

BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Roberto Tapia Conyer
Lourdes Motta Murguía

INTRODUCCIÓN

La historia de la salud pública de nuestro país abarca varios siglos; no obstante, es realmente hasta el Porfiriato, con la instauración del Consejo Superior de Salubridad¹ y la promulgación del primer Código Sanitario, cuando inicia la salud pública moderna en México,² en otras palabras, da comienzo al tiempo en que empiezan a establecerse dentro del marco jurídico nacional disposiciones e instituciones para su operación.

Al triunfo revolucionario en nuestro país, le siguió la respectiva consagración institucional con la expedición de la Constitución de 1917.³ En ella se reconoció la importancia de la salud pública al establecer el Consejo de Salubridad General, como un organismo consti-

¹ El Consejo Superior de Salubridad fue una institución considerada como por el Presidente Porfirio Díaz como de la mayor relevancia. Entre 1885 y 1914 estuvo al frente del mismo doctor Eduardo Liceaga. Ver Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo, preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

² Secretaría de Gobernación. *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de la Patria, 1891.

³ Promulgada el 5 de febrero de 1917.

tucional que subsiste hasta nuestros días,⁴ la facultad del Congreso Federal de legislar en materia de salubridad general y la creación del entonces denominado Departamento de Salubridad Pública.⁵

No obstante, y por lo que se refiere a la protección de la salud como un derecho individual, originalmente fue considerada en la Constitución como una de las diversas prestaciones de seguridad social para la clase trabajadora lo que, a su vez, excluía de su goce a quienes no tuvieran un “trabajo formal”, como se deriva de la manera en la que el Poder Constituyente redactó la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”.⁶

Con esa misma perspectiva, en la década de 1940 se sentaron las bases del sistema de salud como actualmente lo conocemos con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social,⁷ la evolución del Departamento de Salubridad Pública para convertirse en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el surgimiento de los primeros institutos nacionales de salud.⁸

Curiosamente y antes de hacerlo con el derecho a la protección de la salud, en 1974, México marcó un hito al darle a la libre decisión reproductiva el carácter de derecho constitucional.⁹ Fue el segundo país a nivel mundial y el primero en América en hacerlo.¹⁰

⁴ David Kershenobich Stalnikowitz, “*El Consejo de Salubridad General*”, en *Gaceta Médica de México*, 2012, núm. 148, pp. 598-600.

⁵ Esto, gracias a las propuestas y al esfuerzo del médico y militar, de hecho doctor y general, José María Rodríguez y Rodríguez, integrante del Constituyente de 1917. Ver Ernesto Aréchiga Córdoba, *Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 2007, (33), pp. 57-88.

⁶ Carlos Elizondo Mayer Serra, “El derecho a la protección de la salud”, en *Salud Pública de México*, 2007, 49(2), pp. 144-155.

⁷ Creado mediante la Ley del Seguro Social publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1943.

⁸ Octavio Gómez Dantés, *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, 2011, 53 supl. 2, S220-S232.

⁹ Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de diciembre de 1974.

¹⁰ Wendy Chavkin, Ellen Chesler (eds.), *Where Human Rights Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millennium*, Rutgers University Press, 2005.

No fue sino hasta 1982, 65 años después de haberse promulgado la Constitución, que el entonces Presidente de la República, Miguel de la Madrid Hurtado, presentó una iniciativa con el propósito de incorporar el derecho a la protección de la salud en la Carta Magna. Dicha reforma constitucional tenía, de acuerdo con lo señalado en el dictamen correspondiente, el propósito de “dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos”.¹¹

Sin embargo, desde el texto de la iniciativa se dejaba en claro que el referido propósito era una mera aspiración, ya que en ésta se establece expresamente que la inclusión del derecho a la protección de la salud, “vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución [...] no implica que ese derecho sea de cumplimiento automático; pero tampoco su efectividad es propósito ingenuo [*sic*] y por ello inalcanzable”.¹²

En ese mismo sentido, la iniciativa sujetaba el acceso a los servicios de salud a lo que estableciera una ley secundaria, reglamentaria, que definiría las bases y modalidades de ese acceso “para que se tuvieran en cuenta las características de los distintos regímenes de seguridad social, que se fundan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso; de los sistemas de solidaridad social, que usan recursos fiscales, la cooperación comunitaria y la colaboración institucional, y de los sistemas de asistencia, que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado. A esa ley secundaria tocará, en su caso, establecer los mecanismos, fórmulas y criterios para que los mexicanos obtengan servicios de salud”.¹³

Finalmente, en 1983, al concluirse el procedimiento de reforma constitucional correspondiente, se incorporó en nuestra Constitución el derecho a la protección de la salud, específicamente en el artículo 4o., el párrafo adicionado al referido artículo establece a la letra 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

¹¹ Reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 3 de febrero de 1983.

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.¹⁴

La inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución significó un avance mayúsculo que, entre otras cosas, daba respaldo al trabajo que, desde cientos de años antes, venían haciendo mexicanas y mexicanos a favor de la salud de la población en lo general y de las personas en lo particular, sin distinguir si tenían o no afiliación a una institución de seguridad social.

Sin embargo, la remisión a la legislación secundaria, entre otros aspectos, de las bases y modalidades para tener acceso a los servicios correspondientes, dejaba abierto, y con ello lo convertía en subjetivo, el verdadero contenido y alcance del derecho consagrado.

En ese sentido y con el propósito de dotar de sustancia al nuevo derecho constitucional, al año siguiente, 1984, se expidió la Ley General de Salud.¹⁵

Cabe resaltar que los logros jurídicos descritos (*i.e.* la consagración de la protección a la salud en la Constitución y la expedición de la Ley reglamentaria) se obtuvieron gracias a la visión y el liderazgo del doctor Guillermo Soberón Acevedo, a quien también correspondió impulsar el cambio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud, para establecer congruencia entre la estructura orgánica y el principio conceptual consignado en el derecho a la protección de la salud.¹⁶

¿BASES, MODALIDADES?

La Ley General de Salud es, sin lugar a dudas, un excelente ejercicio jurídico para dotar de materia a un nuevo derecho constitucional, a partir de los recursos disponibles en el momento (*i.e.* humanos, finan-

¹⁴ Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983. La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate.

¹⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984.

¹⁶ El 21 de enero de 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud. Guillermo Soberón Acevedo (comp.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983.

cieros y materiales); de los antecedentes legislativos vigentes,¹⁷ y los esquemas de prestación de servicios que existían entonces. Nos consta que brillantes juristas y salubristas participaron en su diseño, convocados por el liderazgo del Secretario Soberón.

Sin embargo, dicho cuerpo normativo, a pesar de los innegables esfuerzos de sus creadores, terminó por establecer —en su primera versión— categorías, y con ello diferentes niveles de usuarios y de servicios, como explicaremos más adelante, además de contribuir a construir y preservar el andamiaje de un Sistema Nacional de Salud fragmentado.

En su artículo 1o., la Ley General de Salud señala que “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”.¹⁸

A los autores de este capítulo se nos ha encomendado abordar el tema relativo a las bases y modalidades, de manera que nos hemos librado de la compleja tarea de reflexionar sobre el tema de la concurrencia.

Ya en el análisis particular del tema que nos fue asignado, decidimos abandonar la tarea de abordar a profundidad las denominadas “bases”. En ese sentido, nos limitaremos a decir que fue un concepto que se usó en la versión original de la Ley General de Salud para hablar de la coordinación entre las distintas autoridades sanitarias,¹⁹ los tres niveles de gobierno, y las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, a lo largo de los años, y de múltiples reformas

¹⁷ Es importante recordar que, hasta la publicación de la Ley General de Salud, estuvo vigente el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1973.

¹⁸ El 21 de enero de 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

¹⁹ De conformidad con el artículo 4o. vigente de la Ley General de Salud, son autoridades sanitarias: I. El Presidente de la República; II. El Consejo de Salubridad General; III. La Secretaría de Salud, y IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal.

a la Ley, el concepto ha sido usado en tan diversas materias y fuera de ese contexto, que nos pareció poco útil abordarlo en este documento.

Tomando en consideración lo antes expuesto, nos hemos concentrado en las modalidades. Cabe precisar que dicho concepto también es usado por la Ley en la actualidad en muy diversos contextos; no obstante, decidimos enfocarnos en las modalidades “de acceso” y en las “orgánicas y funcionales” que son las más usadas en su contexto original y que, en una interpretación relativamente libre, hemos identificado y clasificado bajo dos conceptos: servicios y prestadores.²⁰

La Ley General de Salud clasifica los servicios de salud en 3 tipos:

- de atención médica;
- de asistencia social, y
- de salud pública.

Por lo que se refiere a los dos primeros, la propia Ley los define con claridad y les otorga capítulos especiales para desglosar ciertas disposiciones específicas que les son aplicables.²¹ No sucede así con los servicios de salud pública.

Al respecto, hay quienes afirman que no es necesario que se defina o identifique en la Ley lo que debe entenderse por servicios de salud pública, ya que en éstos quedan comprendidas todas las materias de salubridad general,²² en cuyo caso, la atención médica (que es materia de salubridad general) quedaría —a su vez— incluida dentro de la salud pública, haciendo ociosa la clasificación de los servicios de salud que contempla la propia Ley.

Dado que dentro de la Ley no se encuentra una definición de salud pública, es necesario hacer una interpretación a *contrario sensu* de la de servicios de atención médica, a partir de la cual puede describirse a los servicios de salud pública como todas aquellas acciones realizadas en

²⁰ Nótese que la redacción de la propia Ley General de Salud coloca a los prestadores en un primer término, mientras que a los usuarios de los servicios los coloca en un segundo lugar.

²¹ Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 2003.

²² Ver artículo 3o. de la Ley General de Salud.

beneficio de la sociedad, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la colectividad.²³

Así como se omite el concepto, no se incluye en la ley un catálogo de servicios de salud pública. Aunque ciertos autores señalan que ese catálogo sí existe y en él se incluyen los que la propia Ley ha denominado como servicios básicos de salud.²⁴

Tampoco compartimos esa visión, pues carece de bases interpretativas, dado que la lista mezcla indiscriminadamente intervenciones que son claramente de atención médica con otras que sí se enmarcan en la salud pública.

Lo cierto es que el único texto del marco jurídico mexicano que enlista los servicios de salud pública es el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, expedido en su versión original hasta 2004, en el cual se enlistan los denominados servicios de salud a la comunidad.²⁵

Ahora bien, atendiendo a los prestadores de los servicios de salud, de acuerdo con el artículo 34 de la Ley, que prevalece sin modificaciones en su versión vigente, éstos se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

²³ Cfr. artículo 32 de la Ley General de Salud.

²⁴ El artículo 27 de la Ley General de Salud señala como servicios básicos de salud los siguientes: 1. la educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; 2. la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; 3. la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; 4. la atención materno-infantil; 5. la planificación familiar; 6. la salud mental; 7. la prevención y el control de las enfermedades bucodentales; 8. la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; 9. la promoción del mejoramiento de la nutrición, y 10. la asistencia social a los grupos más vulnerables. Ver, por ejemplo, Gonzalo Moctezuma Barragán, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM-IIIJ, 2000.

²⁵ Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de abril de 2004.

- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.²⁶

Este artículo es, como se puede observar, el que sienta las bases para un sistema público fragmentado, al clasificar en dos distintas fracciones, la I y la II, los servicios de salud prestados por instituciones públicas o de gobierno.

Es importante mencionar que la propia Ley señala en su artículo 35 que los servicios públicos a la población en general se prestarían con base en los principios de universalidad y de gratuidad, pero tomando en consideración las condiciones socioeconómicas de los usuarios, lo que genera un contrasentido y reafirma que, en el momento de su incorporación a la Constitución y de su desarrollo en la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud se concebía como una aspiración programática.

Justo con el propósito de modificar esa concepción, en 2003 se llevó a cabo una reforma financiera a la Ley General de Salud, que encabezó el entonces Secretario del Ramo, doctor Julio Frenk, y mediante la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “Seguro Popular”, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo y evitar los gastos catastróficos a la población más pobre y vulnerable.²⁷ De las características y el impacto de esta reforma nos ocuparemos más adelante.

DE DERECHO PROGRAMÁTICO A DERECHO SOCIAL Y JUSTICIABLE

Hasta 1999 la mayor parte de la doctrina jurídica mexicana concebía al derecho constitucional a la protección de la salud como una disposi-

²⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Versión vigente disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

²⁷ Secretaría de Salud, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.

ción meramente programática que se limitaba a establecer directivas de acción para el Estado.²⁸

Sin embargo, el 25 de octubre de 1999, la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluyó el análisis de un amparo en la materia, resolviendo en pleno y de manera unánime que el derecho a la protección de la salud sí se traducía en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades como parte integrante de la atención médica, y señaló que el derecho a la protección de la salud era una garantía individual.²⁹

Con esa resolución se inicia un cambio de paradigma en el derecho a la protección de la salud: de un enunciado constitucional de características programáticas a una garantía individual, es decir, a un derecho consagrado en la Constitución que es justiciable (*i.e.* exigido mediante acción ante los órganos jurisdiccionales).

No obstante, el nuevo paradigma carecía en un primer momento de claridad respecto a su aplicabilidad en materia de salud pública y no proporcionaba, al menos en principio, elementos para resolver el “dilema central en la salud pública... el conflicto [que surge en ocasiones] entre los derechos del individuo y las responsabilidades de la sociedad con todos sus miembros”.³⁰

Esto es relevante, ya que la idea de equiparar el derecho a la protección de la salud con el derecho a tener acceso a los servicios de atención médica, acompañados de los medicamentos correspondientes, contri-

²⁸ Algunos autores señalan que los derechos sociales no se vinculan desde la Constitución con el otorgamiento de determinadas prestaciones, es decir, que su cumplimiento no es directamente exigible al Estado, pero eso no significa que se reduzcan a ser meros enunciados programáticos. Ver: José Ramón Cossío Díaz, *op. cit.*

²⁹ Ver: Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, tesis p. XIX/2000, p. 112. Para un recuento detallado de otras sentencias de relevancia para el cambio de paradigma relacionado con el derecho a la protección de la salud, ver: Olga Sánchez Cordero, *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México*, conferencia, Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, Ciudad de México, 22 de noviembre de 2002.

³⁰ J. Horner, “The virtuous public health physician”, en *Journal of Public Health Medicine*, 22, 2000, pp. 48-53.

buía a generar distracción, inclusive desde la perspectiva del financiamiento, en detrimento de las intervenciones de salud pública.³¹

No debe menospreciarse, sin embargo, el gran avance que se había materializado en el tránsito de considerar el derecho a la protección de la salud como una simple línea programática a reconocerlo como un verdadero derecho justiciable en lo individual.³²

Continuando con la reflexión respecto a si lo que es aplicable a la atención médica es aplicable a la salud pública, la gran ignorada en nuestro marco jurídico, es importante resaltar que tradicionalmente la doctrina en materia de derechos humanos, al igual que la propia exposición de motivos de la reforma constitucional de 1983, han ubicado al derecho a la protección de la salud dentro de los llamados derechos sociales, al entenderlo como uno de aquéllos que proporcionan un mínimo de bienestar y seguridad al individuo,³³ al tiempo que privilegian los intereses colectivos por encima de los individuales, lo cual logran mediante el establecimiento de disposiciones jurídicas encaminadas a generar condiciones más justas para las poblaciones en su conjunto.³⁴

Para efectos de este trabajo, hemos tomado como base un concepto propuesto en su momento por la hoy Ministra en retiro Olga Sánchez Cordero, quien señalaba que puede definirse a los derechos sociales “como el conjunto de normas jurídicas que consignan principios y procedimientos protectores de las personas y [...] de la sociedad, en aquellos ámbitos de los que depende la existencia humana, sin [...] [los cuales] es imposible la titularidad y el ejercicio de cualquier derecho [...]”.³⁵ La propia Ministra señalaba que los derechos sociales son universales e independientes de la vulnerabilidad o capacidad de pago de los individuos o las poblaciones.³⁶

³¹ David P. Fidler, “Emerging trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control”, en *Emerging Infectious Diseases*, marzo de 2003.

³² Moctezuma Barragán, Gonzalo, *et al.*, *El derecho a la protección de la salud. Notas para un nuevo enfoque*, documento entregado a los alumnos del Diplomado en Derecho, Salud y Bioética del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2003.

³³ Thomas Humphrey Marshall, *Class, Citizenship, and Social Development: Essays*, Nueva York, Doubleday Anchor Book, 1965.

³⁴ Sánchez, *op. cit.*

³⁵ *Ibidem*, p. 21.

³⁶ Sánchez, *op. cit.*

Partiendo del referido concepto es posible señalar que el derecho a la protección de la salud es un derecho social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios,³⁷ además de tratarse de un una herramienta esencial para lograr condiciones de equidad, para que el Estado pueda trabajar hacia el objetivo de eliminar la desigualdad prevaleciente entre los miembros de la sociedad.

Adicionalmente, también se atribuye a los derechos sociales la característica de ser prestacionales, es decir, que requieren de una acción positiva por parte del Estado, la cual se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio,³⁸ al tiempo que se requiere de un andamiaje jurídico, presupuestario y operativo para poder garantizar que se tenga acceso efectivo al bien o servicio correspondiente a cada derecho.

Así, el derecho a la protección de la salud es también un derecho prestacional, en la medida en que “impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada”.³⁹

En adición a todo lo antes expuesto, que ya nos permite identificar que las modalidades establecidas en la Ley General de Salud son contradictorias con la concepción misma del derecho que desarrolla, es importante resaltar que el derecho a la protección de la salud está reconocido en múltiples instrumentos internacionales y que se le ha dado el carácter de derecho humano de segunda generación,⁴⁰ específicamente como derecho social.

³⁷ *Idem.*

³⁸ Juan Antonio Cruz Parceró, “Los derechos sociales como técnica de protección jurídica”, en Miguel Carbonell, *et al.* (comps.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-IIIJ, (Doctrina Jurídica, 28), 2000.

³⁹ Sánchez, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁰ Con un propósito pedagógico los derechos humanos se han clasificados en tres generaciones que se identifican con el momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. 1a. generación: derechos civiles y políticos. 2a. generación: derechos económicos, sociales y culturales. 3a. generación: los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes. El agrupamiento en generaciones no significa que algunos derechos tengan mayor importancia que otros. Ver, por ejemplo: http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito y ratificado por México,⁴¹ es el más relevante de dichos instrumentos, dado que en su artículo 12 detalla una serie de obligaciones a cargo del Estado para la efectiva instrumentación de ese derecho, a saber:⁴²

1. Los Estados Partes [*sic*] 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 mortinatalidad 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.⁴³

De lo anterior se desprende que el PIDESC reconoce que el derecho a la protección de la salud es un derecho de todas las personas,⁴⁴ que la atención médica es únicamente uno de sus componentes y que se requiere de otros elementos (algunos de ellos enfocados en el nivel poblacional) para poder garantizar su ejercicio.⁴⁵

⁴¹ Adhesión de México el 23 de marzo de 1981. Publicación del decreto promulgatorio en el *Diario Oficial de la Federación*, 12 de mayo de 1981.

⁴² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (pidesc), disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

⁴³ *Ibidem*, artículo 12.

⁴⁴ Enrique, González, “El derecho a la salud”, en Victor Abramovich, *et al.* (comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso*, México, Fontamara, 2003.

⁴⁵ Cabe destacar que entre las medidas que el Pacto señala como responsabilidades del Estado tendientes a hacer efectivo el derecho a la salud, tres de ellos (i.e. incisos a, b

Si bien el PIDESC se adoptó en la Organización de las Naciones Unidas en 1966 y México lo ratificó en 1981, es hasta el año 2000 que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la observación general no. 14, relativa al alcance del derecho a la salud en el marco de dicho Pacto. Entre los aspectos más importantes contemplados en dicha observación está el reconocimiento de que el derecho a la salud no equivale a un derecho a estar sano, sino que se traduce en la responsabilidad correlativa del Estado de asegurar a sus ciudadanos el disfrute “del más alto nivel posible de salud” para que puedan vivir dignamente y ejercer los demás derechos humanos.⁴⁶

En ese sentido, se entiende que el Estado cumple su responsabilidad en materia de salud al observar tres distintos tipos de obligaciones: la de respeto, la de protección y la de cumplimiento.

La obligación de respetar se refiere que los Estados deben abstenerse de injerir directa o indirectamente para impedir el disfrute del derecho. La obligación de proteger se refiere a que los Estados deben adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el ejercicio de ese derecho. Finalmente, la obligación de cumplir se refiere a que los Estados deben adoptar medidas legislativas, presupuestales y administrativas para facilitar, proporcionar y promover las condiciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.⁴⁷

Desde la perspectiva de la observación general queda claro que el derecho a la salud incluye en sí mismo varios derechos y libertades, además de que está ligado al ejercicio de otros derechos, tales como: a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la vida, a la no discriminación, al acceso al avance científico y a la información, entre muchos otros.⁴⁸

y c) se refieren a actividades que identifican como de salud pública, mientras que deja para el final (i.e. en el inciso d) los aspectos curativos, como si se tratara de la última alternativa posible.

⁴⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General no. 14. El derecho al disfrute más alto posible de salud, agosto 2000, como se refiere en González, *op. cit.*

⁴⁷ González, *op. cit.*

⁴⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General no. 14. El derecho al disfrute más alto posible de salud*, agosto 2000, como se refiere en González, *op. cit.*

En ese contexto, es importante precisar que la exposición de motivos de la reforma de 1983 mediante la cual se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud en México, y a la cual ya nos hemos referido antes, considera a éste como una responsabilidad compartida entre el Estado, el individuo y la sociedad en su conjunto.⁴⁹ En ese tenor, es claro que si bien la Constitución impone al Estado un deber, también es cierto que al ser la salud un valor biológico a la vez que un bien público, el individuo y la comunidad deben colaborar en su protección.

UNA NUEVA MODALIDAD: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Previamente habíamos señalado que en 2003 se llevó a cabo una reforma a la Ley General de Salud, con la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo y evitar los gastos catastróficos a la población más pobre y vulnerable.⁵⁰

Dicha reforma, de contenido fundamentalmente financiero, es congruente con el nuevo paradigma del derecho a la protección de la salud como una garantía individual justiciable y pretendía generar mejores condiciones para el ejercicio de ésta. En ese contexto, para la implantación del Sistema de Protección Social en Salud se establecieron “las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación”.⁵¹

Lo cierto es que, sin modificar explícitamente el artículo 34 de la Ley, el cual no fue abarcado en la reforma, se estableció una submodalidad en la prestación de los servicios públicos de salud a la po-

⁴⁹ Moctezuma, *op. cit.*, 2000.

⁵⁰ Secretaría de Salud, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.

⁵¹ Ver: http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pppf/2014/ingresos/13_titulo_3rob_18_lgs.pdf

blación en general: la de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.

La ya referida reforma generó un incremento sin precedentes en el financiamiento de los servicios de salud. Es importante precisar que la idea detrás de ello era que, si históricamente se había logrado tanto con pocos recursos financieros, con un mayor presupuesto se podría hacer mucho más. Esa era la teoría; sin embargo, ésta no se tradujo cabalmente a la realidad.

Como referente, es importante mencionar que previo a la existencia del Seguro Popular, el gasto anual en salud de un individuo o de una familia equivalía a 52 por ciento; es decir, de su bolsillo pagaban más de la mitad de sus necesidades clínicas y de medicamentos. Con la llegada del Seguro Popular, ese gasto se redujo a 49 por ciento, en otras palabras, se logró un impacto de apenas 3 por ciento que, en proporción a la cantidad de recursos invertidos, es un impacto mínimo.⁵² Por el contrario, se estaban obteniendo muchos menos resultados por mucho más dinero.

De hecho, cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud en 2014, como parte de las cuentas nacionales, demuestran que el incremento del gasto público en salud se logró elevar en 2012 al equivalente a 6.1 por ciento del PIB (*i.e.* se mantuvo en esos niveles al menos dos años más), pero no se reflejó en el gasto de bolsillo, toda vez que éste se incrementó prácticamente en la misma proporción que el público.⁵³

Las cifras de las cuentas nacionales nos llevan a cuestionarnos ¿por qué, si se tenían los recursos financieros, la teoría no se encontró con la realidad? Las respuestas pueden ser muchas y abordarse desde diferentes perspectivas.

A continuación destacamos sólo **algunas respuestas** a esa pregunta que los autores de este artículo, de manera individual o conjunta, han planteado previamente en diversos foros o documentos:⁵⁴

⁵² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Evaluación estratégica de protección social en México*, CONEVAL, 2013.

⁵³ World Health Organization, *Global Health Expenditure Database*, base de datos, 2014.

⁵⁴ Ver, por ejemplo, Roberto Tapia Conyer, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2016, pp. 278-284.

1. **La falta de perspectiva de la salud como derecho humano.**
Al Estado mexicano apenas le va quedando clara su obligación de hacer todo lo posible para garantizar el acceso real a los servicios necesarios para materializar el derecho a la protección de la salud.⁵⁵ Por otra parte, las personas están acostumbradas a que se les provea un mal servicio, no asumen que el Estado debe proteger su salud por obligación y,⁵⁶ por lo tanto, toman lo que les den, sin exigir calidad y oportunidad.
2. Se olvidó que, cuando se invierten recursos, es necesario **aplicar mecanismos estrictos de control financiero y operativo.**⁵⁷ Es importante mencionar que, en este punto, reside una de las mayores debilidades de la reforma: un defecto en su construcción jurídica original obstaculizó un adecuado control de los recursos, los cuales se usaron en los estados de manera inadecuada y sin transparencia.

Esta situación prevaleció durante más de una década, hasta 2014, año de publicación de una reforma que pretende corregir el defecto antes descrito y que busca vigilar el rastro de cada peso, así como su aplicación correcta y oportuna.⁵⁸

Mientras el Sistema de Protección Social en Salud se mantuvo funcionando sin los mecanismos correctos de control, prevaleció una situación que permitió y hasta fomentó la falta de transparencia y rendición de cuentas y con ello la corrupción tácita y activa. Ésta es una de las razones principales de que el impacto del Seguro Popular no fuera el esperado porque, como en su diseño jurídico de origen no se tomaron las medidas elementales para conocer el uso y destino de los recursos, éstos no llegaron a donde tenían que ir, dándose un desvío que trastocó

⁵⁵ Roberto Tapia Conyer y María de Lourdes, Motta Murguía, “El derecho a la protección de salud pública”, en Ingrid Brena Sesma (comp.), *Salud y derecho*, México, UNAM, 2005.

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud, *Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud*.

⁵⁷ Liliana Ruiz y Óscar Arredondo, *Transparencia presupuestaria y rendición de cuentas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2012.

⁵⁸ Reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2014.

el sistema de salud operativo; en concreto, a nivel de los gobiernos estatales.⁵⁹

3. No se tomó en cuenta que en la actualidad enfrentamos **los retos propios de un perfil de riesgos y enfermedad más complejo**.⁶⁰ Antes la prioridad era controlar enfermedades transmisibles; hoy, las enfermedades crónicas, el cáncer, las adicciones y la salud mental hacen necesario colocar en el centro del quehacer a la prevención proactiva, a la corresponsabilidad de los individuos, a la detección oportuna y al seguimiento para institucionalizar el continuo de la atención.

Además, se vuelve indispensable funcionar con una mayor eficiencia de los sistemas locales de salud, sistematizando procesos que aseguren el impacto, usando esquemas de reembolso sustentados en resultados, con instituciones de calidad, con una ética a toda prueba y evaluando el desempeño.

4. Se soslayó la relevancia de **una política de recursos humanos acorde con la demanda**⁶¹ y con ello se desconoció la importancia de impulsar la formación de personal de calidad para operar el primer nivel de atención, es decir, la base del sistema de salud, que ha permanecido limitada; por otro lado no se aprovecha la vasta oferta de capital humano egresado de las escuelas de salud del país.

Asimismo, en los últimos años se ha perdido la mística, legitimidad y pasión, en gran parte porque se ha relegado a los verdaderos salubristas, y la salud pública comenzó entonces a responder a intereses políticos y no a la búsqueda del bienestar de la población.

En las estructuras operativas, técnicos y profesionales formados y con experiencia fueron sustituidos por oportunistas polí-

⁵⁹ Auditoría Superior de la Federación, “Informe General de la Cuenta Pública 2013”.

⁶⁰ Pablo Kuri Morales, “La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios”, en *Gaceta Médica de México*, 2011, pp. 147, 451-454.

⁶¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación general 15 sobre el derecho a la protección de la salud”, México, 23 de abril de 2009.

ticos⁶² y, aún hoy, se utilizan los puestos para llenar cuotas de compromiso de las autoridades estatales y federales. Convendría buscar que se legisle para asegurar que dichos puestos, vitales para el desarrollo de México, estén ocupados por quienes demuestren tener los méritos y no sólo los contactos o relaciones.

LA REFORMA CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS Y CÓMO DETERMINA EL FUTURO DE LA SALUD EN MÉXICO

La tendencia en el mundo es generar reformas orientadas a que los países cuenten con sistemas universales de salud⁶³ y sumarse a ella representa una oportunidad de cambio.

Más aún, esa oportunidad se convierte en una obligación si tomamos en cuenta la Reforma Constitucional en materia de derechos humanos publicada el 10 de junio de 2011 en el *Diario Oficial de la Federación*. Dicha reforma le da una nueva redacción y un renovado alcance al título primero, capítulo I y a los tres primeros párrafos del artículo 1o. de nuestra Carta Magna, al transformarlos para quedar como sigue:

TÍTULO PRIMERO CAPÍTULO I

De los Derechos Humanos y sus Garantías

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformi-

⁶² Véase, por ejemplo, “Fiscalía aprende a ex director del Seguro Popular Jalisco”, en *El Informador*, Guadalajara, México, 12 de febrero de 2015.

⁶³ Organización Mundial de la Salud, *Universal Health Coverage*, fact sheet núm. 395, septiembre de 2014.

dad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En este nuevo contexto constitucional, la traducción del derecho a la protección de la salud obliga a hacer a un lado las “bases y modalidades” y a avanzar en la concreción de ese derecho a la luz de los tratados internacionales, incluido el PIDESC, para hacerlo universal, interdependiente, indivisible y progresivo.

Si vamos a aprovechar la oportunidad que, como ya señalamos, es una obligación, se deben tomar cuanto antes las medidas legislativas necesarias para que nuestro Sistema Universal de Salud se estructure jurídicamente y funcione en la realidad como un sistema de salud “comprobable”,⁶⁴ a través de una reingeniería sustentada en los siguientes ejes:⁶⁵

- **Población.** Es fundamental definir y cuantificar la población en la que se quiere incidir, tanto por vulnerabilidad como por derechos adquiridos. Generando conciencia, tanto en las autoridades como en la población, de que esos derechos llevan aparejadas obligaciones, es decir, que existe corresponsabilidad del Estado mexicano, el individuo y la comunidad.
- **Atención continua.** Ante los nuevos perfiles epidemiológicos, se requiere garantizar continuidad en la atención. Ya no basta con que las personas acudan a un establecimiento de salud, hay que trascender los espacios físicos para que los servicios de salud, apro-

⁶⁴ Stephen M. Shortell y Lawrence P. Casalino, “Health Care Reform Requires Accountable Care Systems”, en *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300 (1), pp. 95-97. También Diane R. Rittenhouse, Stephen M. Shortell y Elliott S. Fisher, “Primary Care and Accountable Care—Two Essential Elements of Delivery-System Reform”, en *The New England Journal of Medicine*, 2009, 361, 2301-2303.

⁶⁵ Roberto Tapia Conyer, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 152.2, 2016, pp. 278-284.

vechando las plataformas tecnológicas disponibles, alcancen de manera eficiente, a las comunidades, los hogares y las personas.

- **Métrica del impacto.** Se requiere establecer indicadores de mejora tanto a nivel poblacional como en la persona misma. De manera particular, hay que incluir indicadores que midan la utilización de los recursos y la mejora en el desempeño.
- **Información.** Debemos contar con un sistema de información único que capte los datos desde la misma fuente del flujo de las acciones en los diferentes niveles de atención, que pueda ser consultado en tiempo real por múltiples proveedores y usuarios, que sirva para tomar decisiones informadas y correctas y, si es necesario, reaccionar modificando el curso. Un sistema de información único ya es viable gracias a las herramientas que nos ofrece la tecnología, como la conectividad y la capacidad de almacenar y compartir grandes cantidades de información.
- **Capacitación.** Es esencial invertir en el personal de salud para fortalecerlo, tanto en su capacidad técnica como en su desarrollo humano.
- **Incentivos.** Habrá que introducir un esquema de incentivos no económicos basado en el desempeño, así como en metas poblacionales e individuales, en beneficio de los sistemas estatales de salud y del personal.
- **Liderazgo.** Debemos recuperar los espacios de liderazgo definiendo perfiles adecuados, para que sean cubiertos por personas que tengan formación en salud pública. No podemos dejar de lado la importancia de una remuneración digna para el trabajo bien hecho.
- **Innovación.** Aprovechemos el enorme potencial de la generación y difusión del conocimiento científico, así como de las innovaciones tecnológicas disponibles en el mundo. Ese enorme potencial se deriva de disciplinas como la genómica, la proteómica y la nanotecnología, por mencionar algunas, gracias a las cuales es posible algo que hace poco tiempo era inconcebible e incluso sonaba como una contradicción de términos: la salud pública personalizada, en la cual se mantiene el enfoque de abarcar poblaciones y a la vez se puede intervenir en cada persona según

su patrón de riesgo, garantizando con ello cabalmente el derecho a la protección de la salud.

Únicamente así es posible conceptualizar al derecho a la protección de la salud desde una visión integral, en contraposición a la idea tradicional de que éste equivale al acceso individual a los servicios de atención médica.

Ante el imperativo de evolucionar hacia un Sistema Universal de Salud, en el que el derecho a la protección de la salud deje de ser una mera aspiración, debemos enfrentar la tarea con responsabilidad, experiencia y visión innovadora e, incluso, disruptiva.

México está en un momento histórico singular, frente a la oportunidad más trascendente en materia de salud: la de garantizar el acceso efectivo y universal a los servicios. No podemos ser irresponsables y dejar, como ha ocurrido en el pasado, que el momento de escribir una nueva y mejor historia se nos escape entre las manos.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto, *Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 2007.
- CHAVKIN, Wendy y Ellen Chesler (eds.), *Where Human Rights Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millennium*, Rutgers University Press, 2005.
- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *Estado social y derechos de prestación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
- CRUZ PARCERO, Juan Antonio, "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica", en Carbonell, Miguel, *et al.* (comps.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-IIIJ (Doctrina Jurídica, 28), 2000.
- GONZÁLEZ, Enrique, "El derecho a la salud", en Abramovich, Victor, *et al.* (comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso*, México, Fontamara, 2003.
- LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo, preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

- MARSHALL, Thomas Humphrey, *Class, Citizenship, and Social Development: Essays*, Nueva York, Doubleday Anchor Book, 1965.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM-IJ, 2000.
- , *et al.*, *El derecho a la protección de la salud. Notas para un nuevo enfoque*, documento entregado a los alumnos del Diplomado en Derecho, Salud y Bioética del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Universal Health Coverage*, Fact sheet núm. 395, septiembre de 2014.
- RUIZ, Liliana y Arredondo, Óscar, *Transparencia presupuestaria y rendición de cuentas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2012.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo (comp.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983.
- TAPIA CONYER, Roberto y Motta Murguía, María de Lourdes, “El derecho a la protección de salud pública”, en Brena Sesma, Ingrid (comp.), *Salud y derecho*, México, UNAM, 2005.

Hemerográficas

- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 19 de enero de 1943, 13 de marzo de 1973, 12 de mayo de 1981, 31 de diciembre de 1974, 3 de febrero de 1983, 7 de febrero de 1984, 15 de mayo de 2003, 5 de abril de 2004, 4 de junio de 2014.
- EL INFORMADOR, “Fiscalía aprende a ex director del Seguro Popular Jalisco”, Guadalajara, México, 12 de febrero de 2015, en línea. Recuperado de: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/575983/6/fiscalia-aprehende-a-ex-director-del-seguro-popular-jalisco.htm>
- FIDLER, David P., “Emerging trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control”, en *Emerging Infectious Diseases*, marzo de 2003.
- GÓMEZ DANTÉS, Octavio, *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, 2011.
- HORNER, J. “The virtuous public health physician”, en *Journal of Public Health Medicine*, 22, 2000.
- KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David, “El Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2012.
- KURI MORALES, Pablo, “La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios”, en *Gaceta Médica de México*, 2011.

- RITTENHOUSE, Diane R.; Shortell, Stephen M., y Fisher, Elliott S., “Primary Care and Accountable Care—Two Essential Elements of Delivery-System Reform”, en *The New England Journal of Medicine*, 2009.
- SÁNCHEZ CORDERO, Olga, *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México*, conferencia, Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, Ciudad de México, 22 de noviembre de 2002.
- SECRETARÍA DE SALUD, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.
- SHORTELL, Stephen M. y Casalino, Lawrence P., “Health Care Reform Requires Accountable Care Systems”, en *Journal of the American Medical Association*, 2008.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, *Semanario Judicial de la Federación*, t. XI, marzo 2000, tesis p XIX/2000.
- TAPIA CONYER, Roberto, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 152.2, 2016.

Electrónicas

- AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, “Informe general de la cuenta pública 2013”, en línea. Recuperado de: http://www.asf.gob.mx/uploads/55_ Informes_de_auditoria/Informe_General_CP_2013.pdf
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “Recomendación general 15 sobre el derecho a la protección de la salud”, México, 23 de abril de 2009, en línea. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_015.pdf
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL, *Evaluación estratégica de protección social en México*, CONEVAL, 2013, en línea. Recuperado de: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf.
- MAYERSERRA, Carlos Elizondo, “El derecho a la protección de la salud”, en *Salud Pública de México*, 2007, en línea. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010&lng=es&tlng=es
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud*, en línea. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9119:nueva-resolu-

434 • BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

cion-organizacion-panamericana-salud-sobre-proteccion-social-salud-region-americas&Itemid=2075&lang=es

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, en línea. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

TAPIA CONYER, Roberto “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2016, en línea. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n2/GMM_152_2016_2_278-284.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Health Expenditure Database*, base de datos, 2014, en línea. Recuperado de: <http://apps.who.int/nha/database>.

Leyes, códigos y reglamentos

Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 2003.

Secretaría de Gobernación, Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta de la Patria, 1891.

Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de abril de 2004.

