos que en la Constitución Española al igual que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en ambas, podríamos afirmar que solo se habla de una obligación a legislar en materia de salud, también en éstas constituciones se tiene la obligación de lograr cifras que deben arrojar un resultado, aunque en ellas no se vea reflejada la calidad en materia de salud de cada Estado, debido a que éstas se deben medir por otros indicadores que no miden la cobertura de salud.

Y sí, en efecto la OMS, pide cifras que le permiten realizar estadísticas en materia de salud a nivel internacional, y de su propia Constitución se desprende que lo mejor que puede hacer ésta Organización es emitir recomendaciones que carecen de carácter obligatorio.

Ello de conformidad con lo establecido dentro de sus funciones, redactado en su articulado como el número 2, que a la letra señala:

¹⁰⁴ De Lora, Pablo y Zuñiga Fajuri, Alejandra, *El derecho a la asistencia sanitaria; un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid, Lustel, 2009, p.52.

“k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad”.

Además, establece convenios y reglamentaciones, el primero carece de carácter obligatorio, mientras que el segundo obliga pero solo en parte. Señala también en su artículo 62 que “Cada Miembro rendirá un informe anual sobre las medidas tomadas respecto a las recomendaciones que le haya hecho la Organización, y respecto a convenciones, acuerdos y reglamentos”.

Entonces, nos encontramos con que la garantía establecida del Derecho a la salud depende de la capacidad propia de cada Estado. Podemos hablar entonces de un problema biojurídico, debido a que la propia definición establecida por la Constitución de la OMS es abstracta en materia de salud. A todo esto nos es inevitable no traer a cuenta una interrogante que resulta útil ¿Es posible establecer un contenido mínimo del derecho a la salud susceptible de garantía y protección en todo caso?¹⁰⁵ En teoría podría decirse que en efecto se podría establecer, sin embargo esta garantía nunca podría ser universal ni internacional debido a las diferencias económicas abismales que se tienen de un país a otro.

Diferencias económicas, que hacen que la población sufra diversas enfermedades, que sí bien, se afirma que las enfermedades son universales, también es cierto que varían de conformidad con la capacidad económica, nivel de vida e incluso factores ambientales propios de cada país derivado de su ubicación geográfica.

“Tradicionalmente los problemas relacionados con la salud no se consideraban cuestiones de justicia y no formaban parte de una teoría de la

¹⁰⁵ Perera, Pavo, Tomás, “El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental” en Ruiz de la Cuesta, Antonio (Coord.), *Ética de la vida y la salud su problemática biojurídica*, Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2008, pp. 69-76.

justicia. Pero en el Estado social la asistencia se ha convertido en una existencia irrenunciable”¹⁰⁶, además de que se necesita hablar de derecho para regular, el derecho no está para modificar ciertas conductas o problemáticas futuras, ni para crear una realidad, más bien regula y ayuda a la realidad existente.

Aunado a lo anterior tenemos a la justicia por un lado y la salud por otro, ésta última es entendida como “un estado de bienestar físico, mental y social con la capacidad de funcionamiento, y no solo la ausencia de enfermedad o achaque”¹⁰⁷. La anterior definición es muy parecida a la que encontramos en la OMS que en capítulo anterior la hemos señalado.

Entonces, tenemos que en éste momento el derecho a la salud tiene mucho que ver con el aspecto jurídico, desde el establecimiento como tal en diversos países, en sus máximos ordenamientos, en seguida analizaremos como fue la evolución legislativa (en materia de salud) que se tuvo en la Constitución de España.

Adición del derecho a la protección de la salud en la Constitución Española. Respecto a España es necesario precisar que desde el 28 de mayo de 1951, forma parte de la OMS, pese a lo anterior, el derecho a la protección de la salud años atrás ya se había establecido en la Constitución Española, debido a que tomó como antecedente inmediato “La Declaración de Ginebra”.

Desde el año de 1931 la Constitución Española, hace suya dicha Declaración y de esa manera reconoció el derecho a la protección de la salud, inicialmente se plasmó en la Constitución Española, en el numeral 46.2, señalando que tienen los niños reconocido el derecho a la protección de la salud. “El Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos, y protección a la

¹⁰⁶ Martínez, García, Jesús Ignacio, “Justicia y salud. La perspectiva de Rawls”, en González-Torre, Ángel Pelayo (Coord.), *Problemas actuales de derecho y salud; perspectiva desde España*, Granada, Comares, 2014, p.1.

¹⁰⁷ Navarro, Fallas, Román A., *op. cit*, nota 16, p.26.

maternidad y a la infancia, haciendo suya la “Declaración de Ginebra” o tabla de los derechos del niño”¹⁰⁸.

Debemos tener en consideración que dicha Declaración señala dentro de sus principios de forma precisa en el número 4 lo siguiente:

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse con buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados¹⁰⁹.

Este principio sirvió como base para que más tarde se legislara en materia de salud y así fue que quedó legislado el derecho a la protección de la salud en la Constitución Española, que si bien no es como se encuentra en la actualidad, es lo más cercano que se puede encontrar al derecho a la protección de la salud, aunque solo haga alusión a los niños, contrario totalmente a lo que había sucedido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su antecedente de derecho a la protección de la salud, protege a los adultos y señala que los padres deben hacerse responsables de los niños, en ese momento se dejó fuera a los niños (posteriormente se reformó).

Hasta ese momento en la Constitución de España fue con lo que se contó en materia de legislación de derecho a la protección de la salud, concretándose a los casos de enfermedad, ancianos, maternidad y cuidando sobre todo a los niños.

Posteriormente la Constitución Española en el año de 1978 se reformó, y los rasgos jurídicos de tal derecho se insertaron en el numeral 43 que a la letra señala:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

¹⁰⁸ Constitución Española de 1931, recuperada de http://www.fideus.com/cons_1931.pdf, consultado el 1 mayo de 2015, a las 10 horas.

¹⁰⁹ Organización de los Estados Americanos, *Declaración de los derechos del niño*, recuperado de: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>, consultado el 1 de mayo 2015, 9:49 horas.

2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte.
- Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio¹¹⁰.

El artículo antes señalado en el número uno reconoce el derecho a la protección de la salud y no así el derecho a la salud únicamente y propiamente, entonces y de conformidad con los criterios que hemos definido, en la Constitución Española al igual que en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se estable restricciones del Estado respecto a las obligaciones en materia de salud, dejando en manos de los poderes públicos, hacer leyes acerca del derecho a la protección de la salud de forma autonómica, respetando siempre la Ley Nacional.

Sin embargo hay posturas diversas al hablar de la protección o del derecho a la salud en España, debido a que existen manifestaciones en las que señalan algunos doctrinarios en materia de salud que el derecho a la protección de la salud en España debe enfocarse y dejar a un lado la forma paternalista; hablar mejor de solidaridad, universalidad, equidad y por supuesto, la autonomía de la voluntad del ciudadano en España¹¹¹.

Bajo este orden de ideas, notorio es que el legislador en el artículo 43 de la Constitución Española señala que tiene como finalidad encomendar a los poderes públicos la tarea de organizar y tutelar la salud pública; así como el establecimiento de derechos y deberes al mismo tiempo. “Ambas tareas se resumen en el único mandato, estructurar el Sistema de Salud estableciendo los

¹¹⁰ El Congreso de los Diputados inició la publicación de este portal temático con ocasión del 25 aniversario de la Constitución de 1978, Constitución Española, 2015, recuperado de: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&fin=52&tipo=2>, consultado el 13 de mayo de 2015, a las 12:00 horas.

¹¹¹ Alonso, Sergio, *op.*, cit, nota 11, p.17.

derechos y deberes de los ciudadanos en sus relaciones con él, lo que se hizo efectivo con la aprobación de la LGS¹¹².

Lógicamente no se reconoce el derecho a la salud, cuyo objeto sería de difícil cumplimiento, sino el derecho a los poderes públicos a fin de asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la protección a la salud, ello con el objetivo de que los poderes públicos adopten las medidas necesarias para eliminar, en lo posible, las causas de salud deficiente, a prevenir las enfermedades, a su curación en caso de pérdida, a fomentar el nivel de educación y el sentido de responsabilidad en lo concerniente a la misma, y facilitar la reinserción social de las personas, individual y colectivamente, esto es, que la Administración Pública adopte medidas de carácter preventivo y prestaciones para eliminar posibles enfermedades que afecten a los ciudadanos¹¹³.

3.2. La organización territorial de España y su legislación en materia de salud

Para poder comprender la forma en la que se organiza España en cuanto a legislar en materia de salud, es necesario estudiar y entender a cabalidad la organización política derivado de ella.

Primero debemos entender su forma de gobierno, las reglas de competencia y autonomía en el país, entonces, tenemos que es una Monarquía Parlamentaria, debido a que hay un Rey hereditario y un Presidente propuesto por el Rey y aprobado por el Consejo, es totalmente distinta la forma de elección que se establece por lo que ve a México, aunque en ambos hay presidente, la diferencia es clara en cuanto a procedimiento, elección y la figura del Rey, en México está del todo prohibida tal figura de conformidad con el artículo 12 de la

¹¹² Rodríguez, López, Pedro, *Nuevas formas de gestión hospitalaria y responsabilidad patrimonial de la administración*, Madrid, España, Dykinson, 2004, p.97.

¹¹³ *Idem*.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (prohibidos los títulos nobiliarios).

Las siguientes figuras son las que constituyen la Monarquía Parlamentaria en España: La Corona (Jefatura del Estado), Las Cortes Generales (Poder Legislativo), El Gobierno (Poder Ejecutivo), El poder Judicial (Juzgados y Tribunales) y otros órganos constitucionales¹¹⁴.

La Monarquía Parlamentaria, se conforma por: La Corona, cuyo titular es el Rey, y del cual la Constitución lo dota de un triple papel en su Título II: Símbolo de unidad y permanencia del Estado, arbitra y modera el funcionamiento regular de las Instituciones, asume la más alta representación del Estado en las relaciones internacionales¹¹⁵.

La característica fundamental de la Corona dentro de una Monarquía Parlamentaria es que el Rey, Jefe del Estado, sólo tiene aquellas funciones que expresamente le otorgan la Constitución y las Leyes, y no se identifica con ninguno de los tres Poderes clásicos (Ejecutivo Legislativo y Judicial)¹¹⁶.

La Corona, sin lugar a duda en España, juega un papel por demás relevante, debido a que es el símbolo más representativo de país, además de encargarse de las relaciones internacionales; arbitra y modera el funcionamiento regular de las Instituciones, sus funciones son reconocidas constitucionalmente y el titular de La Corona es el Rey, además de no encontrar una identidad con ninguno de los tres Poderes clásicos que son: Legislativo, Ejecutivo y Judicial¹¹⁷.

Las Cortes Generales o Poder Legislativo, juegan un papel principal dentro de la Monarquía Parlamentaria, como su propia denominación indica, se compone por el Congreso de los Diputados y el Senado, su representación es

¹¹⁴ García, Hernández, Luis y Hernández Sayás, José Francisco, *España: el Estado Autonómico*, Madrid, Ministerio de La Administración Pública, 2005, pp.68-70.

¹¹⁵ *Idem.*

¹¹⁶ *Idem.*

¹¹⁷ *Idem.*

democrática, expresan la soberanía popular a través de las leyes, dan sentido al sistema parlamentario, además se encargan de aprobar leyes y estas solo las puede enjuiciar el Tribunal Constitucional¹¹⁸.

En cuanto a las Leyes que las Cortes Generales aprueban pueden ser propuestas por el Gobierno (es lo más frecuente y se denominan proyectos de Ley), por las propias Cámaras (proposiciones de la Ley del Congreso o del Senado), por las Asambleas de las Comunidades Autónomas (proposiciones de Ley) y, por último, por la firma de 500,000 ciudadanos, con ciertos requisitos (iniciativa popular).

Bajo este orden de ideas, continuamos con el Gobierno, o Poder Ejecutivo, las Cortes Generales tienen la misión de ejercer el control sobre su gestión, y además de otorgar al Presidente de aquél su confianza mediante la votación de investidura.

Entre las funciones específicas tanto del Congreso como del Senado podemos distinguir las siguientes:

El Congreso, ejerce en su sistema parlamentario ciertas funciones exclusivas, de las que se pueden deducir que esta Cámara la que tiene más peso específico en lo que a la elaboración legislativa y funciones de control se refiere. Así el Congreso:

- Convalida Decretos-Leyes.
- Aprueba Leyes Orgánicas por mayoría absoluta.
- Vota la investidura del Presidente del Gobierno.
- Exige la responsabilidad política del Presidente del Ejecutivo mediante la remoción de censura

¹¹⁸ *Idem.*

- Vota cuestiones de confianza planteadas por el Presidente del Gobierno, etc.

b) El Senado, la Constitución califica al Senado como Cámara de representación territorial, lo cual es tradicional en los estados Compuestos, y en España tendría hoy por hoy su reflejo en su estructura interna (grupos territoriales), en su composición (existencia de Senadores territoriales elegidos por las Asambleas Autonómicas) y en varias de sus funciones.

Aparte de las que le corresponden en el proceso legislativo, y otras que comparte con el Congreso, las funciones que hoy por hoy definen al Senado como Cámara de representación territorial, y que son exclusivas de ésta, son las siguientes:

Los convenios que las Comunidades Autónomas celebren entre sí han de ser comunicados a las Cortes Generales, pero además, si se trata de acuerdos de cooperación, han de ser autorizadas por el Senado.

El Senado, además, efectúa el control parlamentario de los proyectos de inversión financiera con cargo al Fondo de Compensación Interterritorial, por medio de la Comisión de Seguimiento de este Fondo¹¹⁹.

Bajo esa explicación encontramos que España se organiza mediante poderes públicos, que son los encargados de estructurar y tutelar la Salud Pública, mediante la prevención y cumplimiento de las prestaciones y servicios en materia de salud, ello tiene su fundamento en el artículo 41 de la C.E, que a la letra señala:

“Artículo 41.- Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y

¹¹⁹*Idem.*

prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres”.

Se formaron dos líneas que son en sí paralelas para garantizar la protección en materia de salud, mediante los poderes públicos para lograrlo, el primero mediante los poderes públicos que como ya vimos son los encargados de la creación de Leyes y Decretos que dan paso al ordenamiento y estructura en materia de salud, y por otro lado encontramos las Comunidades Autónomas, las cuáles crean su propio ordenamiento interno en materia de salud, pero siempre obedecerán lo establecido por los poderes públicos debido a la sujeción con la Administración Pública.

Las Comunidades Autónomas podrán realizar su propio mecanismo y funcionamiento en materia de Salud pero jamás podrán ser contrarias a lo establecido en la Ley Nacional de Salud, por ser de mayor grado jerárquico, en caso que se encontraran ante una laguna dentro de su propia Ley, estarán sujetas a lo establecido por la Ley Nacional de Salud o se realizará una ponderación entre la ley Nacional de Salud y la local para que resulte la que más favorezca.

La autonomía de la que gozan es debido a su organización y esta es de conformidad a la forma en la que se organiza territorialmente España, de conformidad con la Constitución Española, en el título VIII, establece en sus artículos del 137 hasta 139, lo siguiente:

Artículo 137. El Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas que se constituyan. Todas estas entidades gozan de autonomía para la gestión de sus respectivos intereses. Artículo 138. 1. El Estado garantiza la realización efectiva del principio de solidaridad consagrado en el artículo 2 de la Constitución, velando por el establecimiento de un equilibrio económico, adecuado y justo entre las diversas partes del territorio español, y atendiendo en particular a las circunstancias del hecho insular. 2. Las diferencias entre los Estatutos de las distintas Comunidades Autónomas no podrán implicar, en ningún caso, privilegios económicos o sociales. Artículo 139. 1. Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado. 2. Ninguna autoridad podrá adoptar medidas

que directa o indirectamente obstaculicen la libertad de circulación y establecimiento de las personas y la libre circulación de bienes en todo el territorio español¹²⁰.



recuperado de:
https://www.google.com.mx/search?q=provincias+de+espa%C3%B1a&biw=1366&bih=673&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=D a9HVDGCsvUam4gMgD&sqi=2&ved=0CAYQ_AUoAQ#tbn=isch&q=comunidades+autonomas+de+espa%C3%B1a&imgc=q ZcyyoPhSDVQiM%253A%3BbC8QDDydXUwc8M%3Bhttp%253A%252F%252Fhtml.rincondelvago.com%252F000693480.png %3Bhttp%253A%252F%252Fhtml.rincondelvago.com%252Ffuncion-de-las-comunidades-autonomas.html%3B393%3B320, consultado el 16 de mayo de 2015 a las 13:24 horas.

El derecho a la protección de la salud en España, deja abierta la organización a las Comunidades Autónomas, mediante sus leyes locales, debiendo respetar así primordialmente lo establecido en la Ley General de Sanidad, claro es y merece la pena señalar que cuando una Comunidad Autónoma señala algo contrario a lo establecido por la Ley General de Sanidad (LGS) y resulta por demás beneficioso podrá llegar a ser incluso a nivel nacional el precepto que en un inicio era contrario a dicha ley, ello por resolución del Tribunal Constitucional.

¹²⁰ El Congreso de los Diputados inició la publicación de este portal temático con ocasión del 25 aniversario de la Constitución de 1978, *Constitución Española*, 2015, recuperado de: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=137&fin=158&tipo=2>, consultado el 20 de mayo de 2015 a las 18:10 horas.

El sistema de salud se rige mediante presupuesto público y aunque gocen de autonomía deberán obedecer ciertos requisitos, además de aplicar de forma supletoria la LGS en caso que no se encuentre establecido en la ley respectiva en materia de salud de Comunidad Autónoma. Un aspecto sobresaliente en materia de salud es la asistencia sanitaria y con ello la atención médica que se extiende a todos los ciudadanos¹²¹.

Como es lógico, el Estado no tiene una obligación de resultado, sino de medios, esto es, tiene la obligación de poner los medios oportunos para proteger la salud de los ciudadanos, no garantizar sobre todas las cosas”¹²².

Al reconocer la salud y dotarla de carácter público y gratuita de manera universal para los ciudadanos españoles, esto ha generado que el coste económico de las familias disminuya, ya sea de aquellas que tengan pocos o muchos recursos económicos, ello genera una carga menos al capital económico familiar. Aunado a lo anterior el equipamiento de los hospitales públicos es idóneo para realizar distintos análisis, que si corrieran por cuenta del ciudadano le generarían una gran carga económica.

Se hace uso del derecho a la salud, justo cuando un enfermo acude al hospital (público) y hace uso de todas las atenciones médicas e instalaciones que requieran para atender su enfermedad, consulta médica, camas, comida, instalaciones del nosocomio, distintos aparatos con que ayudan a realizar distintos análisis, y además con ello el médico general o especialista se ve favorecido, debido que le son indispensables tales medios para desentrañar y curar la enfermedad y porque no a prevenir además de orientar, al hacer uso de todos estos medios es justo en ese momento cuando se ejerce el derecho a la salud.

¹²¹ Rodríguez, López, Pedro, *op. cit.*, nota 111, p.16.

¹²² *Ibidem.*, p.98.

El artículo 43.2 de la CE configura el derecho a la salud, para que con ello se pueda legislar en materia de salud en conjunto con lo establecido en los artículos del 137 hasta 139.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas son instrumentos que cuentan con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines¹²³.

Bajo este orden de ideas, España cuenta con una organización interna propia en materia de salud y es representada por el:

3.3. Instituto Nacional de Seguridad Social

“Al identificarse los titulares del derecho como medio para conseguir la finalidad perseguida, se estructura el llamado Sistema Nacional de Salud, que es el conjunto de servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”¹²⁴.

El Instituto Nacional de Seguridad Social, el cual está conformado de la siguiente manera:

Estructura organizativa	
Áreas de gestión sanitaria	14
Áreas hospitalarias	11
Agencias sanitarias y Consorcio hospitalario	5

¹²³ Álvarez, González, Elsa Mariana, *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública; sistemas de prestaciones y coordinación sanitaria*, Granada, Comares, 2007, p. 124.

¹²⁴ Rodríguez, López, Pedro, *op. cit.*, nota 111, p.98.

Centros	
Hospitales regionales	9
Hospitales de especialidades	8
Hospitales comarcales	17
Hospitales de Alta Resolución	13
Dispositivos de cuidados críticos y urgencias	
Servicios de cuidados críticos y urgencias	47
Unidades de Soporte Vital Avanzado	406
Unidades de Soporte Vital Básico	9
Equipos terrestres de emergencias (EPES/061)	36
Equipos aéreos de emergencias (EPES/061)	5
Dispositivos de salud mental	
Unidades de salud mental comunitaria	77
Unidades de hospitalización de salud mental	20
Unidades de salud mental infantil y juvenil	14
Unidades de rehabilitación de área	9
Comunidades terapéuticas	15

Hospitales de día	17
Infraestructura	
Camas de hospitalización instaladas	14.325
Quirófanos	490
Locales de consulta de especialidades	3.634
Equipamiento	
Aceleradores lineales	30
Bombas de cobalto	1
Ecógrafos	928
Gammacámaras	35
Litotritores	6
PET	3
Radiología vascular	25
RNM	30
Salas de hemodinámica	27
Salas rayos X	266

TAC	91
Telemandos	70

Los centros sanitarios son conceptualizados como: el lugar en el cual el fin de éste es prestar los servicios para preservar la salud de los habitantes¹²⁵.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, art. 3. Las definiciones legales: “Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realizan actividades y presta servicio para cuidar la salud de los pacientes y usuarios”¹²⁶.

Derivado de las definiciones antes citadas tenemos que el centro sanitario es aquel en el cual se encuentran en primer lugar en un área con característica propias que se pone al alcance de los profesionales para así poder asistir como pacientes a cuidar la salud de cada uno de los habitantes, debido a las condiciones afines que muestran estos profesionales en la salud, equipo y demás personal capacitado por el trabajo hospitalario, estos son los que se encuentran dentro de una organización sanitaria.

Ejemplo de un Instituto que brindan acceso al derecho a la salud es: “El Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS)”.

¹²⁵ Pérez, Gálvez, Juan Francisco, *Incidencia del Estatuto básico del empleado público en el acceso al empleo del personal de los servicios de salud*, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid 2011, p.93.

¹²⁶ Gobierno de España, Ministerio de la Presidencia, Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, *Ley 41/2002*, recuperada en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188, consultado el 23 de mayo a las 11:00 horas.

Los servicios de salud, varían de una Comunidad Autónoma a otra, aunque todas ellas deben obedecer a lo establecido en el a Ley General de Sanidad (LGS); además en los casos en los que se encuentre que no se ha regulado en la materia, es cuando debe aplicarse de forma supletoria la LGS.

Las áreas de salud de las Comunidades Autónomas, tienen la obligación de tener la cobertura necesaria para atender de 200,000 y 250,000 habitantes, además de establecer que cada provincia tendrá como mínimo un área. La Ley General de Sanidad de 1986 establece el área de Salud como la demarcación territorial fundamental del sistema sanitario para la gestión unitaria de los centros y establecimientos, así como de las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud de la respectiva Comunidad Autónoma¹²⁷.

Por ejemplo en Sevilla hay un total de habitantes de 703,261¹²⁸. Las áreas de atención médica se dividen en dos niveles que son los básicos con los que debe contemplar las cuales son:

Niveles Asistenciales	Estructuras Básicas del nivel	Estructuras específicas
Atención Primaria	Zonas básicas de salud	Físicas: Centro de Salud Humanas: Equipos de atención primaria
Atención Especializada	Hospitales	Servicios de especialidad: presentan asistencia en el Área de Salud de la que están adscrito. Servicios de referencia: prestan asistencia sanitaria a más de un Área de Salud.

Por lo que respeta a la Comunidad Autónoma de Andalucía, se configura como un organismo autónomo, de carácter administrativo dependiente de la Consejería de Salud¹²⁹.

¹²⁷ Álvarez, González, Elsa Mariana, *op. cit.*, nota 122, p. 127.

¹²⁸ Ayuntamiento de Sevilla, *Número de habitantes*, recuperado en: <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/areas/area-de-hacienda-y-administracion-publica/servicio-estadistica/atribuciones-del-servicio/consulta-y-descarga/numero-habitantes>, consultado el: 8 de junio de 2015 a las 17:20 horas.

Las funciones fundamentales en materia de salud de las comunidades autónomas son:

Las funciones esenciales que desempeñan los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas podrían resumirse en: Gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el respectivo Servicio de Salud; b) Gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y procedencia de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación en sus centros y servicios asistenciales, y c) Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones¹³⁰.

Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Andalucía su legislación en materia de Salud de Andalucía, La Ley de Salud de Andalucía, en su artículo 3, contempla que tienen derecho a las prestaciones y servicios de salud, tanto individual como colectivamente, los siguientes:

1.- Los españoles y los extranjeros residentes en cualquiera de los municipios de Andalucía.

2.- Los españoles y extranjeros no residentes en Andalucía que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el alcance determinado por la legislación vigente.

3.- Los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea tienen los derechos que resulten de la aplicación del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios, que se suscriban por el Estado Español y les sean de aplicación.

4.- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea tienen los derechos que les reconozcan las Leyes, los Tratados y Convenios, suscritos por el Estado Español.

5.- Igualmente se garantiza a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencias.

¹²⁹ Álvarez, González, Elsa Mariana, *op. cit.*, nota 122, p. 124.

¹³⁰ *Ibidem*, p. 126.

Se crea el Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS), como organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, la forma en la cual las comunidades autónomas reciben el financiamiento se deriva del “Acuerdo adoptado el 27 de julio de 2001 se articuló formalmente mediante la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas LOFCA, la ley 21/2001, de 27 de diciembre, por las que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades Autónomas del régimen común, y su vocación de estabilidad en el tiempo, ya que los diferentes modelos de financiación anteriores estaban vigentes durante periodos de tiempo. Ahora se prevé que su aplicación se produzca por un tiempo indefinido, de ahí que el mismo se haya incorporado al ordenamiento jurídico, siendo la primera vez que un sistema de financiación de las Comunidades Autónomas alcanza rango legal”¹³¹.

Los servicios de salud de las comunidades autónomas, adscritos a las respectivas comunidades o consejerías.

“Andalucía: Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud”¹³².

El servicio Andaluz de Salud, se requiere una explicación a groso modo de su función y en qué consiste la misma, y su marco regulatorio, primeramente señalaremos que el Servicio de Salud como se mencionó en el párrafo anterior es regido por el decreto 241/2004, en el cual se señalan las funciones del Servicio de Salud, iniciamos con mencionar que es un Órgano Autónomo de carácter

¹³¹ *Ibidem*, p.321.

¹³² *Ibidem*, p.125.

administrativo de la Junta de Andalucía, además de señalar que está adscrito a la Consejería de Salud¹³³.

La Consejería de Salud juega un papel importante debido a que los servicios de salud en Andalucía, se especifica en el decreto las funciones con las que cuenta, como son las políticas de salud en Andalucía y las particulares establece:

a) La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

b) La administración y gestión de las Instituciones, centros y servicios sanitarios que obran bajo su dependencia orgánica y funcional.

c) La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Las prestaciones sanitarias en “Andalucía: Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud”¹³⁴.

Los ciudadanos residentes en Andalucía con derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, necesitan la Tarjeta Sanitaria de Andalucía para acceder a sus servicios sanitarios, documento de identificación individual y personalizada que se solicita en los Centros de Salud.

Bajo esta tesitura, las personas no residentes en la Comunidad Autónoma, acreditan su derecho a la asistencia sanitaria pública con la Tarjeta Sanitaria que

¹³³ Portal de la Junta de Andalucía, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 2015, recuperado en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2004/99/4>, consultado el 3 de mayo de 2015 a las 13:00 horas.

¹³⁴ Álvarez, González, Elsa Mariana, *op. cit.*, nota 122, p.125.

les ha sido facilitada en su lugar de residencia, con la Tarjeta Sanitaria Europea o formulario de acreditación que se contemple en la normativa por la que se reconoce su derecho a la asistencia sanitaria.

La Tarjeta Sanitaria permite además elegir personalmente al médico general o al pediatra, aporta un número único de Historia Clínica para el acceso a sus datos clínicos, en cualquiera de los centros sanitarios públicos, el cambio de médico, rapidez en la obtención de citas, Oficina Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

3.4. Legislación del derecho a la salud en España

Hablar del Real Decreto Ley 14/2012, es imprescindible dejar de lado el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto de 2012, debido que es justo aquí en donde se modifica la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria española.

En el decreto 1192/2012, el objetivo fue asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Seguridad, entonces señala que son asegurados las siguientes personas:

Conceptos de asegurado y beneficiario. Para poder acceder a los servicios de salud, se necesita tener la calidad de asegurado y beneficiario ello debe ser conforme a lo establecido por el Decreto 1192/2012 de 3 de agosto, tal decreto, tiene el objetivo de asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Seguridad.

Es necesario para ello definir los conceptos de asegurado y beneficiario en materia de salud, debido que es justo aquí en donde se modifica dicha condición, para los efectos de la asistencia sanitaria española, entonces señala que son asegurados las siguientes personas:

Según el artículo 2 del decreto antes señalado son asegurados las siguientes personas:

Las personas que tienen cubierta la asistencia sanitaria por estar incluidas en el Sistema de Seguridad Social:

Trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta. Pensionistas del sistema de la Seguridad Social. Perceptores de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, como la prestación y el subsidio por desempleo u otras de similar naturaleza.

Los que hayan agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza y se encuentren en situación de desempleo (recuérdese que con efectos de 1 de julio pasado desaparece la exigencia de “figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo” -disp. final 28ª LPGE 2012-), no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título, teniéndose en cuenta que este supuesto no será de aplicación a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España (a los que se refiere el art. 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo).

ARTÍCULO 3 ter DE LA LEY 16/2003.- Las personas que, no encajando en los supuestos anteriores ni ostentando la condición de beneficiarias -en los términos que se indicarán más adelante-, no tengan ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, y se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

Tener nacionalidad española y residir en territorio español.

Ser nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea (UE), del Espacio Económico Europeo (EEE) o de Suiza y estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros.

Ser nacionales de un país distinto de los mencionados anteriormente, o apátridas, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras esta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

Para la aplicación del límite de ingresos referido se tendrán en cuenta los ingresos íntegros obtenidos por rendimientos del trabajo, del capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. A estos efectos: en el caso de haberse presentado la declaración del IRPF aplicado en territorio español, se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto; se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior; y, en todo caso, se entenderá que no superan el límite de ingresos los contribuyentes que no estén obligados a declarar por dicho impuesto¹³⁵.

Por otra parte, no tendrá la consideración de cobertura obligatoria de la prestación sanitaria la prevista normativamente para cubrir, a través de seguros obligatorios especiales, riesgos para la salud derivados de actividades concretas desarrolladas por la persona asegurada, concertados por ella misma o a través de un tercero; ni el estar encuadrado en una mutualidad de previsión social alternativa al régimen correspondiente del sistema de la Seguridad Social.

Los menores de edad sujetos a tutela administrativa, salvo en los casos relativos a los menores extranjeros (previstos en el art. 3 ter de la Ley 16/2003).

Expuesto lo anterior tenemos que la cobertura en materia de salud en España es amplia y abarca a gran parte de los sectores de la población, sin embargo y derivado de las reformas que se han realizado, dejan fuera del acceso a la salud a todos aquellos que se ostenten con el carácter de extranjeros no

¹³⁵ Universidad a distancia de Madrid, *laboral social*, recuperado en: <http://www.laboral-social.com/asegurado-beneficiario-asistencia-sanitaria-publica-extranjeros-discapacitados-funcionarios.html>, consultado el 10 junio de 2015 a las 15:00.

registrados ni autorizados como residentes en España o en la Unión Europea. Sin embargo el artículo 3 ter del antes aludido decreto, señala la asistencia sanitaria en situaciones especiales y a la letra señala lo siguiente:

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Como ya estudiamos el Real Decreto Ley 16/2012, de su lectura se desprende que se pierde la universalidad en materia de salud, muchos de los ejes consideran como un retroceso en materia de salud, debido a que tiene dos ejes angulares que resultan interesantes de analizar:

1.- Vincula la atención sanitaria con el aseguramiento.

2.-La atención sanitaria deja de ser un derecho ciudadano, derivado a que lo vincula con el aseguramiento, con el objetivo de primero frenar el llamado turismo sanitario y la exclusión del sistema a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España. Los inmigrantes, influyen debido al aumento de la población, pueden suponer un alivio en la presión de gastos sanitarios, porque son jóvenes, pero en unos años más serían una carga debido a la demanda de salud que por lógica se daría y ello afectaría directamente la economía de España¹³⁶.

¹³⁶ Díaz, Díaz, Belén, La dimensión económica de la protección de la salud: tendencias en materia de gasto sanitario, en Tomillo, Urbina, Jorge y Cayón de la Cueva, Joaquín, (Director.), Estudios



Recuperado de: proyecta y aprende, recuperado de:
<https://proyectayaprende.wikispaces.com/An%C3%A1lisis%C2%A0del+entorno+de+Arag%C3%B3n> consultado el: 20 de abril de 2015 a las 18:39 horas.

La ausencia de decisiones políticas sobre los temas debatidos en el parlamento constituye una barrera para la consolidación política y social de las acciones dirigidas a la población inmigrante. Además, confiere a dichas intervenciones un carácter puntual que puede ser susceptible a los cambios políticos en el gobierno. Es por ello que la toma de decisiones sería, por lo tanto, la vía adecuada para consolidar la acción política dirigida a asegurar la equidad en salud entre la población autóctona e inmigrante¹³⁷.

3.- Cambio a la cartera del servicio, lo que se reduce a un recorte de las prestaciones sanitarias y al financiamiento de los medicamentos¹³⁸.

4.- Se introdujeron cambios en el copago de los medicamentos, aumentado e incluyendo a pensionistas y trabajadores, estableciendo distinción¹³⁹.

sobre Derecho de la Salud, España, Aranzadi, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2011, p.475.

¹³⁷ Agudelo, Suárez, Andrés A., *Salud Pública, El debate parlamentario sobre inmigración y salud en España*, España, Volumen 11., agosto 2011, p.511.

¹³⁸ Pons, Pons, Jerónia y Vilar Rodríguez Margarita, Jerónia y Vilar Rodríguez Margarita, *El seguro de salud privado y público en España; un análisis en perspectiva histórica*, España, UNE-Universidad de Zaragoza, 2014, p. 396.

¹³⁹ *Idem*.

La crisis ha abierto la discusión de la gestión pública o privada del país de España. Existe una ambigüedad en este momento, puesto que cada día las personas vivimos más años y utilizamos tecnología más sofisticada, el coste en materia de salud que se requiere en estos momentos es más alto, sin embargo, en lugar de que aumente el gasto sanitario es cada vez menor¹⁴⁰.

Bajo esta tesitura encontramos que el Tribunal Constitucional el 12 de febrero de 2013 acordó admitir el recurso de inconstitucionalidad 414-2012 1.Uno, Dos y Tres; 4.Uno, Cuatro, Cinco y Catorce; 6, apartados 2 y 3; 8.Dos; 10.Cuatro y disposición final sexta. Uno del presente Real Decreto Ley («B.O.E.» 22 febrero) 433-2013, contra los arts. 1; 3; 4.14; 6; 8 apartados 1, 2 y 3; 9; disposición adicional primera y disposición final sexta del presente Real Decreto Ley 16/2012 («B.O.E.» 22 febrero). Recurso de inconstitucionalidad n.º 433-2013, contra diversos preceptos del R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. («B.O.E.» 22 febrero) Véase Res, de 13 de julio de 2012, de la Secretaría General de Coordinación Autonómica y Local, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión Bilateral de Cooperación Administración General del Estado-Comunidad Autónoma de Canarias en relación con el R.D.-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones («B.O.E.» 20 agosto).

Todo beneficiario ha de reunir los siguientes requisitos: No ostentar la condición de asegurado. Tener residencia autorizada y efectiva en España, salvo en el caso de aquellas personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español, siempre que éstos se encuentren en situación asimilada a la de alta, cotizando en el correspondiente régimen de Seguridad Social español.

¹⁴⁰ Lobo, Pérez, María Mercedes, *Seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo de un hospital*, Sevilla, España, Instituto Andaluz de la Administración Pública, 2009, p.53.

Reconocimiento de la condición de asegurado y de beneficiario. Como hemos señalado en España se reconoce a las personas que tienen derecho a la salud con el nombre de asegurado y beneficiario, ello de conformidad a lo establecido en la ley 16/2003, con la finalidad de facilitar el acceso a los ciudadanos se establece en cada comunidad autónoma los servicios de salud.

Artículo 3 bis. Reconocimiento y control de la condición de asegurado. El reconocimiento y control de la condición de asegurado o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de sus direcciones provinciales, y se hará de forma automática en los supuestos previstos en el apartado 2 del artículo 3 De la condición de asegurado (citado en párrafos anteriores) de esta ley. Artículo 2. Principios generales.

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias. b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado. c) La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública. d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública. e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica. f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud. h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica. 2. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual. 3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refieren los apartados 3 y 4 del artículo 3 de esta ley. Del mismo modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina podrá tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social o de los órganos de las administraciones públicas competentes que resulten imprescindibles para verificar la concurrencia de la condición de asegurado o beneficiario. La cesión al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina tratará la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que pueda comunicar el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.

Existe además el reconocimiento de oficio que señala el artículo 5 del Real Decreto 1192/2011, que a la letra señala:

Artículo 5. Reconocimiento de oficio de la condición de asegurado o de beneficiario. 1. El reconocimiento de oficio de la condición de persona asegurada se hará de forma automática, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 2, en el caso de:

a) Personas comprendidas en el artículo 2.1.a).

b) Personas comprendidas en el artículo 2.1.b) que, a la entrada en vigor de este real decreto, ya dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud como titulares, incluidas aquellas que la hubieran obtenido al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

c) Personas mayores de 26 años que, a la entrada en vigor de este real decreto, ya dispusieran de una tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud como beneficiarias de una persona asegurada y se encuentren comprendidas en alguno de los supuestos del artículo 2.1.b).

2. El reconocimiento de oficio de la condición de persona beneficiaria se hará de forma automática, previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 3, en el caso de personas que a la entrada en vigor de este real decreto ya tuvieran la condición de beneficiarias de alguna de las personas comprendidas en el apartado anterior.

3.5. El servicio de salud en Sevilla

El servicio de salud (ciudad con mayor número de habitantes de Andalucía), con el que se cuenta en Sevilla derivado de la gratuidad exige para obtener el servicio

una lista de espera, que si bien es cierto en los países en los que se tiene un sistema de salud privado (que obedecen al pago) no se cuenta con semejante lista, el jurista Joaquín Cayón, nos habla de dos tipos de lista de espera las que son las explícitas e implícitas, indicando que cada una de ellas obedece a un sistema, las explícitas son aquellas que el carácter limitado de los medios hace que la exigencia sobre pase el abastecimiento de los recursos, generando que las personas que quieran acceder realicen filas de espera¹⁴¹.

Las implícitas son aquellas en las que el sistema resulta adecuado y la espera no se hace en tiempo, debidos a los medios idóneos que resulta, más sin embargo la espera se podría señalar como implícita debido que se genera por el acceder al servicio, reduciéndolo incluso a solicitarlo en caso de urgencia¹⁴². “Por ello en los sistemas de copago el paciente invierte el dinero, mientras que en los sistemas de asistencia universal y gratuita el usuario invierte tiempo”¹⁴³.

Nos encontramos con el ejemplo del hospital Alzira, este es un hospital que se encuentra privatizado y no ha dado los resultados deseados, es por ello que consideramos no es muy coherente la salida de la privatización en materia de salud, ahora consideremos que España es un país que haciendo un comparativo con otros de la Unión Europea le ha costado más tiempo y esfuerzo estructurar su plan de salud y sin embargo este país es envidiado por su sistema sanitario público de calidad y cobertura universal.

Por otra parte, todos aquellos españoles que requieran salir de su comunidad podrán recibir atención médica en cualquiera de las comunidades autónomas e incluso en los países pertenecientes a la Unión Europea previa

¹⁴¹ Cayón de las Cuevas, Joaquín, “Problemática socio-jurídica de los tiempos de España. Especial consideración de las estrategias de priorización y del derecho a la libre circulación de los pacientes en la Unión Europea ante demoras excesivas”, en González-Torre, Ángel Pelayo (Coord.), *Problemas actuales de derecho y salud; perspectiva desde España*, Granada, Comares, 2014, p.134.

¹⁴² *Idem*.

¹⁴³ *Ibidem*, p.135.

autorización que realice el Ministro de Sanidad del país que se desea salir, se les deberá atender en el hospital más cercano al lugar donde se encuentren o en el que se les detecte la emergencia inminente, cuando reciben atención médica fuera de España pero dentro de la Unión Europea se le llama turismo sanitario.

En España, todos aquellos ciudadanos que circulen por la Unión Europea tienen derecho a recibir atención médica, además de recibir medicamentos:

Acerca de los medicamentos, cuando se hace uso del turismo sanitario se tiene que considerar que se realizarán mediante receta médica, derivado del Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero de 2014, la norma obliga a que el Estado español, como Estado miembro de afiliación, garantiza el reembolso de los gastos que haya recibido asistencia sanitaria transfronteriza, siendo la Administración sanitaria competente en España la obligada a asumir dicho reembolso.

Las limitaciones materiales y procedimentales que permiten la Directiva de 2011. En cuanto a las primeras cabe destacar que son dos:

a) Los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por la administración sanitaria competente, hasta la cuantía que éste habría asumido y en los términos y condiciones que si la asistencia sanitaria se hubiera presentado en el territorio nacional por los correspondientes servicios asignados. Este reembolso será conforme a las tarifas aprobadas por la administración sanitaria competente, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectiva prestada y sin considerar los gastos conexos (art.10.3). como vemos no se hace uso de la posibilidad que deja abierta el artículo 7.4 de la Directiva.

b) El asegurado que solicite el reembolso de los gastos derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza deberá cumplir las mismas condiciones aplicables para el acceso a la asistencia sanitaria prestada en el territorio nacional a través de los correspondientes servicios asignados (art.10.4).

Pero si ello no fuera suficiente, el Real Decreto en su art. 10.6 contiene la cláusula de cierre, también prevista en el art. 7.9 de la Directiva, en virtud de la cual el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud, puede limitar la aplicación de las normas de reembolso por “razones imperiosas de interés general”, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama de equilibrio de tratamientos de elevada calidad, o por la voluntad de garantizar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos.

Como señalamos anteriormente, esta posibilidad, que por cierto debería estar atribuida a la potestad reglamentaria del Gobierno y no del Ministerio, debe ser objetada de interpretación restrictiva, so pena de arruinar el sistema de asistencias sanitarias transfronteriza¹⁴⁴.

Un tema que resulta interesante de analizar, es la asistencia transfronteriza, la administración sanitaria competente hará el reembolso de los gastos que se generaron, obedeciendo lo establecido en las condiciones y los términos que se hayan fijado en la administración antes señalada.

Por otra parte tenemos, que no siempre se podrá dar el reembolso, porque el Ministro de Sanidad señalará por “razones imperiosas de interés general” si se dará o no, ello con la finalidad de garantizar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos.

Paradigma a ello tenemos el caso de la señorita Watts, el 16 de mayo de 2006, la señorita Watts británica, solicita los servicios de salud en su país para una operación sin embargo le otorgan el derecho pero le dan un año de espera para poder realizar la operación, decide acudir a Francia en donde el médico señala que tiene que ser operada de inmediato, el señorita Watts se somete a la operación ello y cabe hacer mención que no pidió autorización de las autoridades sanitarias británicas, una vez que se le realiza la operación la señorita paga dicho servicio y posteriormente regresa a su país a exigir el reembolso, pero le es negado. Ella acude ante el Tribunal de Justicia para exigir el derecho que le habían negado, Tribunal señala:

No cabe basar la denegación de una autorización previa únicamente en la existencia de la lista de espera destinadas a planificar y gestionar la oferta hospitalaria en función de prioridades clínicas determinadas de antemano con carácter general, sin que se haya procedido, en caso individual de que se trate, a una evaluación médica objetiva del estado patológico del paciente, de sus antecedentes, de la evolución probable de su enfermedad y su grado de dolor o la naturaleza de su discapacidad en el momento en que se solicite o vuelva a solicitar dicha autorización¹⁴⁵.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p.150.

¹⁴⁵ Agudelo, Suárez, Andrés A., *op. cit.*, nota 136, p. 577.

Contrario a ello en el derecho español no se señala nada parecido, más bien señala lo contrario, como se puede apreciar en el Real Decreto antes citado, pues se tiene que pedir forzosamente la autorización del Ministro Sanitario para poder realizar turismo sanitario, ello como requisito indispensable, entonces y con el caso anteriormente citado nos encontramos precisamente, ante la creación de una garantía adicional, sin embargo y mirando bien no se trata no es la asistencia sanitaria en cuanto tal, es la propia Constitución Española, debido a que no pueden vincularse a los poderes públicos extranjeros y, menos aún, a los particulares extranjeros. Sin embargo se rompe la regla general de territorialidad y se está frente a un aspecto parcial el reintegro, con ello no se quiere decir tampoco que se podría dar una huida en masa de los españoles, más bien se puede recurrir a la jurisprudencia, pues lanza una advertencia ante el olvido de solucionar problemas respecto a la celeridad en materia de asistencia sanitaria¹⁴⁶.

3.6. Ministro de Sanidad y el marco jurídico del sector salud derivado de las distintas reformas

La creación del Ministro de Sanidad, al hablar de sanidad es ineludible pensar ¿Cuál es su relación en la administración? En efecto la respuesta es que tienen una fuerte relación debido a que se le otorga presupuesto por parte del Estado para poder contar con sanidad y ello se hace gracias a Ministro de Sanidad, debido que es a través de él se gestiona el presupuesto público. Como es sabido, el tradicional entendimiento de salud pública como policía sanitaria¹⁴⁷.

Hablar del ámbito de la salud en España, genera sin lugar a duda la vertiente abierta para abordar dos modelos por demás importantes como son: “Bismarck” y “Beveridge”, como ya se habían abordado en capítulos anteriores,

¹⁴⁶ *Ibidem.*, 577-578.

¹⁴⁷ Fonseca, Ferrandis, Fernando, *Trasplantes, calidad y administración pública*, Granada, Comares, 2010 p.54.

estos modelos son líderes en Europa y consecuentemente en España, se debe tomar en consideración también dos sistemas que son los “integradores” y “no integradores”.

El sistema integrador es aquel que produce y gestiona directamente sus servicios sanitarios a través de una red propia de instalaciones; mientras que el sistema no integrador, es aquel que no posee directamente ni hospitales ni plantillas ni contratos y en cambio contratan con proveedores públicos y privados los servicios sanitarios que precisa la población¹⁴⁸.

Por otra parte, es interesante señalar que en los años 1996-2004, en el momento que está en el poder el Partido Popular, José Manuel Romay Beccaría, que permaneció en el cargo durante la primera legislatura (1996-2000); Celia Villalobos, que ejerció de Ministra el segundo periodo (2002-2004)¹⁴⁹.

Bajo este orden de ideas y ejemplificamos con Sevilla (ciudad más grande de la comunidad autónoma Andalucía), España, su sistema de salud deriva de la legislación de Andalucía y es integrador, es decir cuenta con hospitales y personal que depende de la administración pública.

Sin embargo, se ha tratado desde los años de 1986-1996, de reformar el sistema de salud, sin embargo quedó inconcluso, en ese momento eran Ministros de Sanidad cinco Ernest Lluch, que ostentaba el cargo de la primera legislatura socialista, Juan García Vargas, Julián García Valverde, José Antonio Griñan, finalmente y en la última legislatura Ángeles Amador Millán, este periodo fue muy bueno desde el punto de vista económico y podría afirmarse que fue uno periodo en el que se debió haber puesto en marcha la Ley General de Sanidad, sin embargo y contrario sensu, lo que ocurre en esta época deja mucho que pensar, no logra ponerse de acuerdo la clase política ni social, y resultado a ello los problemas sanitarios persisten.

¹⁴⁸ Pons, Pons, Jerónia y Vilar Rodríguez Margarita, *op. cit.*, nota 137, pp.340-341.

¹⁴⁹ *Ibidem*, p. 365-366.

La Ley General de Sanidad sentó las bases para que se pudiera llevar a cabo la sanidad y con ello el derecho a la salud; sin embargo le faltó un desarrollo práctico exitoso, las insatisfacciones continuaron y ello generaba que no se pudiera lograr este siguiente paso (desarrollo práctico)¹⁵⁰.

Continuando con ello, fue que Julián García Vargas, en el año de 1986 a 1991, con el cargo de Ministerio de Sanidad y Consumo en la segunda legislación del PSOE, estable una política de sanidad que no logra ser clara, señaló primeramente que debía de “presionar al máximo a los Ministerios de Economía y Hacienda y Trabajo y Seguridad Social para lograr incrementar los recursos presupuestarios destinados a Sanidad”, la iniciativa parecía ser sumamente atractiva para la población, sin embargo y no pasaron más de dos años cuando Vargas declara “Los recursos económicos que pueden destinarse a sanidad están llegando a su límite; no se puede dar todo tipo de prestaciones a todo el mundo, y por tanto, hay que establecer prioridades”. La polémica no se hizo esperar y fue justo en ese momento donde toda la sociedad se puso de manifiesto, después de escuchar dos años atrás una iniciativa por demás interesante ahora llegar a esto, los profesionales, sindicatos y usuarios repudiaron la idea, tanto que se obligó a corregir sus palabras para ahora establecer “Que no se reduciría la sanidad, aunque se tendría que impulsar la firma de conciertos con la sanidad privada ‘dando prioridad a las entidades sin fines de lucro’”¹⁵¹.

En los años de 1990, tras finalizar el periodo de García Vargas, se pudo concluir, en que hasta ese monto la gente tenía un gran descontento en materia de sanidad y sus tres victorias fueron:

1.- La ampliación de la cobertura sanitaria que casi había logrado la cobertura universal, al menos de *facto* aunque no de *iure*, tal derecho se reconoció a todos los ciudadanos y residentes españoles.

¹⁵⁰ *Ibidem.*, p. 345.

¹⁵¹ *Ibidem.*, 345-346.

2.-El cambio de la fuente financiera, a través de la ley presupuestaria 37/1988, de Presupuesto General del Estado para 1989.

3.-La Ley de Medicamento aprobada en 1990.

El funcionamiento del derecho a la protección de la salud en España en los últimos años, ha cambiado debido a la crisis por la cual se enfrentan, al hablar de crisis indiscutiblemente nos lleva al tema de la economía de un determinado lugar, en España se lee y escucha mucho acerca de la crisis, pero que consecuencias se traen con ello, en temas como los derechos sociales o fundamentales, es justo en ese momento en el que nos percatamos de las consecuencias que se trae como consecuencia a la crisis que desde 2008 se han tenido que realizar modificaciones a distintos ordenamientos, entonces es necesario estudiar qué pasa con el gasto sanitario debido a que tiene una íntima relación con el derecho a la salud.

La crisis económica iniciada en 2008 ha agravado la situación de la sanidad pública española, al igual que ha ocurrido en otros ámbitos, en paralelo los problemas derivados del crecimiento de la deuda pública han sido utilizados para impulsar 'planes de sostenibilidad' en la mayoría de las comunidades autónomas que favorecen la privatización sanitaria¹⁵².

¹⁵² *Ibidem.*, p. 395.

CAPÍTULO CUARTO

LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A LA SALUD EN MÉXICO

4.1. El régimen jurídico del derecho a la salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha sufrido a través de la historia grandes reformas y en este momento nos dispondremos a señalar la reforma realizada en junio de 2011, “artículo único.- Se modifica... El primero y quinto párrafos del artículo 1o... Todos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”¹⁵³, anterior a la reforma aludida se estableció que la Ley Suprema era la Constitución y sobre ella no existiría ninguna norma jurídica.

Tras dicha reforma se da un giro y ahora los convenios y tratados internacionales garantes de derechos humanos, se encuentran con una jerarquía mayor a la de la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con ello se establece el principio *pro persona* el cual requiere la violación de un derecho humano para su efectividad.

A la letra señala el numeral primero de la Constitución lo siguiente: Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el

¹⁵³ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobierno, recuperado de: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/10Junio.html>. Consultado el día 23 de junio de 2015 a las 18:53 horas.

ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. Está prohibida la esclavitud en los Estados Unidos Mexicanos. Los esclavos del extranjero que entren al territorio nacional alcanzarán, por este solo hecho, su libertad y la protección de las leyes. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Además de lo anterior también se cambia el nombre al capítulo I De los Derechos Humanos y sus Garantías mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de junio de 2011, que a la letra señala: “Se aprueba el decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”¹⁵⁴.

A partir de esta reforma es que se le da la importancia y fuerza suficiente tanto a los derechos humanos como a los tratados internacionales, es importante señalar que nuestro país ha firmado distintos tratados internacionales en materia de salud, con ello se ha comprometido a mejorar la salud de los mexicanos.

El instrumento más relevante para la protección del derecho a la salud es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),

¹⁵⁴ Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Gobierno, recuperado de: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/10Junio.html>. Consultado el día 23 de junio de 2015 a las 20:10 horas.

cuenta con el artículo más extenso en materia de salud de forma internacional de los derechos humanos, ha requerido que el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales aclare dicho artículo, lo cual realizaron en el año 2000 y gracias a ello se publicaron los elementos esenciales del derecho a la salud, los cuales versan de la siguiente manera¹⁵⁵:

Disponibilidad. Se refiere a la existencia de bienes, servicios y centros de atención de la salud, y al desarrollo de programas de promoción y prevención de salud. Los elementos mínimos que deben estar disponibles son agua limpia y potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado, y disponibilidad de medicamentos esenciales.

a) Accesibilidad. La accesibilidad de servicios y programas de salud se presenta en cuatro dimensiones superpuestas:

i. Garantía de no discriminación al acceso

ii. Accesibilidad física y geográfica de los establecimientos y bienes de salud, incluidos los servicios esenciales asociados a la salud y a la vivienda.

iii. Accesibilidad económica (asequibilidad), que apunta a los establecimientos, bienes y servicios de la salud, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.

iv. Acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud.

b) Aceptabilidad. Se refiere a la adecuación de los planes y sistemas a las condiciones socioculturales de la población, así como el respeto a la ética médica.

c) Calidad. Incluye servicios de calidad, tanto del punto de vista médico y de salud pública, como en cuanto a la cuantificación del personal médico y la calidad de medicamentos y equipos hospitalarios, así como de las intervenciones en materia de salud¹⁵⁶.

En cuanto a las características anteriores en nuestra Constitución, así como en nuestro sistema de salud se ha trabajado para lograrlas a cabalidad, entonces tenemos que en La Constitución Política de los Estados Unidos

¹⁵⁵ Ramírez, García, Hugo Saúl y Pallares Yabur, Pedro de Jesús, *Derechos Humanos*, México, Oxford, 2012, pp.173-174.

¹⁵⁶ *Idem*

Mexicanos, en sus numerales: 4 párrafo cuatro, 73 fracción XVI y 2 inciso B., Además de la Ley General de Salud, se han encargado de regular de manera amplia lo concerniente a la materia, además señala en su artículo sexto los objetivos del Sistema Nacional de Salud, uno de ellos es: Proporcionar servicios de salud a toda la población, en conjunto con los tres órganos de gobierno, federal, estatal y municipal.

“El sistema mexicano de salud se compone de tres subsistemas: el dirigido a la llamada “población abierta”; público y el privado”¹⁵⁷. Los institutos del sistema de salud, son por excelencia en el sector público: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Hospital de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Salud (SALUBRIDAD), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), entre otros, estos son los encargados de prestar atención médica a las personas y familias que se encuentran laborando en la economía formal.

El financiamiento de estas instituciones es tripartita, por una parte el gobierno, el empleador y el trabajador, por lo que respecta al ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el propio gobierno el que contribuye con las aportación correspondiente al empleador.

Por otro lado las familias que se encuentran en la economía informal o desempleados, aquellos que no reúnen los requisitos para poder acceder a las instituciones correspondientes de manera pública, tiene la opción de ingresar al Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

La forma de financiamiento de estas instituciones es por medio de gobierno federal, estatal y una pequeña cuota que realiza las personas a cambio

¹⁵⁷ Laurell, Asa, Cristina, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, Clacso-Crop, 2013, p.32.

de la prestación del servicio de salud, estas instituciones cuentan con sus propias instalaciones a excepción del Seguro Popular de Salud, que le compra servicios al SSA, SESA y además a algunos hospitales privados.

Por lo que respecta al sector privado, este es encargado de prestar servicios pero solo a aquellos que tienen capacidad de pago para que puedan ser atendidos. El financiamiento de las instituciones, es por medio del pago de servicios realizado por el paciente, con las primas de seguros médicos que hacen los privados y ofrecen servicios en consultorios, clínicas y hospitales todos ellos privados¹⁵⁸.

Como ya lo estudiamos, de acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Pero ello, no se puede afirmar desafortunadamente en la realidad que no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. Porque como ya lo vimos anteriormente, el sistema mexicano de salud ofrece beneficios muy diversos para cada uno de los mexicanos, dependiendo de las características propias de forma personal y familiar¹⁵⁹.

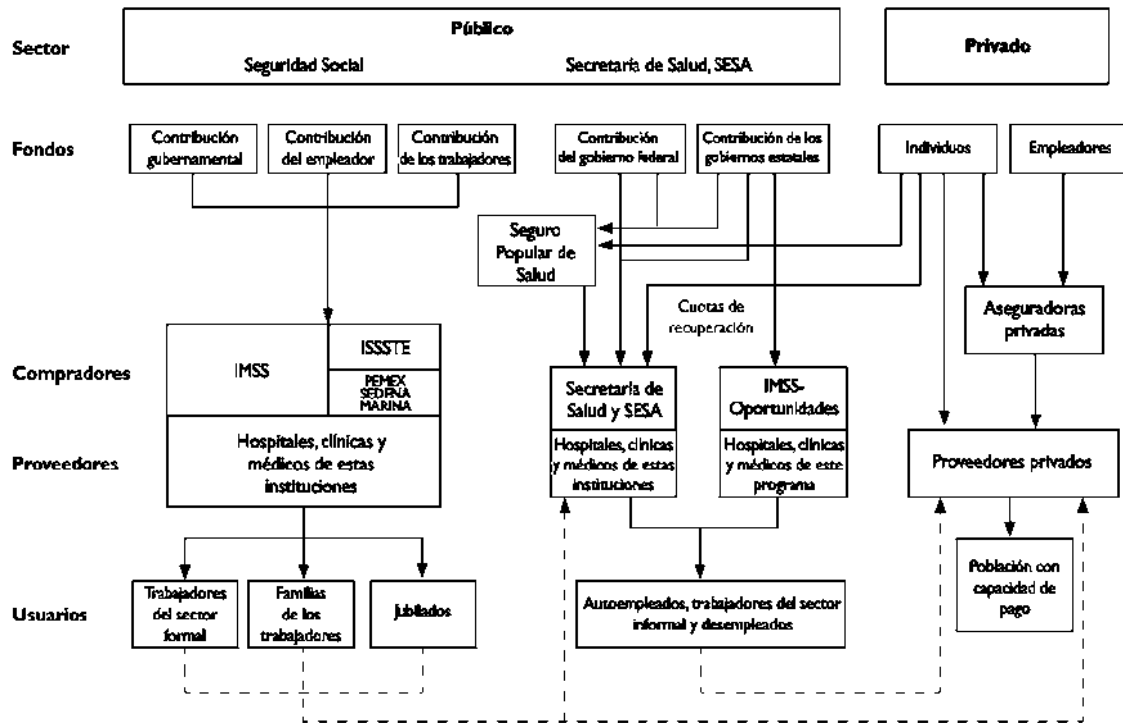
Además, existen tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud quienes son: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; aunado a ello, tenemos, los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, sus familias y la población con capacidad de pago¹⁶⁰.

¹⁵⁸ Gómez, Dante, Octavio, *et al.*, *Salud Pública de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2011, recuperado de [http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/17Mexico\(1\).pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/17Mexico(1).pdf), pp.S225-S227, consultado el 16 de diciembre de 2015 a las 14:00 horas.

¹⁵⁹ *Ibidem*, pp.S225-S224.

¹⁶⁰ *Idem*

Organización del Sistema de Salud en México



Fuente: Gómez, Dante, Octavio, et al., *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2011, recuperado de [http://bvvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/ro%2053%20suplemento%20217Mexico\(1\).pdf](http://bvvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/ro%2053%20suplemento%20217Mexico(1).pdf), p. 5221

Bajo este orden de ideas nos encontramos con la siguiente tabla creada por el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en la cual se especifican los institutos así como la población que se encuentra afiliada a estos.

Población afiliada a las instituciones de salud.

Indicadores	Porcentaje		Millones de personas	
	2010	2012	2010	2012
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	33.5	25.3
Composición de la población sin carencia por acceso a los servicios de salud, según institución de afiliación				
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	35.0	47.8
Población afiliada al IMSS	31.8	32.1	36.4	37.6
Población afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	6.4	6.8
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.7	0.8	2.0	0.9
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.1	1.0
Población con seguro privado de gastos médicos	0.9	0.9	1.0	1.1
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta*	2.5	1.8	2.9	2.2
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.4	1.7	1.6	2.0

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

*Son aquellas personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

Fuente: <http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>

De la tabla anterior, se destaca que el Seguro Popular en 2010, señaló que: “la población objetivo, según la misma fuente, significó 43.5 millones de afiliados a este programa”¹⁶¹, es incongruente tal señalamiento, mientras que el Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social, es decir, sufrió un error el Seguro Popular al señalar los datos, además como se desprende la población sigue sin contar con la anhelada cobertura universal, como se desprende de la tabla proporcionada por CONEVAL, ello reafirma lo anteriormente señalado.

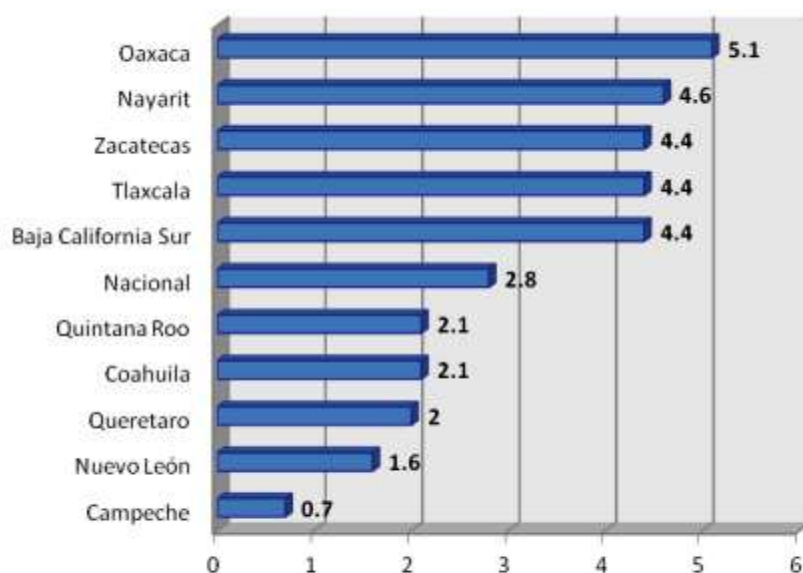
¹⁶¹Seguro Popular de salud, recuperado de:

http://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/Recurrencia_Seguro_Popular.pdf, p.28. consultado el 29 de noviembre de 2015, a las 17:22 horas.

4.2. Desigualdad en cuanto al acceso de la salud

La desigualdad en cuanto acceso en materia de salud es ya de por si como lo hemos señalado muy notoria y multifactorial ahora también lo es en cuanto al estado en que se viva. Como lo señalamos anteriormente, un rubro importante es la aportación que realiza el estado, pues si bien la inversión en materia de salud varía en cuanto a la aportación que el propio estado realice, estableciendo así otra diferencia sustancial, tal como se muestra en la siguiente gráfica:

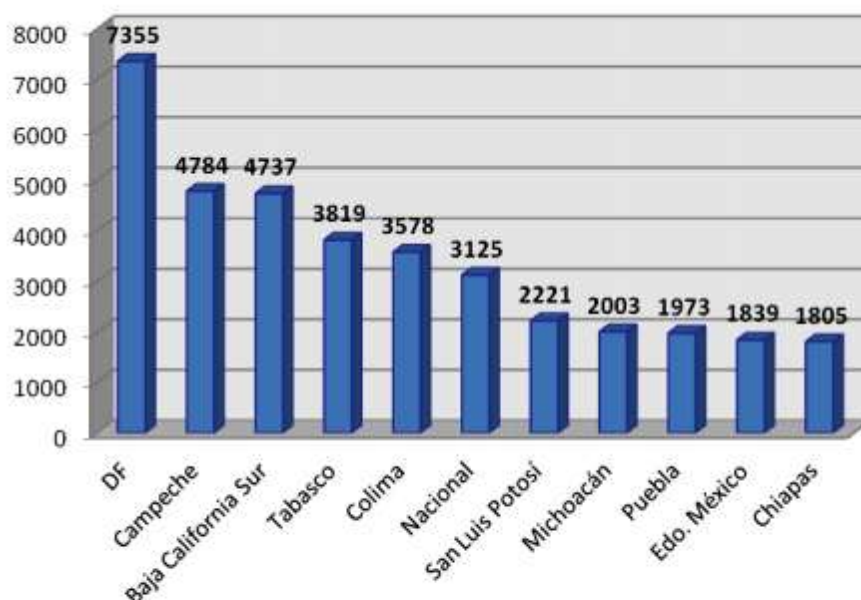
Gasto público en salud como porcentaje del PIB



Fuente: *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*, México, INEGI-CNDH-OACNUDH, 2011.

Entonces tenemos que Oaxaca invierte 5.1 mientras que Campeche 0.7, es decir que Oaxaca invierte 7.28 PIB más que Campeche.

Gasto público en salud per cápita

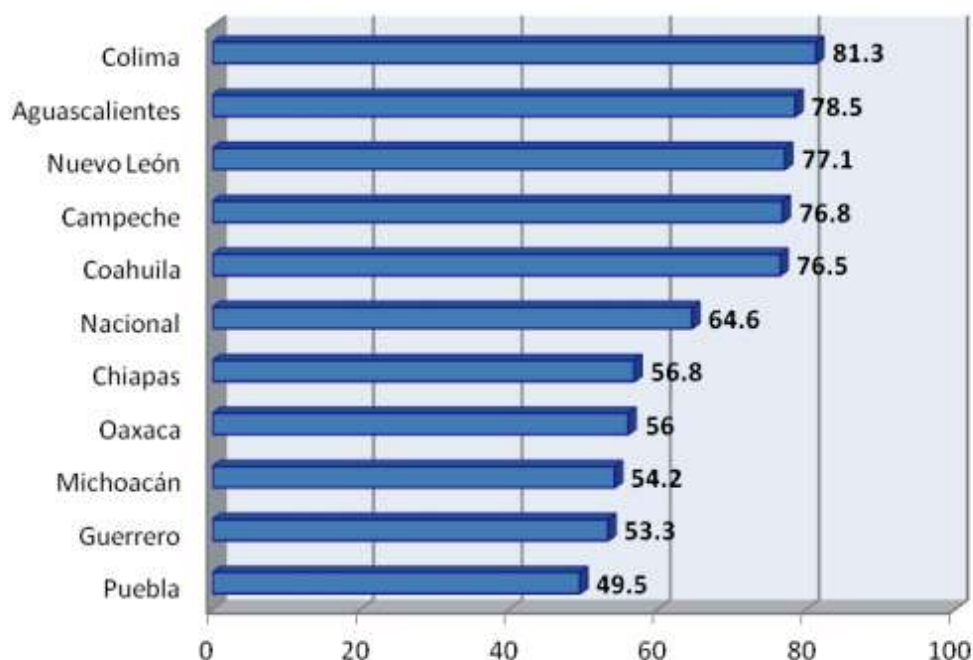


Fuente: *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*, México, INEGI/CNDH/OACNUDH, 2011.

Entonces, tenemos de la gráfica anterior que existe una diferencia muy significativa en cuanto a *per cápita*¹⁶², el Distrito Federal y Chiapas, son los estados que sobresalen, uno como el estado que menos y el otro con mayor inversión en materia de salud, esto genera una diferencia entre cada habitante, por lo que respecta al Distrito Federal le corresponde \$7355.00 (siete mil trescientos cincuenta y cinco m.n.) por habitante, mientras que a cada habitante del Chiapas le corresponde apenas \$1805 (mil ochocientos cinco pesos m.n.), esto es totalmente desproporcionado, reciben 4 veces más los habitantes del Distrito Federal, aunque nos encontremos en el mismo país.

¹⁶² *Per capita*, proviene del latín y su significado es “por cada cabeza”, se utiliza para realizar un promedio en este caso a nivel estado de lo cada persona recibe en materia de salud, con ello no se establece que efectivamente sea esa cantidad, debido a que unos pueden recibir más que otros pero es el aproximado estimado por persona.

Porcentaje de población con alguna forma de aseguramiento médico



Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2010, <http://www.inegi.org.mx>.

Para el año de 2010 la población en México que cuenta con alguna forma de aseguramiento, como se ve en la tabla anterior, al señalar los cinco estados con mayor aseguramiento y los cinco con menor aseguramiento a nivel nacional, estableciéndose la media nacional a 64.6, tenemos que el estado con mayor aseguramiento es Colima con un 81.3% mientras que el menor es Puebla con 49.5%, es decir que, rebasa la población de Colima a Puebla casi con el 50% de asegurados.

Además y de conformidad con lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 2, apartado B, fracción III, en la cual señala: Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante

programas de alimentación, en especial para la población infantil, y conjunto con ello se señala en el artículo 6, fracción IV Bis., de la Ley General de Salud, la obligación de Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.

Por otra parte el Instituto Mexicano del Seguro Social, sin duda, es una Institución por excelencia garante de la seguridad social en México, su Ley se fundamenta en lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 123, Apartado A, fracción XXIX, y sus disposiciones son de orden público y de interés social, conforme a lo establecido en el numeral 1 de la LSS, además, cuenta con el mayor número de derechohabientes, se establecen dos regímenes, el seguro obligatorio y voluntario¹⁶³.

Al establecerse la separación entre los derechohabientes, denota claramente la desigualdad entre los mismos, además, si bien es el instituto con mayor cobertura en México, esta no es más ni de la mitad de mexicanos (Según datos arrojados por el portal de internet del Instituto Nacional de Estadística y Geografía arroja un total de “60 584 miles de personas”¹⁶⁴, ello hasta el año de 2015). Dentro de la misma ley se establece cuando es obligatorio y cuando es voluntario, el primero se les impone a voluntad de los particulares. Es suficiente que una persona se encuentre en el supuesto de la disposición legal para que nazca la obligación, la cual involucra a terceras personas, patrones, personas físicas y morales, mientras que el segundo es la primera forma que surge en el mundo con los asegurados privados; fue rechazada en la estructura de los seguros sociales. Por tanto, en el seguro social, esta figura solo puede entenderse como de expresión, cuyo efecto limita o disminuye los beneficios que se otorgan a

¹⁶³ Briseño, Ruiz, Alberto, *Derecho a la Seguridad Social*, México, Oxford, 2011, p.113.

¹⁶⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Derechohabientes y uso de servicios de salud*, recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>, consultado el 13 de noviembre de 2015 a las 20:10 horas.

los asegurados. Se limita en cuanto a los sujetos que protege y a los tiempos de protección; además de que reduce las ventajas del seguro obligatorio. Este tipo de seguro permite: Comprar ingresos adicionales mediante aportaciones diversas a las del régimen obligatorio. Faculta al Instituto administrador para incorporar a otros grupos sociales, ajenos a los trabajadores¹⁶⁵.

Es inexorable, dejar de lado que, pese a ser el instituto garante de seguridad social por excelencia en México, se establece una diferencia para poder recibir atención médica, está es derechohabiente y a tal instituto debe cumplir con una serie de requisitos, entre ellos los principales son los trabajadores asalariados y los beneficiarios son el cónyuge o concubina/concubino, hijos y ascendientes.

4.3. Análisis de la Ley General de Salud respecto a la adición del Título 3 Bis “De la protección social en salud” (Seguro Popular de Salud)

Es plausible, que ante los deseos de satisfacer las necesidades de la población, se buscaran ideas que logaran saciar estas, aunque se debe también tomar en consideración que una de las reformas significativas que sufrió el sector salud fue en el año de 1980, con la descentralización del mismo. Desde el punto de partida financiero entre los años 1984 y 1988 los estados descentralizados tenía que participar para la operación de los servicios, el tema financiero entre los estados hasta hoy es controversial (como ya lo vimos) y había también estados que dependen casi en su totalidad del presupuesto federal¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Briseño, Ruiz, Alberto, *op. cit.*, nota 162, p. 22.

¹⁶⁶ Nigenda, Gustavo, *El seguro popular de salud en México desarrollo y retos para el futuro*, Banco Interamericano para el Desarrollo, México, 2005, recuperado de <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1485608.pdf>, pp. 4-5. Consultado el 22 de noviembre de 2015, a las 12:00 horas.

El año 2001, se inicia con políticas públicas en materia de salud, encaminadas a encontrar la cobertura universal en materia de salud y fue así como se pone en marcha un programa piloto denominado Seguro Popular de Salud, el cual se dirige ante la necesidad de brindar atención médica de primer y segundo nivel a las personas que no se encontraban inscritos en ninguna institución formal de salud y a las familias que empobrecen por causas inherentes a los gastos en materia de salud que se calcula alrededor de 1.5 millones de familias, este programa cubría el 85% de la demanda de la población¹⁶⁷.

En el año de 2003 se hace una reforma significativa a la Ley General de Salud, al adicionarse un título 3bis, referente al Sistema de Protección de Salud y con ella se da paso a la “cobertura universal” en materia de Salud, creándose bajo el discurso retórico, en ese momento el Secretario de Salud Julio Frenk, quien contó con la aprobación del entonces Presidente de la República Vicente Fox Quesada.

El Ministerio de Salud negoció con el Congreso y el Senado la aprobación de una enmienda a la Ley General de Salud para la creación de un nuevo Programa de Protección Social en Salud. Este nuevo programa representa un paso adelante en el desarrollo de la estrategia de aseguramiento. Cambios importantes con relación a la propuesta original del Programa del Seguro Popular de Salud pueden ser resaltados: (I) los estados tienen responsabilidad del co-financiamiento del costo del paquete de servicios, (II) el subsidio para las familias pertenecientes al primer y segundo decil de ingresos es de 100%, (III) el paquete de intervenciones se incrementó de 78 a 91 intervenciones, (IV) se creó un fondo para cubrir enfermedades de alto costo. El nuevo programa inició sus operaciones en enero de 2004¹⁶⁸.

El Congreso reformuló la propuesta del Ejecutivo de modificaciones a la LGS (Ley General de Salud, 2004) excluyendo a los prestadores privados de servicios de salud para que pasara. Sin embargo, éstos fueron reintroducidos válidamente en el reglamento de la ley que no necesita la aprobación del Congreso (reglamento de la ley General de Salud, 2004: artículo 13)¹⁶⁹.

¹⁶⁷ *Idem*

¹⁶⁸ *Ibidem*, p.8.

¹⁶⁹ Laurell, Asa, Cristina, *op. cit.*, nota 156, p.39.

El artículo 13 del reglamento de la Ley General de Salud, para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la Secretaría tomando en cuenta, en su caso, la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales o privados, establecerá los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

El Ministerio de Salud negoció con el Congreso y el Senado la aprobación de una enmienda a la Ley General de Salud para la creación de un nuevo Programa de Protección Social en Salud. Este nuevo programa representa un paso adelante en el desarrollo de la estrategia de aseguramiento. Cambios importantes con relación a la propuesta original del Programa del Seguro Popular de Salud pueden ser resaltados: (I) los estados tienen responsabilidad del co-financiamiento del costo del paquete de servicios, (II) el subsidio para las familias pertenecientes al primer y segundo decil de ingresos es de 100%, (III) el paquete de intervenciones se incrementó de 78 a 91 intervenciones, (IV) se creó un fondo para cubrir enfermedades de alto costo. El nuevo programa inició sus operaciones en enero de 2004¹⁷⁰.

En el año de 2004 fue el comienzo de lo que es el Seguro Popular de Salud, bajo las palabras que argumentaban “salud para todos los mexicanos”, se inició con un presupuesto de “1,238,234,573”¹⁷¹, además faltó de infraestructura, azaroso, para el número de personas que en ese momento se habían hecho acreedoras a dicha seguridad social, ello requirió que para saciar las necesidades que se tenían en cuanto a infraestructura se aumentará el presupuesto pasando en 2014 “Para el Seguro Popular, 72 mil 330.03 mdp;”¹⁷², además, trajo consigo la subcontratación, en clínicas y hospitales privados y con ello se ve como los fondos públicos pasan a pagar a las empresas privadas, ello de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del reglamento de la Ley General de Salud.

¹⁷⁰ Nigenda, Gustavo, *op. cit.*, nota 165, p.8.

¹⁷¹ Datos arrojados por la Secretaría de Salud.

¹⁷² Cámara de Diputados, *El presupuesto público federal para la función salud 2013-2014*, México, recuperado en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-11-14.pdf>, p.13., consultado el 25 de noviembre a las 14:00 horas.

Otro aspecto importante a señalar del Seguro Popular, es el financiamiento que se da a partir del 2004, conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, en el artículo 77 BIS 11. El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios en los términos de este Capítulo y el Capítulo V De las Cuotas Familiares. Artículo 77 bis 21. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no le impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud. Las disposiciones reglamentarias establecerán los lineamientos para los casos en que por las características socioeconómicas de los beneficiarios éstos no aportarán cuotas familiares y estas características derivan de la capacidad económica de cada una de ellas, para poder determinar la capacidad económica se medirá en deciles¹⁷³, las familias que se encuentren en I y II, no aportaran cuota al Seguro Popular de Salud.

Consecuencia a ello, tenemos, que el Seguro Popular de salud se planteó para que funcionará de manera tripartita, es decir, mediante tres aportaciones, que van de la federación, los estados y los beneficiarios mediante cuotas familiares, estas cuotas son de forma anticipada, anual y progresiva, también se hace alusión a que pueden exentarse de pago a las familias que se encuentren en los deciles I y II.

¹⁷³ Hogares de México en deciles, es decir, se divide el número total de hogares en México, en 10 grupos de acuerdo a su nivel de ingreso corriente, donde el decil I es el 10% de los hogares más pobres de México, el decil II son el 10% más pobre que no pertenece al decil I, así hasta el decil X, que tiene al 10% de los hogares más ricos de México.

Aunado a lo anterior, la situación que se tiene es una diferencia entre la población, y no solo me refiero a su núcleo familiar, sino también de conformidad con el estado en el que se viva, debido a que las aportaciones que cada estado realiza en salud son distintas, la siguiente tabla de manera gráfica señala las distintas aportaciones que realizan los estados en materia de salud:

**Fondos asignados al Seguro Popular por Fuente y Estado
México 2004**

Entidad Federativa	Cuota Social	Aportación Solidaria Federal	Aportación Solidaria Estatal	Total aportación federal y estatal	Monto por Familia 2004	Aportación de las familias(*)
Aguascalientes	52,054,187	-	38,637,485	90,691,672	1,411	1,178,208
Baja California	68,803,082	82,735,293	50,677,872	182,218,247	3,644	980,480
Baja California Sur	17,282,382	-	12,758,860	30,039,222	2,370	1,438,875
Campeche	43,042,115	-	32,214,314	75,256,429	2,150	149,740
Chiapas	74,297,013	86,795,158	58,849,008	197,941,179	3,299	34,880
Chihuahua	-	-	-	-	-	-
Coahuila	7,732,192	-	5,893,075	13,425,267	1,374	112,280
Colima	81,852,113	-	60,478,742	142,330,855	2,109	2,013,243
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-
Durango	-	-	-	-	-	-
Guanajuato	71,141,683	94,890,608	53,344,362	219,176,633	1,828	353,600
Guerrero	17,472,600	17,864,321	13,283,532	48,620,453	4,051	1,962,080
Hidalgo	48,786,698	29,910,623	35,152,965	111,830,286	2,550	458,800
Jalisco	104,385,352	92,468,809	77,487,372	274,341,533	2,883	1,314,183
México	71,810,831	70,930,529	53,399,785	196,141,245	2,501	228,500
Michoacán	10,757,688	11,240,926	8,077,807	30,076,419	3,007	255,200
Morales	28,786,373	26,882,637	21,374,852	77,033,862	3,081	47,380
Nayarit	20,772,018	8,710,884	15,473,200	42,956,100	1,074	-
Nuevo León	21,574,670	8,840,456	18,100,500	48,515,626	1,789	-
Oaxaca	57,336,413	44,871,435	43,808,514	145,816,362	2,788	480,510
Puebla	60,446,885	72,873,800	45,482,984	178,803,669	1,583	-
Querétaro	4,044,835	-	3,018,534	7,063,369	724	-
Quintana Roo	13,305,642	2,171,883	9,863,104	25,340,629	3,197	212,715
San Luis Potosí	84,348,693	74,528,024	63,413,677	222,324,394	4,258	69,785
Sinaloa	158,946,968	97,748,781	118,836,984	371,532,721	3,910	6,904,830
Sonora	45,714,589	2,005,868	33,779,468	81,499,725	2,808	1,524,373
Tabasco	262,409,839	285,219,199	197,455,913	725,084,951	3,862	15,356,720
Tamaulipas	177,903,089	79,479,488	132,783,485	390,148,042	2,800	1,286,210
Tlaxcala	13,357,506	8,738,911	10,004,913	32,099,330	1,904	19,200
Veracruz	61,823,880	76,748,490	48,292,963	184,865,323	2,501	254,040
Yucatán	9,174,280	-	8,856,336	18,030,616	1,803	3,520
Zacatecas	33,776,207	31,483,554	25,327,944	90,587,705	4,188	101,785
Totales	1,896,127,833	1,238,234,573	1,285,706,356	4,222,068,762	2,762	38,717,076

Para enero de 2005, 1 dólar americano equivale a 11.5 pesos mexicanos.

Fuente: Secretaría de Salud, 2004.

(*) La aportación de las familias sólo está reportada para el primer semestre de 2004.

Fuente:

Nigenda, Gustavo, *El seguro popular de salud en México desarrollo y retos para el futuro*, Banco Interamericano para el Desarrollo, México, 2005, recuperado de <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1485608.pdf>, p.12.

La cobertura con la que cuenta el Seguro Popular de Salud de conformidad con lo establecido en el artículo 77 Bis 9, de la Ley General de Salud,

- I. Prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud;
- II. Aplicación de exámenes preventivos;
- III. Programación de citas para consultas;
- IV. Atención personalizada;
- V. Integración de expedientes clínicos;
- VI. Continuidad de cuidados mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia;
- VII. Prescripción y surtimiento de medicamentos, y
- VIII. Información al usuario sobre diagnóstico y pronóstico, así como del otorgamiento de orientación terapéutica.

Además del número de derechohabientes en los distintos hospitales, perfilando el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido del Seguro Popular de salud, como se muestra en la siguiente tabla:

| Definiciones | Siglas y ligas a fuentes

(Miles de personas)							
Año	Población derechohabiente			Población asegurada ^a			Población con protección social en salud
	IMSS ^b	ISSSTE	PEMEX	SEDFNA ^c	SEMAR ^c	Estatales	Seguro popular
2000	45 054	10 064	647	438	187	1 304	NA
2001	44 715	10 238	665	511	215	1 432	NA
2002	45 357	10 310	676	529	208	1 373	1 054
2003	41 519	10 352	NU	NU	NU	NU	2 224
2004	43 004	10 463	690	677	210	1 460	5 318
2005	44 532	10 608	708	NU	201	1 437	11 400
2006	46 636	10 793	712	NU	197	1 525	16 672
2007	48 853	10 881	712	NU	202	1 424	21 635
2008	48 912	11 351	728	NU	218	NU	27 177
2009	49 136	11 590	736	858	226	952	31 123
2010	52 313	11 993	743	1 048	240	1 942	43 519
2011	54 904	12 207	748	839	264	1 954	51 823
2012	57 278	12 450	755	832	279	1 682	52 908
2013	59 512	12 631	761	834	287	1 551	56 638
2014	59 487	12 834	NU	NU	NU	NU	57 500
2015 ^d	60 584	12 887	NU	NU	NU	NU	57 296

^a Para 2000, no se reportó información debido a que únicamente se cuenta con cifras estimadas de población total, realizada a partir de la muestra del XII Censo de Población y Vivienda 2000.

^b La estadística de "Población derechohabiente del IMSS" incluye tanto a asegurados y población, como a sus familiares dependientes. Las cifras de asegurados y población son definidas con base en los registros administrativos del IMSS, mientras que los relativos a sus familiares corresponden a estimaciones determinadas con base en coeficientes familiares. Los coeficientes familiares corresponden al promedio del número de "derechohabientes por familia" y no al número de beneficiarios asegurados y de población. Por su parte, la estadística de "Población derechohabiente dentro de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del IMSS" es determinada, tanto las cifras de asegurados y población como la de sus familiares, con base en registros administrativos de la Secretaría de Análisis de Derechohabientes (AnceDer).

^c De 2005 a 2009, la SEDENA no reportó información.

^d Para el ISSSTE y Seguro Popular, cifras a fines de junio; para el IMSS, cifras al mes de diciembre.

NA No aplicable.

NU No disponible.

Fuente: Para IMSS, ISSSTE y Seguro Popular: PR. *Informe de Gobierno 2014-2015. Anexo Estadístico. Páginas 162 y 172* (Consultado: 03 de septiembre de 2015).
 Para Pemex, SEDENA, SEMAR y Estatales:
 2000 a 2007: SSA. Boletín de Información Estadística. Programas Sustentivos. Volumen III. Núm. 20-22.
 2008 a 2013: SSA. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustentivos. Volumen III. Núm. 24-33.

Fuente:
<http://www3.meg.ig.org.mx/sistemas/ssept/default.aspx?l=msoc01&l=est8u=22534>

Entonces, bajo el contexto que hemos analizado, llegamos a la conclusión que efectivamente resulta indispensable avanzar hacia la creación de un sistema más integrado en materia de salud, que reduzca la exclusión y las desigualdades, que, en lugar de reproducirlas o incluso fomentarlas, ello se logrará a través de una reforma que vaya dirigida hacia un verdadero acceso universal, con derechos claro y perfectamente transferibles entre las diversas instituciones, estandarizado las prestaciones y los niveles de atención y calidad¹⁷⁴.

Que si bien el estado no está obligado a tener como objetivo una población libre de enfermedades, si tiene la obligación de:

- a) *Obligación de respetar el derecho a la salud.* Supone la abstención de limitar el acceso a cualquier persona a aquellos bienes y servicios que posibilitan un óptimo disfrute de salud. En esta obligación genérica se incluye el deber de abstenerse de distribuir o permitir la distribución de medicamentos peligrosos, y la prohibición de aplicar tratamientos coercitivos, salvo casos excepcionales.
- b) *Obligación de proteger el derecho a la salud.* Mediante el cual el estado asume la responsabilidad de contar con un conjunto de protocolos que garantice la calidad de equipos médicos y medicamentos. Asimismo debe certificar que los profesionales de salud cuenten con la debida preparación y respeten los estándares de deontológicos.
- c) *Obligaciones de satisfacer el derecho a la salud.* En esta obligación deben adoptarse políticas públicas nacionales de salud en prevención de enfermedades infecciosas (incluida la realización de programas de inmunización); prevención de riesgos y enfermedades. Y cada Estado, en la medida de sus posibilidades, debe contar con infraestructura sanitaria mínima, y contribuir al desarrollo de la ciencia médica¹⁷⁵.

En el inciso “a” tenemos que los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud y se logrará mediante la posibilidad de acceder y disfrutar los bienes, servicios y profesionales en el área de la salud, sin embargo y contrario a ello se puede ver la desigualada en cuanto al disfrute y acceso.

¹⁷⁴ Carbonell, Miguel, et al., *op. cit.*, nota 4, p.91.

¹⁷⁵ Ramírez, García, Hugo Saúl y Pallares Yabur, Pedro de Jesús, *op. cit.*, nota 154, p.175.

El problema en materia de salud es como ya se analizó la desigualdad, derivada del sistema de salud con que se cuenta en México y de los múltiples fallidos intentos por mejorar tal sistema y que entre tanto intento no se ha logrado y si se ha llegado a descapitalizar con los múltiples programas dirigidos a las personas sin seguridad que lejos de brindarles tal seguridad los aleja más de ella, sin embargo y a pesar de ello como ya lo estudiamos se han hecho distintas reformas significativas en materia de salud y se ha buscado la solución, creyéndose como una de ellas la universalidad, pero, aún no se logra, el concepto puede sonar muy vago e incluso no se ha logrado definir con claridad en gobierno, de tal suerte que en México continuamos soportando las diferencias claras que van desde las condiciones económicas personales hasta las que se tienen en el núcleo familiar, así también dependiendo de la condición geográfica en que se encuentren, el estado en el que se viva, debido a los distintos recursos públicos que aporta cada uno de ellos, claro reflejo también, por los estados, la derechohabencia.

En voz de la OMS, los problemas en materia de salud que tenemos son:

El primero es la disponibilidad de recursos. Ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida. En el otro extremo de la escala, en los países más pobres, hay pocos servicios disponibles para todos. La otra barrera para la cobertura universal es la dependencia excesiva de los pagos directos en el momento en que la gente necesita asistencia. Esto incluye los pagos de medicamentos sin recetas y las cuotas de las consultas y los procedimientos. Aun disponiendo de algún tipo de seguro médico, puede ser obligatorio contribuir en forma de copagos, coaseguros o deducibles. La obligación de pagar directamente por los servicios en el momento de necesitarlos, ya sea que el pago se realice de manera formal o de manera informal (de forma clandestina), impide que millones de personas reciban asistencia médica cuando la necesitan. Para aquellos que realmente buscan tratamiento, esto puede dar lugar a una situación económica grave, llegando incluso a empobrecerse. El tercer obstáculo para avanzar más rápido hacia la cobertura universal es el uso ineficiente y no equitativo de los recursos. Se malgasta el 20–40% de los recursos destinados a la salud, siendo ésta una estimación conservadora. Reducir este despilfarro mejoraría en gran medida la capacidad de los sistemas sanitarios para prestar servicios de calidad y mejorar la salud. Una mayor eficiencia suele facilitar la argumentación del

ministerio de sanidad a la hora de solicitar fondos adicionales al ministerio de economía¹⁷⁶.

De lo anterior tenemos una infraestructura pública que es deficiente de conformidad con el número de población que requiere estos servicios, incluso como muestra de ellos basta señalar al Seguro Popular de Salud que es con el que se pretendió dar seguridad social a quienes no contaban con ella, no se logró debido a la falta de recursos e infraestructura, incluso se llegó a recurrir a hospitales privados que son pagados con recursos públicos, todo esto logro que un efecto anverso, en lugar de ser señalado como un gran paso a la universalidad, denota más un paso pero a la privatización en materia de salud.

El segundo problema que plantea la OMS, del pago de servicios médicos, es una realidad, debido a que por ello muchas personas no pueden atenderse o quedan en pobreza, es lo que se buscó eliminar con las distintas reformas que se tienen en materia de salud sin que se haya alcanzado aún este logro.

El tercer problema es el despilfarro, puede ser el despilfarro o la falta de ingresos destinada a la salud por parte de los estados e incluso de la federación, debido a la falta de rendición de cuentas por algunos estados de la república.

Entonces, en la Organización Mundial de la Salud, se crea un compromiso con los Estados parte para que se logre una financiamiento que tenga por objetivo la universalidad en materia de salud.

La solución a la problemática como lo señala la Directora General de la OMS, que va mediante el financiamiento, señala: “Al mismo tiempo, ninguna combinación de decisiones políticas funcionará bien en todos los entornos. Como

¹⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, *El financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf, p.9. consultado el día 22 de noviembre de 2015, a las 13:00 horas.

advierte el informe, cualquier estrategia eficaz para la financiación sanitaria debe ser de cosecha propia”¹⁷⁷.

Para lograr una verdadera cobertura de salud, se requiere algo más que programas de asistencia social, se requiere reorganizar el sistema social, que si bien la reforma significativa de 2003 en la Ley General de Salud da un paso en miras de la universalización con la adición el título tercero bis, referente al Sistema de Protección de Salud, sin embargo el Seguro Popular de Salud, no ha tenido la respuesta que se esperaba, y como señala Carbonell:

- 1) Podría desincentivarse la participación de la población en los sistemas contributivos, ya que no vería mucho sentido en pagar por algo que pueden conseguir de forma (casi) gratuita. Con ello se acentuaría la segmentación del mercado laboral y se estimularía la informalidad.
- 2) Si los servicios prestados por el Seguro Popular –y por programas equivalentes- son más accesibles y aumentan su calidad, podría atraer a la clase media (que antes hubiera optado por la seguridad social o la medicina privada), “reduciendo así la progresividad tanto de los servicios de la PNA (al aumentar la participación relativa de extractos de ingresos medios respecto a los extractos de ingresos bajos) como de la seguridad social (al reducir la participación de estratos medios respecto a estratos más altos)”¹⁷⁸.

La solución propuesta por el sector salud y apoyada por varios autores es reformar nuevamente el sistema de salud, para de esa manera lograr una cobertura universal de salud, y eso se lograría con tres ejes: 1.- La portabilidad de seguros médicos, 2.- convergencia de los servicios de salud, 3.- desarrollo del mercado de salud, para Asa Cristina Laurell, los significados de los ejes son los siguientes:

¹⁷⁷ Chan, Margaret, Organización Mundial de la Salud, *El financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf, consultado el día 22 de noviembre de 2015, a las 15:00 horas.

¹⁷⁸ Scott, John, en Carbonell, Miguel, et al., *op. cit.*, nota 4, p.90.

“portabilidad” significa hacer válido cualquier seguro, público o privado, con cualquier prestador de servicios médicos, público o privado. Para ello se promueve la “convergencia de los servicios” que no significa para los directivos del IMSS la construcción de un servicio de salud único y público sino establecer protocolos de tratamiento, decidir qué servicios incluir en el seguro (paquete de servicios) y fijar su precio. Estas son acciones encaminadas y necesarias para la creación del mercado de compra-venta de servicios de salud, respaldado con capacidad de compra a través de los seguros¹⁷⁹.

Miguel Carbonell, expresa que: “deberíamos establecer tres puntos vitales para la construcción de dicho sistema universal: la portabilidad, la convergencia y que fomente el mercado de servicios”¹⁸⁰. Son las mismas características y definidas de forma semejante a las que señala Laurell en su obra.

Se ha trabajado de manera estructurada (con adiciones, reformas a los ordenamientos en materia de salud, inicio de proyectos como el Seguro Popular) desde tiempo atrás para poder lograr la universalidad en materia de salud sin que hasta la fecha se logre concretizar de forma satisfactoria.

Simultáneamente, se han promovido con insistencia los avances del Seguro popular a pesar de que éste tiene problemas de atención mucho más graves que el IMSS y el ISSSTE, empezando por su limitado paquete de servicios; su falta de unidades médicas, personal, equipo y medicamentos; su presupuesto insuficiente para garantizar lo que promete; etcétera. De esta manera las autoridades de salud están usando mediática y políticamente al SNPSS para presionar al IMSS para que se alinee al modelo conceptual del pluralismo estructurado. Para ello es crucial que las máximas autoridades del IMSS compartan el compromiso político de implantar este modelo a pesar de que tendrían argumentos de fondo, legales y operativos, para oponerse. Así, el IMSS está cediendo el poder que tiene como el principal prestador nacional de servicios de salud y con el mayor presupuesto público de salud¹⁸¹.

Otro aspecto que no se puede dejar de lado es el financiamiento y resulta que lo se pretende hacer es regresar otra vez a la centralización, es decir se busca que la federación sea la encargada de tener el fondo económico público en materia de salud, y el financiamiento se logre a través de un impuesto directo o indirecto etiquetado en materia de salud, que logre eliminar de esta manera las

¹⁷⁹ Laurell, Asa, Cristina, *op. cit.*, nota 156, p.117.

¹⁸⁰ Carbonell, Miguel et al., *op. cit.*, nota 4, p.92.

¹⁸¹ Laurell, Asa, Cristina, *op. cit.*, nota 156, p.114.

aportaciones patrón, obrera y estatal, además, y con ello realizar la contratación de servicios públicos o privados.

La reforma que se trata de realizar en materia de salud, consideramos que no es la más idónea para lograr tal “universalidad”, debido a que se enfrentaría con muchos problema, la unificación del sector salud generaría bastantes problemas económico y de atención médica, se habla de un paquete básico de salud, al que todos puedan exceder, sin embargo, no se define de ninguna manera tal “paquete básico”, poder ingresar a hospitales públicos y privados, es pensar que la finalidad de atención médica privada no es con fines de lucro además se quiere pensar que se podrían expandir a zonas pobres del país en donde se necesita una mayor cobertura en materia de salud, claramente la respuesta sería no, no es la finalidad perseguida por las instituciones privadas. Otro problema al que se nos enfrentaríamos es el nivel de atención, pueden las instituciones privadas abocarse únicamente al primer nivel dejando a las instituciones públicas atender los procedimientos médicos más costosos. Finalmente

Las propuestas del IMSS no son las que puedan salvar el instituto de la quiebra sino que parecen estar encaminadas a desarrollar una estrategia de cobertura-acceso universal que empuje a los derechohabientes a acudir a los servicios privados o pugnar por un seguro privado como parte de sus prestaciones contractuales¹⁸².

La reforma de “segundo nivel” que se pretende realizar en materia de salud, no es idónea por las razones anteriormente expuestas.

El verdadero beneficio social que se busca para la sociedad hasta este momento no ha podido llevarse a cabo, la universalidad no se ha logrado, la reforma de “segundo nivel” planteada no será funcional.

¹⁸² *Ibidem*, p.116.

CONCLUSIONES

1.- El derecho a la salud tiene como finalidad alcanzar el nivel más alto de bienestar de forma física y psicológica de manera personal y en conjunto con el Estado y es allí justamente donde interfiere el derecho a la protección de la salud, mediante la legislación en materia de salud que se realice en México.

2.- El derecho a la salud, se accede mediante el sistema de salud en México y este se compone por instituciones públicas y privadas encargadas de brindar atención médica, en la primera se ubican todas aquellas personas que tienen una relación laboral y aquellas que sin contar con una acceden a programas encaminados comúnmente a la población rural y habitualmente se cuenta con atención hasta el primer nivel de salud, por otra parte, en las instituciones privadas, en ellas se encuentran todos aquellos que cuentan con el capital suficiente para poder pagar por el servicio de atención médica prestada, por lo general se localizan en la ciudades.

3.- El principio de igualdad se hace presente en nuestra Constitución, pasando de una declaración filosófica-moral a cobrar positividad y un claro ejemplo de ello es el derecho a la salud al quedar inserto en la misma, aunque, se podría afirmar que es conquistado por la clase trabajadora debido a que son ellos los que gozan de forma amplia de este derecho. Entonces, tenemos que el derecho a la salud no es igualitario ni en acceso ni en cobertura, que no se ha llegado a una universalidad en materia de salud ni en concepto, y que la solución debe ser sigilosa y sobre todo muy bien estructurada.

4.- A través de la historia el derecho a la salud, lo encontramos con el surgimiento de grades organizaciones como son la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, en las cuales se tocan de forma internacional temas relevante y de trascendental importancia en materia de salud, ello con la finalidad de elevar el nivel de salud en cada Estado parte de la OMS y concuerdan con estas Organizaciones el Pacto Internacional de Derechos

Económico Sociales y Culturales y la declaración de Alma Ata realizada en el año de 1978, todo ello con el objetivo de elevar el derecho a la salud, consideran que se puede acortar la brecha de la desigualdad entre la sociedad de los Estados, haciendo especial énfasis en disminuirla en países desarrollados y en desarrollo.

5.- El derecho a la salud en España es universal, mediante la legislatura que se establece para el acceso y atención hospitalaria, aunado a los hospitales equipados que cuentan con la calidad suficiente para atender a la población que requiera de dichos servicios.

6.- Las soluciones que hasta ahora se han implementado en México son fallidas, y la mira hacia una reforma en materia de salud, resulta más una privatización que una universalidad, debido a que se quiere cumplir con los siguientes puntos: portabilidad, convergencia de servicios, compra y venta de servicios de salud, estos con el objetivo de cumplir con un paquete básico para todos los mexicanos, pero aún no se definen del todo.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

AGUDELO, Suárez, Andrés A., *Salud Pública*, El debate parlamentario sobre inmigración y salud en España, España, Volumen 11., agosto 2011.

ALONSO, Sergio, *Derechos salud para el siglo XXI*, Madrid, España, European Pharmaceutical Law Group., 2003.

ÁLVAREZ González, Elsa Mariana, *Régimen jurídico de la asistencia sanitaria pública; sistemas de prestaciones y coordinación sanitaria*, Granada, Comares, 2007.

APELLUELO Martín, Margarita, Derecho y contenido de la asistencia sanitaria, en Alenza García, Francisco y Arcos Vieira, María Luisa (coop.), *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en derecho sanitario*, Navarra, España, Universidad Pública de Navarra, Facultad de ciencias jurídicas, 2013.

BRISEÑO, Ruiz, Alberto, *Derecho a la Seguridad Social*, México, Oxford, 2011.

BUEN Lozano., Néstor de, *Instituto de derecho del Trabajo y de la Seguridad social*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1997.

CANO Valle, Fernando, (coord), *Derecho y medicina, intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI*, SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, 2008.

CARBONELL, Miguel et al., *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2013.

CARPIZO, Jorge, *El sistema Presidencial Mexicano: Dos Siglos de Evolución*, México, ADRUS, 2011.

_____, *Estudios constitucionales*, 8ª. ed., México, Porrúa, 2003.

CARRILLO Prieto, Ignacio, *Derecho de la seguridad social*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, México, 1981.

CASCAJO Castro, José Luis, et al., (Coord.), *Derechos sociales y principios rectores; actas del IX Congreso de la Asociación de Constitucionalistas de España*, Valencia, España, Tirant lo Blanch, 2012.

CAYÓN, de las Cuevas, Joaquín, “Problemática socio-jurídica de los tiempos de España. Especial consideración de las estrategias de priorización y del derecho a la libre circulación de los pacientes en la Unión Europea ante demoras excesivas”, en González-Torre, Ángel Pelayo (Coord.), *Problemas actuales de derecho y salud; perspectiva desde España*, Granada, Comares, 2014.

CUEVA Mario de la, *El nuevo derecho mexicano del trabajo*, 10a. ed., México, Porrúa, 2000.

DE LORA, Pablo y Zuñiga Fajuri, Alejandra, *El derecho a la asistencia sanitaria; un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid, Iustel, 2009.

DÍAZ, díaz, Belén, La dimensión económica de la protección de la salud: tendencias en materia de gasto sanitario, en Tomillo, Urbina, Jorge y Cayón de la Cueva, Joaquín, (Director.), *Estudios sobre Derecho de la Salud*, España, Aranzadi, Universidad Internacional Menéndez Pelayo, 2011.

DÍAZ, Müller, Luis T., *Bioética. Salud y derechos humanos*, México, Porrúa, 2001.

FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, 2a. ed., Madrid, Trotta, 2001.

- FONSECA, Ferrandis, Fernando, *Trasplantes, calidad y administración pública*, Granada, Comares, 2010.
- GARCÍA, Hernández, Luis y Hernández Sayás, José Francisco, *España: el Estado Autonómico*, Madrid, Ministerio de La Administración Pública, 2005.
- GARCÍA, Máñez, Eduardo, *Introducción al estudio del derecho*, 59a. ed., México, Porrúa, 2006.
- GONZÁLEZ, Ruiz, Agustín, et al., *Manual para el técnico en prevención de riesgos laborales*, 5a. ed., Madrid, 2006.
- HERNÁNDEZ, Cervantes, Aleida, *La seguridad social en crisis; caso del seguro social en México*, México, Porrúa, 2008.
- KURCZY, Villalobos, Patricia (coord.), Ruíz Moreno, Ángel Guillermo, *Derecho social memoria del Congreso Internacional de culturas y sistemas jurídicos comparados*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2005.
- KUSNIR, Liliana, *La política social en Europa*, México, Fondo Solidaridad-Porrúa, 1996.
- LAURELL, Asa Cristina, *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, Buenos Aires, Clacso-Crop, 2013.
- LOBO, Pérez, María Mercedes, *Seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo de un hospital*, Sevilla, España, Instituto Andaluz de la Administración Pública, 2009.
- MARTÍNEZ, García, Jesús Ignacio, “Justicia y salud. La perspectiva de Rawls”, en González-Torre, Ángel Pelayo (Coord.), *Problemas actuales de derecho y salud; perspectiva desde España*, Granada, Comares, 2014.

- MELÉNDEZ, George, León Magno, *La unificación del sistema de salud en México*, México, Porrúa, 2008.
- NAVARRO, Fallas, Roman A., *Derecho a la salud; un análisis a la luz del derecho internacional, el ordenamiento jurídico costarricense y la jurisprudencia constitucional*, Costa Rica, Juricentro, 2010.
- NAVARRO, Fallas, Roman A., *Derecho a la salud; un análisis a la luz del derecho internacional, el ordenamiento jurídico costarricense y la jurisprudencia constitucional*, Costa Rica, Juricentro, 2010.
- ORTIZ, Magallón, Rosario (Coord.), García Sáinz, Ricardo, *Diez años de reformas de seguridad social en México, balance, perspectivas y propuestas*, México, Centro de producciones editoriales, 2008.
- PAREJO, Alfonso, Luciano (Coord.), *autorizaciones y licencias, hoy; un análisis sectorial tras la Directiva de Servicios*, Valencia, España, Tirant lo Blanch, 2013.
- PELAYO, González-Torre (Coord.), *Problemas actuales de derecho y salud; perspectiva desde España*, Granada, Comares, 2014.
- PERERA, Pavo, Tomás, “El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental” en Ruiz de la Cuesta, Antonio (Coord.), *Ética de la vida y la salud su problemática biojurídica*, Sevilla, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 2008.
- PÉREZ, Gálvez, Juan Francisco, *Incidencia del Estatuto básico del empleado público en el acceso al empleo del personal de los servicios de salud*, Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2011.

- PÉREZ, Gálvez, Juan Francisco, *Incidencia del Estatuto básico del empleado público en el acceso al empleo del personal de los servicios de salud*, Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2011.
- PÉREZ, Portillo, Karla, *Principio de igualdad. Alcances y perspectivas*, 2a. ed., México, Porrúa-UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2007.
- PONS, Pons, Jerónia y Vilar Rodríguez Margarita, *El seguro de salud privado y público en España; un análisis en perspectiva histórica*, España, UNE-Universidad de Zaragoza, 2014.
- RAMÍREZ, García, Hugo Saúl y Pallares Yabur, Pedro de Jesús, *Derechos Humanos*, México, Oxford, 2012.
- RODRÍGUEZ, Espinoza, Héctor, *El derecho al desarrollo. Derechos humanos y democracia en México*, México, 2001.
- RODRÍGUEZ, Jorge, et al., *Población, territorio, y desarrollo sostenible*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011.
- RODRÍGUEZ, López, Pedro, *Nuevas formas de gestión hospitalaria y responsabilidad patrimonial de la administración*, Madrid, España, Dykinson, 2004.
- RODRÍGUEZ, López, Pedro, *Nuevas formas de gestión hospitalaria y responsabilidad patrimonial de la administración*, Madrid, España, Dykinson, 2004.
- RUIZ, Moreno, Ángel Guillermo, *Nuevo derecho de la seguridad social*, México, 7ed., Porrúa, 2003.
- SÁNCHEZ, Castañeda, Alfredo, *La seguridad social en México. Su necesaria reorganización*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012.

Fuentes Legislativas

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>, se consultó el día 26 de julio de 2015.

Constitución Española de 1931, disponible en: http://www.fideus.com/cons_1931.pdf, Se consultó el día 18 de abril 2015.

El Congreso de los Diputados inició la publicación de este portal temático con ocasión del 25 aniversario de la Constitución de 1978, Constitución Española, 2015, disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=39&fin=52&tipo=2>, se consultó el 13 de mayo de 2015.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf, se consultó el día 10 de enero de 2015.

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, se consultó el día 15 de junio de 2014.

Organización de los Estados Americanos, *Declaración de los derechos del niño*, disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>, se consultó el 1 de mayo 2015.

Ley General de Salud, disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf, se consultó el 30 de julio de 2015.

Ley del Seguro Social, disponible en:
http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20132014/10_Cap06.pdf, se consultó el día 20 de agosto de 2015.

Ley 41/2002, disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188, se consultó el 23 de mayo de 2015.

Reglas de operación del Seguro Popular de Salud, disponible en:
http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/reglas_operacion.htm, se consultó el día 18 de noviembre de 2015.

Reglamento de la Ley General de salud en materia de atención de prestación de servicios en la atención médica, disponible en
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmmpsam.html>, recuperado el día 13 de noviembre de 2015.

Fuentes electrónicas

Academia Europea de Ciencias y Artes, recuperado en: www.academia-europea.org/pdf/SEU%20-%202.pdf, consultado el 10 de agosto de 2014.

Ayuntamiento de Sevilla, *Número de habitantes*, recuperado en: <http://www.sevilla.org/ayuntamiento/areas/area-de-hacienda-y-administracion-publica/servicio-estadistica/atribuciones-del-servicio/consulta-y-descarga/numero-habitantes>, consultado el: 8 de junio de 2015.

CÁMARA DE DIPUTADOS, *El presupuesto público federal para la función salud 2013-2014*, México, recuperado en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/se/SAE-ISS-11-14.pdf>, Se consultó el día

CHAN, Margaret, Organización Mundial de la Salud, *El financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf, Se consultó día 22 de noviembre de 2015.

DIARIO Oficial de la Federación, Secretaría de Gobierno, recuperado de: <http://www2.scjn.gob.mx/red/constitucion/10Junio.html>. Se consultó el día 23 de junio de 2015.

Duguit, León, *El pragmatismo jurídico*, Universidad de Madrid, *Biblioteca Virtual Antorcha*, Recuperado en: http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/derecho/conferencias/1.html, consultado el 18 de abril 2015 a las 12:00 horas.

GÓMEZ, Dante, Octavio, *et al.*, *Salud Pública de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2011, recuperado de Seguro Popular de salud, recuperado de:

http://www.asf.gob.mx/uploads/56_Informes_especiales_de_auditoria/Recur-rencia_Seguro_Popular.pdf, p.28. Se consultó el día 29 de noviembre de 2015.

NIGENDA, Gustavo, *El seguro popular de salud en México desarrollo y retos para el futuro*, Banco Interamericano para el Desarrollo, México, 2005, recuperado de <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/publications/documents/1485608.pdf>. Se consultó el día el 22 de noviembre de 2015.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *El financiamiento de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf, se consultó el día 22 de noviembre de 2015.

Portal de la Junta de Andalucía, *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 2015, recuperado en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/2004/99/4>, consultado el 3 de mayo de 2015.

RUIZ Massieu, José Francisco, *El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud*, en Díaz Alfaro, Soberón, et. al. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, en la Suprema Corte de Justicia de la Nación, La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico. Marco jurídico para la solución de controversias en la legislación mexicana*, en: <http://www.scjn.gob.mx/conocelacorte/ministra/LA%20RESPONSABILIDAD%20PROFESIONAL%20DEL%20SERVICIO%20M%C3%89DICO.pdf>

RUIZ Medina, Miguel Ildelfonso, *Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán Sinaloa*, recuperado en http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/bismark_beveridge.html

RUIZ-Frutos, Carlos, *Salud laboral; conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*, 3a. ed., España, Elsevier, masson, 2007, recuperado en http://books.google.com.mx/books?id=wf4pkZiYHzkC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Universidad a distancia de Madrid, *laboral social*, recuperado en: <http://www.laboral-social.com/asegurado-beneficiario-asistencia-sanitaria-publica-extranjeros-discapacitados-funcionarios.html>, consultado el 10 junio de 2015.