



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS

"EL DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO DE LAS PERSONAS DE
ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS EN CHETUMAL, QUINTANA ROO,"

Tesis para obtener el título en:

LICENCIADA EN DERECHO

PRESENTA:

KATYA BEATRIZ CANUL SECA

DIRECTORA DE TESIS:

M.D. YUNITZILIM RODRÍGUEZ PEDRAZA

Chetumal, Quintana Roo, México, Junio 2018.



UNIVERSIDAD DE
QUINTANA ROO
CONTROL ESCOLAR
TITULACIONES



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS

"EL DERECHO A LA SALUD Y EL ACCESO DE LAS PERSONAS DE
ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS EN CHETUMAL, QUINTANA
ROO."

Presenta: Katya Beatriz Canul Seco

Tesis elaborada bajo supervisión del Comité de Asesoría y
aprobada como requisito para obtener el grado de:

LICENCIADA EN DERECHO

COMITÉ DE TESIS:

Director:

M.D. Yunitzilim Rodríguez Pedraza

Secretaria:

Dr. Luis Gerardo Samanlego Santamaría

Vocal:

M.D. Juan Valencia Uriostegui



UNIVERSIDAD DE
QUINTANA ROO
CONTROL ESCOLAR
TITULACIONES

Chetumal, Quintana Roo, México, Julio 2018.

Agradecimientos

A Dios por concederme la oportunidad de concluir con una etapa más en mi vida.

A mis padres Benjamín y Aracelly, por darme la oportunidad de estudiar, por su cariño, su motivación constante a lo largo de esta etapa y por el esfuerzo que día a día hicieron para que cumpliera con este objetivo, este logro no solo es mío, sino también suyo.

A mis hermanos Efrén y Kenia, por apoyarme y motivarme siempre para no desistir de mis metas, ustedes también forman parte de este logro.

A mis profesores, por sus enseñanzas y dedicación durante toda mi formación académica. Y en especial a la profesora Yunitzilim por la constancia y dedicación para guiarme durante esta investigación.

Y todo lo que hacéis, sea de palabra o de hecho, hacedlo todo en el nombre del Señor

Jesús, dando gracias a Dios Padre por medio de él.

Colosenses 3:

Introducción

El tema de salud es de gran trascendencia para el ser humano ya que contar con buena salud permite al ser humano desarrollarse ampliamente en la sociedad, aportar a ella y disfrutar de sus demás derechos.

El derecho a la salud a través del tiempo ha logrado evolucionar paulatinamente en la historia de México. Desde el México prehispánico ya existían enfermerías que se encargaban del cuidado de la salud y de la atención a las enfermedades que aquejaban en ese entonces. Era la iglesia en la época colonial la que se encargaba del cuidado total de la salud de las personas. Desde ese entonces la sociedad empezó a preocuparse por el tema de salud pero hasta la constitución de 1836 es cuando se comienza a regular la salud en México.

Desde ese entonces el Estado mexicano se ha encargado de ir adecuando la legislación y creando políticas públicas en materia de salud así como instituciones a quienes se delegaba la protección al derecho a la salud.

El artículo 4º Constitucional es la base normativa de la salud en el que se establece no solo la protección a la misma, sino también la creación de una legislación en cuanto a salud. En el ámbito internacional se han desarrollado y creado una serie de instrumentos jurídicos para la protección total de la salud.

La Salud como un derecho humano reviste su importancia en que las personas deben disfrutar de ella sin ninguna limitación y es el estado quien debe garantizar su protección.

En la presente investigación se analiza la importancia del derecho a la salud, se conceptualiza como un derecho humano y como un derecho social. De igual manera se describe y analiza la legislación en materia de salud que va desde la constitución hasta las normas oficiales que México ha establecido a nivel nacional. También se describe el marco jurídico internacional en materia de salud y los acuerdos suscritos por México.

Otro punto importante de esta investigación es el sistema de Salud en México, mismo que se analiza y explica en el contenido de la misma. México tiene un sistema de Salud tripartita en el que se encuentran las personas con empleo formal o jubilados, personas con capacidad adquisitiva para pagar servicios de salud privados y el resto de la población carente de las dos anteriores características, es decir aquellas personas con empleos informales o sin la capacidad de acceder a servicios de salud privados.

Otro punto importante a desarrollar en la presente investigación fue analizar el Seguro Popular, por ser este un mecanismo tendiente a procurar un acceso a los servicios de salud de las personas de escasos recursos económicos en el País, centrándonos en el Estado de Quintana Roo.

Estar sanos permite a las personas desarrollarse personalmente, en el ámbito social, laboral económico y sobretodo es una garantía para poder disfrutar de los demás derechos tendientes a contar con una calidad de vida lo más alta posible. Es por ello que el Estado debe procurar contar con todos los mecanismos para el debido cumplimiento de este derecho humano.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1.- Evolución del derecho a la Salud	1
1.1 Antecedentes del derecho a la Salud	1
1.2 Antecedentes del derecho a la salud en Quintana Roo	7
CAPÍTULO 2.- La salud como un derecho	11
2.1 Derechos Humanos	11
2.2.1 La salud como un Derecho Humano.....	18
2.1.1Características de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.....	25
2.1.2 Principios de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	26
2.3 La protección del derecho a la Salud	28
CAPÍTULO 3.- Marco Jurídico del Derecho a la Salud.....	33
3.1.1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos	34
3.1.2 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	35
3.1.3 Observaciones General número 14, Comité DESC	36
3.1.4. Protocolo adicional a la convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”	37
3.2 Marco Jurídico Nacional En Materia De Derecho A La Salud	38
3.2.1 Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4°	38
3.2.2 Ley Orgánica De La Administración Pública Federal.....	41
3.2.3 Reglamento Interior de Salud	43
3.2.4 Ley General de Salud.....	44
3.2.5 Plan Nacional De Desarrollo 2013 – 2018	45
3.2.6 Programa Nacional De Salud 2013 – 2018.....	47
3.2.7 Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud	48
3.3 Normatividad Aplicable al Estado de Quintana Roo	49
3.3.1 Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo	49
3.3.2 Ley de Salud del Estado de Quintana Roo	49
3.3.3 Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo.	51
CAPÍTULO 4.- Sistema de salud en México	54

4.1 Estructura y Cobertura del sistema de salud mexicano	54
4.2 Financiamiento de los servicios de salud.....	59
4.2.1 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.....	60
4.2.2 Gasto público en salud en población con seguridad social.....	61
4.2.3 Gasto público en salud en población sin seguridad social.....	63
4.2.4 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB.....	65
4.2.5 Gasto de bolsillo	65
4.3 Políticas Públicas en Materia de Salud en México.....	66
4.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.....	67
4.4.2 Programa Sectorial de Salud 2013-2018	68
4.4.3 Objetivos del Desarrollo del Milenio en México	69
4.4.5 Políticas Públicas en Materia de Salud en el Estado de Quintana Roo.	70
4.5 Funcionamiento de los sistemas de salud en otros países.....	71
4.5.1 Canadá	72
4.5.1 Costa Rica.....	74
4.5.3 Inglaterra.....	76
4.6 Principales obstáculos para el acceso efectivo del derecho a la salud.....	77
CAPÍTULO 5.- La efectividad del Sistema de Salud en Chetumal, Quintana Roo	80
5.1 Régimen Estatal de Protección a la Salud.....	80
5.2 El Seguro Popular como parte del Sistema de protección a la Salud en Quintana Roo.....	81
5.2.1 Financiamiento presupuestal del Seguro Popular en Chetumal, Quintana Roo.	83
5.2.2 Cobertura del Seguro Popular en Chetumal, Quintana Roo	85
CAPÍTULO 6- PROPUESTA	91
Conclusiones.....	95
Fuentes de información	99

CAPÍTULO 1.- Evolución del derecho a la Salud

El derecho a la salud y su regulación jurídica en México ha sido objeto de discusión, política, legislativa y social al considerarse actualmente de gran importancia por ser una necesidad primordial para el ser humano. La protección de este derecho fundamental es un tema de debate de carácter global, en la gran mayoría de los Estados se discute sobre la calidad y la efectividad del cumplimiento que tiene el Estado para la protección de este derecho. Al abordar el tema del derecho a la salud en México, es necesario analizar sus antecedentes y como ha ido evolucionando en la legislación mexicana, de tal manera que esto permitirá llegar a un contexto actual.

1.1 Antecedentes del derecho a la Salud en México

Desde la época prehispánica en México existieron organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud; enfermerías, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para los leprosos, entre otros.

Para la Iglesia la tarea de asistencia a los necesitados se deriva del principio del bien común, el cual se determina en razón de la comunidad y no la individualidad, esto es porque no se concibe la idea de la división debido a que impediría el control.¹ Durante la colonia, los conquistadores, apoyados fundamentalmente en las diversas órdenes religiosas, establecieron hospitales y casas de beneficencia. El primer centro de salud en la Nueva España -el hospital de Jesús- fue producto de la obra de los misioneros de aquel tiempo.

En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de

¹ Lugo María. "El Derecho a la Salud en México" P. 133 recuperado desde:
http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841). Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad.

Cabe resaltar que algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia, por ejemplo la recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad. Estas medidas, en general, no eran completadas en su totalidad, debido a la falta de fondos o porque algunas eran encomendadas a civiles, que debían correr con los gastos, es decir, que se pretendía que se realizasen con fondos privados y contribuciones mediante una suerte de rifas.

En el México independiente únicamente la Constitución centralista de 1836 y las bases orgánicas de 1843 se encargaron de regular expresamente lo relativo a la salubridad pública, no reconociéndolo como un derecho autónomo, sino únicamente para fijar competencia y delegar facultades a los Ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales para que se hicieran cargo de este rubro.²

Producto de las Leyes de Reforma fue la abolición de los fueros eclesiásticos y el desconocimiento de las órdenes religiosas. El estado mexicano, entonces, se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud. Ello obligó a la creación de las primeras dependencias públicas que pudieran llevar a cabo dicha tarea; entre estas está el antes mencionado Consejo Superior de Salubridad, que operaba en el distrito Federal y con Delegaciones en distintas partes del territorio nacional.

En 1876, Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder, se declaraba presidente de México, y con esto se abría una nueva etapa en la historia de México, algo confusa, algo marginada por la historiografía posrevolucionaria y, valga decirlo, la historia oficial. Desde

² Lugo María. "El Derecho a la Salud en México" P. 135 recuperado desde:
http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

su ascenso al poder, Díaz logró lo que nadie había conseguido hasta el momento: generar estabilidad política en el país. Esto daba pie a que el gobierno pudiera concentrar los recursos económicos en distintos aspectos de orden público de mejoramiento y modernización.

Si bien el ideal del gobierno de Díaz era modernizar todo México, el efecto fue paulatino; al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos. Uno de los logros del gobierno del general fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad. Además, se emitió un reglamento durante 1881 donde se señalaba que “en el Hospicio de Pobres se atenderían 600 internos, y en el Tecpam de Santiago 250 alumnos”.

A partir de 1880, el Consejo, que también se encargaba de la asistencia, empezó a publicar un boletín (el primero apareció el 15 de julio de ese mismo año) donde se hacían públicos todos los planes y acciones que el Consejo había realizado a lo largo y ancho del territorio mexicano; además, se crearon 15 sociedades científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas.

El Boletín se editó regularmente desde julio de 1880 hasta febrero de 1883, para volver a aparecer en junio de 1892. En el año de 1894 desaparece de la circulación para reiniciar sus actividades en julio de 1895. Desde entonces, y hasta diciembre de 1913, el Boletín se publica en forma ininterrumpida. En ese lapso de 32 años el Boletín publica información sobre el tifo, la viruela, la fiebre amarilla, el cólera, el sarampión; en sus páginas aparecen proyectos de reglamentos, estudios de ingeniería sanitaria y disposiciones sobre la prostitución.

Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades.

En 1870 surgió entre los médicos mexicanos un interés por las enfermedades hereditarias. El papel que jugaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro de México, pues consiguieron aportar científicidad a través de formas de control de la charlatanería, aproximadamente desde la tercera década del siglo XVII, y ello se hizo con medidas expedidas por organismos legisladores regulados por médicos, y no, como antes, por la Iglesia.

A finales de la década de 1880 se fundaron dos de los primeros institutos dedicados a la investigación (1888): el Instituto Médico Nacional y el Instituto Geológico (1891). En este sentido, es importante señalar que los hospitales no fueron la excepción: en 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905. Esto debido principalmente a la falta de hospitales higiénicos y ventilados, en condiciones propicias para el tratamiento de los enfermos.

El 15 de julio de 1891, el Ejecutivo Federal, en uso de facultades extraordinarias, expidió el primer Código Sanitario del México independiente, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación, hasta llegar a la 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 materia.

La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de Salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar leyes que garantizaran una actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal que hasta ese momento había implementado un sin número de medida no solo en el Distrito Federal, sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.³

³ Lugo María. "El Derecho a la Salud en México" P. 140 recuperado desde: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

De tal suerte, que el 12 de noviembre de 1908 se reformó la fracción XXI del artículo 72⁴, quedando así:

Artículo 72.- El Congreso de la Unión tiene la facultad: XX.- Para dictar Leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república.

Posteriormente en el Congreso Constituyente de 1917 habría de adicionar a la fracción XVI del artículo 73⁵ (correlativa a la fracción XXI del citado artículo 72 de la Constitución) cuatro bases generales que hasta la fecha siguen vigentes con algunas mínimas variantes.

Estas disponían:

1º.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente De La República, sin intervención de ninguna Secretaria de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2º.- En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Ejecutivo.

3º.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

4º.- Las medidas que el consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de substancias que envenenan al

⁴ La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

⁵ La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

individuo y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.

La revolución mexicana significó un cambio importante en la función estatal. A partir de ese momento, el Estado se vio en la necesidad de resolver las principales demandas populares que le dieron origen, pero abordándolas desde una perspectiva distinta a la que imperaba en ese momento.

Este derecho a la salud en sus inicios era considerado como una cuestión religiosa o de caridad; posteriormente, en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente en la revolución de 1910 y las ideas progresistas del constituyente de 1917 transformaron esta concepción, otorgando al derecho a la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.

Como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, el derecho a la protección a la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Federal, publicada en el Diario oficial de la federación el 3 de febrero de 1983⁶, por lo cual se adicionó el siguiente párrafo:

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.

De la lectura de este párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la federación y las entidades federativas para hacer efectivo el derecho a la salud. Esto responde no solo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los

⁶ La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

mexicanos para procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería ineficaz.

1.2 Antecedentes del derecho a la salud en Quintana Roo

Antes de 1900 en el Estado de Quintana Roo no existió, de hecho, atención médica; unos cuantos médicos ejercían la profesión, lo hacían por algún tiempo, después salían a buscar otros horizontes, no había hospitales. La población territorial era de alrededor de 8,000 habitantes, se componía de varios grupos: los mayas, hombres nativos, excluidos, marginados, etc.⁷

El estado se encontraba aislado del resto de la República Mexicana, no contaban con organismos públicos, las pocas tareas médicas y sanitarias se realizaban en un marco bélico de la Guerra de las Castas.

Previo a la Constitución de 1917 existía en cada entidad de la República su propio Departamento de Salud, y en el Distrito Federal el Consejo Superior de Salubridad (dependiente del Ministerio de Gobernación) que regía también a los territorios federales, por lo que Quintana Roo era controlada por dicho organismo a pesar de que nunca tuvo presencia en él.

A partir de la Constitución de 1917, en los estados se instalaron las unidades sanitarias, cuyos representantes en el Distrito Federal, hasta 1932, eran los delegados sanitarios. Después se nombrarían a los jefes de Servicios de Sanidad Federal para cada estado. En 1937 el Gral. Lázaro Cárdenas crea la Secretaría de Asistencia y nombra el primer director de los Servicios Coordinados, pero no desaparece el Departamento de salubridad. En 1943, el presidente Manuel Ávila Camacho los unifica como Secretaría de Salubridad y

⁷ Guillermo Fajardo Ortiz, "Historia de la atención a la salud en el estado de Quintana Roo durante el siglo XX" Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. PP. 47- 50

Asistencia, y en los estados como Direcciones de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia. Fue hasta la época del Lic. Adolfo López Mateos cuando los titulares recibieron el nombre de jefes de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia

A partir del inicio de la segunda mitad del siglo XX las medidas médico-sanitarias para los habitantes de Quintana Roo mejoraron; la urbanización, los movimientos demográficos (inmigración hacia Quintana Roo), la formación de polos turísticos en Cozumel, Chetumal, Isla Mujeres y Cancún, así como la transformación del territorio de Quintana Roo en estado en el año de 1974, favorecieron la ampliación y creación de nuevos programas de salud.

En la década de los sesenta, los Servicios Coordinados de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se convirtieron en los Servicios Coordinados de Salud Pública, un cambio de nombre y una unificación de recursos y actividades. Dichos Servicios, en 1959, inauguraron en Chetumal el primer centro de salud con hospital. A partir de que Quintana Roo se convierte en Territorio surgen nuevas instituciones de servicios de salud pública, en 1980, en Chetumal se inauguró un nuevo hospital general de la Secretaría de Salud y Asistencia, y posteriormente surgen organismos públicos descentralizados como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el ISSSTE, y en la actualidad existen unidades de atención médica del ejército, marina y fuerza aérea.

En 1982, el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado decreta la Descentralización de los Servicios de Salud. En Quintana Roo, se inicia la primera etapa de la descentralización, que concluye en 1984 y, al iniciarse la segunda etapa, el gobernador Pedro Joaquín Coldwell decide darle el nombre de Secretaría de Salud y Bienestar Social.⁸

El 24 de enero de 1985, por decreto presidencial, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cambia de organización y se denomina Secretaría de Salud con el fin de constituir el Sistema Nacional de Salud, al que se incorporan las instituciones de salud (sin perjuicio de

⁸ Servicios Estatales de Salud.” Nuestra Historia”. Recuperado el 25 de octubre de 2017 desde: <http://www.qroo.gob.mx/sesa/nuestra-historia>

su personalidad jurídica, de sus patrimonios y de su autonomía paraestatal) y se coordinan funcionalmente, incluyendo al DIF nacional, para evitar la duplicidad y contradicciones.

El 18 de octubre de 1996 se concluye la tercera etapa de la descentralización en Quintana Roo en presencia del Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León, entonces presidente de México, y el gobernador Ing. Mario Villanueva Madrid, lo que implicó el traspaso del presupuesto federal al gobierno local y el cambio de nombre de los Servicios de Salud al de Servicios Estatales de Salud.

En la actualidad, los miembros del ejército, marina y fuerza aérea disponen de unidades de atención médica en sitios que se consideran estratégicos para el país, disponiendo de unidades sanitarias terrestres, marítimas y aéreas.

Al ser Quintana Roo un lugar de riqueza turística y al crearse los centros de turismo, ya desde la década de los setenta, empezaron a surgir hospitales privados de carácter lucrativo.

Al iniciarse el siglo XXI, en el estado de Quintana Roo habitaban más de 750,000 personas, se ocupaban de su salud organismos públicos, servicios médicos de los institutos de seguridad social e instituciones privadas, a los que habría que agregar una estrategia de combate a la pobreza y a la pobreza extrema, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), auspiciado por la Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud y Secretaría de Educación Pública, su característica principal fue su naturaleza integral y a largo plazo. Desde el ángulo de salud, se orientó básicamente a la atención primaria; sus efectos fueron positivos, ya que disminuyeron las cifras de mortalidad y morbilidad.

En 2002 se afilian las primeras 7,000 familias al seguro popular, cinco años después 74,000 familias tienen Seguro Popular que representa más del 56% de la población que no tenía ningún tipo de seguridad social, de esta manera se beneficia a una gran parte de la población.

En Quintana Roo se crean las Unidades de Especialidad Médica (UNEMES) respuesta innovadora a las necesidades de salud de la población: 2 UNEMES de Salud Mental, 8 UNEMES para Prevención de las Adicciones y 3 UNEMES para la prevención de enfermedades crónicas.⁹

Después de más de 20 años sin crecimiento representativo en infraestructura hospitalaria, se inicia en noviembre del 2006 la construcción del Hospital General de Playa del Carmen en el Municipio de Solidaridad con una inversión autorizada a la fecha de 213 millones de pesos.

Actualmente se tienen autorizados el proyecto para la arquitectura médica sustentable de un hospital Ecológico en el Municipio de Tulum y el Proyecto Ejecutivo de un segundo Hospital General en el Municipio de Benito Juárez.

A finales del 2007 y principios del 2008 y con una inversión de más de 21 millones de pesos se crean 13 Unidades Médicas Especializadas (UNEMES).

En 2008 se amplían los principales hospitales del estado. El Hospital Materno Infantil Morelos de 30 camas pasó a 48 camas de las cuales 6 son incubadoras; el Hospital General de Cancún de 91 pasó a 107; el Hospital General de Cozumel de 14 camas pasó a 30 de las cuales el incremento fue de 9 camas adultos 4 cuneros 3 camas pediatría.

⁹⁹ Camacho Arnulfo. Revista de salud Quintana Roo 2008. Página 32. Recuperado desde: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54171&id_seccion=3378&id_ejemplar=5487&id_revista=198

CAPÍTULO 2.- La salud como un derecho

Todas las personas desde su nacimiento adquieren derechos que les permiten desarrollarse de la mejor manera y que les permita contar con calidad de vida, por ejemplo derecho a la educación, derecho a una vivienda digna, derecho al trabajo, por mencionar algunos pero para poder aprovechar los otros derechos necesita contar con una buena calidad de salud, porque sin salud no se puede disfrutar de una vida plena, ni desarrollar potencialidades como personas y mucho menos alcanzar una realización como seres humanos. Por esta razón, porque el disfrutar de condiciones adecuadas de salud permite alcanzar una vida digna, es por ellos que la salud se concibe también como un derecho.

2.1 Derechos Humanos

El concepto de derechos humanos es consecuencia de la modernidad y de la corriente filosófica denominada iusnaturalismo racionalista, así como del derecho subjetivo que reconoce a los derechos humanos como “el reconocimiento de la existencia de una esfera reservada al individuo en la que no cabe interferencia alguna por parte de la autoridad o de algunas otras personas, sin consentimiento del propio individuo”.

Para la creación de una legislación en materia de derechos humanos como la Declaración de Virginia, la Declaración de Independencia de los Estados Unidos Norteamericanos ambas del año 1776 y la propia Declaración Francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 se tomó en cuenta la concepción del iusnaturalismo moderno y del naturalismo clásico, entre las más importantes es la existencia de derechos preexistentes a las leyes positivas.

En la Declaración de Virginia de 1776 se establece que *“Todos los hombres son por naturaleza igualmente libres e independientes y tienen ciertos derechos innatos, de los*

cuales, cuando entran en una sociedad no pueden por ningún pacto, privar o desposeer a su posteridad”¹⁰

En cuanto a la Declaración de Independencia de los Estados Unidos norteamericanos del 4 de julio de 1776 señala también:

“Tenemos por evidentes en si misma estas verdades: que todos los hombres son creados iguales: que están dotados por su Creador de ciertos derechos inalienables, que, entre estos están; la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad; que, para asegurar esos derechos, se instituyen entre los hombres los gobiernos...”¹¹

Y por último la Declaración Francesa de los derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789:

“Los representantes del pueblo francés, constituido en asamblea nacional, considerando que la ignorancia, el olvido o el desprecio de los derechos del hombre son las únicas desgracias públicas y de la corrupción de los gobiernos, han resuelto exponer en una Asamblea solemne los derechos naturales, inalienables y sagrados del hombre...”

Otro antecedente de documentos internacionales más importantes que pone en especial énfasis la preexistencia de los derechos humanos es la Declaración de Derechos Humanos de 1948, en ella se establece, que, este tipo de derechos radican en la propia persona y de esta, en su dignidad.

La Declaración de Americana de los Derechos del Hombre de 1948 establece en su segundo considerando que *“Que en repetidas ocasiones los estados americanos, han*

¹⁰ Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, p. 1, recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2698/21.pdf>

¹¹ Declaración de Independencia de los Estados Unidos norteamericanos del 4 de julio de 1776. Recuperado desde: <http://hmc.uchbud.es/Materiales/DeclaraUSA.pdf>

reconocido que los derechos esenciales del hombre no nacen del hecho de ser nacionales de un Estado, si no que tienen como fundamento los atributos de la persona humana”.

Por su parte la Declaración Universal de los Derechos del Hombre establece del mismo modo lo siguiente:

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y se han declarado resueltos a promover el proceso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Por último el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos del mismo año establecen que las bases y principios para la búsqueda de la libertad, justicia y la paz en el mundo son el reconocimiento de la dignidad inherente de las personas y de sus derechos iguales e inalienables.

Los derechos humanos son anteriormente aceptados a los consensualmente a los documentos antes señalados y como consecuencia, han sido reconocidos en la leyes positivas, es decir que son derechos naturales preexistentes. La idea de los derechos humanos es la de unos derechos que, por estar fundados en la dignidad de la persona humana forman un núcleo objetivo de derechos que no están otorgados por el poder y la sociedad.

Para entender este tipo de derechos se toma en cuenta la dignidad de las personas que radica en las nociones básicas del derecho natural clásico: la de la naturaleza humana.

Cuando se habla del derecho natural, se identifica, en términos generales, al menos dos grandes escuelas: el derecho natural denominado de otra forma como el derecho clásico, con claros antecedentes en Aristóteles, el derecho romano y, principalmente, Santo Tomás

de Aquino, y el derecho natural moderno de corte racionalista, entre cuyos exponentes se tiene a Grocio, Pufendorf, Tomasius, Wolf, etcétera.

De manera general se identifican las siguientes corrientes iusnaturalistas:

- 1) Un iusnaturalismo racionalista, principalmente el de la Escuela Moderna del Derecho Natural;
- 2) Un iusnaturalismo empirista, que puede ser ejemplificado en la figura de Hobbes;
- 3) Un iusnaturalismo realista, de raíz aristotélica, y cuyo principal representante es Santo Tomás de Aquino;
- 4) Un iusnaturalismo marxista, intentado por Ernst Bloch y Hermann Klenner;
- 5) Un iusnaturalismo kantiano, como el propuesto por Stammler, etcétera”.

Como es bien sabido, las declaraciones de derechos humanos son un producto neto de la Ilustración. Estas responden a una voluntad explícita de declarar una serie de verdades sobre las cuales había acuerdo; en razón de que, es otra cuestión. En general se acepta que dicho acuerdo es basado en la convicción de que el hombre es un ser dotado de una particular dignidad, dignidad que le hace titular de derechos inalienables.

Cabe mencionar que las declaraciones de derechos humanos se distinguen claramente del derecho natural clásico. Este se caracterizaba, precisamente, por ser un derecho no escrito, o, como ha expresado Spaemann en alguna ocasión, "más una mentalidad que un código de normas”.

Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco*, dejó perfectamente establecido lo siguiente:

En el derecho político, una parte es natural, y la otra es legal. Es natural lo que, en todas partes, tiene la misma fuerza y no depende de las diversas opiniones de los hombres; es legal todo lo que, en principio, puede ser indiferentemente de tal modo o del modo contrario, pero que cesa de ser indiferente desde que la ley lo ha resuelto.

Con esta precisión quedó perfectamente distinguido el derecho natural, y lo que hoy se conoce como derecho positivo.

El derecho natural admite la división de dos órdenes dentro de un mismo sistema jurídico: por una parte, el derecho natural, y por la otra, el derecho positivo. El primero de ellos, radicado en la naturaleza humana, y el segundo impuesto, por la sociedad o por la autoridad. Una característica importante dentro del derecho natural hace referencia a la superioridad de este derecho respecto del derecho positivo. De este modo, existe un derecho natural que sirve de inspiración y que es fuente del derecho positivo.

Ahora bien por naturaleza humana debemos entender como “aquella constitución o estructura fija en el hombre que es a la vez permanente y estable en medio de la mudanzas a las que puede verse sometido”. Es la esencia, aquello por lo que el hombre es y se comporta como tal, es algo invariable, permanente e identificador del propio hombre.

La naturaleza humana, como realidad, no es una idea abstracta separada del ser humano, sino que está realizada en la persona; es una dimensión o estructura fundamental de la persona humana. La naturaleza humana es la que identifica a la persona como tal y la hace distinta y superior al resto de los animales. Ésta se integra por dos potencias propias del ser humano: su inteligencia y su voluntad, con cuyo concurso los actos del hombre pueden ser calificados como libres. “La capacidad o potencia espiritual del hombre es la inteligencia o razón y la facultad de querer de la naturaleza espiritual es la voluntad. En consecuencia, el acto libre es un acto racional y voluntario”.¹²

¹² Hervada, J. “Escritos del Derecho Natural”, 2a. ed., Pamplona, Eunsa, 1993, p. 35

De tal manera que el concepto clave para entender a los derechos humanos sigue siendo el de naturaleza humana o dignidad de la persona, esta última radicada en tal naturaleza. La dignidad de la persona supone que el ser humano posee una excelencia o eminencia ontológica y una superioridad en el ser. Debido que al hombre le son atribuidos una serie de cosas o bienes que le corresponden por ese estatuto ontológico. Estas cosas o bienes son, lo que se podría llamar derechos humanos. Cabe aclarar que estos derechos o bienes no se encuentran en el orden de los fines del hombre, esto es, de algo que por naturaleza aún no es y deba alcanzarse, sino que los derechos humanos están en el estatuto natural del propio hombre.

El derecho que tiene la persona a su ser se ha llamado “derecho natural fundamental de la persona humana”. De este primer derecho natural fundamental se puede perfectamente extraer el derecho a la propia existencia; es decir, el derecho a la vida y lo que nos es debido para tener una vida digna, tanto en el plano material (por ejemplo, proveerse de alimentos, de vestido, etcétera) como en el renglón espiritual (por ejemplo, el derecho que se tiene a crecer y desarrollarse en un ambiente moralmente sano). De tal manera que los derechos humanos vienen deducidos de los fines propios del hombre, a través de sus inclinaciones naturales.

De igual manera los derechos humanos son de carácter inalienable lo que implica decir que estos son derechos a los que no se puede renunciar y esto al formar parte de la propia naturaleza. El carácter inalienable de los Derechos Humanos fue postulado por John Locke, por razones eminentemente prácticas. Locke temía que cuando los derechos Naturales se tornaran positivos hubiera personas que, por coacciones económicas o políticas, decidieran desprenderse de esos derechos. Se dice que son inalienables en el sentido de que no pueden ser renunciados ni revocados por sus propios titulares, es decir, que no pueden ser “enajenados” en el sentido de que el propio titular no está moralmente autorizado para prescindir de ellos.

El Autor Meyers plantea al respecto que *“un derecho inalienable excluye que sus titulares se despojen a sí mismos de los vínculos morales con el objeto del derecho porque un titular no puede dejar de tener una legitimación para el bien que le confiere un derecho inalienable”*.¹³

En cuanto al rasgo de la universalidad de los Derechos Humanos afirma que se trata de Derechos que todos los seres humanos, cualesquiera que sean las circunstancias en que se encuentren, son poseedores de ellos, simplemente, por su condición humana. Estos derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos los seres humanos cuentan con los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna.

A los efectos de la titularidad de los Derechos Humanos, los nombres propios y las descripciones definidas son perfectamente irrelevantes. Nadie tiene esos Derechos por ser quién es, por llamarse como se llama o por ocupar una posición definida en cualquier relación social.¹⁴

Los derechos humanos son de carácter universal y se encuentran a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional.

Otro rasgo que acompaña y define a los Derechos Humanos es la pretensión de llevar consigo una particular fuerza vinculante. Esto es equivalente a decir que los Derechos Humanos son conjuntos de normas algunas de las cuales no admiten excepciones y que, por ejemplo, imponen algún deber sobre alguien que en ningún caso puede estar autorizado a ignorar.

¹³ Meyers, D.T. Los Derechos Inalienables. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

¹⁴ Nicoletti, J. (2008). Derecho Humano A La Salud: Fundamento Y Construcción. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (120), 49-57.

Los Derechos Humanos implican deberes de realizar ciertas clases de acciones, y que tales deberes no admiten excepción alguna a priori. En ningún caso pueden tales Derechos dejar de ser respetados por ninguna acción de la clase de acciones que exigen o prohíben las normas correlativas. A esto se le denomina como el carácter absoluto de los derechos humanos.

Para apoyar la idea de que pueden haber derechos absolutos se ha distinguido entre satisfacer un derecho, cuando el deber correlativo se cumple, infringir un derecho, cuando el deber correlativo no se cumple, violar un derecho, cuando el derecho es infringido injustificadamente, y sobrepasar un derecho, cuando es infringido justificadamente, es decir, cuando hay justificación para no cumplir el deber correlativo. Un derecho es absoluto cuando no puede ser sobrepasado en ninguna circunstancia, de forma que no puede ser nunca infringido justificadamente, y debe ser cumplido sin ninguna excepción.

El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos y la importancia que tienen para las personas.

2.2.1 La salud como un Derecho Humano

El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (denominado «derecho a la salud») se consagró por primera vez en la Constitución de la OMS (1946) y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Dicho derecho ha sido reafirmado en toda una serie de instrumentos internacionales y regionales en materia de derechos humanos.

El derecho al goce del grado máximo de salud para que se pueda lograr, previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de los mecanismos sociales y jurídicos se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho.

El Derecho Humano a la Salud es considerado como un derecho de los denominados Derechos Humanos de Segunda Generación, comprendido en el marco de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, que ha sido ratificado por 145 países (al mes de mayo de 2002). La interpretación más calificada del derecho a la salud es la que se establece en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha sido ratificado por 145 países (al mes de mayo de 2002). En él se obliga a los Estados parte a garantizar el más alto nivel de salud de manera amplia, es decir física y mental, esto mediante la adopción de medidas que les permitan conseguir la plena efectividad de este derecho. El Pacto de Derechos económicos, sociales y culturales, da cuenta de que este derecho tienen una doble dimensión: objetiva y subjetiva.

En sentido objetivo, pueden entenderse como el conjunto de normas a través de las cuales el Estado lleva a cabo su función equilibradora de las desigualdades sociales. En su sentido subjetivo, podrían entenderse como las facultades de los individuos y de los grupos a participar de los beneficios de la vida social, lo que se traduce en determinados derechos. Al Referirse a Derechos Económicos, Sociales y Culturales implica referirse a una cuestión ligada a la subjetividad, porque la sociedad y la cultura contienen significados esenciales para la construcción de un proyecto propio de desarrollo humano. Para hablar acerca de la Salud es necesario adentrarse en un aspecto básico e indispensable de la vida del hombre: el Derecho Humano a la Salud es considerado un Derecho Fundamental. Poder vivir dignamente, tener un reconocimiento en el propio contexto social, contar con un mínimo de garantías sociales, etc., requiere que el ser humano tenga garantizado este derecho.¹⁵

¹⁵. Nicoletti, J. (2008). Derecho Humano A La Salud: Fundamento Y Construcción. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (120), 49-57.

En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud, misma que consistía en que el derecho a la salud está vinculada con otros derechos, y en particular con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Además se establece el derecho a la salud como un derecho inclusivo, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

2.2 Derechos Económicos, sociales y culturales

Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) son derechos humanos vinculados a la satisfacción de las necesidades básicas de las personas en ámbitos como el trabajo, la alimentación, la salud, la vivienda, la seguridad social, la educación, la cultura, el agua y el medio ambiente.¹⁶

Visto desde otro enfoque, los derechos económicos, sociales y culturales pueden constituir herramientas jurídicas útiles para revertir realidades como la desnutrición; el desempleo o la precariedad laboral; los riesgos a la salud; el analfabetismo; la deserción escolar; la falta de acceso a la vivienda, al agua, a los medicamentos básicos; los desalojos o desplazamientos forzados; la marginación social; la pobreza y la desigualdad, entre otros fenómenos ampliamente extendidos que vulneran la dignidad humana.

¹⁶ Sandoval Areli, “Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Exigibles y Justiciables” 2010, p. 9

El concepto y el alcance de los derechos han evolucionado con las necesidades del mundo. Es así como antes de la universalización de los derechos humanos las sociedades comenzaron a reaccionar contra el poder absoluto del Estado y, en este sentido:

Frente a ese riesgo de poder del Estado centralizado y los riesgos de opresión de un Estado centralizado..., se reivindican durante las revoluciones burguesas todos los derechos liberales... Luego, ligado a la consolidación de los Estados nacionales y a las revoluciones burguesas, surgen también las aspiraciones democráticas... y por eso la primera generación de derechos humanos está centrada en torno a la noción de libertad en sus dos vertientes, que son los derechos civiles y políticos.¹⁷

Posteriormente, ante las terribles violaciones de los derechos fundamentales que se dieron en las dos guerras mundiales, estos fueron objeto de protección internacional, pero la misma comunidad de Estados comenzó a comprender que para lograr la verdadera efectividad de los derechos civiles y políticos era necesario garantizar a los ciudadanos una vida digna, mediante el reconocimiento y promoción de los derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo las dos categorías de derechos eran presentadas como independientes, conservando los derechos civiles y políticos su posición de privilegio, pues se creía que el respeto y la efectividad de estos traían como consecuencia ineluctable la eficacia de los otros.

Los derechos económicos, sociales y culturales nacen en las jóvenes democracias europeas y americanas del siglo XIX, vinculados a la idea de igualdad que defendían los sectores sociales en el marco de los procesos de industrialización. El movimiento obrero europeo, las innovaciones adoptadas en la república de Weimar, las reivindicaciones populares de las revoluciones rusa y latinoamericana, el New Deal en los EE. UU., entre otros, fueron el marco histórico perfecto.

¹⁷ Uprimny Yepes, Rodrigo. "Protección de los derechos de tercera generación". En: Acciones Populares: Documentos para el Debate. Bogotá: Defensoría del Pueblo, Imprenta Nacional, 1994, pp. 202-203.

Luego de la Revolución Francesa de 1789, el mundo bajo el poder totalitario cae para dar paso a una nueva forma de soberanía nacional; el individuo trasciende a una categoría de ciudadano, que lo hace acreedor de un sinnúmero de derechos como también de obligaciones. El poder estatal queda limitado por las amplias libertades otorgadas al individuo; es así como las posturas liberales posicionan una nueva realidad, el individuo como señor de las facultades que el mismo poder público reconocía como propias. En este panorama surgen los derechos individuales como bienes preciados del individuo que exigen del Estado una posición de mera abstención.

El concepto clásico de derechos entendía la protección de las libertades como imperio del individuo en oposición a una posible intervención estatal, cuyo papel solo se concebía en el *estatus negativus*.¹⁸

Junto a estos derechos subjetivos que se presentan en la mayoría de las constituciones europeas y americanas de finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, se encuentran algunos textos constitucionales con referencias expresas a derechos sociales, como el derecho al trabajo o a la asistencia en situaciones de necesidad, por ejemplo, en el caso de la Constitución francesa de 1793. Así mismo, es posible hallar políticas gubernamentales aisladas que intentan implementar, por medio de medidas legislativas, derechos sociales o restringir la ilimitada libertad individual, tal como sucedió en los gobiernos de Von Bismarck, en Alemania; Theodore Roosevelt, en Estados Unidos, y el general Santander, en Colombia.

Es así como en Alemania se adoptaron derechos sociales como el de la seguridad social y en Estados Unidos se implementaron medidas económicas que desestabilizaron los grandes monopolios de las colosales industrias.

Los derechos económicos, sociales y culturales tienen sus antecedentes antes de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 en la cual se

¹⁸ Añon, María José. “Del Estado Liberal al Estado Social”. En Lecciones sobre derechos económicos, sociales y culturales. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

establecen los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales fundamentales de los que deben disfrutar todas las personas. En 1966, los DESC quedaron reflejados como derechos legales, ya que las leyes nacionales y los tratados internacionales ya habían codificado muchos de los derechos humanos que ahora son denominados económicos, sociales y culturales.

A principios del siglo XX, las constituciones de algunos países latinoamericanos, como la Constitución de México, de 1917, fue de las primeras en garantizar Derechos Económicos, Sociales y Culturales como derechos humanos, entre los cuales figuraban derechos laborales, el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social.

La Constitución mexicana fue una de las batallas ganadas por la Revolución Mexicana, iniciada en 1910, en contra del gobierno de 30 años de Porfirio Díaz, acusado de sumir al pueblo mexicano en unas lamentables condiciones sociales, económicas y políticas. La nueva Constitución promulgó un nuevo Estado fundamentado en garantías individuales y derechos sociales; no en vano fue el discurso del primer orador en la instalación de las sesiones constituyentes, Rafael Jiménez, líder obrero que en nombre de los trabajadores dijera: *“El pueblo espera que la Constitución sea verdadera, real, efectiva, liberal y fundada sobre bases inmovibles a fin de que se mejore un tanto la condición económica, política y social de los mexicanos”*¹⁹

La lucha por los derechos es un proceso que deviene de tiempo atrás, y que se expresa en todas las manifestaciones humanas que han buscado liberarse de alguna opresión o injusticia, que han tratado de satisfacer una necesidad o han querido mejorar las condiciones de vida de las personas.

El sentido de estas luchas se encuentra en la necesidad de reivindicar la dignidad humana, entendida como un valor inherente a todos los seres humanos, que se basa en el respeto y la libertad de los hombres.

¹⁹ Castro Buitrago, E., & Restrepo Yepes, O., & García Matamoros, L. (2007). Historia, concepto y estructura de los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 9 (Esp), p. 84

Hacer realidad los derechos económicos, sociales y culturales y reafirmar su carácter fundamental requiere su contextualización, estructuración y aplicación dentro de una concepción de Estado que los incluya como principio, que los reconozca como su responsabilidad y que involucre a todas las instancias y poderes en su protección. Concepción que se materializa en el Estado social de derecho.

La necesidad de protección de los derechos económicos, sociales y culturales no puede dejarse solo, entonces, a construcciones teóricas o puramente jurídicas y es necesario entrar a ver las reales implicaciones del moderno “Estado social de derecho”, teniendo en cuenta que tal como acertadamente se afirma la real vigencia de los derechos humanos como derechos individuales, económicos, sociales y culturales, solo se puede pensar en:

Un Estado democrático en el que confluyan dos ideales: a) el respeto a las libertades civiles y políticas de los individuos y, b) la defensa de una idea de ciudadanía sustentada en la pretensión de disminuir y atenuar las desigualdades económicas y sociales (...). Los derechos económicos, sociales y culturales y económicos convierten al Estado en una instancia positiva encargada de satisfacer las demandas de bienestar y dignidad humana, es decir, este tipo de derechos se estructuran bajo la forma de expectativas positivas e imponen deberes de hacer, obligaciones al poder político.²⁰

No obstante, el reconocimiento formal de los DESC como derechos humanos fue objeto de largas disputas. A pesar de que provienen de tratados internacionales de derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (PIDESC) (1966), y de normas promulgadas por organismos como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), su reconocimiento formal se vio enmarcado

²⁰ López Lopera, Liliana M. “La integralidad y la universalidad de los derechos humanos”. En: Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales. Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2001, pp. 107-108

en una fuerte pugna ideológica y política en la época de la guerra Fría, circunstancia que dividió a los derechos en tres categorías y jerarquizó a unos sobre otros.

2.1.1 Características de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, y de carácter progresivo. Son universales porque pertenecen a todos los seres humanos en igual medida, y se aplican a todas las personas sin importar la edad, la raza, el género, la religión o la nacionalidad.

Son indivisibles e interdependientes porque tales derechos no se pueden fraccionar, o priorizar unos frente a otros, dado que el cumplimiento del proyecto de vida de las personas implica la realización de todos los derechos en su conjunto. Además, apunta a que como los derechos están intrínsecamente relacionados, la realización de cada uno de ellos es indispensable para el pleno goce de los demás derechos.

Son de carácter progresivo al hacer referencia al cumplimiento de las obligaciones que tienen los Estados frente a los derechos humanos. Las medidas adoptadas deben ser permanentes, sucesivas y expansivas en el tiempo, y frente a estas no es admisible ningún tipo de regresividad.

De esta manera los derechos económicos, sociales y culturales tienen como finalidad lograr una mayor igualdad entre todas las personas, para lo cual es indispensable que éstas cuenten con una educación de calidad y una alimentación adecuada, que gocen de un buen estado de salud, de seguridad social y de una vivienda, que tengan acceso a la cultura y, de manera muy importante, que posean un trabajo y todo esto en conjunto les permita el disfrute de un nivel de vida digno.

Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), al igual que los derechos humanos en el ámbito civil y político, son parte indisoluble de los derechos humanos y del derecho internacional de los derechos humanos, tal como constan en la Declaración Universal, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo (PIDESC), la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre, la Declaración sobre Garantías Sociales, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Protocolo Facultativo de San Salvador.²¹

Los DESC han sido reafirmados y desarrollados a través de un gran número de instrumentos internacionales adicionales, tales como la Convención de los derechos del Niño y de la Niña, la Convención contra todas las formas de Discriminación contra la Mujer, los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo relativos a los derechos fundamentales de la persona en el trabajo, el Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Desarrollo, y las declaraciones de Teherán, Viena, Copenhague, Río y Beijing, entre otras.

2.1.2 Principios de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Los derechos económicos, sociales y culturales se rigen por los principios esenciales de universalidad, equidad, calidad y justiciabilidad; y su disfrute debe ser ejercido y garantizado sin discriminación de ninguna clase, de conformidad con la obligación estatal consignada en el artículo 2.2. del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dice de la siguiente manera:

“los estados Partes en el presente pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de

²¹ Declaración de Quito acerca de la exigibilidad de los DESC. Recuperado desde: <http://www.pidhdd.org/quito.htm>

*raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.*²²

El principio de universalidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales deriva de su conceptualización como derechos humanos, o derechos fundamentales, que deben ser asegurados a todas las personas. El de equidad, está relacionado con las posibilidades reales de realización plena de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, guarda relación con el principio según el cual el financiamiento de los servicios o prestaciones inherentes al disfrute de estos derechos debe provenir, esencialmente, de tributos y no del pago de sus titulares, salvo el supuesto de que éstos tengan capacidad económica suficiente para absorber su costo, con el objeto razonable de eliminar así toda arbitrariedad o discriminación en el acceso a las prestaciones correspondientes en razón de la condición o posición socioeconómica de las personas.²³

El principio de calidad, inherente también a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, no solo constituye una condición necesaria para la eficacia del sistema, sino que surge de la necesidad de igualación de oportunidades de vida que debe asegurar el Estado.

La justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales proviene, en definitiva, no solo de su condición de atributo inherente a todos los derechos fundamentales, sin excepción, sino del hecho de que cuando existe una adecuada delimitación de un derecho de carácter prestacional, han sido definidos los sujetos activos y pasivos del mismo, y han sido satisfechos, asimismo, los supuestos de hecho delimitados por la norma respectiva de modo tal que estos pueden ser exigidos en forma imperativa e inmediata.

Hasta la fecha, más de 160 Estados han ratificado el Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales. Asimismo, numerosos países han articulado su

²² Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado desde: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

²³ Carbonell, Miguel. (2001), La Constitución en serio. Multiculturalismo, igualdad y derechos sociales. México, Ed. Porrúa – Universidad Nacional Autónoma de México, página 181.

compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales por medio de sus constituciones nacionales y legislación nacional.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se caracteriza por ser una de las primeras constituciones que incluyen a los Derechos Económicos, sociales y culturales como obligaciones del Estado mexicano, estas se encuentran establecidos en su artículo 4º, entre los cuales podemos ubicar los siguientes:

1. Igualdad entre mujeres y hombres.
2. Decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
3. Poder acceder a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad.
4. Gozar de la protección de la salud por parte del Estado.
5. El desarrollo de los mexicanos en un medio ambiente sano.
6. El disfrute al acceso, la disposición y el saneamiento de agua
7. El goce de una vivienda digna y decorosa.
8. El derecho de las niñas y los niños a que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se atienda al interés superior de la niñez.
9. Se reconoce el derecho a acceder a la cultura mediante el disfrute de los bienes y servicios que el Estado proporcione.
10. y por último, se prevé tu derecho a la cultura física y a la práctica del deporte.

2.3 La protección del derecho a la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁴

²⁴ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World*

Aunque la protección de la salud tenga como finalidad favorecer a todas las personas, este derecho reviste una gran importancia desde el punto de vista social porque permite a aquellas personas que carecen de los recursos económicos suficientes acceder a instituciones públicas de salud para recibir la atención médica que requieran. De esta manera se busca igualar en oportunidades a aquellos que se encuentren en desventaja, en este caso, de tipo económica.

Es común entender al derecho a la salud como aquel derecho de estar sano, sin embargo tiene una dimensión más profunda ya que entraña una serie de libertades y derechos. Entre las libertades, figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos. Entre los derechos, figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Por lo que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones. De tal manera que sin salud, ninguna persona puede aspirar a vivir plenamente, a desarrollar sus planes de vida conforme a sus deseos y progresar desde cualquier punto de vista.

En las sociedades desarrolladas contemporáneas, el derecho a los servicios de salud es, crecientemente, un bien que el ciudadano espera sea distribuido de acuerdo con la necesidad, como criterio dominante.

Este parece ser, en la mayoría de las sociedades desarrolladas, el criterio de distribución justo, no la capacidad de pago. Se trata de un bien que algunos van a consumir más que otros, sin que en general sea por su decisión, ni se pueda anticipar con certeza quién tendrá más necesidad de usarlo, por lo menos no todavía.

Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

En casi todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) existe un amplio paquete de servicios médicos otorgados a todos por el simple hecho de ser residentes legales; incluso, en algunos casos incluye a los no legales y a los turistas.

En ciertos países, como Canadá, la búsqueda de igualdad en la provisión de este derecho es tan importante que, para efectos prácticos, la medicina privada está relegada al aseguramiento o prestación de intervenciones no esenciales o relativamente sencillas, es decir, no cubiertas por los planes provinciales financiados con recursos públicos. De esta forma, los ciudadanos con dinero no tienen una mejor atención por poderla pagar, salvo si van a Estados Unidos, algo que al parecer no es frecuente. Esta restricción no parece estar motivada por envidia.

No se trata de que quienes no pueden pagar no quieran que aquéllos que sí pueden hacerlo estén mejor. La motivación radica en que al tener un doble sistema, uno público abierto a todos y uno privado sólo para quienes tienen dinero, el privado atrae los mejores recursos humanos y materiales del sistema de salud. Además, dado que quienes pueden pagar suelen tener más influencia, al tener la opción del servicio privado, se suelen descuidar los servicios públicos.

En la Constitución Mexicana no hizo la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque si bien es cierto esto se hizo de forma tardía. En la Constitución Mexicana de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia.

Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del artículo 123 se adicionó el concepto “Protección de la salud” en el artículo 4º constitucional. Ese cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado

al artículo 4 estipula: “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...”²⁵

A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita. En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez.²⁶

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular.

Así mismo el objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, dar a todos los mexicanos una garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos económicos.

En México, aparte de lo que dispone el artículo 4o., el tema de la salud aparece también en el artículo 2o. constitucional, apartado B, que entre las obligaciones que tienen las

²⁵ Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>

²⁶ Mayer-Serra, Carlos Elizondo, El derecho a la protección de la salud. Salud Pública de México [en línea] 2007, 49 (marzo-abril) : [Fecha de consulta: 23 de abril de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649209>> ISSN 0036-3634

autoridades federales, locales y municipales para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos indígenas, establece la de: “III. 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”.²⁷

La ley que desarrolla los mandatos del artículo 4o. en materia de salud es la Ley General de Salud²⁸, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y que ha sufrido diversas reformas con posterioridad

Ahora bien más allá de lo dispuesto por el artículo 4o. constitucional, la citada Ley General de Salud establece claramente que los mexicanos que no cuenten con acceso a algún tipo de atención sanitaria, deberán ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud

La legislación secundaria en materia de derecho a la salud tiene un carácter más bien orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud que a los ciudadanos que son sujetos de ese derecho. Sin embargo los ordenamientos secundarios que regulan los derechos sociales fundamentales, la legislación en materia de salud no configura verdaderas prerrogativas de los ciudadanos exigibles a los poderes públicos.

²⁷ Derecho a la Salud como Derecho Fundamental. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3274/3.pdf>

²⁸ Ley General de Salud. Recuperado desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

CAPÍTULO 3.- Marco Jurídico del Derecho a la Salud

El derecho a la protección a la salud está vinculado por origen al derecho asistencial y al de la seguridad social. Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud, no sólo, ya no se relaciona necesariamente con la asistencia social y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose a la lista de derechos sociales.

El autor Ruiz Massieu al respecto comenta lo siguiente:

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

A pesar de que México posee una rica tradición constitucionalista relativa a los derechos del hombre y aun mas, a los derechos sociales, las constituciones no recogieron un concepto preciso de salud por que la materia no fue regulada en la Ley Fundamental hasta 1983 y por qué por aplicación de una técnica constitucional que han seguido, tanto los congresos constituyentes como el poder reformador de la misma, la carta magna no recoge definiciones de los preceptos contenidos en ella.

Ante la ausencia de la definición constitucional del concepto de salud, la doctrina mexicana ha optado por seguir la interpretación que de la misma hace la OMS cuando dice que “La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²⁹

Desde hace más de medio siglo la sociedad ha ido fortaleciendo, su lucha por la defensa de derechos humanos en todo el mundo. La creación de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) y la Declaración de los Derechos humanos marcaron el inicio de

²⁹ Derecho a la Protección de la Salud en México. Recuperado desde : <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/36/8.pdf>

una larga serie de convenios, tratados y acuerdos entre las naciones, en busca de una mejor relación de igualdad y convivencia entre las personas.

Actualmente los derechos humanos abarcan no solo aspectos civiles y políticos de los hombres en relación con el Estado, sino que incluyen con la misma fuerza y razón aquellos que se refieren a los aspectos relacionados con las condiciones de vida. Entre ellos destacan los que tienen origen en los conceptos de igualdad para el disfrute de la riqueza socialmente producida, sea económica, cultural, científica, tecnológica o artística.

3.1 Marco Jurídico Internacional en materia de salud

3.1.1 La Declaración Universal de los Derechos Humanos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento que marca un hito en la historia de los derechos humanos. Elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales, la Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217 A, como un ideal común para todos los pueblos y naciones. La Declaración establece, por primera vez, los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero y ha sido traducida en más de 500 idiomas.

Esta declaración ha sido sustento base para la elaboración de acuerdos, Convenios y tratados en materia de salud. En su artículo 22 señala lo siguiente:

*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 personalidad.*³⁰

³⁰ Naciones Unidas, recuperado desde: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Dicho artículo marca la pauta en cuestión de derechos económicos, sociales y culturales, ya que como se ha mencionado el derecho a la salud se encuentra en esta categoría.

De manera más específica la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 expresamente reconoce el derecho a la salud:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.³¹

3.1.2 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado el 16 de diciembre del año de 1966 mediante la resolución 220 A (XXI), por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de manera conjunta con la aprobación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Ambos tratados desarrollan el contenido de la Declaración Universal de Derechos Humanos y son obligatorios para los Estados que han manifestado su consentimiento de quedar vinculados a ellos, como es el caso del Estado mexicano, que se adhirió al PIDESC el 23 de marzo de 1981, entrando en vigor en nuestro país el 12 de mayo de ese mismo año.

Este pacto recoge el derecho a la salud en su artículo 12 que a la letra dice lo siguiente:

³¹ Naciones Unidas, recuperado desde: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

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

3.1.3 Observaciones General número 14, Comité DESC

En estas observaciones generales del artículo 12 del pacto internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se intenta definir y explicar el contenido del mismo, esto a través de un comité en sesión llevado a cabo el 11 de agosto del año 200; este comité señala que en el 1º párrafo del artículo 12 del antes citado Pacto, se establece que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y que todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. En tanto el concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.³²

³² “CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES” Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 25 de abril de 2018 desde: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

3.1.4. Protocolo adicional a la convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”

El Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales fue adoptado por la Asamblea General de la OEA el 17 de noviembre de 1988 en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, el 18 de julio de 1978. El Protocolo Adicional, también denominado Protocolo de San Salvador, es un texto legal que completa la Convención Americana de Derechos Humanos, en cuanto que reconoce los derechos económicos, sociales y culturales.

El artículo 1º indica que los Estados partes en el presente Protocolo Adicional se comprometen a adoptar las medidas necesarias tanto de orden interno como mediante la cooperación entre los Estados, hasta el máximo de recursos disponibles, a fin de lograr progresivamente, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el mismo protocolo.

En cuanto a los derechos de segunda generación que se reconocen en este protocolo se encuentran: el derecho al trabajo; igualdad en las condiciones de trabajo; derecho a la huelga y a la libertad sindical; derecho a la seguridad social; derecho a la salud; derecho a un medio ambiente sano; derecho a la alimentación; derecho a la educación; derecho a la constitución y protección de la familia. De igual manera este Protocolo protege a colectivos específicos como los niños, los ancianos y a los minusválidos.

El Estado Mexicano firmo el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"³³, adoptado en la ciudad de San Salvador, en fecha 17 de noviembre de 1988 en la presidencia de Ernesto Zedillo Ponce de León. El citado Protocolo fue aprobado por la Cámara de Senadores del Honorable Congreso de la Unión, el 12 de diciembre de 1995, según decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación del 26 de diciembre del

³³ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 26 de abril de 2018 desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

propio año. Y fue ratificado el 08 de marzo de 1996 y promulgado el 28 de agosto de 1998.

Ahora bien en cuanto al tema de salud, este protocolo expresa en su artículo 10° lo siguiente:

Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;³⁴

Al igual que el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se establece a la salud como el disfrute del más alto nivel bienestar no solo físico si no también mental y social, por otro parte se establecen ciertos criterios para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud y prevención de las enfermedades.

3.2 Marco Jurídico Nacional En Materia De Derecho A La Salud

3.2.1 Constitución Política De Los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4°

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 desde el inicio de su vigencia significó una importante contribución al derecho constitucional conocido hasta

³⁴ Artículo 10° del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 26 de abril de 2018 desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

entonces, ya que amplió el ámbito de protección de los derechos individuales a través de la incorporación de los derechos sociales en el panorama constitucional mexicano.

El derecho a la protección de la salud en la legislación mexicana se estableció como derecho constitucional el 03 de febrero de 1983 con la reforma que adiciono el siguiente párrafo:

*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.*³⁵

Como obligación se asumió que la salud es un derecho y una garantía en el artículo 4° constitucional que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” y como garantía, que según el artículo 1° constitucional correspondía a todo individuo gozar de la misma.

La inclusión de este derecho fundamental constituye sin duda un deber para el Estado y una potestad de exigencia para el particular. Sin embargo, el texto constitucional nos remite, para el acceso a los servicios de salud, a la ley reglamentaria (Ley General de Salud), la cual define las bases y modalidades de ese acceso.³⁶

En torno al derecho a la salud, el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha expresado: "El referido derecho, contenido en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reconocido en diversos tratados internacionales suscritos por México, no se limita a la salud física del individuo, es decir, a no padecer, o bien, prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo. De ahí que el derecho a la salud se traduzca en la obtención de un

³⁵ Reformas al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recuperado el 26 de abril de 2018 desde: https://www.insp.mx/transparencia/XIV/leyes_federales/refcns/pdfsrcs/4.pdf

³⁶ Robles Magda, “El Derecho A La Salud Y La Reforma De Los Derechos Humanos En México” Eunomía, revista en cultura de la legalidad

determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica"³⁷

Actualmente, la naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud se modificó a derecho humano tras la reforma constitucional de 2011, con los alcances y las obligaciones generadas por el contenido sustancial conformado por los derechos humanos establecidos en la Constitución mexicana y en los tratados internacionales de los que el Estado es parte.

Uno de los primeros cambios significativos es el que hace referencia ahora a “Derechos Humanos y sus Garantías”. El cambio es doblemente significativo. Por un lado, porque rompe con un marcado error de técnica jurídica señalado por muchos años. Al referirse a “garantías” se alude a los mecanismos de protección, confundiendo el objeto con el instrumento de defensa. Por otro lado, la terminología es internacionalmente aceptada y de uso común para las personas.

Un segundo cambio es en cuanto al cambio del término “otorga” por “reconoce”. Pareciera menor el cambio. Pero no lo es. Se reconocerán a todas las personas los derechos humanos reconocidos en la Constitución así como aquellos que lo estén en los tratados internacionales en los que el país sea parte.

Para los efectos del derecho a la salud esto supone una medida importante ya que los operadores jurídicos del país, principalmente, las autoridades, deberán proteger la salud en todos los aspectos a los que se refieran los tratados internacionales que México haya suscrito. El impacto que esto tendrá en la protección del derecho a la salud adquiere nuevas dimensiones que suponen un debate por demás interesante.

Un tercer aspecto importante en la reforma del año 2011 a la Constitución, es la introducción del principio de interpretación pro homine, que no es otra cosa, que el entender que las personas en nuestro país gozan de la máxima protección posible, no solo por la legalidad vigente en el país. Es decir que ahora los legisladores tendrán que recurrir a

³⁷ Pleno Tesis Jurisprudencial: "Derecho a la salud. No se limita al aspecto físico, sino que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general". SJF y su Gaceta. 9a. Época; XXX, Diciembre de 2009. p. 6. Tesis: P. LXVIII/2009. Núm. de Reg. 165826.

normas de carácter nacional o internacional, siempre y cuando sea la más beneficiosa para la persona.

Y por último el establecimiento del control de convencionalidad que deberán realizar todas las autoridades, en el 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.

Esta reforma cambia las circunstancias en las que se encuentran los derechos humanos y entre estos el derecho a la salud, al establecer un marco jurídico nacional e internacional aplicable siempre en beneficio de las personas.

3.2.2 Ley Orgánica De La Administración Pública Federal

Como se ha expresado en el artículo 4 de la constitución en el cual se señala que el estado sentara las bases y modalidades para la protección del derecho a la salud, se crea una secretaria que permitirá el desarrollo de las funciones del estado en cuanto a salud se refiere. De tal manera que en el artículo 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se establece lo siguiente:

ARTÍCULO 26.- Para el despacho de los asuntos del orden administrativo, el Poder Ejecutivo de la Unión contará con las siguientes dependencias:

Secretaría de Gobernación.

Secretaría de Relaciones Exteriores.

Secretaría de la Defensa Nacional.

Secretaría de Marina.

Secretaría de Seguridad Pública.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Secretaría de Desarrollo Social.

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Secretaría de Energía.

Secretaría de Economía.

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo.

Secretaría de Educación Pública.

Secretaría de Salud.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Secretaría de la Reforma Agraria.

Secretaría de Turismo.

Consejería Jurídica del Ejecutivo Federa³⁸

En cuanto a las funciones de la Secretaria de Salud destacan las siguientes expresadas en el artículo 39 que a la letra dice:

ARTÍCULO 39.- A la Secretaría de Salud corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;*
- II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal;*
- III. Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;*

³⁸ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/145707/2016_07_18_VES_Decreto_por_el_que_se_reforma_la_LOAPF.pdf

IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores;
*V. Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.*³⁹

Las funciones designadas para la secretaria de Salud permiten la plena protección del derecho a la salud, de tal manera que esta se encargara no solo del cuidado de la misma sino también de implementar medidas, crear programas e instituciones de carácter público con el objetivo de abastecer a la población y brindar servicios de calidad esto mediante el presupuesto que les será designado por el gobierno federal, y será esta misma secretaria quien se encargara de administrarlos. Así mismo entre sus otras funciones también se encargara de organizar y vigilar tras instituciones de beneficencia privada.

3.2.3 Reglamento Interior de Salud

En cada una de las Secretarías que conforman la administración pública federal estará conformada por un equipo de trabajo mismo que se encargaran de cumplir con las funciones delegadas por el Poder Ejecutivo Federal. El artículo 12 del Reglamento Interior de salud señala que *“al frente de cada una de las direcciones generales y del Secretariado del Consejo Nacional de Salud habrá un director general que se auxiliará por directores generales adjuntos, directores, subdirectores, jefes de departamento, de oficina, sección y mesa, y demás servidores públicos que requieran las necesidades del servicio.”*⁴⁰

Así mismo en este mismo Reglamento se establecen las funciones que deberán cumplir los directores generales entre las que destacan; Programar, organizar, dirigir y evaluar el desarrollo de las funciones encomendadas a la unidad administrativa a su cargo; Realizar investigaciones y formular dictámenes e informes, así como emitir opiniones relativas a la competencia de la unidad administrativa a su cargo; Proponer la selección, contratación y promoción del personal a su cargo, así como, en su

³⁹ Artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/ley_org.html

⁴⁰ Artículo 12 del Reglamento Interior de Salud. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/reg_int.html

caso, autorizar las licencias, tolerancias y remociones, con la intervención de las direcciones generales de Asuntos Jurídicos, sólo en el caso de remociones, y de Recursos Humanos; Presidir, coordinar y participar en las comisiones y comités que les encomiende el Secretario o su superior y, en su caso, designar suplente, así como informar de las actividades que se realicen en dichos órganos colegiados; entre otras funciones.

3.2.4 Ley General de Salud

En 1983 se ve culminada la aspiración de los mexicanos de elevar a rango constitucional la garantía social del derecho a la protección de la salud, como resultado de ellos en 1984 se promulga la Ley General de Salud, que integró y reordenó las disposiciones contenidas en el código sanitario de 1973 y en sesenta reglamentos.

Para dar cumplimiento a la garantía social del derecho a la protección de la salud, se constituyó el Sistema Nacional de Salud. Con el propósito de mantener su actualización, así como otras leyes la Ley General de Salud ha sido objeto de diversas reformas entre las que destacan; las relativas a la disposición de sangre segura de fecha 27 de mayo de 1987; la modernización de la regulación sanitaria de fecha 14 de junio de 1991; la reforma del 7 de mayo de 1997 sobre el control sanitario para la utilización de células con fines médicos, la de abril de 2000 en la que Ley General de Salud fue adicionada con una reforma que sentó las bases para la donación y trasplante de órganos, en ese mismo año se aprobó otra iniciativa que adiciona los artículos 199-Bis y 464-Bis de la Ley, con el fin de regular la donación altruista de alimentos.⁴¹

Actualmente la Ley General de Salud define las bases y modalidades de acceso a los servicios correspondientes y fija los lineamientos de acción para los programas de salud. Dicha ley se conforma por ocho capítulos y 482 artículos.

41 Temas selectos de salud y derecho / México, D.F. : UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002

En el contenido de la Ley General de Salud,⁴² sé que establece que:

- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que no puede renunciar a este derecho.
- Que toda persona tiene libre acceso a cualquiera de las prestaciones de salud y a elegir el sistema de salud de su preferencia.
- Que toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados para la atención de su salud tengan las características indicadas en su presentación.
- Así mismo tienen derecho a exigir que los servicios de atención a la salud que se les prestan sean de calidad y los procedimientos y prácticas institucionales sean profesionales.
- Toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite o si el problema que representa grave riesgo para su vida o su salud.
- Ninguna persona puede ser sometida a ningún tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona a quien el enfermo designe como su representante legal, a menos que sea requerida una intervención de emergencia y no haya ninguna persona que la autorice.

3.2.5 Plan Nacional De Desarrollo 2013 – 2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018⁴³ establece las siguientes Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global, y las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género.

En cuanto a la meta denominada México Incluyente se pretende disminuir los altos niveles de exclusión, privación de derechos sociales y desigualdad entre personas y regiones de México.

⁴² Ley general de salud. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-general-de-salud>

⁴³ Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2017/marco_juridico/PND_2013_2018.pdf

El objetivo 2.3 de este plan es el de Asegurar el acceso a los servicios de salud, su estrategia 2.3.1., es la de avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, sus líneas de acción son las siguientes:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria. Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.
- Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.

Otra de sus estrategias importantes en cuanto a salud se establece es la Estrategia 2.3.4. es aquella en la que se trata de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, proponiendo las siguientes líneas de acción:

- Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.
- Consolidar la regulación efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas.
- Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
- Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.
- Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.
- Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas.
- Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

El Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018 también plantea las siguientes estrategias: de acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad y Promover la cooperación internacional en salud.

3.2.6 Programa Nacional De Salud 2013 – 2018

Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, principal instrumento de planeación de la administración pública, y en cumplimiento a lo dispuesto por la ley de Planeación, se elaboró el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual está alineado a las prioridades nacionales que busca alcanzar el Gobierno de la República, mediante el establecimiento de seis objetivos, 39 estrategias y 274 líneas de acción.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018⁴⁴ establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales. Estos objetivos establecidos por el Sector son los siguientes:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud.

⁴⁴ Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>

En el Programa Sectorial de Desarrollo 2013-2018 se plantean estrategias y líneas de acción que se reconocen que hay avances significativos en algunos temas y que sólo se requieren estrategias para consolidar sus objetivos. Así mismo incluye estrategias para hacer más eficaz la acción gubernamental en aspectos cuyos resultados de años pasados no han sido los esperados o el contexto obliga su adaptación.

3.2.7 Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) son aquellas regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes, que tienen como finalidad establecer las características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir un riesgo para la seguridad de las personas o dañar la salud humana; así como aquellas relativas a terminología y las que se refieran a su cumplimiento y aplicación.⁴⁵

Las NOM en materia de Prevención y Promoción de la Salud, una vez aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE) son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación y, por tratarse de materia sanitaria, entran en vigor al día siguiente de su publicación.

Las NOM deben ser revisadas cada 5 años a partir de su entrada en vigor. El Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades (CCNNPCE) deberá de analizar y, en su caso, realizar un estudio de cada Norma Oficial Mexicana, cuando su periodo venza en el transcurso del año inmediato anterior y, como conclusión de dicha revisión y/o estudio podrá decidir la modificación, cancelación o ratificación de las mismas. Actualmente existen aproximadamente 36 NOM vigentes en materia de salud.

⁴⁵ Secretaria de Salud. “Normas Oficiales Mexicanas” Recuperado el 28 de abril de 2018 desde : <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

3.3 Normatividad Aplicable al Estado de Quintana Roo

3.3.1 Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo

La constitución política de Quintana Roo es una de las constituciones estatales jóvenes, fue promulgada en el año 1974 y aprobada el 11 de enero del año 1975 en la gubernatura provisional de David Gustavo Gutiérrez Ruiz.

La constitución del estado de Quintana Roo establece en su artículo 13° párrafo tercero la protección del derecho a la salud:

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo, en concordancia y coordinación con las leyes federales sobre la materia. 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. En materia de salubridad general se estará a las disposiciones que dicte la Federación de conformidad al contenido de la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁴⁶

3.3.2 Ley de Salud del Estado de Quintana Roo

La ley de salud del estado de Quintana Roo como lo expresa su Artículo 1° tiene por objeto reglamentar el derecho a la protección de la salud, establecer las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de éste y sus municipios en materia de salubridad local, en los términos de los artículos 4, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 13 de la Constitución Política del

⁴⁶ Artículo 13° de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. Recuperado el 28 de abril de 2018 desde: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/fundamental/CN1520170922-D004.pdf>

Estado, 13 de la Ley General de Salud, y de los convenios y acuerdos que entre la Federación y el Estado se signen, siendo su disposición de orden público e interés social.⁴⁷

Así mismo en su artículo 2° se establecen la finalidad de la protección del derecho a la salud:

Artículo 2.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I.- El bienestar físico, mental y social 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;

V.- El disfrute de servicios de salud y 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.

En cuanto a la competencia para la protección de la salud en el artículo 13⁴⁸ se establece que Corresponde al Gobierno del Estado por conducto de su Secretaría de Salud: A) En materia de Salubridad General: I.- Coordinar el Sistema Estatal de Salud y coadyuvar a su funcionamiento y consolidación; II.- Formular y desarrollar programas locales de salud en

⁴⁷ Ley General de Salud. Recuperado el 29 de abril de 2018 desde: http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1856:1-salud&catid=160&Itemid=867

⁴⁸ Artículo 13 de la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo. Recuperado el 29 de abril de 2018 desde: http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1856:1-salud&catid=160&Itemid=867

el marco de los Sistemas Estatales y Nacional de Salud y de acuerdo con los principios y objetivos de la planeación nacional; III.- Celebrar con la federación los acuerdos de coordinación en materia de Salubridad General concurrente y exclusiva, en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones legales aplicables, y IV.- Establecer y conducir el Registro Estatal de Donadores, coordinando sus acciones con el Registro Nacional de Trasplantes, con el objetivo de coadyuvar en el funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de trasplantes en materia de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células de seres Humanos.

3.3.3 Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo.

En la ley orgánica de la administración pública del estado de Quintana Roo se establece el órgano encargado de la protección y regulación del derecho a la salud, dicha dependencia es la Secretaria de salud quien auxiliara al poder ejecutivo estatal en cuanto a materia de salud le corresponde.

En el artículo 38 se establecen las funciones de la Secretaria de salud entre las cuales están las siguientes:

I. Aplicar y supervisar el cumplimiento de las disposiciones que en materia de salud señaladas en las Constituciones de los Estados Unidos Mexicanos y Política del Estado, actualizar, vigilar y difundir el cumplimiento de las Leyes General de Salud y la de Salud para el Estado de Quintana Roo, así como elaborar las normas de su competencia, que deban orientar los servicios de salud, seguridad y de asistencia social que presten los sectores público, social y privado en la entidad; II. Formular, instrumentar, conducir, difundir y evaluar las políticas y programas sectoriales en materia de salud, seguridad social, asistencia social, salubridad y salud pública, con base en la legislación estatal y federal aplicable y las normas y lineamientos que determine el Gobernador del Estado y en vinculación con el Sistema Estatal de Planeación de la Entidad; asimismo conducir las relaciones con la Federación para

la descentralización de este tipo de servicios y otras actividades conjuntas; III. Consolidar y regular los servicios regionales del sector, procurando su vinculación con el modelo de organización y desarrollo regional del Estado bajo criterios de eficiencia, productividad y ahorro en el gasto público y mayor cercanía y calidad de servicios a la población; IV. Coordinar, regular y evaluar el Sistema Estatal de Salud, Seguridad y Asistencia Social, procurando que en su instrumentación, aplicación y supervisión, participen las diferentes unidades de la Dependencia y las entidades del sector, con información y programas específicos de su responsabilidad, que se vinculen con las metas y objetivos del programa y el sistema estatal a cargo del Sector, asimismo, fomentar que en el desarrollo del Sistema y programas a su cargo se promueva y asegure la participación ciudadana, etc.⁴⁹

Otros instrumentos jurídicos en cuanto a la protección de la salud, son los siguientes decretos:

1. Decreto No. 25 por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios Estatales de Salud. (P. O. 18-10-1996)
2. En el pleno de la junta de Gobierno de fecha 2 de Abril del 2004, se aprobó la nueva estructura orgánica, presentándose el nuevo organigrama aprobado.
3. Reglamento Interior de los Servicios Estatales de Salud. 2 Abril de 2004.

Así mismo el estado ha firmado varios acuerdos en materia de salud para coordinarse con otras dependencias:

1. Acuerdo de Coordinación en materia de Servicios de Salud Pública en el Estado de Quintana Roo.
2. Acuerdo de Coordinación para la realización del Programa Sectorial concertado, denominado promoción y gestión para el establecimiento del Sistema Estatal de Control.

⁴⁹ Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo. Recuperado desde: http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1937:1-org-admon-pub-edo&catid=160:leyes&Itemid=867

3. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en la Entidad.
4. Acuerdo de Coordinación para la integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado de Quintana Roo.
5. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Estado de Quintana Roo para transferir la realización de obras públicas en unidades médicas en la Entidad.
6. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta.
7. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Programación y Presupuesto de la Contraloría General de la Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de Control y Regulación Sanitaria en la Entidad.

CAPÍTULO 4.- Sistema de salud en México

El Sistema de Salud en México es hoy una composición de instituciones públicas y privadas que no garantizan el acceso a la salud y servicios de calidad para todos. El Sistema Nacional de Salud mexicano se encuentra normado por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país. Desde la reforma de 1983, el artículo 4º, párrafo cuatro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se estableció que: “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...”⁵⁰

Una de las reformas más significativas al marco legal del Sistema Nacional de Salud ha sido la creación del Sistema de Protección Social en Salud, conocido en su parte operativa como Seguro Popular. El objetivo del Sistema de Protección Social en Salud es brindar cobertura de servicios de salud mediante un aseguramiento público y voluntario para las personas que, debido a su condición laboral, no están afiliadas a ninguna institución de seguridad social. El Seguro Popular busca satisfacer de manera integral las necesidades en salud de estas personas al garantizarles el acceso a servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios.

4.1 Estructura y Cobertura del sistema de salud mexicano

De modo esquemático se puede observar el Sistema de Salud de México, como un sistema organizado en tres ejes, cada uno de los cuales puede ser identificado con diferentes niveles socioeconómicos. Estos ejes son productos de la evolución histórica de un sistema que desde su nacimiento ha presentado una clara división entre aquellas personas que son beneficiarias de la seguridad social, conformada en su mayoría por trabajadores del sector formal de la economía, y quienes, por carecer de un empleo formal o encontrarse en

⁵⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

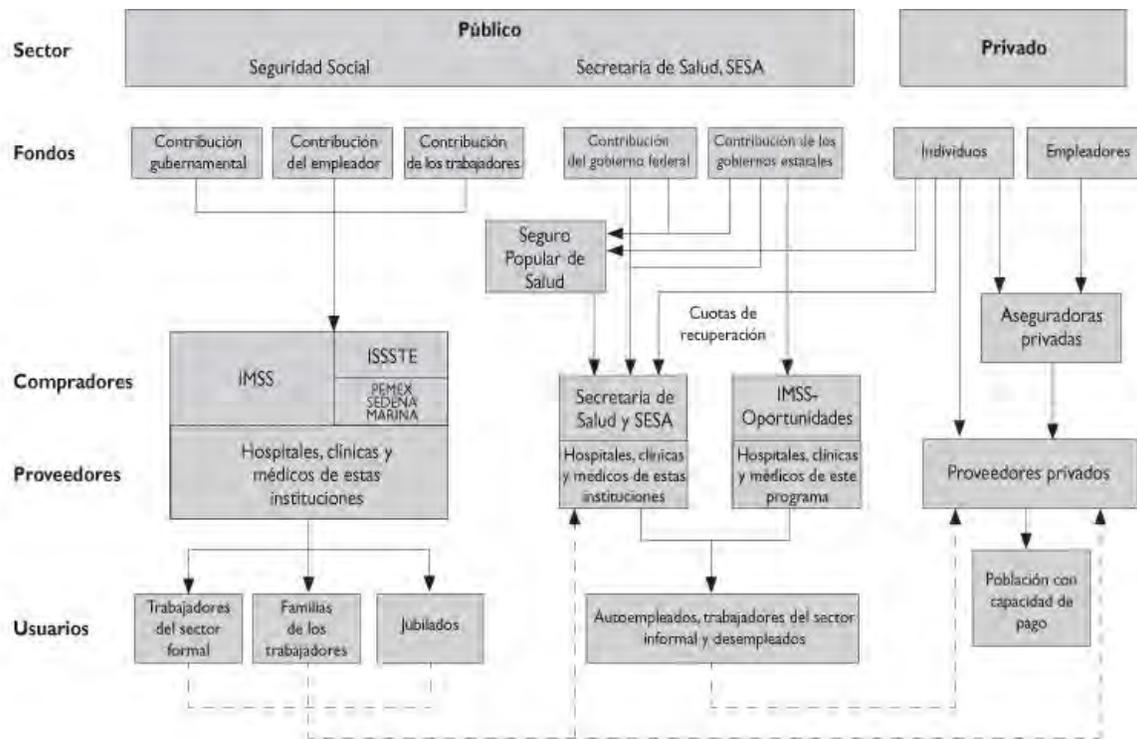
situación de pobreza debían acceder a la cobertura en especies brindada por la Secretaría de Salud: la población abierta ⁵¹

El sistema de salud mexicano comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran: las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social; Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. ⁵²

Con base en el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho. El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En México existen tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y la población con capacidad de pago.

⁵¹ Zamoni Lucila. “El seguro social como un instrumento para la equidad en el acceso a la salud. El caso de México”.

⁵² Gómez Dantés, Octavio, Sesma, Sergio, Becerril, Victor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, Frenk, Julio, Sistema de salud de México. Salud Pública de México [en línea] 2011, 53 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779017>> ISSN 0036-3634



Fuente: Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2: S220-S232

El tipo de Sistema de Salud en México es de carácter mixto y fragmentado, en el cual se encuentran tanto instituciones públicas de seguridad social como instituciones públicas de protección social en salud. Las instituciones de seguridad social dan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de otras prestaciones sociales, en tanto las instituciones de protección social en salud dan acceso a servicios de salud a las personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social.

La división del sistema de salud en tres ejes se torna un poco difícil de diferenciar esto debido a que los límites entre los ejes no se encuentran delineados con tanta claridad. La diferencia entre el acceso a seguridad social y los servicios privados se encuentra sumamente definida. Pero al vincular a la seguridad social con el sistema de protección social se encuentran zonas grises. Esto es, desde que la Secretaría de Salud, a partir de la reforma de la Ley General de Salud de 2003, impulsó el sistema de protección social en

salud, o el IMSS –Solidaridad como programas que tomando como base los buenos resultados obtenidos por la Seguridad Social, intentado reproducir el modelo para otorgar cobertura a la población abierta.

El primer eje se encuentra conformado por la seguridad social y el seguro popular. Ambos sistemas implican el acceso a una cobertura integral de salud y beneficios sociales, tales como jubilación y pensión. Ahora bien, este primer eje se divide a su vez en dos sectores, la división se presenta a partir de la pertenencia o no a la economía formal. Dentro del primer grupo están aquellos trabajadores que se encuentran en el marco de la Ley Federal de Trabajo, quienes de manera obligatoria aportan al sistema de seguridad social, según el Art.12 de la Ley del Seguro Social⁵³ “... personas que presten servicios remunerados.” Esta misma Ley a su vez incluye a los trabajadores de cooperativas y un tercer grupo conformado por designación directa por decreto del poder ejecutivo nacional.

A este primer eje se pertenece el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) que ofrece desde 1998, a quienes no pertenecen a la economía, formal un seguro para la familia – IMSS-Oportunidades-. La financiación del mismo se realiza a través de un binomio compuesto por el pago por adelantado de la cuota anual por parte del afiliado y el gobierno federal.

Cabe mencionar que obligatoriamente y establecido por la Ley de Trabajo, los trabajadores deben afiliarse a alguno de los institutos de la seguridad social. La elección del mismo depende del área donde se desarrolla la actividad. El IMSS engloba a los trabajadores asalariados del sector privado, el ISSSTE a los trabajadores de la esfera pública en todos sus estratos, PEMEX, afilia a los trabajadores del petróleo y el ISSFAM a las Fuerzas Armadas Mexicanas. En cuanto a los beneficios de los derechohabientes en cada uno de estos institutos son similares. En términos generales abarcan: seguro de salud, seguro de maternidad, seguro de pensión, de invalidez, de cesantía, de vida, seguro de riesgo del trabajo, créditos hipotecarios.

⁵³ Ley del Seguro Social. Recuperado el 02 de mayo de 2018 desde: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf

En relación al financiamiento, la seguridad social posee tres pilares; los aportes realizados por los trabajadores pertenecientes al área de empleo formal, los cuales según lo establecido por la Ley de Trabajo deben aportar obligatoriamente a algún de los Institutos de la Seguridad Social, dependiendo de la rama de la economía en la que se desempeñen; el segundo aporte está conformado por los aportes que realizan los empleadores por cada empleado que poseen y, finalmente un complemento aportado desde el Estado Nacional. En porcentajes, el total de los aportes ronda entre un 8% y un 10 % del salario de cotización del trabajador se financia a partir de aportes realizados desde tres sectores: los trabajadores, los empleadores y el Estado.

El segundo eje del sistema está conformado por los Servicios Estatales de Salud (SESA) y la Secretaría de Salud, máxima autoridad nacional en el área e institución rectora del sistema. La misma tiene a su cargo la elaboración de las normas mexicanas en el área, la actualización de las normas en regulación sanitaria y evaluar la prestación de servicios.

A partir de la reforma de 2003 a la LGS, se crea el Sistema de Protección Social de Salud. El mismo busca consolidar el avance hacia la universalidad en materia de salud y la conformación de un ámbito de protección financiera para aquel sector de la población más desprotegido y que se encontraba en importante desigualdad de condiciones en materia de acceso a servicios de salud.

La Secretaria de Salud se encuentra financiada en su totalidad por la recaudación de impuestos generales y atiende principalmente a la población pobre tanto del campo como de la ciudad, trabajadores informales y auto empleados. Dentro de las prestaciones impulsadas por la Secretaria de Salud, se encuentra el Seguro Popular de Salud (SPS), quien tiene por objetivo brindar cobertura de salud a aquellas personas de menores recursos que no son capaces de afrontar el pago correspondiente a la cobertura privada y carecen de empleo formal que les permita acceder a la seguridad social.

En cuanto a la cobertura de los servicios de atención primaria las prestaciones y los medicamentos se encuentran delimitados por listados del Catálogo Universal de Servicios

Esenciales en Salud. Los servicios considerados de alto costo son financiados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Finalmente el tercer eje está conformado por los seguros privados de Salud y los pagos realizados por prestaciones determinadas. Es decir, hay quienes se afilian a un sistema de protección en salud, ya sea prepago o del tipo mutual y quienes pagan ocasionalmente por prestaciones.

Desde el año 2002 comienza la oferta de seguros integrales de salud. Previo a 2002 existían los denominados seguros de gastos médicos mayores. Los servicios privados ofrecen principalmente dos tipos de seguros: Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM) y los que ofrecen las Instituciones de Seguros especializadas en salud. Los primeros, abarcan gastos extraordinarios como pueden ser hospitalización y diagnósticos específicos. Los seguros ofrecidos por las Instituciones de Seguros especializadas en Salud, ofrecen un abanico de prestaciones prepagadas.

Sin embargo las instituciones que prestan los servicios de salud se encuentran desarticuladas, al prestar sus servicios de salud a solo a sus beneficiarios en función de su condición laboral. Esta fragmentación tanto jurídica como institucional genera una serie de inequidades, ineficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud que demandan una necesaria transformación.

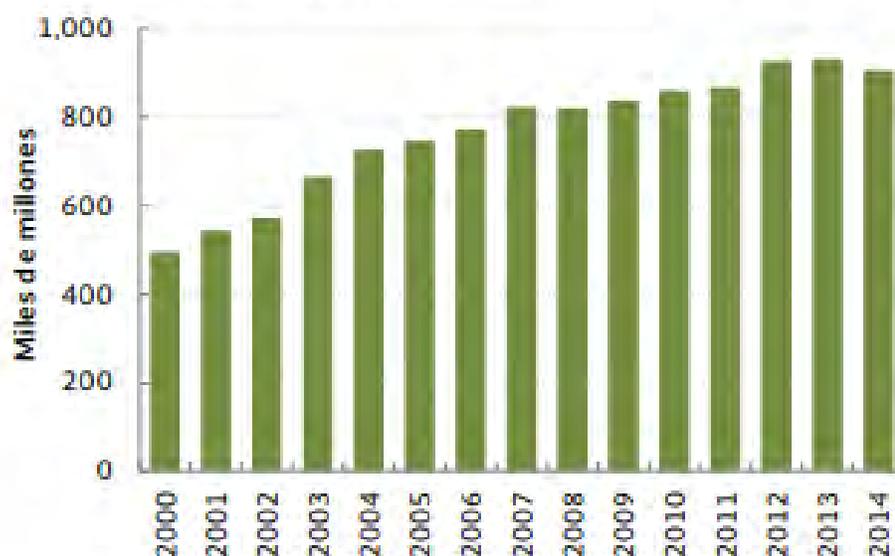
4.2 Financiamiento de los servicios de salud

El gasto en salud es un elemento esencial en cualquier país; es en gran medida un determinante de las posibilidades de mejoramiento de las condiciones de vida de la población a través de los sistemas de salud.

En México, en términos reales, es decir, descontando el efecto de la inflación, el gasto total en salud mostró una dinámica ascendente entre 2000 y 2010, y a partir de 2012 se estancó,

inclusive se observó una ligera disminución en 2014 cercana al 3%. En contraposición, este efecto no se observa en el gasto total en salud a precios corrientes, en donde la tendencia es siempre ascendente entre 2000 y 2014, destacando además que la velocidad a la que crece el gasto en estos términos es casi el triple de lo que experimenta el gasto total en salud a precios constantes.

Gráfica 1.1 Gasto total en salud, 2000-2014
(pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: OCDE. Health Statistics 2016, Health Expenditure and Financing October 2016. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

4.2.1 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total

Este indicador permite aproximar, a través de la cantidad destinada a salud, el grado de importancia que el gobierno le asigna al cuidado de la salud de la población.

De manera general, el gasto en salud como porcentaje del gasto público total tuvo un comportamiento fluctuante entre 2000 y 2014. Destaca el incremento ocurrido entre 2003 y 2004, en donde el indicador aumentó en casi 2 puntos porcentuales, sin embargo, posterior a ese incremento también se da la caída más drástica y prolongada, de 2005 a 2008 la

reducción del gasto en salud como porcentaje del gasto público total disminuyó cada año en por lo menos medio punto porcentual, acumulando una pérdida de casi 2.5 puntos porcentuales. Sobresale en ese sentido el descenso de 2007 cuando el indicador se redujo en 0.37 puntos.

Uno de los factores que beneficiaron el importante incremento en el gasto en salud fue la creación del Sistema de Protección Social en Salud durante 2003, y la puesta en marcha en 2004 de su “brazo operativo”, el Seguro Popular. A partir de 2008 se detuvo la caída de este indicador, el cual osciló entre 15 y 16%, para culminar en 2014 en su valor más bajo desde 2000, 15.05%.⁵⁴



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

4.2.2 Gasto público en salud en población con seguridad social

El gasto público destinado a la población con seguridad social, en términos reales, es decir, descontando el efecto de la inflación, creció casi 73% entre 2000 y 2014, manteniendo una

⁵⁴ Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

tendencia positiva, con excepción de los años 2005, 2008 y 2014, siendo la caída más pronunciada la de 2005, cuando el indicador decreció casi un 6% respecto a 2004.

No obstante, entre 2003 y 2004 también se observó el aumento más importante en los recursos destinados al cuidado de la salud de la población con seguridad social. Entre 2002 y 2003 el aumento de los recursos fue muy cercano al 12%, es decir, un incremento neto de casi 20 mil millones de pesos, dinámica que se mantuvo para el 2004 cuando los recursos lograron su mayor crecimiento durante el periodo, al pasar de 188 mil a 216 mil millones de pesos (a precios constantes de 2012), un crecimiento de poco más de 14% respecto al año anterior.



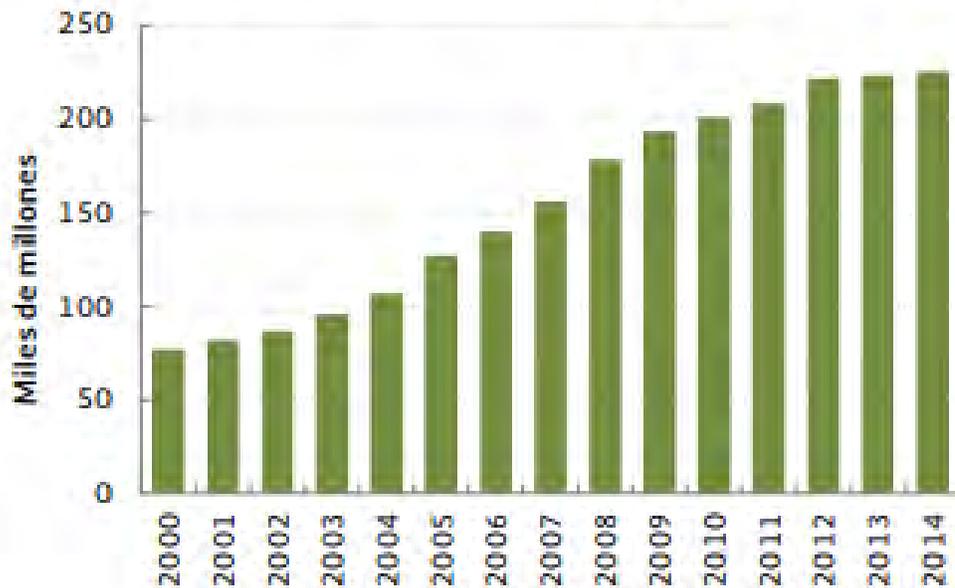
Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

4.2.3 Gasto público en salud en población sin seguridad social

Un problema histórico del Sistema Nacional de Salud ha sido cómo proporcionar servicios de salud a la población que no cuenta con un empleo formal que le permita acceder a la atención médica. En ese sentido, es importante evitar que la falta de cobertura se refleje en un mayor gasto de bolsillo para las familias y que este se pueda convertir en gasto catastrófico que termine con el patrimonio de la gente.

El gobierno ha atendido dicha situación incrementando los recursos que se proporcionan a la población que no cuenta con servicios de seguridad social para poder proveerles servicios de salud. Entre 2000 y 2014, en términos reales dicho gasto casi se triplicó, pasando de cerca de 77 mil a poco más de 225 mil millones de pesos. Aunque en los últimos tres años del periodo el indicador se mantuvo prácticamente en el mismo nivel, la tendencia durante los años restantes fue ascendente, mostrando tasas de crecimiento anual promedio de alrededor de 7.4%. En términos porcentuales, resalta el incremento de 19% del indicador en 2005, respecto al nivel mostrado el año previo, lo que significó contar con recursos adicionales de poco más de 20 mil millones de pesos para atender a la población sin seguridad social, impacto directo del Seguro Popular.

Gráfica 1.12 Gasto público en salud para población sin seguridad social, 2000-2014
(pesos a precios constantes de 2012)



Fuente: SS-DGIS. Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2014. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

El sector privado del Sistema Nacional de Salud obtiene su financiamiento de los pagos directos de bolsillo de las personas al momento de recibir la atención, adquirir medicamentos o insumos, además de los pagos anticipados correspondientes a las primas de los seguros de gastos médicos. El gasto de bolsillo sigue representando cerca del 86% del gasto privado y 41% del gasto total en salud. Aunque esta fuente de financiamiento se ha reducido en casi 13 puntos porcentuales del gasto total en salud en los últimos 15 años, sin embargo sigue siendo poco más del doble del valor promedio reportado por los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que en 2014 fue el 20.1% del gasto total en salud.

4.2.4 Gasto privado en salud como porcentaje del PIB

El gasto privado incluye aquel incurrido por los hogares y las empresas a través del gasto directo en servicios de salud (gasto de bolsillo) o a través del gasto en seguros médicos. Aunque en términos absolutos el gasto privado siguió una tendencia ascendente hasta 2007, el ritmo al que creció se interrumpió a partir de 2008, cuando se presentó una reducción de 4%, alrededor de 20 mil millones de pesos menos en gasto privado en salud respecto a 2007. El comportamiento del gasto privado en salud a partir de 2008 fue variable, destacando el incremento mostrado entre 2011 y 2012 de 6.1%, un aumento real de poco más de 25 mil millones de pesos.

Aunque no deja de ser importante el incremento antes mencionado, hay que hacer notar que éste fue precedido de tres años consecutivos con descenso, por lo cual el gasto privado en 2012 fue menor que en 2007 en casi 15 mil millones de pesos. A pesar de los altibajos mencionados, el gasto privado creció en más de 60% entre 2000 y 2014 (Gráfica 1.18). En cuanto al gasto privado como porcentaje del PIB, este mostró un fuerte incremento en los primeros 4 años del periodo, llegando a un nivel de 3.48% en 2003, año a partir del cual se redujo hasta ubicarse en un valor de 3.11% en 2008. Posteriormente, entre 2009 y 2011 descendió casi 0.5 puntos porcentuales. Desde 2012 disminuyó nuevamente pero a un ritmo más lento, para alcanzar en 2014 el 2.74% del PIB.

4.2.5 Gasto de bolsillo

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta el SNS es reducir el gasto de bolsillo que afecta a las familias. Dicha erogación involucra todos los gastos destinados a solventar las necesidades de atención de la salud de los integrantes de los hogares, por ejemplo, en honorarios médicos, compra de medicamentos y facturas de hospitalización. En ese sentido, la fragmentación del sistema de salud ha constituido un factor estructural para que el gasto de bolsillo no se reduzca sensiblemente y de alguna manera perpetua los efectos negativos que trae consigo dicho gasto. Entre 2000 y 2007 el gasto de bolsillo en términos reales aumentó de manera importante; tan solo en ese periodo se dio un incremento de poco más

de 170 mil millones de pesos, lo que implicó un crecimiento neto en el periodo de 66.3%, es decir, una tasa de crecimiento de 3.5% anual en promedio. Posterior a 2007, la tendencia del gasto de bolsillo fluctuó, mostrando sus niveles más bajos en 2011, cuando se ubicó en 370 mil millones de pesos y en 2014, cuando fue de poco más de 375 mil millones de pesos (monto 56 mil millones de pesos inferior al reportado en 2007).

4.3 Políticas Públicas en Materia de Salud en México.

Las Políticas Públicas son “el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”.⁵⁵

De acuerdo con Manuel Tamayo las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.⁵⁶

El sector de la salud al igual que otros sectores tiene recursos finitos. Por lo tanto todos los gobiernos tienen que hacer frente a la disparidad entre los recursos y las necesidades si bien los problemas con que tropiezan los gobiernos. Un agravante a dicha situación es el hecho de que las necesidades de atención médica definidas como problemas físicos y mentales que requieren consulta, diagnóstico o tratamiento médico, se consideran infinitas. No importa cuán saludable sea una población sus necesidades de salud han de superar siempre las posibilidades de las instituciones de salud de producir servicios para atenderlas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en México existen estas políticas públicas en materia de salud⁵⁷:

-

⁵⁵ Ruiz López Domingo. “Que es una Política Pública”. Recuperado el 04 de Mayo de 2018 desde: [http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%](http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20)

⁵⁶ Aguilar Carlos, Lima Marco. “Contribuciones a las Ciencias Sociales”. Recuperado el 04 de mayo de 2018 desde: <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.pdf>

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Políticas Publicas de Salud México. Recuperado desde: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=201:politicas-salud-mexico&Itemid=311

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018
- Objetivos del Desarrollo del Milenio en México

4.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El objetivo general del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es el de llevar a México a su máximo potencial, estableciendo cinco metas a nivel nacional; I.- México en Paz, II.- México Incluyente, III.- México con Educación de Calidad, IV.- México Prospero y, V.- México con Responsabilidad Global. Dicho plan también establece tres estrategias transversales, la primera es democratizar la productividad, la segunda un gobierno cercano y moderno y por tercera y última una perspectiva de género. De tal forma se trazan los objetivos de las políticas públicas y se establece las acciones específicas para alcanzarlos.

En cuanto al tema de salud dicho plan se señala que para mejorar el sistema de salud es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

Así mismo hay que tomar en cuenta que existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención. En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Tercero, la rectoría y arreglo organizacional vigentes, donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el sistema de salud pública.

Otro de los objetivos planteados en el plan es avanzar en cuanto a los indicadores clave de salud como por ejemplo: la mortalidad materna. Los datos demográficos y epidemiológicos

indican que las presiones sobre el Sistema Nacional de Salud serán cada vez mayores; la fecundidad, las tasas de mortalidad y la migración suponen una demanda más elevada de servicios, especialmente asociada al mayor número de adultos mayores. Hay que tomar en cuenta que por otro lado, hay situaciones que atentan contra la salud como: la pobreza, los estilos de vida poco saludables y de riesgo, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión.

El plan de acción encaminado a conseguir los objetivos de Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es aquel que integrara a una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades. De tal manera que se planteó México una política social de nueva generación. Es decir, una política enfocada en alcanzar una sociedad de derechos ciudadanos y humanos plenos. En este sentido, el gobierno mexicano propone políticas sociales que giran en torno al ciudadano, ubicándolo como un agente de cambio, protagonista de su propia superación a través de su organización y participación activa.

En materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, se busca llevar a la práctica a la salud como un derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.⁵⁸

El Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018 se complementa con el Programa Sectorial de Salud 2013-201.

4.4.2 Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, aprobado por Decreto publicado el 20 de mayo de 2013 en el Diario Oficial de la Federación es el principal instrumento de planeación de

⁵⁸ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado desde : <http://pnd.gob.mx/>

esta administración mismo que define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno mediante objetivos, estrategias y líneas de acción.

Para la elaboración de los programas sectoriales, en términos de elementos y características, se publicó el 10 de junio de 2013 el Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

En este sentido, el Programa Sectorial de Salud 2013- 2018 define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en dicho Plan.⁵⁹

4.4.3 Objetivos del Desarrollo del Milenio en México

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio plasman derechos básicos para que todos los individuos del planeta puedan disfrutar. México ha sido uno de los países que se ha comprometido con los Objetivos del Desarrollo del Milenio y realiza reportes de manera periódica.

La evaluación de los resultados de México al año 2015 es positiva: se han alcanzado las metas correspondientes a 37 indicadores (72.5%) y se espera cumplir con seis más (11.8%) antes de finalizar 2015. En cuatro indicadores (7.8%) se observan avances pero han sido insuficientes para cumplir con las metas previstas, en tres (5.9%) prevalece una situación de estancamiento y con respecto a uno, debido a la naturaleza propia del indicador, la información es insuficiente para derivar mediciones concluyentes.⁶⁰

⁵⁹ Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado desde: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

⁶⁰ Informe de Avances 2015 en México de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado desde: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>

Gráfica 1.1: Cumplimiento de los indicadores ODM 2015



En cuanto al tema de salud en dicho informe que la Unicef ha reconocido, en su último informe sobre los ODM en México, la eficacia de algunos de los programas de salud pública como el Seguro Popular, el Seguro Médico Siglo XXI y la Estrategia Embarazo Saludable, que han colocado al país en el camino correcto para alcanzar esta meta en 2015.

4.4.5 Políticas Públicas en Materia de Salud en el Estado de Quintana Roo.

4.4.5.1 Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022

El Plan Estatal de Desarrollo define con precisión objetivos, estrategias y metas, generales y particulares, que son fundamentales para la estructuración programática y la asignación presupuestal, esto es, la ejecución responsable de los recursos públicos que permite dar a conocer a los ciudadanos en qué, porqué, cómo, con quién, cuándo y en donde se realizarán las inversiones públicas para el beneficio de los quintanarroenses.⁶¹

⁶¹ Gobierno del Estado de Quintana Roo. Plan Estatal de Desarrollo Quintana Roo 2016-2022. Recuperado desde: <http://www.qroo.gob.mx/plan-estatal-de-desarrollo-quintana-roo-2016-2022/introduccion>

El Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022 establece un orden de la acción pública del gobierno en el corto, mediano y largo plazos; en su estructura se mantiene una relación estratégica entre ciudadanía y gobierno; está integrado por cinco ejes rectores:

1. Desarrollo y Diversificación Económica con Oportunidades para Todos
2. Gobernabilidad, Seguridad y Estado de Derecho
3. Gobierno Moderno, Confiable y Cercano a la Gente
4. Desarrollo Social y Combate a la Desigualdad
5. Crecimiento Ordenado con Sustentabilidad Ambiental

En cuanto al tema de salud, se establece en el cuarto eje, denominado de Desarrollo Social y Combate a la Desigualdad una Salud pública del tipo Universal. De acuerdo con el análisis previo del CONEVAL se identifica que en Quintana Roo 18.5% de la población no tiene acceso a servicios de salud. Esta cifra es preocupante, pues representa poco más de 284 mil personas en potencial condición de vulnerabilidad ante enfermedades.

Una posible causa de dicho problema es el hecho de que de acuerdo al indicador de Gasto Público en Salud, Quintana Roo se ubica en la posición número 27 como uno de los estados que menos destina a este sector. Por tal motivo en el gobierno actual se ha implementando un plan de acción con una estrategia consistente en priorizar el gasto en materia de desarrollo social y hacer de la participación ciudadana una aliada para el diseño y la aplicación de programas efectivos que influyan en la recomposición del tejido social.⁶²

4.5 Funcionamiento de los sistemas de salud en otros países.

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. De tal manera que cada país ha optado diversas estrategias y estructuras para la conformación de un sistema de salud eficiente que cumpla con los retos y objetivos, para el beneficio de su población.

⁶² Gobierno de Quintana Roo. Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. Recuperado desde: <http://www.qroo.gob.mx/eje-4-desarrollo-social-y-combate-la-desigualdad/salud-publica-universal>

4.5.1 Canadá

Canadá es un país de altos ingresos, que en 2012 tenía una población de 33 millones de personas. Si bien su desempeño económico ha sido relativamente sólido a pesar de la recesión económica mundial que comenzó en 2008, a lo largo de su historia, como los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ha alternado ciclos económicos de bonanza y de crisis, lo cual ha incidido en el financiamiento público y las características de la prestación de atención médica a la población. El sistema canadiense de atención a la salud comenzó a definirse durante el periodo en el que Canadá fue colonia británica. Desde entonces ha evolucionado introduciendo cambios y reformas orientados a garantizar la cobertura universal de la atención, mejorando la calidad y seguridad clínica y la progresiva descentralización de la estructura y gestión del sistema, tanto en el ámbito federal como en las provincias y territorios.⁶³

La *Canada Health Act* es la legislación federal de Canadá para el seguro de salud, financiado con fondos públicos, que señala como objetivo primordial de la política de salud de Canadá “proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios de salud sin barreras financieras o de otro tipo” (artículo 3). Al mismo tiempo, establece criterios y estándares de calidad relativos a los servicios de salud y las prestaciones que las provincias y territorios deben cumplir para recibir la contribución del presupuesto público para financiar su seguro de salud.

Canadá tiene un sistema de atención médica financiado en forma predominante con fondos públicos y de prestación privada que se puede describir como un conjunto entrelazado de diez planes de seguro de enfermedad provinciales y tres planes territoriales. El sistema proporciona acceso a atención universal y completa por servicios hospitalarios médicamente necesarios, y consultas médicas a pacientes hospitalizados y no

⁶³ Murayama Ciro. Ruesga Santos. Hacia Un Sistema Nacional Público De Salud En México. PP: 125. Recuperado desde: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf

hospitalizados. El gobierno federal, que es el mayor financista de estos planes, introdujo ciertos principios que hacen que el sistema funcione en forma uniforme en todo Canadá.⁶⁴

El sistema de salud canadiense se compone de un conjunto de seguros de salud, uno por cada provincia y territorios; sin embargo, tienen en común que todos deben cumplir los cinco principios establecidos en la *Canada Health Act*: accesibilidad, Transferibilidad/Portabilidad, Gestión Pública, Integralidad de los Servicios y Universalidad.

El gobierno, la organización y la prestación de servicios de salud en Canadá están muy descentralizados por la coexistencia de tres factores: a) la responsabilidad provincial (y territorial) para el financiamiento y la prestación de la atención médica; b) la situación de los médicos de atención primaria como proveedores autónomos, y c) la existencia de una red de múltiples organizaciones (*profit y non profit*) que operan en condiciones de un mercado regulado de competencia interna a partir del control y gestión pública de las autoridades regionales de salud (Axelsson, Marchildon y Repullo-Labrador, 2007). Lo mismo ocurre desde el lado del financiamiento, aunque actualmente el 70% del gasto en salud está financiado a través de los impuestos generales de los gobiernos federales, provinciales y territoriales (F/P/T). Canadá cuenta con un entramado de agencias, institutos e instituciones de coordinación, control y evaluación tan potente que le permite tener conocimiento, información “inteligente” y capacidad de control sobre las decisiones de los gobiernos provinciales. El canadiense es reconocido entre los sistemas sanitarios más avanzados por su capacidad de producir información y desarrollar una profunda cultura de investigación y evaluación.⁶⁵

El sistema de salud canadiense tiene un enfoque poblacional y territorial orientado a mantener el bienestar social, es decir, a satisfacer, entre otras, las necesidades de salud de la

⁶⁴ Rodríguez Luz, Rodríguez Diana. Comparación De Los Sistemas De Salud De Canadá, Costa Rica, Chile Y Colombia: Origen, Evolución Y Futuro. Monografía Para Optar Al Título De Especialista En Auditoría En Salud. P: 17 Recuperado desde:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

⁶⁵ Murayama Ciro. Ruesga Santos. Hacia Un Sistema Nacional Público De Salud En México. PP: 133-135. Recuperado desde: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf

mayor parte de la población, y reafirma la equidad en el acceso a la salud como valor fundamental.

Todos los ciudadanos residentes en Canadá tienen acceso a los servicios de salud. Cualquier persona que nace, trabaja y reside en Canadá tiene que registrarse en el seguro de salud y recibe su tarjeta de salud, para sí mismo y sus beneficiarios. Sin embargo no se incluyen las prestaciones de odontología, fisioterapia, ortopedia o psicología clínica. En cuanto a los grupos vulnerables, a ellos no se les hace el cobro de los medicamentos que pudieran necesitar.

4.5.1 Costa Rica

Costa Rica se ha caracterizado en la región latinoamericana, por el reconocimiento de políticas públicas de desarrollo social de carácter universal, igualitario y equitativo. Las preferencias por el sector privado, se originan de la flexibilidad, eficiencia y rapidez de atención, enfrentado a la otra cara de la moneda, la ineficiencia, lentitud y poca calidad de los establecimientos públicos de Salud. Sin duda alguna, la salud constituye la principal preocupación de la ciudadanía costarricense, donde los cuasi mercados que se fortalecen en el campo de la salud requerirán sin duda regulación del Estado pero ante todo mejora del sistema de salud para garantizar el derecho constitucional de universalismo de este importante servicio, eje transversal del modelo de desarrollo de un país que hace diferencia en el resto de América Latina⁶⁶

En Costa Rica, la salud se considera un bien público fundamental y por lo tanto, indispensable para lograr el desarrollo humano sostenible, por eso durante décadas ha ocupado un lugar importante en las políticas públicas costarricenses. Su fundamento legal se encuentra en la fuente principal del ordenamiento jurídico, la Constitución Política (1949). Costa Rica fundamenta su institucionalidad jurídica, económica y social en la

⁶⁶ Rodríguez Luz, Rodríguez Diana. Comparación De Los Sistemas De Salud De Canadá, Costa Rica, Chile Y Colombia: Origen, Evolución Y Futuro. Monografía para optar al Título de Especialista en Auditoría en Salud. P: 26 Recuperado desde:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

Constitución Política de la República que data de 1949, año cuando fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente al final de uno de los procesos más difíciles de la historia costarricense, el cual incluyó además la abolición del ejército.⁶⁷ En el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas de Salud existen una serie de instituciones y establecimientos que forman parte de los subsectores públicos y privados, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad.

El sistema de salud costarricense está conformado por una entidad rectora, el Ministerio de Salud, y por prestadores de servicios tanto públicos como privados.

En Costa Rica el seguro social de salud se encuentra a cargo de la Caja Costarricense de Seguridad Social es obligatorio, pretende ser universal en su afiliación y cobertura, y es solidario tanto en su financiamiento (todos pagan de acuerdo a sus ingresos) como en las prestaciones (todos reciben los servicios según sus necesidades).

En cuanto al financiamiento el Ministerio de Salud al considerarse el rector del sistema y del seguro social de salud administrado por la Caja Costarricense de Seguridad Social. El gasto de la rectoría se financia principalmente con recursos del presupuesto nacional, que provienen en su mayor parte de impuestos indirectos. A su vez, el seguro social de salud de la Caja Costarricense de Seguridad Social se financia con contribuciones tripartitas sobre la base de cotización del ingreso laboral: 5.50% al trabajador, 9.25% al patrón y 0.25% al Estado, para un total de 15%.⁶⁸

Un elemento importante del sistema de salud costarricense en cuanto a su legislación es la existencia de un mecanismo al que recurren los residentes en Costa Rica (nacionales y extranjeros) para reclamar sus derechos en el ámbito de la salud es la Sala Constitucional del Poder Judicial. Dicha Sala fue creada en 1989 (Ley No. 7128) como una instancia

⁶⁷ Rodríguez Luz, Rodríguez Diana. Comparación de los Sistemas de Salud de Canadá, Costa Rica, Chile Y Colombia: Origen, Evolución Y Futuro. Monografía para optar al Título de Especialista en Auditoría en Salud. P: 29. Recuperado desde: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

⁶⁸ Murayama Ciro. Ruesga Santos. Hacia Un Sistema Nacional Público De Salud En México. PP: 191. Recuperado desde: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf

especializada de la Corte Suprema de Justicia para conocer y declarar, por mayoría absoluta de sus miembros, la “inconstitucionalidad de las normas de cualquier naturaleza y de los actos sujetos al derecho público”, así como de los recursos de habeas corpus y amparo, para garantizar la integridad y libertad de las personas y el goce de los otros derechos consagrados en la Constitución y en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.⁶⁹

De tal manera que la población costarricense puede exigir el debido cumplimiento de su derecho al Estado, ya sea por en resguardo del derecho a la protección de la salud, tanto en lo referente a medicamentos como en lo relativo a listas de espera para exámenes y cirugías, y prestación de otros servicios.

4.5.3 Inglaterra

El sistema de salud inglés es uno de los pioneros en el mundo en ofrecer atención universal y gratuita para todos los ciudadanos y residentes legales en su territorio. Desde 1946, cuando se creó el Sistema Nacional de Salud (National Health System, NHS), todos los ciudadanos ingleses tienen todas sus necesidades médicas y sanitarias cubiertas por un servicio público casi 100% gratuito. La estructura central del sistema se basa en tres pilares fundamentales: el secretario de Estado para la Salud, el Departamento de Salud y el Parlamento del Reino Unido. Además de estas instituciones de carácter ejecutivo, la estructura del NHS está determinada por las funciones que desarrollan las instituciones de carácter nacional, regional y local. De esta forma, existe un conjunto de instituciones de regulación, protección y defensa del paciente; otro de instituciones de apoyo al sistema de salud; uno más de empoderamiento de los ciudadanos y las comunidades locales; otro de educación y formación; uno de mejoramiento del sistema de salud; otro destinado a la puesta en marcha de los servicios de salud y, por último, el que efectivamente ofrece los servicios de salud.⁷⁰

⁶⁹ Murayama Ciro. Ruesga Santos. Hacia Un Sistema Nacional Público De Salud En México. PP: 184. Recuperado desde: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf

⁷⁰ Murayama Ciro. Ruesga Santos. Hacia Un Sistema Nacional Público De Salud En México. PP: 283. Recuperado desde: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf

En lo que se refiere al financiamiento de la salud pública en Inglaterra depende fundamentalmente de fondos públicos a través de impuestos y contribuciones sociales del National Insurance Contribution. Además, aunque en una escala muy inferior, se usan algunos fondos privados para financiar el servicio, básicamente a través seguros médicos privados que pagan al National Health System por servicios prestados a sus asegurados, relacionados con medicamentos, aparatos médicos y también por servicios de atención médica específica.

La mayoría de los ingresos para el sistema de salud en Inglaterra proviene de fuentes públicas: impuestos generales, contribuciones sociales y algunos impuestos locales. Una pequeña parte de los ingresos tiene origen en pagos privados, derivados de la utilización de los servicios públicos por instituciones privadas o por pagos directos de los pacientes.

Las malas condiciones de los sistemas de salud en muchas partes del mundo en desarrollo es uno de los mayores obstáculos al incremento del acceso a la atención sanitaria esencial. Sin embargo, los problemas relativos a los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunos países ricos, gran parte de la población carece de acceso a la atención por causa de disposiciones poco equitativas en materia de protección social. En otros, los costos son cada vez mayores a causa del uso ineficaz de los recursos.

Se reconoce cada vez más que para mantener y mejorar el grado de salud de la población mundial, los gobiernos deberán diseñar sistemas de salud sólidos y eficientes, que presten buenos servicios preventivos y curativos a las mujeres, los hombres y los niños, sin distinción alguna.

4.6 Principales obstáculos para el acceso efectivo del derecho a la salud

El sistema nacional de salud en México al igual que otros países se topa con diferentes obstáculos que impiden el cumplimiento de sus principales objetivos en materia de salud en beneficio de la sociedad. De acuerdo con el segundo estudio realizado sobre el Sistema de

Salud de México por la OCDE. Desde el primer estudio realizado, se han logrado avances importantes. La inversión pública en el sistema de salud ha aumentado de 2.4% del PIB a 3.2%; el esquema de aseguramiento público financiado por el Seguro Popular cubre actualmente alrededor de 50 millones de mexicanos y evidencia reciente muestra que el gasto empobrecedor en salud ha disminuido de 3.3% a 0.8% de la población.⁷¹

Un reto fundamental es que la atención a la salud en México se proporciona a través de un conglomerado de subsistemas desarticulados entre sí. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, con diferentes resultados. El acceso a cada subsistema está determinado por la condición laboral. Los individuos asalariados en el sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de prestadores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, si pierden su empleo, entonces probablemente tendrán que afiliarse al Seguro Popular, con un paquete diferente y un grupo de prestadores distinto. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, entonces serían afiliados a un paquete diferente y prestadores diferentes pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Además de que esto dificulta la continuidad de la atención, también es ineficiente, debido a los múltiples requerimientos que se requieren para mantenerse dentro del sistema al transitar de un subsistema al otro. Esta configuración institucional del Sistema de Salud no es adecuada tanto para los usuarios como para los contribuyentes.

La afiliación a un subsistema no está determinada por la necesidad, sino por el empleo de la persona. Junto con esta inequidad, existen muchas ineficiencias en el sistema. Millones de mexicanos pertenecen a más de un esquema de aseguramiento.

México invierte poco y mal en salud pública. En proporción, el dinero que gasta en salud es incluso menor al que asignan países con desarrollo similar. De acuerdo con el diagnóstico

⁷¹ OECD (2016), "Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México", in *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD Publishing, Paris, recuperado desde: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

de la OCDE, la proporción del presupuesto nacional de salud en México del gasto administrativo, se aproxima cerca del 10%, siendo esta la más alta de la OCDE. También el gasto de bolsillo en salud de los individuos es uno de los más elevados de la OCDE, lo cual indica que todavía se está lejos de alcanzar una cobertura efectiva y servicios de alta calidad. Todos los principales actores involucrados están de acuerdo en que México necesita construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible.⁷²

El financiamiento efectivo no es equitativo entre los subsistemas de salud. A pesar de que el gasto per cápita total ahora es muy similar para personas con y sin seguridad social (\$3,429 pesos per cápita para aquellos sin seguridad social en 2013, comparado con \$3,505 para los afiliados del IMSS y \$3,945 para los afiliados del ISSSTE), las diferencias en los derechos persisten, lo que implica algunas enfermedades comunes y devastadoras. Por ejemplo, el Seguro Popular no cubre los infartos cardíacos en los mayores de 60 años, los accidentes cerebrovasculares, la diálisis después de la insuficiencia renal, la esclerosis múltiple y el cáncer de pulmón. También son evidentes Algunas diferencias en el acceso. Por ejemplo, el número de consultas ambulatorias especializadas es 319 por cada 1,000 afiliados al Seguro Popular, comparado con 338 y 620 por cada 1,000 afiliados en el IMSS y en el ISSSTE, respectivamente. Si bien algunas de estas diferencias pueden reflejar una necesidad desigual (como la población más envejecida del ISSSTE), otras no pueden justificarse de esta manera. El número de recetas médicas prescritas que no se surtieron por completo debido a la falta de inventario se ubicó en 33% en el Seguro Popular, comparado con 14% en el IMSS de acuerdo con datos de encuestas (aunque las cifras propias de las instituciones de seguridad social sugieren tasas más altas de recetas surtidas).⁷³

⁷² OECD (2016), "Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México", in *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD Publishing, Paris, recuperado desde: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

⁷³ OECD (2016), "Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México", in *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016*, OECD Publishing, Paris, recuperado desde: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

CAPÍTULO 5.- La efectividad del Sistema de Salud en Chetumal, Quintana Roo

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud está constituido por tres subsistemas. El primero representado por la seguridad social laboral (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado-ISSSTE, Petróleos Mexicanos); el segundo, correspondiente a servicios para población no asegurada por la seguridad social (Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud); y el privado, conformado por compañías aseguradoras, empresas médicas y prestadores pequeños y privados. Estos subsistemas fueron constituidos desde formas de financiamiento específicas. El primero, por el Instituto de Seguridad Social, financiado por las cuotas obrero patronales y el presupuesto federal; el segundo a partir de recursos fiscales y cuotas familiares; y el tercero financiado por seguros privados o pago directo.

5.1 Régimen Estatal de Protección a la Salud

El sistema de Protección Social en Salud surge en el periodo 2000-2006, teniendo su origen jurídico en el año 2003. En 2004, el número de intervenciones se incrementó a 91 servicios, con lo cual se dio origen al Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES). En 2005 el catálogo se actualizó y se incrementó a 155 intervenciones de salud. En 2006 y 2007, se llevaron a cabo los primeros incrementos en el monto per cápita, por lo que el número de intervenciones aumentó a 249 y 255, respectivamente; fue entonces cuando se emitió por primera vez el Catálogo Universal de Salud (CAUSES). En 2012 se amplió a 628 claves y 285 padecimientos. Actualmente se cuenta con 285 padecimientos y 634 medicamentos y otros insumos.⁷⁴

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud es el encargado de garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación, a los servicios médico-quirúrgicos,

⁷⁴ Régimen Estatal de Protección a la Salud. Recuperado desde:
<http://www.seguropopularbcs.gob.mx/index.php/repss/quienes-somos>

farmacéuticos y hospitalarios, dirigidos a la población que no cuentan con seguridad social mediante la incorporación al Seguro Popular.

5.2 El Seguro Popular como parte del Sistema de protección a la Salud en Quintana Roo.

El Sistema Nacional de Salud se caracteriza por la existencia de un ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud, como consecuencia de una fragmentación institucional asociada a la condición socioeconómica y principalmente laboral de la población.

Uno de los mayores retos que enfrenta México es romper aquellas barreras institucionales y construir un sistema de salud de carácter universal que se encargue ampliamente de la protección de la salud, que no solo comprenda la seguridad social formal si no aquellos nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales, en este caso de la salud, para quienes no forman parte del régimen de asalariados en el sector formal de la economía.

El 15 de mayo de 2003 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las reformas y adiciones a La Ley General de Salud (LGS), que entre otras, adicionaron el Título Tercero Bis: De la Protección Social en Salud, creando con ello el Sistema de Protección Social en Salud (SPPS) mejor conocido como Seguro Popular (SP) cuyas disposiciones entraron en vigor al inicio del año 2004.⁷⁵

El Seguro Popular en Salud inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, y constituyó el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud, que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo es sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la

⁷⁵ Marín Nora. Sistema Nacional de Salud. PP 42. Recuperado desde: <http://vlex.com/vid/sistema-nacional-salud-78602358>

expansión del sector privado. La población objetivo fue las familias de los seis primeros deciles de la distribución de ingreso que no son derechohabientes de la seguridad social, residentes en el territorio nacional y que tuvieran acceso a unidades de salud con capacidad y calidad suficiente para ofrecer la prestación de los servicios médicos.⁷⁶

Como todo esquema de aseguramiento, el Seguro Popular Social ofreció una lista de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tenía acceso, siempre y cuando estuvieran vigentes sus derechos. Esta lista, denominada en su momento como Catálogo de beneficios médicos (CABEME), se integró inicialmente por 78 intervenciones con la posibilidad de que en algunas entidades federativas se añadieran otras intervenciones en atención a necesidades de salud y perfiles epidemiológicos específicos.

La prestación de los servicios de salud del Seguro Popular Social fue otorgada por los Servicios estatales de salud (SESA), mediante una red médica conformada por un hospital general y por centros de salud con capacidad para la prestación de las intervenciones incluidas en el CABEME. Para tener acceso a los beneficios del Seguro Popular Social en los hospitales, los afiliados debieron ser referidos de algún centro de salud, excepto en el caso de urgencias.⁷⁷

En sus inicios el Seguro Popular Social se conformó por un esquema bipartita de financiamiento, en el que intervenía de forma mayoritaria el Estado y por otra parte las familias. Actualmente el Financiamiento del Seguro Popular es de manera tripartita; es decir participan el estado, las familias y las entidades federativas.

⁷⁶ Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

⁷⁷ Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

5.2.1 Financiamiento presupuestal del Seguro Popular en Chetumal, Quintana Roo.

El Seguro Popular es un seguro médico voluntario para los hogares mexicanos sin importar su condición laboral, ubicación geográfica o capacidad de pago que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social.

Las fuentes de financiamiento del Seguro Popular provienen de 3 aportaciones: 1) Aportación Solidaria Federal (proveniente de recursos fiscales del Presupuesto de Egresos la Federación) por cada familia afiliada 2) Aportación Solidaria Estatal (aportación del Gobierno Estatal) 3) Cuota de las Familias (aportaciones familiares de los asegurados con régimen contributivo).

5.2.1.1 Modelo financiero

El modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud por la vertiente Seguro Popular, se sustenta en un esquema tripartito con aportaciones por persona afiliada del gobierno federal y de las entidades federativas, así como por contribuciones de los afiliados que se determinan de acuerdo a su capacidad socio-económica. Los recursos aportados para la operación del Sistema son ejercidos en la prestación del paquete de servicios de salud cubierto, integrado por las intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y en el Fondo de Previsión Presupuestal (FPP), en infraestructura y equipamiento para la atención primaria y especialidades básicas en los estados preferentemente en los estados con mayor marginación social y para cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios.

De acuerdo con el informe de resultados emitido por el Sistema de Protección Social en Salud del año 2017 , el Gobierno Federal realizó una aportación anual por persona afiliada al Sistema de la Protección Social de la Salud, la cual se integra de los dos conceptos siguientes: Una Cuota Social (CS), equivalente al 3.92% de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal, (salario considerado del año 2009), que se actualiza

anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2017, el monto de esta aportación es de 1,041.33 pesos, y una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a un monto que debe representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2017 asciende a 1,562.00 pesos.⁷⁸

También dicho informe anual señala que los gobiernos de las entidades federativas efectúan una Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2017, el monto mínimo de este concepto fue de 520.67 pesos por persona. Por su parte, los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participan en su financiamiento con cuotas familiares que son anticipadas, anuales y progresivas y que se determinan con base a las condiciones socioeconómicas de cada familia. La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2017 asciende en promedio a 3,123.99 pesos por persona en el orden federal.

Ahora bien en cuanto al presupuesto destinado en el 2016 para sustentar financieramente la atención médica de los afiliados al SPSS, se transfirieron 55,394.2 millones de pesos a las entidades federativas. Para el ejercicio 2017, se proyecta transferir 54,120.5 millones de pesos conforme al cierre de la afiliación previsto. En cuanto al estado de Quintana Roo se le destino para ese mismo año la cantidad de 227.1 millones de pesos.⁷⁹

De acuerdo con el presupuesto de egresos para el año 2018 en el Estado de Quintana Roo para el ejercicio fiscal se destina las erogaciones a las Entidades Paraestatales, la cantidad de: \$12, 301, 179, 403. 00 pesos, y de esta suma se destina al Régimen de Protección Social en Salud de Quintana Roo la cantidad de \$ 672,722,742.00 pesos, con el objetivo de financiar al Seguro Popular.⁸⁰

⁷⁸ Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

⁷⁹ Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

⁸⁰ Presupuesto de Egresos del Estado de Quintana Roo para el ejercicio fiscal 2018. Recuperado desde: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/L156-XV-28122017-627.pdf>

5.2.2 Cobertura del Seguro Popular en Chetumal, Quintana Roo

El Sistema de Protección Social en Salud se consolida, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, garantizando la cobertura de servicios de salud a más de 53.5 millones de afiliados.

De acuerdo con los datos abiertos que emite el Sistema de Protección Social en salud, a través de la Secretaría de Gobernación para el año 2017 había un total de 114, 554 personas afiliadas al Seguro Popular en Othón P. Blanco. En el último informe emitido referente al primer trimestre hasta el mes de marzo del 2018, en Othón P. Blanco había un total de 114, 659 afiliados al Seguro Popular. Es notorio el incremento del número de afiliados al Seguro Popular.⁸¹

Uno de los principios fundamentales del Sistema de Protección Social en Salud es garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación seleccionados de forma prioritaria para satisfacer las principales necesidades en salud en México.

5.2.2.1 El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2018, es la herramienta del Sistema de Protección Social en Salud que define la cobertura para garantizar el acceso a la salud de los afiliados, en él se describen cinco conglomerados que contienen las intervenciones a las que tiene derecho el beneficiario del Seguro Popular.⁸²

⁸¹ Beneficiarios de Protección Social en Salud de Seguro Popular. Recuperado desde: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular>

⁸² Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2018. Recuperado desde: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf

Para la integración del CAUSES, se realizó un análisis exhaustivo de la cobertura de servicios, priorizando en su integración la viabilidad financiera del Sistema, promoviendo la atención integral a través del acceso a la red de servicios de salud acreditada, la cual cuenta con capacidad instalada para garantizar la calidad en la atención de los afiliados, enfatizando servicios como prevención y promoción de la salud con acciones consideradas en la Línea de Vida, así como las correspondientes al diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y manejo ambulatorio en cuidados paliativos.

Actualmente el CAUSES 2018 cuenta con 5 conglomerados que integran 5 subgrupos de cobertura. En él se garantiza el acceso a 294 intervenciones, que contienen: 1,807 diagnósticos con clave CIE-10, 618 procedimientos con claves CIE-9-MC, 633 claves de medicamentos y 37 insumos específicos.⁸³

El primer conglomerado se encuentran las acciones de prevención y promoción de la salud, a través de la aplicación de vacunas dirigidas a los diferentes grupos de edad, grupos de riesgo como las mujeres embarazadas y en período de lactancia, adultos mayores así como la detección oportuna de enfermedades, incluidas en los principales Programas de Acción Específica.

El segundo conglomerado incluye servicios desde el primer nivel de atención (Medicina General), hospitales comunitarios, hospitales generales y de especialidad (Medicina de Especialidad) en los cuales se otorgan servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, no infecciosas, crónico-degenerativas y tamizaje de patologías, que por su complejidad permiten el acceso a coberturas como Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI para su resolución.

En cuanto al tercer conglomerado incluye la atención en urgencias, por ser esta una prioridad para disminuir la morbi-mortalidad de la población que de acuerdo con su naturaleza y gravedad demandan atención inmediata al poner en peligro la vida y/o la

⁸³ Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2018. Recuperado desde: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf

función del órgano, permitiendo el tránsito a la cobertura de servicios de hospitalización, cirugía y cuidados intensivos.

El cuarto conglomerado incluye los servicios de Cirugía General donde se resuelven padecimientos agudos y/o crónicos, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia quirúrgica: digestivos, ginecológicos, genitourinarios, proctológicos, oftalmológicos, dermatológicos, otorrinolaringológicos y ortopédicos. También se toman en cuenta los insumos especializados como marcapasos, lentes intraoculares, material de osteosíntesis, prótesis de cadera y rodilla, mallas quirúrgicas y válvula de derivación ventrículo-peritoneal.

El quinto y último conglomerado contiene los servicios de Obstetricia, esto por ser una prioridad en la Salud Pública en México la atención de la mujer embarazada y el recién nacido para los cuales existe cobertura específica a través de las intervenciones donde se resuelven padecimientos relacionados con el estado de gravidez, incluyendo los diagnósticos de mayor frecuencia médico-quirúrgica.

El CAUSES se actualiza cada 2 años; la última actualización marzo de 2018, el catálogo contenía 78 intervenciones médicas en el año 2002, y para el año 2018 se han incrementado a 294 intervenciones médicas.⁸⁴

El CAUSES también contiene:

- El listado de las 633 claves de medicamentos y 37 insumos.
- El listado de las 65 intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)
- El listado de las intervenciones del Seguro Médico Siglo XXI
- El Apéndice Normativo, se conforma de 24 normas oficiales mexicanas, 7 guías técnicas y manuales, así como de 305 guías de práctica clínica que establecen directrices, reglas, especificaciones, características o prescripciones aplicables a la

⁸⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Recuperado desde: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>

atención; así como, las recomendaciones de acuerdo con la Medicina basada en evidencias que emiten las instancias y dependencias competentes.

- El Apéndice de Codificación Claves CIE-10 (diagnósticos), contiene la relación de claves de la Clasificación Internacional de Enfermedades que corresponden a las intervenciones del CAUSES, sumando 1807 de ellas.
- El Apéndice de Codificación Claves CIE-9-MC (procedimientos médicos), relaciona las 618 claves de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica, donde se incluyen los procedimientos en Medicina, para los propósitos epidemiológicos generales y de administración en salud, que les corresponden a las intervenciones del CAUSES.

5.2.2.2 El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Diversos estudios reportan las consecuencias financieras de la atención de problemas de salud para las familias. Estas consecuencias impulsaron la reforma a la Ley General de Salud en México en 2003, disposiciones que permitieron poner en marcha el Sistema de Protección Social en Salud, enfocado a la protección financiera de la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad social. El Sistema de Protección Social en Salud contempló la constitución de un fondo denominado Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), destinado a "apoyar el financiamiento de la atención de enfermedades de alto costo y que, en consecuencia, provocan gastos catastróficos".⁸⁵

El marco jurídico del fondo a la protección contra gastos catastróficos se encuentra en la Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 29: en el que se consideran a los gastos catastróficos los que se derivan de aquellos tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el Consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas

⁸⁵ Aracena-Genao, Belkis, González-Robledo, María Cecilia, González-Robledo, Luz María, Palacio-Mejía, Lina Sofía, & Nigenda-López, Gustavo. (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 4), 407-415. Recuperado en 12 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000004&lng=es&tlng=es.

éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren.⁸⁶

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos es administrado por un Fideicomiso el cual proporciona recursos monetarios a los prestadores de servicios acreditados para otorgar servicios médicos de alta especialidad a las personas afiliadas al Seguro Popular que padecen enfermedades de alto costo que pueda poner en riesgo su vida y patrimonio familiar.

5.2.2.3 Seguro Médico del siglo XXI

El Programa Seguro Médico Siglo XXI forma parte del Seguro Popular. Su objetivo general es financiar, mediante un esquema público de aseguramiento médico universal, la atención de los niños y niñas menores de cinco años de edad, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, a efecto de contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud.

Las niñas y niños afiliados al Programa Seguro Médico Siglo XXI están protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida, sobre todo en el primer año, que es cuando ocurre el mayor número de muertes en la infancia.

Además de fomentar la lactancia materna exclusiva con el equipamiento de bancos de leche humana, la realización del tamiz auditivo y tamiz metabólico, la colocación de implantes cocleares y su habilitación auditivo verbal, y la impartición de talleres de autocuidado de la salud a los padres y/o tutores y al personal de salud para la conservación de las mejores condiciones de salud en los niños.⁸⁷

El Seguro Médico del Siglo XXI tendrá cobertura en todo el territorio nacional donde habiten familias con niños menores de cinco años, que no sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social, y tengan la posibilidad de acceso a los servicios de salud de

⁸⁶ Ley General de Salud. Artículo 77 Bis 29. Recuperado desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3bis.htm>

⁸⁷ Seguro Médico del Siglo XXI. Recuperado desde: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/acciones-y-programas/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi>

alguna institución del Sistema Nacional de Salud con capacidad para proveer los beneficios del Seguro Médico del Siglo XXI.

Los menores afiliados recibirán servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer niveles, a partir del día de su afiliación y durante la vigencia de sus derechos sin ningún desembolso por el servicio, mediante un paquete de acciones integrado de la siguiente manera:

- Estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos.
- Atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a beneficiarios del SMSXXI en el segundo y tercer nivel de atención.
- Las intervenciones correspondientes al primero y segundo niveles de atención que se encuentren contenidas en el CAUSES del SPSS, así como los medicamentos asociados.
- Las atenciones contempladas para las enfermedades cubiertas por el FPGC del Sistema aplicables a niños menores de cinco años de edad. Fomento a la lactancia materna exclusiva con el equipamiento de bancos de leche humana.
- Realización del tamiz auditivo neonatal y tamiz metabólico semi-ampliado sin costo adicional.
- Colocación de implantes cocleares y su habilitación auditivo verbal para los niños con sordera.
- Impartición de talleres de autocuidado de la salud a los padres y/o tutores y al personal de salud para la conservación.

CAPÍTULO 6- PROPUESTA

La salud es un componente insustituible y necesario para alcanzar el desarrollo pleno de las capacidades potenciales del hombre en su entorno personal, familiar y social. El tema de salud deberá continuar como una prioridad para el gobierno, ya que éste al combinarse con factores económicos y sociales, permitirá a la población el disfrute pleno de sus derechos, y de esta forma la población aportará al desarrollo económico del país, de tal manera que esto se traduce en una gran inversión económico-social.

La legislación mexicana en su carta magna regula y protege el derecho salud en el artículo 4º, pero no siempre ha sido así, este derecho humano se incorporó en nuestra legislación en el año de 1993 derivado de una reforma a la Constitución, desde entonces el estado mexicano se ha encargado de la creación de programas y políticas públicas con el objetivo de la protección efectiva de dicho derecho. Actualmente el gobierno mexicano en su Plan Nacional de Desarrollo tiene como objetivo principal que la salud sea de carácter universal y que todos los mexicanos gocen de una efectiva protección a este derecho. Sin embargo la realidad es otra y el tema de salud en el país aún carece de ser universal, accesible y efectiva.

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Actualmente el Sistema de Salud en México se encuentra integrado por tres ejes identificados desde ciertos niveles socioeconómicos: los trabajadores con seguridad social es decir asalariados, los jubilados y sus familias, pertenecientes al IMSS O ISSSTE; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se

encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias pertenecientes al Seguro Popular; y por último la población con capacidad de pago, pertenecientes al sector privado.

Convendría al estado mexicano la unificación de su sistema de salud con el propósito de llevar un control de los afiliados en las distintas plataformas de seguridad social (ISSSTE, IMSS, SEDENA, Seguro Popular) de tal manera que se evite la existencia de una duplicidad en los registros de los afiliados y se establezca una individualización de los afiliados en los distintos regímenes de salud, dado que uno de los principales problemas en cuestión de salud consiste en el desabasto e ineficiencia de los servicios de salud al encontrarse siempre saturados, esto a causa de que la gran mayoría personas a pesar de estar afiliada a otro régimen de seguridad social optan por hacer uso de los servicios de otra plataforma de salud, entre las que se encuentran integradas el sistema de salud, y al ser el Seguro Popular creada con el propósito de brindar servicios y protección al derecho a la salud de aquellas personas que no cuentan con un régimen de seguridad social por cualquier causa pero en específico para aquellos que se encuentran desempleados, por que como es bien sabido las otros ejes del sistema de salud se otorgan a trabajadores activos, jubilados y familiares de los primeros. Al encontrarse el Seguro Popular con un gran número de beneficiarios haciendo uso de sus servicios por trabajadores activos o jubilados que cuentan seguridad social y que no hacen uso de su derecho, esto se ha convertido en un gran factor que ha impedido la efectividad en el cumplimiento del derecho a la salud. Toda vez que los hospitales o centros de salud destinados para las personas sin seguridad social, se encuentran a su máximo nivel de capacidad y no se dan abasto en los servicios y mucho menos en los medicamentos. La unificación del sistema de salud también permitiría que cuando se encontrarán registros duplicados se tendría que redireccionar a su unidad de salud correspondiente, dándoles prioridad a aquellas personas que solo cuentan con el Seguro Popular como su prestador de servicios médicos.

Al unificar el sistema de salud mexicano, se tendría que establecer una nueva estructura que incluya todas las instituciones de seguridad social públicas y privadas existentes en México, de tal manera que se elimine la llamada fragmentación en la que se encuentra el sistema de salud mexicano, de tal manera que el estado mexicano tenga un control no solo de los

beneficiario, sino también de todas y cada una de las instituciones públicas y privadas, y que se establezcan costos y precios uniformes para todos, ya que por ejemplo varios servicios que se prestan en los distintos hospitales no siempre tienen el mismo precio y varían, convirtiendo al sistema de salud un mercado inaccesible.

Esta nueva estructura debe contemplar un sistema de salud uniforme, en el que se destine a cada institución de seguridad social un financiamiento igualitario y efectivo, esto en atención de que México es el país que menos destina dinero para el Sistema de Salud. Otro punto importante en el tema de la unificación es establecer un catálogo de salud único para que todas las personas afiliadas a cualquier plataforma de salud cuenten con los mismos derechos, por ejemplo el IMSS o el ISSSTE, no dan a sus beneficiarios los mismos derechos, ni cubre los mismos gastos, comparados con el Seguro Popular.

Como consecuencia de la unificación al sistema de salud mexicano, se podrá reorganizar los programas sociales para la protección de la salud, esto sería beneficioso para la adecuación de programas de salud, haciendo efectivos y de calidad los servicios que se prestan a la población.

El financiamiento del Seguro Popular en México es de tipo tripartita en el que participan la Federación, las Entidades Federativas y el propio beneficiario o denominado gasto de bolsillo. Dicho financiamiento tiene la finalidad de cumplir con los objetivos y políticas de salud, programas, abasto de material en los servicios y sobre todo para la efectividad en la calidad de los servicios que se le presta a la población.

Para verificar si la administración del Seguro Popular hace correcto uso del financiamiento que se le destinada, se tendría que crear una institución de independiente del Régimen de Protección Social en salud en Quintana Roo, ya que, esta es la encargada del propio Seguro Popular por ser ésta su mano derecha. Dicha institución independiente deberá encargarse de la rendición de cuentas del Seguro Popular así como de los avances que se tengan en el marco de sus objetivos a corto o mediano plazo. Así mismo deberá evaluar los programas que se hayan puesto o se pretendan poner en acción para el debido cumplimiento de los

objetivos del Seguro Popular, verificando que tan eficientes son o pueden llegar a ser, esta evaluación deberá ser constante y como mínimo dos veces al año, de tal manera que si un programa no resultará se podría modificar o bien descartar y optar por otro.

La transformación de la estructura actual del sistema de salud en el país tendiente en lograr una protección de la salud de manera universal, se materializaría con el debido cumplimiento de las políticas públicas y normas de carácter homogéneas creadas por la legislación mexicana con tal objetivo, sin embargo al hablar de una efectiva protección a la salud, se contemplan, no solo esfuerzo del gobierno, sino más bien una unión de esfuerzos en conjunto entre el Estado y la población. Ya que también depende directamente de las personas para el cuidado de su salud. Y claro obviamente del Estado quien debe buscar ante todo el bienestar de la población y el más alto nivel de Salud de la población.

Conclusiones

El derecho a la salud es un derecho humano del cual gozamos los seres humanos. Pero ¿Qué significa el término salud? Estar sano no solamente implica estar ausente de afecciones. La Organización Mundial de la Salud en su constitución ha definido a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

La Salud es definida como un derecho humano del cual goza cualquier persona sin limitación alguna y sin importar su condición económica, raza, ideología política o religiosa. Ahora bien en nuestra legislación mexicana se encuentra regulada en el artículo 4º párrafo IV de la Constitución Mexicana, en ella se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y es el propio estado quien se encargará de definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Sin embargo hasta 1983 se incorporó dicha protección de la salud a la legislación mexicana, pero tiene sus antecedentes desde la época prehispánica donde existieron organismos encargados de dar cuidado permanente a la salud, dichos organismos pertenecían a la iglesia. Pero fue hasta 1841 cuando se instauró el primer Consejo de Salubridad.

Ya para 1843 la Constitución Centralista se encargó de regular expresamente lo relativo a la salubridad pública pero sin reconocerlo como un derecho autónomo, solo se fijó competencias y se delegaron facultades a los ayuntamientos para que se hicieran cargo de la salud.

Como producto de las leyes de reforma se le dio al Estado Mexicano la obligación de velar por el cuidado y supervisión de la Salud. En el gobierno de Porfirio Díaz entre sus logros fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad. Para 1891 se expidió el primer Código Sanitario del México independiente.

En cuanto a nuestra Constitución su más importante modificación fue en 1857, en cuanto al ámbito de Salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez

al Congreso de la Unión para dictar leyes que garantizaran una actividad sanitaria en todo el país.

El derecho a la salud en México desde sus inicios era considerado como una cuestión religiosa o de caridad; ya en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente en la revolución de 1910 y derivado de las ideas progresistas del constituyente de 1917 se logró transformar esta concepción, otorgando al derecho a la salud un carácter social.

El derecho a la protección a la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional, mediante la reforma al artículo 4° de la Constitución Federal, publicada en el Diario oficial de la federación el 3 de febrero de 1983, en dicha reforma se establece que debe existir concurrencia entre la federación y las entidades federativas para hacer efectivo el derecho a la salud.

Derivado de esto actualmente el Estado Mexicano reconoce a la salud como un derecho humano de carácter universal y es el quien se encarga de protegerlo a través de sus instituciones y de sus programas de salud encaminadas a la protección de la misma.

Otro aspecto importante del derecho a la protección de la salud, es el carácter que tiene como derecho humano y de la importancia que tiene este derecho en la vida de las personas, al ser de gran relevancia en su desarrollo social y personal. Los derechos humanos están fundados en la dignidad de la persona humana y forman un núcleo objetivo de derechos que no están otorgados por el poder y la sociedad pero el Estado se encuentra obligado a garantizar su protección efectiva.

Como consecuencia de esto el Derecho Humano a la Salud es considerado como un derecho de los denominados Derechos Humanos, comprendido en el marco de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, otra categoría a la que pertenece este derecho. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales son derechos humanos vinculados a la

satisfacción de las necesidades básicas de las personas, entre estas se encuentra la salud. Estos derechos pueden constituir herramientas jurídicas para revertir problemas sociales actuales no solo en el país, sino a nivel mundial.

El Estado mexicano ha considerado a la salud como un Derecho Económico, social y Cultural. Y en el marco internacional ha suscrito varios acuerdos para garantizar dicha protección en materia de salud.

El marco jurídico mexicano en salud es amplio y se regula no solo la protección del derecho a la salud, sino también aquellas cuestiones que tengan que ver con el tema de salubridad.

El estado mexicano en su política gubernamental ha establecido los objetivos necesarios para la protección de la salud, ha implementado programas y creando instituciones de carácter social a las que ha facultado para establecer las medidas que sean necesarias para proteger la salud.

El Sistema de Salud en México es hoy una composición de instituciones públicas y privadas, sin embargo no garantiza totalmente el acceso a la salud y servicios de calidad para todos los mexicanos a pesar de encontrarse la salud en un rango constitucional e internacional.

Uno de los principales objetivos del Estado es conseguir un nivel protección a la salud de manera universal, para ello creo al Sistema de Protección Social en Salud quien se encarga de implementar todo tipo de políticas públicas con el objetivo de que los mexicanos no carezcan de este derecho y por el contrario tengan acceso a servicios de salud de calidad. Al darse cuenta que existía un gran número de personas que no contaban con un acceso al cuidado y a los servicios de salud, de tal manera que para auxiliarse el Sistema de Protección Social en Salud creo al Seguro Popular, quien actualmente es su mano derecha.

El sistema de Salud mexicano se encuentra dividido en tres ejes, en el primer eje se encuentran las personas aseguradas por contar con un empleo formal en instituciones como: el ISSSTE, IMSS, PEMEX, SEDENA o SEMAR; el segundo eje es el que comprende a aquellas personas con capacidad económica para poder pagar un servicio de salud en instituciones de salud de carácter privado y como tercer eje se encuentran aquellas personas que no cuentan con un empleo formal o capacidad económica, derivado de esto el estado mexicano crea el seguro popular con el objetivo de asegurar una protección a la salud de esas personas.

Actualmente el Seguro Popular cuenta con bases y objetivos definidos para procurar una protección a la salud de manera efectiva, sin embargo derivado ciertos problemas como el desempleo, el seguro popular se encuentra en saturado.

Fuentes de información

Lugo María. “El Derecho a la Salud en México” P. 133 recuperado desde: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf

Artículo 10° del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 26 de abril de 2018 desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo. Recuperado desde:

http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1937:l-org-admon-pub-edo&catid=160:leyes&Itemid=867

Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Programa%20Sectorial%20de%20Salud%202013-2018.pdf>

Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 26 de abril de 2018 desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/PI2.pdf>

Aguilar Carlos, Lima Marco. “Contribuciones a las Ciencias Sociales”. Recuperado el 04 de mayo de 2018 desde: <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.pdf>

Añon, María José. “Del Estado Liberal al Estado Social”. En Lecciones sobre derechos económicos, sociales y culturales. Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.

Aracena-Genao, Belkis, González-Robledo, María Cecilia, González-Robledo, Luz María, Palacio-Mejía, Lina Sofía, & Nigenda-López, Gustavo. (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 4), 407-415. Recuperado en 12 de mayo de 2018, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011001000004&lng=es&tlng=es.

Artículo 12 del Reglamento Interior de Salud. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/reg_int.html

Artículo 13 de la Ley de Salud del Estado de Quintana Roo. Recuperado el 29 de abril de 2018 desde: http://www.tsjqroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1856:1-salud&catid=160&Itemid=867

Artículo 13° de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. Recuperado el 28 de abril de 2018 desde: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/fundamental/CN1520170922-D004.pdf>

Artículo 39 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/ley_org.html

Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/articulos/4.pdf>

Beneficiarios de Protección Social en Salud de Seguro Popular. Recuperado desde: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/beneficiarios-de-proteccion-social-en-salud-de-seguro-popular>

Carbonell, Miguel. (2001), La Constitución en serio. Multiculturalismo, igualdad y derechos sociales. México, Ed. Porrúa – Universidad Nacional Autónoma de México, página 181.

Castro Buitrago, E., & Restrepo Yepes, O., & García Matamoros, L. (2007). Historia, concepto y estructura de los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 9 (Esp), p. 84

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2018. Recuperado desde: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf

Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2018. Recuperado desde: http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Recuperado desde: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado desde: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES” Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado el 25 de abril de 2018 desde: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, p. 1, recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2698/21.pdf>

Declaración de Quito acerca de la exigibilidad de los DESC. Recuperado desde: <http://www.pidhdd.org/quito.htm>

Declaración de Independencia de los Estados Unidos norteamericanos del 4 de julio de 1776. Recuperado desde: <http://hmc.uchbud.es/Materiales/DeclaraUSA.pdf>

Derecho a la Protección de la Salud en México. Recuperado desde:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/36/8.pdf>

Derecho a la Salud como Derecho Fundamental. Recuperado desde:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3274/3.pdf>

Eunomía, Revista en cultura de la legalidad

Gobierno de Quintana Roo. Plan Estatal de Desarrollo 2016-2022. Recuperado desde:
<http://www.qroo.gob.mx/eje-4-desarrollo-social-y-combate-la-desigualdad/salud-publica-universal>

Gobierno del Estado de Quintana Roo. Plan Estatal de Desarrollo Quintana Roo 2016-2022. Recuperado desde: <http://www.qroo.gob.mx/plan-estatal-de-desarrollo-quintana-roo-2016-2022/introduccion>

Gómez Dantés, Octavio, Sesma, Sergio, Becerril, Víctor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, Frenk, Julio, Sistema de salud de México. Salud Pública de México [en línea] 2011, 53 (Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de mayo de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779017>> ISSN 0036-3634

Hervada, J. “Escritos del Derecho Natural”, 2a. ed., Pamplona, Eunsa, 1993, p. 35

Informe de Avances 2015 en México de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Recuperado desde:
<http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/Doctos/InfMex2015.pdf>

Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde:
http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde:
http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

Informe de Resultados del año 2017 del Sistema de Protección Social en Salud. Recuperado desde: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Inf_de_Res_del_SPSS_Ene-Jun_2017.pdf

Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016. Recuperado desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

La Constitución de 1857 y sus reformas: A 150 años de su Promulgación. Recuperado desde: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2389/12.pdf>

Ley del Seguro Social. Recuperado el 02 de mayo de 2018 desde: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_121115.pdf

Ley General de Salud. Artículo 77 Bis 29. Recuperado desde: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3bis.htm>

Ley General de Salud. Recuperado desde: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Ley general de salud. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde:
<https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-general-de-salud>

Ley General de Salud. Recuperado el 29 de abril de 2018 desde:
https://www.tsjgroo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=1856:l-salud&catid=160&Itemid=867

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Recuperado desde:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/145707/2016_07_18_VES_Decreto_por_el_que_se_reforma_la_LOAPF.pdf

López Lopera, Liliana M. “La integralidad y la universalidad de los derechos humanos”. En: Ciudadanía y Derechos Humanos Sociales. Medellín: Escuela Nacional Sindical, 2001, pp. 107-108

Marín Nora. Sistema Nacional de Salud. PP 42. Recuperado desde:
<http://vlex.com/vid/sistema-nacional-salud-78602358>

Mayer-Serra, Carlos Elizondo, El derecho a la protección de la salud. Salud Pública de México [en línea] 2007, 49 (marzo-abril) : [Fecha de consulta: 23 de abril de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649209>> ISSN 0036-3634

Meyers, D.T. Los Derechos Inalienables. Madrid: Alianza Editorial, 1988.

Naciones Unidas, recuperado desde:
http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Nicoletti, J. (2008). Derecho Humano A La Salud: Fundamento Y Construcción. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (120), 49-57.

Organización Mundial de la Salud. Políticas Publicas de Salud México. Recuperado desde:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=201:politicassalud-mexico&Itemid=311

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado desde: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Plan de Desarrollo Nacional 2013-2018. Recuperado el 27 de abril de 2018 desde: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2017/marco_juridico/PND_2013_2018.pdf

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Recuperado desde : <http://pnd.gob.mx/>

Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado desde: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Pleno Tesis Jurisprudencial: "Derecho a la salud. No se limita al aspecto físico, sino que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general". SJF y su Gaceta. 9a. Época; XXX, Diciembre de 2009. p. 6. Tesis: P. LXVIII/2009. Núm. de Reg. 165826.

Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Presupuesto de Egresos del Estado de Quintana Roo para el ejercicio fiscal 2018. Recuperado desde: <http://documentos.congresoqroo.gob.mx/leyes/L156-XV-28122017-627.pdf>

Reformas al artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recuperado el 26 de abril de 2018 desde: https://www.insp.mx/transparencia/XIV/leyes_federales/refcns/pdfsrcs/4.pdf

Robles Magda, "El Derecho A La Salud Y La Reforma De Los Derechos Humanos En México"

Ruiz López Domingo. "Que es una Política Pública". Recuperado el 04 de Mayo de 2018 desde: [http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%](http://www.unla.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20)

Sandoval Areli, "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Exigibles y Justiciables" 2010, p. 9.

Secretaria de Salud. "Normas Oficiales Mexicanas" Recuperado el 28 de abril de 2018 desde: <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

Seguro Médico del Siglo XXI. Recuperado desde: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/acciones-y-programas/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi>

Temas selectos de salud y derecho / México, D.F.: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002

Uprimny Yepes, Rodrigo. “Protección de los derechos de tercera generación”. En: Acciones Populares: Documentos para el Debate. Bogotá: Defensoría del Pueblo, Imprenta Nacional, 1994, pp. 202-203.

Zamboni Lucila. “El seguro social como un instrumento para la equidad en el acceso a la salud. El caso de México”.

Camacho Arnulfo. Revista de salud Quintana Roo 2008. Página 32. Recuperado desde: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=54171&id_seccion=3378&id_ejemplar=5487&id_revista=198