



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE DERECHO
DOCTORADO EN CIENCIAS JURÍDICAS**



**ESTADO LIBERAL Y DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA DE LA SALUD EN
MÉXICO.**

**OPCIÓN DE TITULACIÓN
TESIS**

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS JURÍDICAS**

**PRESENTA:
MAGALY DE LEÓN CUEVAS**

**DIRIGIDO POR:
DR. JOSÉ FERNANDO VÁZQUEZ AVEDILLO**

**CENTRO UNIVERSITARIO
QUERÉTARO, QRO.
DICIEMBRE, 2022.**



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Derecho
Doctorado en Ciencias Jurídicas

Estado liberal y descentralización política de la salud en México.

Opción de titulación
Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Doctorado en Ciencias Jurídicas

Presenta:
Magaly De León Cuevas

Dirigido por:
Dr. José Fernando Vázquez Avedillo.

Dr. José Fernando Vázquez Avedillo

Presidente

Dr. Luis Gerardo Rodríguez Lozano

Secretario

Dra. Alina del Carmen Nettel Barrera

Vocal

Dra. Gabriela Aguado Romero

Suplente

Dr. Gerardo Servin Aguillón

Suplente

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Diciembre, 2022.

RESUMEN

En el presente trabajo, se abordan los motivos políticos y jurídicos que llevaron a la desaparición de los servicios de salud descentralizados. De manera principal, se centrará en la ausencia del programa Seguro Popular, ya que la situación resulta importante para la comprensión de los retos para dar cumplimiento al derecho de protección a la salud en nuestro país. Se pone en consideración que el Seguro Popular fue reconocido en los años 2016 y 2020 por parte del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador al considerar que el programa otorgaba mayores niveles de cobertura, hecho inequívoco de que estaba dando buenos resultados.

De manera histórica, en nuestro país, la estructura del sistema de salud se construyó por medio de institutos públicos inspirados en un sistema de protección al amparo de un Estado social. No obstante, a partir de la crisis económica en el año 1982, la figura del Estado en el sector salud cambió y se comenzó a brindar servicios descentralizados. En los cuales se detectó una ligera inclinación liberal hacia una lógica excluyente y focalizada, por lo que se mostraba una aparente confrontación e invasión de las estructuras jurídicas precedentes.

Sin embargo, en la práctica, durante la actividad de las formas de Estado, resulta fundamental su complementación, por lo que, es de resaltar, que entre el Estado social y liberal no existe una jerarquía. Se debe considerar que en la actualidad, bajo el nuevo paradigma constitucional, la estructura del sistema de salud debe seguir cambiando hacia la construcción de estructuras inspiradas en el Estado constitucional como, por ejemplo, en un sistema de salud acorde al principio de progresividad. .

Palabras clave: derechos sociales, descentralización, progresividad, Estado.

ABSTRACT

In this paper, the political and legal reasons that led to the disappearance of decentralized health services are addressed, mainly the absence of the *Seguro Popular* program, situation that is important in understanding the challenges to comply with the right to health protection in our country. Moreover, *Seguro Popular* was recognized in 2016 and 2020 by *Grupo de Trabajo del Protocolo* of San Salvador when it considered that the program granted higher levels of coverage, an unequivocal fact that it was yielding good results.

Historically, in our country, the structure of the health system was built through public institutes inspired by a system of protection under the cover of a social State. However, since the economic crisis in 1982, the figure of the State in the health sector changed and decentralized services began to be provided, in which a slight liberal inclination towards an exclusive and focused logic was detected, so it was apparent confrontation and invasion of its legal structures.

However, in reality, during the activity of the forms of State it is essential to complement them, so it is noteworthy that between the social and liberal State there is no hierarchy. Even today, under the new constitutional paradigm, the structure of the health system must continue to change towards the construction of structures inspired by the Constitutional State, such as a health system in accordance with the principle of progressivity.

Key Words: Social Rights, Progressivity, Decentralization, State.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Autónoma de Querétaro y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo financiero otorgado para realizar el presente trabajo de tesis. Además, me gustaría agregar a todos los docentes y amigos de la Facultad de Derecho quienes me acompañaron de manera incondicional en este camino. En particular, agradezco a mi asesor el Dr. José Fernando Vázquez Avedillo, la Dra. Alina del Carme Nettel Barrera y al Dr. José María Serna de la Garza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Finalmente, agradezco a mis padres, Marisela Cuevas Escajeda y Alejandro De León Medina; mi hermano, Alejandro De León Cuevas; y, por supuesto, a Roberto quienes han sido mi motivación, fuerza e inspiración.

Sin el apoyo constante e incondicional de todos ustedes, este proyecto no sería posible. Les quiero expresar que se encuentran presentes en mi mente y en mi corazón.

ESTADO LIBERAL Y DESCENTRALIZACIÓN POLÍTICA DE LA SALUD EN MÉXICO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO PRIMERO	9
DERECHOS SOCIALES, DESIGUALDAD Y ESTADO SOCIAL	9
1.1 Los derechos sociales en el siglo XXI	9
1.1.1 Orígenes de los derechos sociales.	9
1.1.2 Surgimiento y consolidación política del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	11
1.1.3 Límites a la materialización de los derechos sociales.....	14
1.2. Derechos y desigualdad en la sociedad contemporánea.....	25
1.2.1 Los orígenes orgánicos del sector salud	25
1.2.2 La creación de los institutos de protección en salud.	28
1.3 El Estado social y su evolución	32
1.3.1 Proyección del Estado social.....	32
CAPÍTULO SEGUNDO	36
EL ESTADO LIBERAL Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	36
2.1 El Estado liberal	36
2.1.1 Características del Estado liberal	36
2.1.3. El cambio y las rupturas de las formas de Estado	42
2.2 La evolución del Estado liberal en el siglo XX: el caso mexicano.	49
2.2.1 La irrupción liberal dentro del Estado social hacia finales del siglo XX.	49
2.2.2. La nueva intervención estatal en los servicios de salud	53
2.2.3 Organismos internacionales en las políticas sociales	56
2.3 Los modelos de descentralización y su aplicación en el ámbito sanitario.....	58

2.3.1 La descentralización política en el modelo federal: el caso de salud	58
CAPÍTULO TERCERO	69
ANÁLISIS DEL MODELO DESCENTRALIZADOR IMPLANTADO EN LA DÉCADA DE LOS 90'S EN MATERIA DE SALUD	69
3.1 Tendencia centralista del sistema de salud federal	69
3.1.1 Facultades correspondientes a la federación	69
3.1.2 Facultades correspondientes a la federación en el sector salud	74
3.1.3 Tipo de facultad estatal respecto la federación en el sector salud.....	78
3.2 Modelo descentralizado en los servicios de salud	82
3.2.1 Límites y perspectivas del modelo descentralizador	82
3.2.2. Análisis de modelo descentralizado respecto al centralizado	90
CAPÍTULO CUARTO	100
EL PAPEL DEL ESTADO SOCIAL CONSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO .	100
4.1 Marco de referencia internacional del derecho de protección a la salud desde la progresividad.....	100
4.1.1 Observaciones internacionales en materia de salud.....	109
4.2. Derecho de protección a la salud y progresividad en el Estado mexicano	122
4.3. Análisis operativo del sistema de salud en México	126
4.3.1. Los precedentes de creación de los servicios de salud descentralizados en México	128
4.3.2. La creación oficial de los servicios de salud descentralizados en México	132
4.3.3. El Sistema de Protección Social en Salud	141
4.3.4. Evaluaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación.....	150
4.3.4.1. Resultados de evaluación del año 2005.....	150
4.3.4.2. Resultados de evaluación del año 2009.....	154
4.3.4.3. Resultados de evaluación del año 2017.	161
CONCLUSIONES	164
REFERENCIAS	169
Bibliografía.....	169

Leyes	182
Referencias electrónicas	186

INTRODUCCIÓN

En México, la estructuración del sistema de salud se fundamentó en institutos de salud inspirados en un sistema de protección social al amparo de un Estado social, tales como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). No obstante, la prestación de servicios de salud por parte de dichos institutos es heterogénea e insuficiente, siendo que el carácter asimétrico se detecta en la población objetivo de los institutos mencionados; los cuales se enfocan en aquellos sectores que gozan de trabajo formal. En consecuencia, se deja de lado a los grupos que cuentan con un trabajo informal o bien, a aquellos sectores de escasos recursos o sin empleo.

Al mismo tiempo se debe contemplar que, aunque el sector de la población abierta se encontraba respaldado por la Secretaría de Salud y los programas asistenciales del IMSS, la fuerte crisis económica de 1982 dio paso a la reducción del gasto social programable, lo que obligó al Estado mexicano a encontrar nuevas formas de protección. Por esta razón, la Constitución mexicana en el año 1983 otorgó el derecho de protección a la salud, el cual se encontró acompañado de la búsqueda de la salud universal y, por supuesto, de una estrategia para brindarla.

Con el objetivo de lograr un sistema de salud universal, nuestro país se encontraba en busca de un sistema de salud que gozará de mayor autonomía en las entidades federativas en cuestión de decisiones operacionales y disposición de recursos; sin mencionar la implementación de un discurso en favor de los derechos sociales. De esta manera, en respuesta a las necesidades planteadas, el Estado mexicano durante el periodo del presidente Miguel de la Madrid pone en funcionamiento la estrategia para lograrlo.

Por ello, en el año 1983, se da inicio a la descentralización, sectorización y modernización de los servicios de salud. Con las anteriores medidas se buscaba obtener la división de tareas y del presupuesto entre la federación y las entidades

federativas. Esto se buscaba con el fin de aumentar la autonomía, optimizar los recursos y dar eficiencia a las estructuras jurídicas.

Ahora bien, se debe resaltar que las bases utilizadas para la construcción de los servicios de salud descentralizados del año 1983 se mantuvieron en nuestro país durante un periodo de 36 años; bases que se consolidaron con la creación del Sistema de Protección Social en Salud. No obstante, en el año 2019 se promovió la desaparición de dicho sistema. Lo que terminó por ocurrir, a pesar del reconocimiento hacia el Seguro popular en el año 2016 y el año 2020 por parte del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, esto gracias a que dicho programa logró aumentar los niveles de cobertura.

Es importante mencionar que el planteamiento mencionado anteriormente se desarrolló tras contestar la pregunta de investigación descrita como: *¿cuáles son los parámetros de actuación que han dado cumplimiento al Derecho de Protección a la Salud en México? (¿han sido suficientes?)*.

En consecuencia, el presente trabajo de investigación se desarrolló a partir de la hipótesis: *La política descentralizadora en materia de salud, contemporánea al modelo liberal, produjo efectos negativos en los mecanismos de acceso a los servicios públicos sanitarios en México. Sin embargo, el modelo descentralizador puede ser un mecanismo efectivo de gestión jurídico-administrativa del derecho a la salud si se basa en un modelo jurídico de compromiso social que implique la implementación de criterios de homogeneidad institucional y ejercicio de competencias desde una perspectiva que favorezca el derecho de protección a la salud a nivel local y federal.*

En este trabajo se describe y analiza la desaparición del Sistema de Protección Social en Salud, particularmente su programa denominado Seguro Popular, como parte de una política centralizadora del actual gobierno federal. La investigación justifica su pertinencia tras la contradicción existente entre las evaluaciones favorables realizadas por el *Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador* en materia de protección social y su desaparición. El Sistema podría haber

sido fortalecido, pero, por el contrario, se eliminó, por lo que se podría interpretar como un proceso contrario al principio de progresividad de derechos humanos. Si bien la Corte Interamericana no se ha pronunciado expresamente sobre el sistema mexicano, lo cierto es que se ha pronunciado sobre otros países como Guatemala y Chile en donde los parámetros de progresividad se representan en los criterios que prohíben la inactividad por parte del Estado con la obligación de dar cumplimiento a los derechos sociales bajo de criterios de criterios de disponibilidad, accesibilidad y calidad.

De un sistema de seguridad social en materia de salud se espera que cumpla con estándares de progresividad tales como el cumplimiento de obligaciones de contenido específico y en un tiempo razonable, el suministro puntual y suficiente de medicamentos, el uso máximo de recursos disponibles, la adopción de las medidas necesarias para dar efectividad al derecho universal a la salud, además, de cumplir con criterios de calidad tales como contar con la infraestructura adecuada y necesaria.

De esta manera, para la construcción y desarrollo del presente trabajo se estableció como *objetivo general: Conocer las características y perspectivas del modelo de prestación de servicios de salud, bajo un modelo de gestión descentralizado, para identificar las causas de su deficiencia y sus aspectos favorables.* Del mismo modo, los objetivos específicos son:

1. Explicar los alcances, límites y proyecciones de los derechos sociales, en particular el derecho a la salud en un contexto de desigualdad, en el Estado social.
2. Identificar las características y efectos de la implementación del Estado liberal en la política descentralizadora de los servicios de salud.
3. Analizar el marco jurídico de la salud en México, en relación con el ejercicio de competencias y los mecanismos de gestión descentralizadora y centralizadora.

4. Comprender el papel del estado social constitucional desde la perspectiva del derecho de protección a la salud.

Ahora bien, como parte de la *metodología* empleada se utilizó un *enfoque cualitativo*, el cual, tuvo como propósito advertir las características de la reestructuración liberal en el derecho de protección a la salud, además, para la recuperación de información se usó la *técnica de investigación* documental y, finalmente, el diseño de la investigación es *descriptiva*, la cual tuvo el propósito de explicar y analizar los efectos del modelo descentralizador dentro el Estado social.

Una vez que hemos descrito los elementos metodológicos con los que se desarrolló el presenta trabajo, conviene destacar y aclarar que mientras se avanzaba con la investigación, la hipótesis establecida tuvo un *cumplimiento parcial* como podremos observar en las conclusiones.

En consecuencia, los objetivos específicos que componen este trabajo se desarrollan a partir de cuatro capítulos y como parte del primer objetivo específico se desarrolló el *capítulo primero* denominado "*Derechos sociales, desigualdad y estado social*". En el cual se abordan los *alcances* en, como el autor Juan Antonio Cruz Parceró menciona, que es posible contemplar los derechos sociales como una serie de directrices para guiar las actuaciones del Estado. Mismos que darán como resultado una actuación distinta que dependerá del caso en concreto y las limitaciones del aparato Estatal.

De esta manera, se enfatiza que a pesar de que los derechos sociales se encuentren sujetos a las limitaciones del Estado, la flexibilidad de su obligatoriedad se encuentra sujeta a parámetros mínimos. Tales como que los Estados con la finalidad de demostrar el cumplimiento de los derechos sociales tendrán que probar el uso máximo de esfuerzos y recursos, que se encuentran recabando y difundiendo información suficiente acerca de las necesidades existentes, que están supervisando el cumplimiento de los planes existentes y formulando planes futuros como el uso soluciones de corto, medio y largo plazo.

Ahora bien, respecto a los límites de los derechos sociales se observa cómo, aunque estos se encuentran en igual rango a los denominados de derechos civiles y políticos, existen factores que promovieron una valoración distinta. Ejemplo de ello es la conformación separada del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). La percepción dominante que considera que los derechos sociales son posteriores a los civiles y políticos o, por el contrario, la concepción que percibe que los derechos civiles y políticos se encuentran axiológicamente subordinados al principio de dignidad, mientras que los derechos sociales se encuentran ligados a principios de igualdad.

Se puede apreciar cómo, en México, el desarrollo de los derechos sociales tuvo lugar tras la Constitución de 1917. Por supuesto, aunque los derechos sociales tuvieron presencia antes de la positivización constitucional –en nuestro país, dicho suceso causó un gran impacto–, por lo que no fue hasta ese momento que se fomentó la consolidación de institutos inspirados en el Estado social como lo son: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). No obstante, su falta de homogeneidad provocó la necesidad de buscar un cambio respecto el modelo utilizado hasta entonces.

Dentro del *capítulo segundo* denominado “*El estado liberal y la descentralización de los servicios de salud*” se estudian las características y efectos del Estado social y liberal. Entre otros aspectos, se aborda la discusión sobre la posible jerarquía ente el Estado social y el Estado liberal o las posturas de la doctrina nacional que asumen una oposición ecléctica entre ambos modelos, a fin de asegurar que, en conjunto, las tareas que se pueden realizar de manera eficaz.

Entre otros argumentos, se sostiene por una parte de la doctrina, que el Estado social brinda funciones de suma importancia como la actividad *prestacional* al servicio de toda la sociedad pero con énfasis en las clases más desprotegidas, al

igual que el Estado liberal o de derecho, el cual se articula por medio de leyes apegadas a la libertad e impone límites al poder y, finalmente, el Estado constitucional el cual brinda un fuerte contenido axiológico de acuerdo a principios jurídicos supremos jurídicamente vinculantes, tales como la dignidad humana, el respeto de los derechos humanos y la supremacía de la constitución.

En este capítulo se mencionan las patologías o crisis que se encuentran dentro de figuras jurídicas que derivan de la protección social. Por ejemplo, aquellas instituciones de carácter social envueltas en una lógica inclusiva y excluyente; la cual protege grupos vulnerables pero tiene preferencia hacia aquellos que pertenecen a agrupaciones con la capacidad de presionar corporativamente a las instituciones estatales. En otras palabras, se afirma que el lenguaje de los derechos sociales se convierte en un medio para costear la reproducción y cualificación de la fuerza de trabajo; esto únicamente si se ha participado en un proceso productivo como trabajador aceptando las condiciones del mercado de trabajo.

De ahí que, bajo la premisa de las patologías y crisis en las instituciones sociales, se trae una discusión que afirma el establecimiento del lenguaje mercantil dentro del sistema de salud descentralizado. Discusión en la cual Ana Cristina Laurell y Luis Enrique Pereda Trejo mencionan que el funcionamiento de dicho sistema de salud trae como resultado la implementación de servicios focalizados, en lugar de un sistema de salud universal. Asimismo, en la misma cuestión, se plantea el establecimiento de un panorama ideal para potenciar los servicios médicos privados.

Al mismo tiempo, es posible encontrar posturas como la de Carmen Llorca Rodríguez, quien afirma que el sistema de salud descentralizado es una estrategia clave para aumentar la competencia de las entidades federativas. Sin mencionar que el régimen de incentivos serían claves para conseguir resultados favorables al fomentar la autorregulación a nivel local.

Dentro del capítulo tercero denominado *“Análisis del modelo descentralizador implantado en la década de los 90’s en materia de salud”*, como parte del contenido

para analizar el sistema de salud descentralizado, se retoma el fenómeno de la centralización en el sector salud. El cual se recupera al formar parte fundamental dentro de la justificación para implementar el nuevo modelo de salud en nuestro país.

En este apartado se muestra cómo, dentro de nuestro orden constitucional y jurídico, es posible encontrar formas de subordinación de las entidades federativas hacia la federación. Ejemplo de ello son la concentración de facultades propias del poder ejecutivo, la calidad e importancia de competencias otorgadas a la Federación y la importancia constitucional de las leyes generales. Los elementos mencionados nos hacen observar que el aparente retroceso hacia la centralización al momento de desaparecer el Sistema de Protección Social en Salud es invalidado en forma parcial, por lo que dicha tendencia centralista, en realidad, no desapareció.

Por supuesto, con la reforma del 29 de noviembre de 2019 a la Ley General de Salud, es de resaltar que, desde el punto de vista *normativo*, se resta la capacidad a las entidades federativas. Sin embargo, en contra a lo que podría interpretarse como un aparente retroceso hacia una tendencia centralista, éste sólo forma parte en *la pérdida de una competencia operativa* en salubridad por parte de las autoridades locales sanitarias.

De igual forma, se menciona cómo la centralización se impregna en nuestro sistema de protección social, siendo que Lorenzo Meyer y José Ramón Cossío mencionan que, con el fin de legitimar al régimen en época de crisis económica y con el poder satisfacer simultáneamente a sus distintas clientelas políticas, la mayor parte los derechos sociales que se encuentran en nuestra Constitución fueron reconocidos en el año 1970.

Por su parte, en el capítulo cuarto denominado *“El papel del estado social constitucional en el ámbito sanitario”* se concatena el análisis orgánico y operativo del fenómeno en estudio con la parte sustantiva del problema de investigación, el derecho de protección a la salud desde una perspectiva de progresividad. En este sentido, es indispensable conocer los parámetros de evaluación otorgados por la

Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Grupo de trabajo del Protocolo de San Salvador, la Corte Interamericana de Derechos Humanos o el *Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales* que procuran y determinan un concepto de *progresividad* aplicable al análisis del derecho a la protección de la salud.

Es así como, con el objetivo de explicar el concepto de progresividad, el presente capítulo describe y desarrolla el Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala; así como el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, ambos emitidos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos. De igual manera, se describen los parámetros para evaluar el cumplimiento del derecho a la salud, los cuales son emitidos dentro de la Observación General 14 *del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, y las anteriormente mencionadas recomendaciones realizadas en el año 2016 y 2020 hacia el Estado mexicano por parte del Grupo de trabajo del Protocolo de San Salvador.

Del ámbito internacional se pasa al nacional, esto con respecto al principio de progresividad reconocido en el artículo 1° de la Constitución, en relación al artículo 4°, para introducirnos en la última parte del capitulado. Éste tiene por finalidad realizar una evaluación al programa Seguro Popular y una descripción de la operatividad de los servicios de salud descentralizados. Cabe resaltar que ésta fue fundamental para analizar y comprender las evaluaciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación respecto el cumplimiento del programa en relación a los indicadores descritos para satisfacer el derecho de protección a la salud. Este análisis cuantitativo expone la brecha existente entre la progresividad y la deficiencia del sistema de protección social en salud.

CAPÍTULO PRIMERO

DERECHOS SOCIALES, DESIGUALDAD Y ESTADO SOCIAL

1.1 Los derechos sociales en el siglo XXI

1.1.1 Orígenes de los derechos sociales.

El origen de los derechos sociales de acuerdo con Gerardo Pisarello tuvo sus cimientos en las grandes revoluciones sociales, momento distinto al que señalan las *lecturas generacionales clásicas*, las cuales indican un surgimiento tardío de los derechos sociales a partir de la segunda mitad del siglo XX¹. Es posible señalar la existencia de una rica “prehistoria” de políticas institucionales dirigidas con el fin de resolver la pobreza y exclusión social.²

En un inicio, las revoluciones sociales se tradujeron en *lazos de solidaridad* entre trabajadores con el fin de garantizar recursos básicos de subsistencia, la problemática provocó que sectores intelectuales y organizaciones obreras buscarán respuestas políticas e institucionales. Posteriormente, el papel central en la evolución de los derechos sociales fue durante el ciclo revolucionario abierto en París del año 1848.³

El proceso de socialización del Derecho laboral no fue espontáneo, surge en el último tercio del siglo XIX y hasta la mitad del siglo XX en actividades como la sindicación, la huelga o la negociación colectiva. Durante esta época, el Derecho penal comenzó criterios de carácter resocializador “Tras un intenso ciclo de conflictos que se extendió desde el último tercio del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, el Estado y su producción jurídica experimentaron, en diversos países europeos y con diferentes ritmos, un proceso de “socialización” que afectó a las

¹ Cfr. en Pisarello, Gerardo, “Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción”, Trotta, Madrid, 2007, p. 20-22.

² Cfr. en *ibidem*, p. 19-20.

³ *Ibidem*, p. 24.

diferentes disciplinas jurídicas”⁴. Finalmente, “Esta tendencia se estabilizó con los pactos keynesianos de posguerra y la relativa consolidación de los diferentes mundos del Estado de bienestar construidos en las décadas anteriores.”⁵

Aunque Gerardo Pisarello señala la existencia de los derechos sociales antes del siglo XX, su positivización comenzó hasta después de éste, tal y como lo señala Andrea Liliana Núñez Uribe, con la aparición de derechos sociales en la *Constitución mexicana de 1917*, la *Constitución rusa de 1918* y la *Constitución de Weimar de 1919*⁶.

“La consolidación de este proceso solo tendría lugar al término de la segunda Guerra Mundial, con su consagración en múltiples constitucionales. Por esta razón, los derechos sociales han sido clasificados como de aparición muy posterior al de los derechos civiles y políticos”.⁷

Ante la falta de materialización de los derechos sociales se fortaleció la tendencia que los clasificaba como programáticos, mientras que, los derechos civiles y políticos sí eran considerados parte de obligaciones vinculantes del Estado. De igual forma, a la inferioridad jurídica en la que se encasillaba a los derechos sociales se le suma la percepción respecto a la aparente menor dificultad para satisfacer los derechos civiles y políticos, siendo que, era considerado que para su cumplimiento era suficiente la no intervención del Estado hacia los particulares, mientras que, para satisfacer los derechos sociales el Estado siempre debe realizar actividades positivas como la implementación de recursos económicos.

Sin embargo, no es posible considerar que las percepciones que clasifican como diferentes a los derechos sociales con respecto a los derechos civiles y

⁴ *Ibidem*, p. 24.

⁵ *Ibidem*, p. 25.

⁶ Núñez Uribe, Andrea L, “La exigibilidad de los derechos sociales. La prohibición de regresividad en el ámbito del derecho a la educación en la jurisprudencia constitucional colombiana”, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Centro de Estudios Constitucionales SCJN, 2017, p. 65.

⁷ *Ídem*.

políticos sean una visión completa en cuanto su satisfacción, ya que, los derechos humanos son *interdependientes*. Por supuesto, aunque en los derechos humanos existen diferencias para dar cumplimiento, no es posible sujetar su satisfacción a determinadas clasificaciones. Ejemplo de ello, respeto del criterio que se basa en la obligación positiva o negativa del Estado, se puede señalar que el cumplimiento se realiza a partir de *acciones combinadas* por parte del Estado. Lo anterior se encuentra en la concepción en la que, para la satisfacción de los derechos sociales se necesita mayor cantidad de recursos a diferencia de los derechos civiles y políticos, tesis que queda superada al destacar que para la satisfacción y protección de los derechos civiles y políticos es necesario la aplicación de recursos económicos con destino hacia el funcionamiento de aparato jurisdiccional.⁸

Por supuesto, se precisa que en realidad no existe jerarquía, ni diferencia entre los derechos civiles y políticos ante los derechos sociales. Sin embargo, Gerardo Pisarello menciona que al considerar los derechos sociales como derechos *posteriores* a los civiles y políticos *debilita su garantía*. La consideración de los derechos sociales como posteriores a los derechos civiles y políticos entra dentro del mito histórico (generación de derechos humanos).

1.1.2 Surgimiento y consolidación política del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los derechos económicos, sociales y culturales se pueden encontrarlos dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966. Sin embargo, el reconocimiento de los DESC (derechos de igualdad) tuvo un trato diferenciado ante los derechos de libertad durante la Guerra Fría, al grado de consagrar en el ámbito internacional *dos pactos separados*⁹:

- El de los derechos económicos sociales y culturales (PIDESC); y

⁸Vázquez Avedillo, José Fernando, "Los DESC y a la Administración pública en México", *Academus*, México, año. 4, Núm., 8, segundo semestre, 2019, p. 8, https://issuu.com/iimpulaciones/docs/juridicas_viii_dic20/s/11439824

⁹ Pisarello, Gerardo, *Op. Cit.*, p. 42.

- De los derechos civiles y políticos (PIDCP) (1966).

Respecto a la división de pactos, Ferrer Mac-Gregor menciona que, durante la concreción del Sistema Universal, la Comisión de los Derechos Humanos consideró a los derechos económicos sociales y culturales *demasiado complejos*, así que, decidió separarlos de los derechos civiles y políticos.¹⁰ La separación de dichos derechos, se convierte en el principal detonador para provocar el trato diferenciado entre los derechos de libertad y sociales, “Sin embargo, esta separación en < Categorías > de derechos fue el principal detonador para que los DESCAs sean tratados de forma desigual respecto de los derechos civiles y políticos en el ámbito universal”.¹¹

La *controversia al determinar la cantidad* de documentos para proteger los derechos humanos (es decir, en uno o dos documentos) fue producto de la *división de ideales entre los socialistas y liberales*:

“Los socialistas salieron perdedores en la controversia jurídico-política. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconoció plena eficacia a los derechos liberales, los cuales pueden ser invocados directamente ante los jueces en caso”.¹²

De igual forma, el trato diferenciado entre derechos también era resultado del tipo de cumplimiento que se daba a los derechos sociales en épocas anteriores. Por ejemplo, Arango Rivadeneira menciona que durante el siglo XVIII la protección a los sectores vulnerables no formaba parte de una obligación del Estado, ya que los derechos sociales obtuvieron estatus de legalidad hasta el inicio de siglo XIX y no

¹⁰ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo, *La justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en el sistema interamericano de derechos humanos*, México, UNAM, CNDH, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2019, Colección 5, p. 11-12, <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/CESIDH-Justiciabilidad-Derechos-SIDH.pdf>

¹¹ *Ibidem*, p. 12.

¹² Arango Rivadeneira, Rodolfo, “Derechos Sociales”, Fabra Zamora, en Jorge Luis y Rodríguez Blanco, Verónica (Eds.), *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2015, vol. 2, p. 1681, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3796/27.pdf>

fue hasta el siglo XX, que los derechos sociales obtuvieron un lugar como fin y objetivo en términos constitucionales para los Estados. Sin embargo, esta clasificación aún los excluía como derechos justiciables.¹³

Como parte de los antecedentes jurídicos para lograr el reconocimiento de los derechos sociales, pero sin distinción de los derechos civiles y políticos, Ferrer Mac-Gregor hace un señalamiento a favor la *Declaración de Teherán*. En esta declaración se hace denotar cómo los derechos civiles, políticos y sociales son indivisibles entre sí.

Posteriormente, para fortalecer los derechos económicos, sociales y culturales se hace mención de las *Directrices de Maastricht* respecto las Violaciones a los DESC en 1997, las cuales retoman los *principios de Limburgo*.¹⁴ Las directrices y principios mencionados señalan la forma de cumplimiento e incumplimiento de los derechos sociales por parte de los Estados.

En los principios de Limburgo, se recogió la experiencia de la protección de ciertos derechos sociales en el mundo. De esta forma se podrían crear diferentes enfoques para el cumplimiento del PIDESC. Los postulados tenían diversas obligaciones, en éste debían concederse como prioridad a las personas más desfavorecidas¹⁵

Mientras que las Directrices de Maastricht desarrollaron algunas obligaciones esenciales mínimas e independientes que los Estados deberían cumplir, en este documento, se establece que en caso de omisión por parte del Estado se cae en una violación al PIDESC.¹⁶

De igual manera, en el año 1985 fue creado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales encargado de supervisar el cumplimiento del

¹³ *Ibidem*, p. 1677-1678.

¹⁴ Ferrer Mac-Gregor, Eduardo, *Op. Cit.*, p. 13

¹⁵ *Ibidem*, p. 15.

¹⁶ *Ibidem*, p. 16.

PIDESC, determinar alcances por medio de observaciones generales y la interpretación del contenido del Pacto.¹⁷

De forma paulatina y posterior a la caída de regímenes militares como de la disolución de la Unión Soviética, diversas constituciones latinoamericanas y de Europa otorgan el mismo rango a los derechos sociales que a los derechos de libertad.¹⁸

Por su parte, en 1981, el Estado mexicano ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) expedido desde 1973 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU).¹⁹

Dentro de los acontecimientos alrededor del surgimiento de los pactos, se puede observar parte de las controversias creadas hacia el PIDESC y su diferenciación ante los derechos de civiles y políticos. Así como las diferencias ideológicas e históricas de la época con respecto las obligaciones del Estado hacia los mismos, se incentivó la diferenciación de derechos y su jerarquización de su cumplimiento por parte del Estado.

1.1.3 Límites a la materialización de los derechos sociales

Existen muchas discusiones sobre el carácter jurídico de los derechos sociales y si realmente se consideran verdaderos derechos, o bien, aspiraciones. Es en esta situación en la que el autor Juan Antonio Cruz Parceró afirma que buena

¹⁷ *Ibidem*, p. 17.

¹⁸ “Las Constituciones en Latinoamérica fueron Brasil (1988), Colombia (1991), Perú (1993), Argentina (1994), Venezuela (1999), Ecuador (2008), Bolivia (2009) y en Europa Oriental reconocen implícitamente derechos sociales fundamentales Por su parte, la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) exhorta por una interpretación de los derechos humanos según los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia” véase en Arango Rivadeneira, Rodolfo, *Op. Cit.*, p. 1682.

¹⁹ Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, México, 3 de enero, 1976, http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf

parte del escepticismo respecto los derechos sociales se basa en su *falta de cumplimiento y protección deficiente*.²⁰

Ante la falta de cumplimiento y debilitamiento de los derechos sociales, Gerardo Pisarello realiza argumentos con los que contrarrestan las percepciones que fomentan su endeble cumplimiento, por ejemplo:

1. La percepción histórica: Esta refiere a una percepción dominante que considera a los derechos sociales como una generación posterior a los civiles y políticos, por lo que, estos serían los que vienen después o, en términos funcionalistas, operan después de cumplir los derechos civiles y políticos e incluso patrimoniales.²¹
2. La percepción filosófica —normativa de los derechos sociales como derechos axiológicamente subordinados a los derechos civiles y políticos—: Esta sostiene que los civiles y políticos tienen una relación más estrecha a bienes fundamentales para cualquier persona, como son, por ejemplo, la vida, intimidad, integridad física o libertad de expresión, por tanto, se encuentran ligados a los principios de dignidad. Mientras que, los derechos sociales se encuentran ligados a la igualdad, de esta manera los derechos sociales tienen una relación indirecta y por tanto secundaria.²²

Se considera que algunos de los argumentos para refutar la primera percepción son:

1. *La tesis del reconocimiento tardío de los derechos sociales*: Postura por la que las lecturas clásicas señalan a los derechos sociales como derechos *tardíos*; estos siendo reconocidos hasta la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, Gerardo Pisarello señala la existencia previa de formas de intervención del Estado frente a grupos vulnerables, la

²⁰ Cruz Parceró, Juan Antonio, *El lenguaje de los derechos. Ensayo para una teoría estructural de los derechos*. Trotta, México, 2012, p. 71.

²¹ Pisarello, Gerardo, *Op. Cit.*, p. 24.P. 19.

²² *Ibidem*, p. 37

diferencia radica en que no fue hasta 1848, con el ciclo revolucionario de París que se presentaría una evolución de los derechos sociales.

En cambio, en la perspectiva liberal, como ejemplo, con el derecho al trabajo se hizo necesario un “Estado industrial” capaz de frenar o acelerar la producción o regular salarios “Así, aunque la dinámica entre políticas sociales conservadoras, simplemente conseguidas desde arriba, y derechos sociales igualitarios, conquistados desde abajo, volvió abrirse paso, el capitalismo liberal entró en una crisis sin precedentes.”²³

2. *La tesis del reconocimiento lineal de los derechos sociales:* El autor plantea cómo la tesis de las generaciones de derechos es un exceso lineal de interpretación histórica. “Esta (sic) lectura parece sugerir la existencia de *una única vía institucional de reconocimiento de los derechos sociales*”²⁴. Sin embargo, los derechos sociales no son únicamente mecanismos de reforma institucional generados por presión social y política, ya que estos invitan a procesos de *ruptura de distintos signos*. Es el caso de nuestro país, con la Constitución de 1917, en la que se dio pie a reducir la concentración del poder político y aumentar protección social, esto, al profundizar en el carácter laico e incorporar un vasto programa de protección de los sectores populares.²⁵

Cabe señalar que la mayoría de los Estado sociales no ha pasado a ser garantistas y democráticos. Al contrario, la tutela de los derechos sociales, a partir de los años ochenta, ha permanecido sujeta al desarrollo de la *lex mercatoria* que protege los derechos de propiedad privada y libertad de empresa. Éste fenómeno, provoca concebir los derechos sociales como distintos e, incluso, limitativos de los derechos civiles; “los derechos sociales han pasado a concebirse como obstáculos y, en ese

²³ *Ibidem*, p. 24.

²⁴ *Ibidem*, p. 25.

²⁵ *Ibidem*, p. 27.

sentido, como excepciones, a la vigencia irrestricta de la libre circulación de capitales, mercancías y servicios.”²⁶

3. *La tesis de los derechos sociales como derechos de igualdad y no de libertad:* Como ya se había explicado anteriormente, en esta tesis se hace la distinción de los derechos sociales como únicamente derechos de igualdad, mientras que los derechos civiles y políticos como, únicamente, derechos de libertad.²⁷

Respecto a la tercera percepción, la separación de derechos de libertad e igualdad, Luis Prieto Sanchis afirma que los derechos sociales pertenecen a derechos de igualdad, al gozar de un régimen jurídico diferenciado en atención a la desigualdad.²⁸ Sin embargo, la clasificación de los derechos sociales dentro del derecho de igualdad no significa que exista una separación del todo. Esto respaldado por la postura que manifiesta Prieto Sanchis al citar a Rawls “que los derechos sociales promueven que el valor de la libertad llegue a ser igual para todos, como igual es la atribución jurídica de esa libertad”²⁹ o, en palabras de Böckenforde, “si la libertad jurídica debe poder convertirse en libertad real, sus titulares precisan de una participación básica en los bienes sociales materiales”³⁰ En esta diferenciación, que es menos drástica con respecto a la distinción de los derechos de igualdad y los derechos de libertad descrita por Prieto Sanchis, todavía se puede agregar una perspectiva más comprensible con la estructuración descrita por Juan Antonio Cruz Parceró en referencia los derechos sociales y los derechos civiles y políticos.

²⁶ *Ibidem*, p. 30.

²⁷ *Ibidem*, p. 41

²⁸ Prieto Sanchis, Luis, “Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial”, p. 26, en *Derechos sociales y derechos de las minorías*, Compiladores, Miguel Carbonell, Juan Antonio Cruz Parceró, Rodolfo Vázquez, Porrúa, México, 2004.

²⁹ Rawls, J., *Teoría de la justicia*, trad de M. D. González, Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1979, p. 237, citado por Prieto Sanchis, Luis, *Op. Cit.*, p. 26.

³⁰ Böckenforde, Ernest Wolfgang., *Escritos sobre derechos fundamentales*, trad. de Juan Luis Requejo Pagés e Ignacio Villaverde Menéndez, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, p. 74 citado por Prieto Sanchis, Luis, *Op. Cit.*, p. 26.

Por otro lado, los derechos sociales han sido clasificados como aquellos que pretenden proteger las clases menos favorecidas y que implican obligaciones, mientras que los derechos civiles y políticos consisten en obligaciones de abstención por parte del Estado, es decir, los primeros son “derechos activos” y los segundos “derechos pasivos”.

En esta estructura, Juan Antonio Cruz Parceró menciona una distinción de *enunciados deónticos* (prohíben, permiten y obligan) que se dividen en *reglas* (acción/fin) o *principios*. Las *reglas* se caracterizan por tener una estructura condicional que *relaciona un caso con una solución*. En consecuencia, las *reglas de acción* califican normativamente una conducta (prohibida, obligatoria, permitida). En cambio, las *reglas fin* justifican la obtención de un cierto estado de cosas o finalidad.

En cambio, los *principios* se dividen en *sentido estricto* (contiene un deber, prohibición o permiso –ordena cierta acción o acciones- y *directriz* —la solución normativa califica el logro de cierta finalidad o estado de las cosas—. Los principios también se relacionan con una solución, la diferencia es que configuran de modo abierto las condiciones.³¹ La *importancia estas distinciones respecto los derechos sociales* radica en que muchos consisten en reglas, fines y directrices, en el que califican la obtención de la finalidad o estado de cosas.³² Como se observa en la estructura descrita por Cruz Parceró, la complejidad forma parte de los derechos sociales.

La mencionada complejidad, descrita en el plano teórico con respecto de los principios, reglas y la finalidad de los derechos sociales, alcanza un nivel de mayor agudeza cuando se analiza desde la perspectiva presupuestal de los Estados. En este sentido se habla de sus características en relación con la escasa designación

³¹ Cruz Parceró, Juan Antonio, *Op. Cit.*, p. 81-83.

³² *Ibidem*, p. 84.

de presupuesto,³³ o bien, el uso inadecuado de éste. Un ejemplo de la inadecuada optimización de recursos se observó con el caso “Pabellón 13”³⁴.

En México, los derechos sociales se interpretan como directriz a cumplir por parte del Estado, situación que, infortunadamente, aumenta la ineficacia de los derechos sociales. Esto porque dicha estructura se ajusta de acuerdo a los márgenes de discrecionalidad, corrupción y arbitrariedad del poder legislativo y ejecutivo.³⁵ Es cierto que en la materialización de los derechos sociales, los poderes públicos no están obligados a cumplir lo imposible; no obstante, esto no excluye las obligaciones del Estado, sin mencionar el deber de probar su cumplimiento, “como se ha insistido antes, lo económicamente <posible> o <razonable> es algo que debe ser probado y no presumido”.³⁶

Por supuesto, para conocer el nivel de cumplimiento de los derechos sociales se pueden utilizar los parámetros de evaluación propuestos por Gerardo Pisarello, con los cuales se puede determinar en qué medida los Estados se encuentran obligados a cumplir con los Derechos sociales:

los órganos políticos deben demostrar a) que están empleando el máximo de los esfuerzos y hasta el máximo de sus recursos para satisfacer los derechos en cuestión; b) que están recogiendo y difundiendo información suficiente acerca de las necesidades existentes; c) que están supervisando cumplimiento de los planes existentes y formulando planes futuros; y d) que tanto unos como otros prevén soluciones, de corto, medio y largo plazo, para los grupos más necesitados.³⁷

³³ Forbes Staff, “México, último en la OCDE en el gasto social”, Forbes, México, 23 de enero de 2019, <https://www.forbes.com.mx/mexico-ultimo-en-la-ocde-en-el-gasto-social/>

³⁴ Sánchez de Tagle, María, “Caso Pabellón 13, triunfa derecho a la salud”, Nexos el juego de la Suprema Corte. Artículo 1, 2014, <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/?p=4162>

³⁵ Carbonell, Miguel., Cruz Parceró, Juan Antonio y Vázquez, Rodolfo. (comp.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, Porrúa, 2001, p. 101.

³⁶ Pisarello, Gerardo, *Op. Cit.*, p. 102.

³⁷ Pisarello, Gerardo, *Op. Cit.*, p. 102.

Particularmente, en el caso “Pabellón 13”, previamente mencionada, que se desprende del *amparo en revisión 378/2014*³⁸ es posible detectar las premisas propuestas por Gerardo Pisarello para determinar el cumplimiento del derecho de protección a la salud por parte del Estado. Dentro del *amparo en revisión 378/2014*, los quejosos solicitaban a las autoridades la trasferencia de recursos para crear el pabellón 13, debido a que las condiciones en infraestructura, cuidados y atención médica del pabellón 4 no eran las adecuadas para personas con VIH/SIDA. Lo anterior, porque al encontrarse personas con diversas enfermedades dentro del pabellón 4, existía un mayor riesgo para los pacientes con VIH/SIDA, ya que los mismos se caracterizan por el debilitamiento en su sistema inmune y susceptibilidad para adquirir en forma constante diversas infecciones. Ante lo anterior, se exponía a una situación riesgosa simplemente por la falta de aislamiento con otros pacientes o la falta de ventilación del pabellón.

La primera respuesta hacia los quejosos por parte del Juez de Distrito en materia administrativa fue señalar lo innecesario que era la construcción del Pabellón 13, en consideración que Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) cumplía con el derecho de protección a la salud al otorgar a los pacientes con VIH/SIDA servicios médicos y medicamentos gratuitos. No obstante, al contrario de lo resuelto por el Juez de Distrito, la Suprema Corte de Justicia de la Nación determinó la falta de cumplimiento por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). A continuación, se muestran los argumentos realizados por ambas partes:

<p>Juez de Distrito en materia administrativa</p>	<p>Segunda Sala de la SCJN</p>
---	--------------------------------

³⁸ Cfr. Amparo en revisión 378/2014, Suprema Corte de Justicia de la Nación, octubre, 2014, <https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=166107>

<p><i>Se cumple derecho de protección a la salud a partir de la infraestructura y medicamento existente.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quejosos omitieron expresar las razones por las que consideraban que los refrendos, presupuesto de egresos, transgreden sus derechos. • Las condiciones del pabellón 4 no son discriminatorias por condición socio económica, pues los <i>quejosos fueron recibidos, atendidos e internados en el instituto con medicamento gratuito</i>, incluso condonados por el tratamiento otorgado • No deja en Estado de indefensión a los quejosos, pues la no ejecución <i>no implica que deban acudir a una institución privada</i>. Como el tratamiento de los retrovirales 	<p><i>Argumento no guarda relación con la Litis.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>No guarda relación alguna con la litis planteada. Siendo que jamás han negado que reciben atención médica, ni mucho menos que en algún momento se les cobró por el servicio recibido.</i> • <i>Lo que constituye materia de controversia "es que las condiciones actuales de infraestructura en las que se brindan cuidados y atención médico no es el adecuado".</i>
	<p><i>Progresividad</i></p>

Suficiencia en las instalaciones (no se observa la necesidad de aumentar las condiciones)

- En cuanto a la demanda de servicios optimo porque las instalaciones *son dignas al contar con diez contratos de obras públicas* y un *permiso sanitario*.
- El instituto la mejoría (en general) cuenta con el *88% recuperaron y la defunción 7%*.
- Los tres egresaron debido a la mejoría de su estado de salud, *se concluye que los servicios que recibieron fueron de calidad y profesionales*, sin que para la consecución de esa finalidad sea *necesaria la construcción del pabellón trece*.

- De acuerdo a *convenios internacionales* como estándar jurídico se toma *la progresividad* “a lo largo de un determinado periodo *no priva de contenido significativo* a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el *deber concreto y constante de avanzar* lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización”
- "el hecho de que *los recursos sean limitados* no constituye en sí mismo *una justificación para no adoptar medidas*".
- "debe *demostrar que ha realizado todos los esfuerzos posibles* para utilizar todos los recursos que están a su disposición".

En tiempo razonable y medidas concretas

- Tales medidas deben adoptarse dentro de un *plazo razonablemente* breve tras la entrada en vigor del pacto para los Estados interesados.
- En el entendido que deben *ser deliberadas, concretas y*

	<p><i>orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones reconocidas.</i></p> <p><i>Lo que no se tomó en cuenta</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La vida de los tres quejosos estuvo en peligro durante el tiempo en que estuvieron hospitalizados en el “pabellón 4 por casi tres meses, no por las razones médicas por las que en ingresó, sino porque una vez hospitalizado adquirió infecciones a causa de estar expuesto a otros pacientes y ello derivó en complicaciones serias que pusieron en riesgo su estado.
<p><i>Derecho indeterminado.</i></p>	<p><i>Derecho determinado por una necesidad reconocida.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • El derecho de protección a la salud "es un derecho a lo posible", No existe una serie de prerrogativas "no a que se concedan una serie de prerrogativas exclusivas como la construcción del pabellón trece que atendería sólo a la población infectada con VIH/SIDA". 	<p>El proyecto del pabellón 13 no nace del imaginario o capricho de los quejosos, sino de la necesidad reconocida por la propia autoridad responsable de contar con mayor y mejor infraestructura para el tratamiento.</p> <p><i>Derechos determinados por parámetros de progresividad.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • El Estado el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.
---	--

La resolución del amparo 378/2014, sentó un importante precedente de actuación judicial para el derecho de la protección a la salud en nuestro país, ya que, de acuerdo a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se considera que para lograr cumplir satisfactoriamente dicho derecho el Estado debe dotar de infraestructura adecuada en tiempo razonable. Dicha responsabilidad fue omitida a pesar de existir la necesidad y la urgencia de la creación de un nuevo pabellón que evitará exponer a enfermedades ventajosas a personas vulnerables. Además de, como se ha mencionado en varias oportunidades, para considerar el cumplimiento del derecho de protección a la salud es necesario utilizar el máximo de recursos disponibles, por lo que, al omitir dicha obligación, se incurre en la violación del derecho, sin mencionar la falta de progresividad.

Finalmente, como es conocido, en México, los derechos sociales son contemplados desde la Constitución de 1917, sin embargo, como se mencionó, la percepción diferenciada respecto los derechos civiles y políticos provocó

impedimentos para su materialización. A los cuales se suman los problemas históricos y estructurales del país como, por ejemplo, la *coyuntura histórica* en la que se formuló la Constitución de 1917, en que predominaba la noción de Constitución como documento político. De igual manera, se pone en consideración la *concepción programática* que se tenía de los derechos sociales. Por último, el tipo de desarrollo del país tanto en el *sistema político mexicano* y como en el *partido de masas*, ambos entre los años 1929 a 1980,³⁹ por lo que, se denotan los grandes retos que representa la materialización de los derechos sociales en nuestro país.

1.2. Derechos y desigualdad en la sociedad contemporánea

1.2.1 Los orígenes orgánicos del sector salud

Para dar comienzo a la historia del sector salud contemporáneo en México se debe comenzar a partir de la Constitución de 1917. En la presente, el derecho de protección a la salud tuvo su primer cimiento constitucional con el reconocimiento del Consejo de Salubridad General y la creación del Departamento de Salubridad en el artículo 73 fracción XVI⁴⁰. Aunque, poniendo en consideración el contexto histórico, los criterios para definir “salud” eran limitados al campo de la higiene y la prevención por parte del Estado (los criterios se encontraban definidos por las

³⁹ Es importante agregar que, durante el periodo en que el país funcionó con un prologando partido hegemónico, éste ocupó y controló todos los espacios institucionales del poder (poder ejecutivo, legislativo y judicial).³⁹ Incluso, en cuanto al *partido de masas* y la justiciabilidad de los derechos sociales particularmente en el sector salud, la autora Teresa María Geraldine Da Cunha menciona que su cumplimiento en México fue satisfecho a partir de la visión del partido mayoritario en turno. Véase en Geraldine Da Cunha, Teresa María, “Entre el derecho y la política. Criterios jurisprudenciales y formantes doctrinales de las sentencias de la SCJN (México) y del TC (Portugal) en materia de protección de los DESC.” en *Hacia la eficacia de los Derechos Sociales*, directores Luis I. Gordillo y Marisol Luna Leal, Tirant to Blanch, México, 2018 p. 402-403

⁴⁰ Entre 1917 y 1943 numerosas enfermedades afectaron a la población en México, la mayoría de ellas de carácter infectocontagioso o parasitario.¹ Las acciones implementadas para conocer, prevenir y combatir estos padecimientos fueron diversas; este trabajo se enfocará en tres de ellas: la creación de organismos de salud pública, la vacunación y la estadística. El periodo de estudio obedece al surgimiento, en 1917, del Consejo de Salubridad General (CSG) y el Departamento de Salubridad Pública (DSP), así como a la instauración, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) Véase en Melchor Barrera, Zaraya y Melchor Barrera, Diana, “Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística”, *Intersticios sociales*, México, núm. 16, septiembre, 2018, <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4217/421757148006/html/index.html>

enfermedades de carácter infectocontagioso y parasitario que invadieron al país de 1917 a 1943).

Se pone en consideración que el Departamento de Salubridad Pública, éste se crea como una instancia vinculada directamente al presidente de la República, cuenta con la facultad de dictar disposiciones sanitarias en todo el país.⁴¹ Éste tuvo injerencia en la legislación sanitaria de ese tiempo con respecto las siguientes materias: policía sanitaria de puertos y fronteras, vacunación, preparación y administración de vacunas y sueros, epidemias, enfermedades contagiosas, bebidas y drogas, control de alimentos y medidas contra el alcoholismo.⁴²

Cabe agregar, que en ese momento, el Departamento de Salubridad Pública tuvo un papel importante en el momento de afrontar las plagas mortales como la viruela y el tifo. Tal fue su impacto que el Dr. José María Rodríguez, quien fue el primer jefe del Departamento, tuvo la tarea de preparar la vacuna anti variolosa.⁴³

El 18 de octubre de 1943 se forma la Secretaría de Salubridad y Asistencia; ésta sería la fusión entre el mencionado Departamento de Salubridad (1917) y de la Secretaría de Seguridad y Asistencia (1938). Por supuesto, la Secretaría de Salubridad y Asistencia sería un organismo cuyo objetivo sería mantener la defensa social. El decreto de creación de este organismo nos permite, en unas cuantas líneas, comprender el sentido de la naturaleza y los fines de la actividad de dicha secretaría.

Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Diario Oficial de la Federación, octubre 18 de 1943.

⁴¹Gómez Dantes, Octavio y Frenk, Julio, "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud", *Salud Pública en México*, México, vol. 61, núm. 2, marzo-abril, 2019, p. 203, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n2/202-211/es>

⁴²*Ibidem*, p. 204.

⁴³ Bustamante, Miguel E., "Historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Salud Pública de México*", *Salud Pública en México*, México, vol. 25, núm. 5, 1983, p. 462, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/578/566>

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos. - Presidencial de la República.

MANUEL AVILA CAMACHO, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Considerando que la primera misión del Estado consiste en proteger a sus ciudadanos contra los males que pueden lesionar y aun destruir su existencia.⁴⁴

Además, la Secretaría de Seguridad y Asistencia, de acuerdo al artículo 4° del decreto del 1° de junio de 1942, faculta al Ejecutivo a imponer en los distintos ramos administrativos las modificaciones indispensables para el mantener la defensa social hacia los habitantes de la República.

Considerando que el artículo 4o. del decreto del 1o. de junio de 1942 faculta al Ejecutivo para imponer en los distintos ramos administrativos todas las modificaciones que fueron indispensables para el mantenimiento de nuestras instituciones fundamentales, entre las que se Incluyen, sin duda, las que sirven para la defensa social de los habitantes de la república.⁴⁵

A partir de esta época comienza un proceso de evolución orgánica en la que los servicios de salud ya no son gestionados por una única dependencia a nivel federal, sino por diversas estructuras orgánicas con encomiendas específicas de atención para determinados grupos poblacionales. Al mismo tiempo que todos estos siguen siendo de competencia federal.

⁴⁴ Poder Ejecutivo Federal, Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación, México, octubre, 1943, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/18616/16738>

⁴⁵ *Ídem.*

1.2.2 La creación de los institutos de protección en salud.

En el año de 1943, se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el que nace una nueva forma de protección a la salud por parte del Estado. Con éste, se crea un instituto que no únicamente se encarga de vigilar y coordinar salubridad e higiene, sino que también abarcaría la protección y atención a la salud en enfermedades profesionales, cobertura y permanencia. Además, su competencia incorporaría las prestaciones sociales como seguridad social: seguro de validez, vida, cesación del trabajo.⁴⁶

Respecto a la creación del IMSS, cabe mencionar que en el año 1929 se plasmó, en el artículo 123 de la Constitución, la previsión de una futura Ley del Seguro Social.; no obstante, no fue hasta el año 1943 que se promulgó. Con esta ley se creó el IMSS; éste se convertiría en la institución más importante en materia de salud y seguridad social, contando con reconocimiento de tutela frente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y maternidad; invalidez, vejez y muerte, así como cesantía involuntaria en edad avanzada.⁴⁷

Aún sí, se debe señalar que la protección por parte del IMSS estaba dirigida a trabajadores formales que laboraban en empresas paraestatales, privadas y de administración social. Por consecuencia, no se protegía a los trabajadores del sector público.

Por supuesto, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social obedece al panorama económico de México, el cual se caracterizó por la industrialización, urbanización, alfabetización y desarrollo de la clase media. En consecuencia, con una estrecha relación entre los trabajadores, industrias y el Estado. Bajo estas consideraciones, las contribuciones para sostener el instituto están a cargo de tres

⁴⁶ *Ídem.*

⁴⁷ *Ídem.*

sectores, el de los trabajadores, los empleadores y el Estado, en una relación tripartita.⁴⁸

El espíritu de la ley que crea el Seguro Social contempla más allá de la simple creación de una nueva dependencia. Ésta reconoce las obligaciones del Estado sobre la previsión social frente a la potencial imposibilidad del individuo de procurar salud, bienestar y procura en edad avanzada por sí mismo.

Para todo el mundo es evidente la obligación que tiene el estado de vigilar la salubridad y la higiene en el país. Esa misma obligación existe para proteger la salud y la vida de los individuos que no cuenta con recursos para resguardarlas por sí mismos ni tiene la preparación suficiente para prevenir las contingencias del futuro. Esta vigilancia y esta protección se realizan por medio del Seguro Social y deben abarcar, en forma perdurable, a la mayor cantidad posible de personas.⁴⁹

Además, como se mencionó anteriormente el Instituto Mexicano del Seguro Social es creado para materializar ideales implementados en la Ley del Seguro Social. Este ordenamiento, tuvo un antecedente durante la época del presidente Lázaro Cárdenas en un periodo de “nacionalización”, es fruto de una visión de Estado típica de mediados del siglo XX en donde se procura el bienestar social como parte de una política pública. Esta ley tuvo como marco de referencia, si bien desde perspectivas equidistantes, corrientes extranjeras sobre mecanismos de intervención estatal, tales como el “*New Deal*” en Estados Unidos (1933-1937) y el *New Economic Policy (NEP)* de la URSS (1921).

Sin embargo, la creación de IMSS únicamente protegió a los trabajadores que pertenecían al sector privado, por lo que, en 1959 es creado el Instituto de

⁴⁸ Poder Ejecutivo Federal, “Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1942”, México, 1942, p. 419, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/18538/16663>

⁴⁹ *Ídem*.

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Con la creación de este nuevo instituto de salud, aumentó el catálogo de protección para complementar la cobertura, ya que los servicios de salud fueron ampliados a los familiares de los beneficiarios como, por ejemplo, los hijos menores de 25 años y madres solteras menores de 18 años.⁵⁰

En 1959, bajo el mando del presidente Adolfo López Mateos, se reforma la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; lo cual incluyó el apartado B del artículo 123 con el objetivo de elevar a rango constitucional los derechos laborales de los trabajadores al servicio del Estado. Este apartado tuvo presentes los derechos de seguridad social de los trabajadores: protección en accidentes y enfermedades profesionales, jubilación, vivienda, invalidez y muerte.⁵¹

No obstante, aún existía una falta de cobertura en los servicios de salud de nuestro país, por lo que éste problema se comenzó a enfrentar en el año 1977 con la creación de la Unidad de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados también conocido como COPLAMAR⁵². El cual tenía como objetivo estudiar y proponer una atención eficaz hacia zonas deprimidas y grupos marginados y, en consecuencia, provocó el aumento de cobertura a la población rural.⁵³ Posteriormente, con la finalidad de lograr los propósitos asignados al COPLAMAR y fortalecer las acciones de solidaridad designadas al IMSS, en el año 1979, se suscribió un convenio para establecer el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, también conocido como IMSS-COPLAMAR”.⁵⁴

⁵⁰Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Antecedentes en Seguridad Social, México 2006, http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm

⁵¹ Poder Legislativo Federal, Iniciativa que reforma el artículo decimo transitorio de la ley del ISSSTE, México, 26 de octubre, 2011, http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/32466

⁵² Poder Ejecutivo Federal, Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta IMSS-COPLAMAR, México, 1985, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4742477&fecha=24/06/1985#gsc.tab=0

⁵³ Gómez Dantes, Octavio y Frenk, Julio, “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud”, *Op. Cit.*, p. 208.

⁵⁴ Poder Ejecutivo Federal, Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta IMSS-COPLAMAR, *Op. Cit.*

En el año 1983, se asignó la administración del anterior al IMSS, dando un nuevo enfoque en cuanto la gestión del Programa IMSS-COPLAMAR.⁵⁵ Es importante aclarar que el IMSS-COPLAMAR del año 1983 retoma las recomendaciones realizadas durante el año 1979, por lo que, las características principales del modelo de atención previamente mencionadas se inician con la realización de un diagnóstico que consistieron en identificar en orden decreciente de importancia los principales padecimientos que afectaban a la población y sus causas.

De acuerdo al orden de padecimientos establecidos en el mencionado diagnóstico y con la finalidad de combatir las enfermedades determinadas, el programa otorgaba servicios médicos de primer nivel y en menor medida de segundo nivel. Uno de los aspectos más trascendentes de dicho programa es el acercamiento con su población. Esto porque los servicios brindados se vinculaban estrechamente con la comunidad al contar con una *asamblea general*; la cual, se encontraba constituida por habitantes de la población, quienes contaban con la facultad de aprobar los planes y programas de trabajo que se derivaban del diagnóstico de la comunidad.

La descentralización de los servicios de salud a la población abierta, establecida a partir de 1983, da como resultado que el Seguro Social transfiera a los Gobiernos Estatales infraestructura local que pertenecía a los servicios otorgados por el Programa IMSS-COPLAMAR. Ejemplo de lo anterior se presentaron, en donde el programa fue desplazado, en Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.⁵⁶ Finalmente, en el año 1989, dentro de los 17 estados que mantuvieron vigente el

⁵⁵ Gómez Dantes, Octavio y Frenk MC, Julio, "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud", *Op. Cit.* p. 208.

⁵⁶ Flores Alvarado Ángel y Morán Zenteno José Antonio, "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada en México, Salud Pública en México, México, vol. 31, núm. 6, noviembre-diciembre, 1989, p. 746-747, <file:///C:/Users/52442/Downloads/25-Texto%20del%20art%C3%ADculo-88-1-10-20141110.pdf>

programa IMSS-COPLAMAR se cambió denominación del programa a IMSS-Solidaridad.⁵⁷

1.3 El Estado social y su evolución

1.3.1 Proyección del Estado social.

El Estado Social en nuestro país se encontró íntimamente ligado al reconocimiento constitucional de los derechos sociales. De acuerdo a Roberto Gargarella, dentro de la evolución del Constitucionalismo latinoamericano, este momento formó parte de la etapa orientada en recuperar las cuestiones sociales.⁵⁸

Durante dicha *etapa social*, se comenzó con los debates en torno a la necesidad de pasar de un “Estado regulador” hacia un “Estado de bienestar”. Lo que dio, como se mencionó anteriormente, el gran inicio de la tendencia social fue con la Constitución mexicana de 1917 con un exitoso movimiento revolucionario que, como fenómeno se extendió en toda Latinoamérica. No obstante, a pesar de que la Constitución de 1917 tuvo un gran éxito en la positivización de derechos sociales, en la carta magna se seguía conservando la misma estructura de poderes establecida.

Fue con la Constitución de 1917 que nuestro país se destacó del contexto internacional por publicar la primera constitución social del mundo, producto de una revolución causada por la desigualdad y la injusticia acumulada en los estratos sociales más vulnerables como resultado de la concentración del poder en una élite. Los ideales liberales acuñados en el siglo XIX encontraron en las condiciones del

⁵⁷ Poder Legislativo Federal, Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las reglas de operación del programa IMSS-Solidaridad, México, 2000, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=2052238

⁵⁸ En la evolución de constitucionalismo latinoamericano se mencionan cuatro etapas: la primera, como constitucionalismo “experimental” preocupado por la consolidación de la independencia (1810-1850), la segunda, el “fundacional” interesado en la consolidación económica (1850-1917), la tercera, el “social” orientado en recuperar las cuestiones sociales (1917-1980) y la cuarta, el relacionado a sanear la crisis de los derechos humanos (1980-2000). Gargarella, Roberto, “Sobre el nuevo constitucionalismo latinoamericano”, véase en Revista Uruguaya de Ciencia Política, Uruguay, vol. 27, núm. 1, enero-junio, 2018, p. 110, <http://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/13>

país la posibilidad de llegar a su máxima expresión. Por esta razón, el discurso social postrevolucionario no solo dio lugar a la Constitución sino a décadas de populismo y manipulación bajo la bandera de derechos sociales que no se aplicaban. Como se verá más adelante los modelos de gestión social se contextualizan en la realidad nacional.

El mencionado documento se caracterizó por otorgar al Estado facultades de intervención en la protección de grandes grupos sociales en el desarrollo del sector económico y energético que concedió características de un *Estado rector del desarrollo económico y protector*. Estos rasgos fueron fundamentales para la creación del *Estado de bienestar*.⁵⁹

El Estado social en México evolucionó, y sigue evolucionando, en forma paulatina tras la promulgación de la Constitución que permitió el desarrollo y el crecimiento de políticas sociales en el sector laboral, agrícola, educativo, salud, económico y energético. Para su reconstrucción en México, Gerardo Ordoñez Barba propone la periodización de los siguientes cuatro apartados:

1) La consolidación (1917-1940), que abarca del periodo de Venustiano Carranza hasta el presidente Cárdenas: El autor señala que, a pesar de ser un período de escasas reformas sociales (creación de la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Asistencia Pública), el periodo se caracterizó por las medidas y acuerdos para la paulatina estabilización económica y política del país tras terminar la revolución mexicana.⁶⁰

2) Política de la industrialización (1941- 1972): Este período se caracteriza por definir los rasgos centrales de nuestro actual régimen; es decir, se hace una reorientación de las políticas públicas y recursos al crecimiento industrial. Para

⁵⁹ Ordoñez Barba, Gerardo, "El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar caso mexicano", *Región y Sociedad*, México, Vol. 14, núm. 24, mayo-agosto, 2002, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252002000200004

⁶⁰ Ordoñez Barba, Gerardo, "El estado social en México. Un siglo de reformas hacia un sistema de bienestar excluyente", *Siglo veintiuno editores*, México, 2017, p. 54.

favorecer la industrialización se le otorgó protección, en 1943, con la creación del IMSS a los obreros de empresas privadas o paraestatales. Posteriormente, se les ampliaría a los servidores públicos de la federación con la creación del ISSSTE.⁶¹

3) Política de la industrialización (1972-1983): Este periodo tendía a proteger el ámbito industrial y urbano al ampliar el IMSS su cobertura hacia empleados bancarios y seguros, así como la creación de fondos para la vivienda (INFONAVIT y FOVISSSTE). De igual manera, existieron intentos para otorgar protección a los trabajadores de campo. El autor señala que dicha etapa concluyó con la crisis de 1982, la cual finaliza la construcción del régimen del bienestar social mexicano. Éste, a pesar de ser prioritariamente industrial el discurso político y constitucional, se volvió universal.⁶²

4) Descentralización fiscal: Este período, a raíz de la crisis de 1983, se caracterizó por los recortes en el gasto social programable y el desmantelamiento a los programas de apoyo rurales y de alimentación popular. En consecuencia, se pasó a ser un estado de *bienestar universal inacabado* a una política social limitada, residual y compensatoria⁶³.

5. La política social de la liberalización económica (1983 a la fecha): En este periodo, en general, los programas sociales sufrieron recortes. Así como se presentó la desaparición de los programas para combatir la pobreza rural y únicamente se conservaron programas de salud asistencial del (IMSS) y distribución de alimentos (CONASUPO).⁶⁴

Gerardo Ordoñez afirma que, a pesar de los recortes realizados hacia programas sociales durante la “política social de la liberalización”, el país se encontró dentro de una paradoja., ya que, al mismo tiempo, se aprobaron iniciativas a nivel constitucional con el objetivo de proteger en forma universal el derecho de

⁶¹ *Ibidem*, p.56.

⁶² *Ídem*.

⁶³ *Ibidem*, p. 54- 57.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 69.

protección a la salud y la vivienda digna. El problema con la implementación de la política social de la liberalización fue que dichas reformas promovieron la exclusión hacia la sociedad y economía rural sin tomar en consideración que la base social y económica de nuestra era país era campesina.⁶⁵

Las modificaciones legislativas y administrativas realizadas por el Estado mexicano durante el periodo llamado “política social de la liberalización” redujo considerablemente la actuación del aparato estatal en acciones de fomento sostenido. Sin embargo, durante dicho periodo se favorecieron los sectores sociales al reconocerse derechos sociales por la Constitución; no obstante, “La erosión o eliminación de los programas sociales orientados a los pobres rurales una vez iniciada la crisis de 1982, ratificó la fragilidad de los compromisos del Estado con estos sectores sociales.”⁶⁶

⁶⁵ *Ibidem*, p. 77.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 78.

CAPÍTULO SEGUNDO

EL ESTADO LIBERAL Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2.1 El Estado liberal

2.1.1 Características del Estado liberal

El Estado liberal, nace del “liberalismo”, el cual se contrapone al Estado absoluto y al Estado social que caracterizó al país por tanto tiempo. En éste, la participación del gobierno es muy restringida.⁶⁷ Al mismo tiempo que se debe considerar que el Estado liberal inspira los principios de igualdad y libertad que son fundamentales en los textos constitucionales. La importancia de dichos principios ha sido tan relevante que ambos corren a lo largo de toda la historia del *constitucionalismo moderno*.⁶⁸

Históricamente la importancia de *la igualdad* se encuentra reflejados en distintos documentos de relevancia para los sistemas constitucionales y democráticos internacionales. Ésta se encuentra en las constituciones francesas de 1791, de 1793 y de 1795. Posteriormente, se otorgó en el artículo 1° de la Carta Constitucional francesa de 1814, en el artículo 6° de la Constitución belga de 1830 y en el artículo 24° del estatuto Albertino en 1848. Mientras que, *la libertad* se encuentra afirmada en el artículo 1° de la Declaración de los Derechos Hombre y del Ciudadano de 1789: “Los hombres nacen y permanecen libres e iguales en derechos”.⁶⁹

Es decir, el Estado liberal se encuentra fundamentado en la teoría liberal por los principios de *igualdad* y *libertad* para los hombres, con los cuales crea

⁶⁷ Bobbio, Norberto, *Liberalismo y democracia*, Fondo de cultura económica, México, 2014, p. 7.

⁶⁸ Bobbio, Norberto, *Liberalismo y democracia*, *Op. Cit.*, p. 42.

⁶⁹ Asamblea Nacional Constituyente francesa, Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 1789”, Francia, 1789, https://www.conseil-constitutionnel.fr/sites/default/files/as/root/bank_mm/espagnol/es_ddhc.pdf

construcciones jurídicas respecto las funciones del Estado, en las cuales se contempla una participación restringida por parte del gobierno. Además, el Estado liberal presume estar compuesto por seres racionales, por lo que el papel del Estado consta de funciones de reequilibrio en el mantenimiento del marco legal e institucional.

Para Víctor Ivánovich y Christian Courtis, al hablar del Estado Liberal y Social se hace la separación entre *dos paradigmas o modelos distintos de regulación jurídica*. Los autores al referirse al modelo del Estado liberal lo denominan como de “derecho privado clásico”; este modelo que no se define únicamente por el carácter regulador de las obligaciones negativas del Estado. La aclaración anterior es pertinente, ya que el modelo clásico también supone *obligaciones positivas* (es decir, injerencia o actividad estatal) como protección o restablecimiento de derechos y no únicamente de abstención⁷⁰.

Por consiguiente, se debe contemplar que el paradigma del modelo clásico tiene rasgos de la codificación civil continental europea y la doctrina contractual clásica de derecho anglosajón. De igual manera, éste contiene construcciones jurídicas provenientes de la teoría liberal acerca de las *funciones del Estado* y la teoría sobre las relaciones entre *individuos y sociedad*.⁷¹

Los rasgos que caracterizan los autores en el paradigma de “derecho privado clásico” se presentan dentro de la descripción de términos jurídicos positivizados en relación de la teoría liberal respecto las funciones del Estado. Los rasgos son los siguientes:

1. Se presume la racionalidad del sujeto actuante;
2. El mercado funciona como mejor mecanismo de creación de riqueza;
3. La sociedad se considera en equilibrio, en este sentido, se requerirán mecanismo de reequilibrio;

⁷⁰ Abramovich, Víctor y Courtis, Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Trotta, Madrid, 2014, p.52.

⁷¹ *Ibidem*, p.51.

4. Las funciones del Estado es el mantenimiento del marco legal e institucional;
5. Construcción de derechos individuales;
6. Equivalencia de sujetos;
7. Consagración del principio de autonomía de la voluntad y del contrato;
8. Limitación de las funciones del Estado por medio de justicia civil o en casos graves justicia penal;
9. Diseño de acciones procesales individuales;
10. La interferencia del Estado ante los individuos sea mínima;
11. Finalmente, aunque la protección involucre ámbitos variados de actuación (desarrollo de la personalidad, relaciones efectivas, cultura, política, religión, expresión de ideas, arte, ocio entre otras), gran parte de la protección gira alrededor *derechos patrimoniales* (su protección es producto de la hegemonía del mercado)⁷².

2.1.2 Situación del Estado liberal respecto otros modelos de Estado.

Considerando lo previamente descrito, se debe contemplar la existencia de diversos modelos de Estado que se conforman de características particulares; los cuales se complementan y perfeccionan entre sí (liberal, social o constitucional⁷³). De acuerdo a Raúl Burgos Sanz, es posible encontrar las diferencias que los conforman en la relación de dichos modelos con *la constitución, la ley y los derechos fundamentales, siendo un error buscar las divergencias en el intervencionismo estatal*.

Las divergencias entre el Estado legislativo y el Estado constitucional no hay que buscarlas en el mayor o menor intervencionismo estatal, sino en las diferentes relaciones entre la Constitución, la ley y los derechos fundamentales que caracterizan ambos modelos; diferencias que, ciertamente,

⁷² *Ibidem*, p.51.

⁷³ Las características generales del Estado constitucional se mencionan más adelante.

reflejan una importante mutación de la filosofía política subyacente al sistema jurídico.⁷⁴

La afirmación anterior con respecto a la diferencia en los modelos de Estado radica en su acercamiento a la constitución, la ley y derechos fundamentales. Lo anterior se observa, por ejemplo, en las dos partes que construyen y caracterizan el *Estado de derecho*, también llamado *Estado legislativo o liberal*.

La primera parte, correspondiente al Estado legislativo, es la organización estatal de la división de poderes, los procedimientos de creación de normas, la representación de la voluntad popular dentro del poder legislativo, la legitimación del poder legislativo a través de las elecciones y sobre todo la supremacía legal. Sin embargo, dentro del Estado de derecho, los derechos humanos *no* constituyen un límite para el poder legislativo en relación a la creación de normas, puesto que dicho poder tiene libertad de modificarlos.⁷⁵

La segunda parte, radica en cómo se regula a los gobernados de acuerdo a la idea liberal, la cual, se encuentra basada en garantizar la libertad entre los individuos.⁷⁶ En esta, se busca la libertad de realizar relaciones contractuales, por lo que será la autorregulación quien permitirá ganancias y pérdidas repartidas de acuerdo a la dedicación y cualidades individuales.⁷⁷

Ahora bien, de acuerdo a Gonzalo Candia Falcón, el Estado de Derecho se construye de una *doble funcionalidad* que nos permite observar su relación particular con la Constitución, los derechos fundamentales y las leyes. La primera funcionalidad es *calidad técnica*, la cual se encarga de la creación de leyes que permite al *Estado de derecho* proteger a los ciudadanos de gobernantes injustos al

⁷⁴ Sanz Burgos, Raúl, "El Estado liberal, el Estado social y el Estado constitucional", en Sanz Burgos, Raúl (comp.), *Retos a la eficacia de los derechos humanos en España y la Unión Europea*, CNDH, México, 2016, p. 15, <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4990-retos-a-la-eficacia-de-los-derechos-humanos-en-espana-y-la-union-europea-coleccion-cndh>

⁷⁵ *Ibidem*, p. 16.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 18.

⁷⁷ *Ídem*.

Olimitar su capacidad de maniobra.⁷⁸ En segundo lugar, la *calidad técnica* que permite proteger e interpretar la Constitución y Tratados internacionales de acuerdo a criterios de *precisión, determinación, certidumbre o previsibilidad* para evitar la excesiva discrecionalidad de los poderes.⁷⁹

Por su parte, el *Estado social* surge como un paradigma que complementa al Estado liberal. De acuerdo a la concepción bajo la que se construye el Estado Social, es imposible brindar condiciones de libertad real cuando existen factores de desigualdad, por lo que el objetivo del Estado social es lograr la *efectiva autonomía*. La misma que no puede lograrse si los individuos se encuentran limitados por condiciones de *poder político o poder socio económico*.⁸⁰

Es de resaltar que la intervención del Estado social al momento de proteger a grupos desprotegidos puede provocar la *intervención del poder judicial* durante la *distribución de recursos*, en la cual, dicha facultad se realiza con la finalidad de determinar si la asignación de recursos es suficiente para lograr proteger los derechos de todos.⁸¹

A partir de ese momento el Estado constitucional retomó la idea respecto el *tipo de intervención horizontal* que caracteriza al Estado social, por lo que, ese tipo de intervención en la *limitación del ejercicio de poder* se realizará por medio de un catálogo, los cuales se conocen como aquellos derechos humanos que se encuentran reconocidos en la Constitución.

De esa manera, es que el Estado social, el Estado liberal (o de derecho) y el Estado constitucional se encuentran conectados y al mismo tiempo, es posible encontrar diferencias entre ellos, por ejemplo, respecto cuáles son los límites que responderán, ya sea, en caso de ser la ley, la constitución o bien a los derechos

⁷⁸ Candia Falcón, Gonzalo, "El estado de derecho: ¿al servicio de los derechos fundamentales?", Revista de Derecho, Chile, vol. XXX, año 2, diciembre, 2017, p. 190, <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v30n2/art08.pdf>

⁷⁹ *Ibidem*, p. 191, <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v30n2/art08.pdf>

⁸⁰ Sanz Burgos, Raúl, *Op. Cit.*, p. 23.

⁸¹ *Ibidem*, p. 28.

humanos, esto de manera independientemente de su función, ya sea, en contraposición a un Estado absolutista, en la búsqueda de la igualdad de oportunidades o de respeto a la Constitución.

Ante lo anterior, Namiko Matsumoto Benítez determina cómo un efecto que resulta de los cambios de paradigma o cambios de Estado provoca *la transformación del lenguaje jurídico*.⁸²

Entonces, cuando existe una transformación ligada a la interpretación del lenguaje jurídico es resultado de un *cambio de paradigma*, por ejemplo, el caso del lenguaje jurídico que surgió tras la reforma constitucional de nuestro país en el año 2011. En esta reforma, la transformación del lenguaje jurídico se encuentra en la interpretación que responde a ¿cuál es la fuente del Derecho?, siendo la respuesta, que la fuente del Derecho no se encuentra únicamente en el principio de legalidad, sino que, se encuentra ligada en conjunto a *la dignidad humana, al respeto de los derechos humanos y la supremacía de la constitución*, es decir el Estado constitucional.

El Estado Constitucional de Derecho se caracteriza por su fuerte contenido axiológico de acuerdo a principios jurídicos supremos jurídicamente vinculantes, susceptibles de ser aplicados directamente y tutelados por la vía jurisdiccional ya sea en la forma de control difuso o controlado. De este modo, para que una ley sea válida no es suficiente su mera vigencia como en el modelo positivista, sino que es necesario que su contenido sea en clave a los preceptos constitucionales y derechos humanos (entre ellos derechos sociales).

La explicación referente al contenido jurídico basado en principios vinculantes, es posible encontrarlo dentro del *Neoconstitucionalismo no positivista*

⁸² Matsumoto Benítez, Namiko, "Alcances del principio de legalidad frente a la aplicación de los principios constitucionales de derechos humanos", Conferencia presentada en el congreso internacional "Constitucionalismo y derechos humanos", México, 2016, <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/54602>

constructivista; en esta teoría, se confía como fuente de derecho la operatividad jurídica de lo constitucional y no solo en el plano formal, el respeto irrestricto a los derechos humanos y fundamentales. En esta teoría, se procura la satisfacción de los derechos humanos y su esfuerzo por hacerlos eficaces, además se refiere a la necesidad respecto la reformulación del derecho y su superación en cuanto a la prevalencia del poder legislativo y el rechazo al paleo positivismo del Hans Kelsen.⁸³

2.1.3. El cambio y las rupturas de las formas de Estado

Es importante mencionar que la conformación de paradigmas e ideales que construyen los Estados no son permanentes e inamovibles, al contrario, la eficacia y éxito de los mismos depende de su complementación y convivencia mutua. Por supuesto, los efectos del proceso de transformación que provoca el *cambio de Estado* dentro del ámbito jurídico no son estáticos, al contrario, son susceptibles de provocar una crisis en el Derecho al generar una *inadecuación estructural de la forma de Estado*.

En particular la crisis del Derecho mencionada corresponde al fenómeno de cambio de Estado derecho al Estado social, el cual según Ferrajoli se manifestó en una *crisis profunda y creciente en el derecho* en el valor vinculante asociado a las reglas de los poderes públicos (crisis de legalidad).

Estamos asistiendo, incluso en los países de democracia más avanzada, a una crisis profunda y creciente del derecho, que se manifiesta en diversas formas y en múltiples planos. Distinguiré, esquemáticamente, tres aspectos de esta crisis. Al primero de ellos lo llamaré crisis de la legalidad, es decir, del valor vinculante asociado a las reglas por los titulares de los poderes públicos.⁸⁴

⁸³ Vigo, Rodolfo, *Constitucionalismo y derechos humanos*, UNAM, videoteca virtual, 2016, <https://www.juridicas.unam.mx/videoteca/evento/1047-Congreso-Internacional-Constitucionalismo-y-Derechos-Humanos>

⁸⁴ Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Trotta, Madrid, 2004, p. 15.

La *crisis de legalidad* en la inadecuación estructural de las formas de Estado se encuentra, por ejemplo, en el cambio de funciones del Estado de derecho a funciones del *Welfare State*. En el que, la crisis de legalidad se acentúa por el carácter selectivo y desigual del Estado social y trae como consecuencia: la inflación legislativa, pérdida de generalidad y abstracción de las leyes, la creciente producción de leyes-acto, el proceso de descodificación y una legislación fragmentada. Ésta, en materia penal, es manejada bajo el *signo de emergencia y excepción*.⁸⁵

En otras palabras, se refiere a la contradicción que surge entre el Estado de derecho y Estado social, siendo que, el primero “consiste en un conjunto de límites y prohibiciones impuestos a los poderes públicos de forma cierta, general y abstracta, para la tutela de los derechos de libertad de los ciudadanos”⁸⁶. Mientras, el Estado social “demanda a los propios poderes la satisfacción de derechos sociales mediante prestaciones positivas, no siempre pre determinables de manera general y abstracta, eminentemente discrecionales, contingentes, sustraídas a los principios de certeza y estricta legalidad y confiadas a la intermediación burocrática y partidista.”⁸⁷

Ahora bien, cuando se habla de las diferencias entre las formas de Estado, se debe considerar la efectividad de su funcionamiento, situación en la que Jorge Carpizo menciona, que en realidad la separación de Estados no es fácticamente posible, siendo que, la única manera en cómo podrían funcionar, sería para cumplir con objetivos pedagógicos. Lo anterior, porque para lograr el contemporáneo (*Estado democrático*), es necesario asociar las características tanto del *Estado social*, *Estado de derecho* y del *Estado democrático*.

Las tres nociones están completamente interrelacionadas e interconectadas para formar un único e indivisible concepto: el Estado social y democrático de derecho, el cual sólo se puede

⁸⁵ *Ibidem*, p.16

⁸⁶ *Ídem*.

⁸⁷ *Ídem*.

descomponer por razones pedagógicas, únicamente para su mayor comprensión.⁸⁸

El funcionamiento conjunto de los Estados se encuentra en los deberes que debe cumplir y la imposibilidad de hacerlo, sin las características complementarias de otra forma de Estado. Por ejemplo, el Estado Social, con su carácter interventor en la vida económica y social, tiene el deber de cumplir con la función de *Estado prestacional* al servicio de toda la sociedad, pero con mayor énfasis en las clases más desprotegidas. Mientras que, el Estado de derecho se articula por medio de la ley e imposición de límites (legalidad y reserva legal). Sin embargo, no se trata de que el Estado de Derecho cumpla con cualquier ley sin respetar la libertad, distribución y limitación al poder (Estado liberal).⁸⁹

No obstante, el Estado de derecho es insuficiente para construir un verdadero sistema democrático, el cual necesita asegurar a las personas satisfactores económicos, sociales y culturales para cerciorarse de que las libertades son reales, y aquéllas tienen garantizado un mínimo de calidad de vida que corresponda con su dignidad. Para ello, es indispensable la intervención del Estado en la economía y en la vida social para constituirse en un Estado que proporciona bienes, servicios y prestaciones.⁹⁰

Con estas posturas podría parecer que existen puntos de vista distintos entre Ferrajoli y Carpizo. Sin embargo, en la descripción de la *crisis de legalidad* causado por el cambio del Estado derecho al Estado social, es explicada como una crisis al *valor vinculante* respecto las reglas que rigen a los titulares de los poderes públicos.

⁸⁸ Carpizo, Jorge, "El Estado de los derechos de la Justicia Social, Revista Latinoamericana de derecho social, México, núm. 14, enero-junio, 2012, p. 30, <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/article/view/9676/11704>

⁸⁹ *Ibidem*, p. 29-30.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 30.

Situación, que también menciona Jorge Carpizo sobre la necesidad de imponer límites para el funcionamiento del Estado social y democrático,

Es decir, Carpizo reconoce la necesidad del Estado de Derecho. Sin embargo, este Estado por sí solo, es insuficiente para lograr satisfactorios económicos, sociales y culturales. O bien, para obtener *libertades reales* es necesario la satisfacción primero de derechos sociales hacia las clases desprotegidas.

El concepto se hace más claro, más preciso y más tajante. Dicho concepto se expresa a menudo, por razones de brevedad, como Estado social, pero no puede existir Estado social que no sea democrático y no incorpore el Estado de derecho.⁹¹

Por supuesto, el hecho de que las formas de Estado funcionen de manera conjunta, no significa que se encuentren exentas de factores problemáticos, por ejemplo, es posible señalarlo en la crisis legislativa creada a partir del cambio de Estado de Derecho que describe Luigi Ferrajoli.

Ahora bien, en retorno a la concepción de la transformación del Estado liberal, se subraya que en general el cambio en los Estados no ha sido únicamente hacia nuevas formas de Estado, sino también el surgimiento de sus anomalías o rupturas (crisis) que provocan problemas en el funcionamiento de los Estados.

El mismo modelo liberal contiene sus crisis internas, las cuales, como menciona Javier Ruiperéz se encuentra en la búsqueda de la *efectiva separación de poderes* de la época contemporánea. De esta manera, los revolucionarios liberales-burgueses con el objetivo de conseguir “libertad total” tratarían de edificar

⁹¹ *Ibidem*, p. 30.

un orden político estatal que asegurara la participación de los ciudadanos en la vida política, es decir combinar traer elementos propios del liberalismo y la democracia.⁹²

“Este esquema es el que está siendo escandalosamente aniquilado en el ámbito de la moderna sociedad mundial sin política. No existe, en efecto, una auténtica división de poderes”⁹³ Lo anterior, refiriéndose no únicamente a los *poderes tradicionales* del Estado (poder ejecutivo, legislativo o judicial), sino al poder político, poder económico y poder comunicativo, en el que la lucha del poder, particularmente el *poder económico controla* el devenir político, en ocasiones, porque sus titulares se presentan en el interior de la estructura estatal de quienes depende el desarrollo de la vida de los individuos

Piénsese, en este sentido, en los sindicatos, asociaciones empresariales, prensa, bancos, aseguradoras, etc. Otras, y con una mayor gravedad y trascendencia, porque los titulares del capital, usualmente transnacional, ocupan, de manera directa o mediante persona interpuesta, los otros dos poderes, y, de esta suerte, monopolizan el proceso de toma de decisiones.⁹⁴

Las transformaciones en la forma de Estado convocan a regular las anomalías en esferas inquebrantables hacia los ciudadanos y sobre las funciones del Estado. En este sentido, en México se avanzó hacia dicha protección, a partir de la reforma constitucional en derechos humanos en 2011. El autor Rodolfo Vázquez lo menciona como el nacimiento de un “nuevo paradigma”. Es decir, en el que reconoce el “paradigma del estado legislativo”, el cual se basa en el *principio de legalidad*, y de igual forma, el “paradigma constitucional de derecho” que se basa

⁹² Ruipérez, Javier, “¿La Constitución en crisis? El Estado Constitucional Democrático y social en los tiempos del neoliberalismo tecnocrático”, Revista de Estudios Políticos, Madrid, 2003, núm. 120, abril-junio, p. 154, <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/46095>

⁹³ *Ibidem*, p. 155.

⁹⁴ *Ibidem*, p. 156.

en la *subordinación de las leyes a los principios constitucionales* como normas de reconocimiento y validez. ”⁹⁵

El paradigma constitucional del derecho “en términos de Estado liberal y democrático de derecho, se produce un progreso acumulativo de la ciencia del derecho que transita de un Estado legislativo a uno constitucional, *sin rupturas o anomalías*, es decir, *sin crisis*”⁹⁶. Considerando que dentro del mismo “no constituye un nuevo paradigma sino, en todo caso, una concepción más fortalecida y superadora del positivismo decimonónico”⁹⁷ (...) “ambos dentro del paradigma de la modernidad ilustrada”.⁹⁸ Y a que, a su vez, dicha modernidad ilustrada sí constituye un nuevo paradigma “es decir, una plataforma común de contenidos conceptuales y de actitudes sociales, que es inconmensurable con otros paradigmas”⁹⁹.

Por su parte, *las obligaciones del Estado* respecto los derechos sociales son descritos conforme a su análisis *liberal igualitario (liberalismo igualitario)*¹⁰⁰. En primera, dicho análisis propone: 1) Para llegar a la libertad, es necesaria la igualdad en la satisfacción de necesidades. Es decir, poder contar con las mismas oportunidades y cumplimiento de derechos; 2) Donde el papel del Estado respecto los derechos negativos, se encuentra con participación decidida del Estado para su protección y garantías; y, finalmente para lograr el “liberalismo igualitario”, el Estado debe tener obligaciones positivas y negativas.

En el análisis liberal igualitario de Rodolfo Vázquez se mencionan obligaciones estatales genéricas y específicas:

Obligaciones genéricas

⁹⁵ Vázquez, Rodolfo, “Derechos humanos. Una Lectura liberal igualitaria”, Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Jurídicas, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Centro de Estudios de Actualización en Derecho, México, 2015, p. XVI.

⁹⁶ *Ibidem*, p. XVII

⁹⁷ *Ibidem*, p. XVII

⁹⁸ *Ibidem*, p. XVII

⁹⁹ *Ibidem*, p. XVII.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. XXI

las obligaciones genéricas, estamos lejos ya de la concepción libertaria que las reducía exclusivamente a obligaciones de respeto. Se trata, también y principalmente, de *proteger, garantizar y promover*, pero entendidas estas obligaciones en una suerte de *continuum* que va desde el respeto hasta la promoción tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos sociales. Dicho de otra manera, los derechos sociales no sólo exigen un deber positivo del Estado en términos de su promoción sino también un deber negativo en términos de su respeto.¹⁰¹

Obligaciones específicas o principios rectores para los Estados.

Adoptar las medidas que sean necesarias. Éstas deben ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización de los derechos. No se trata de una norma programática o de buenos deseos del legislador, sino de obligaciones concretas.

— Las víctimas de violaciones a estos derechos deberán contar con *recursos judiciales efectivos*, así como una reparación adecuada.

— Un Estado que no utiliza y que no está dispuesto a utilizar *el máximo de recursos disponibles*, incurre en violación. En cualquier caso, corresponde al Estado demostrar que ha hecho lo posible “por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones”. No se vale alegar, entonces, la condición de país no desarrollado o en vías de desarrollo. Cada país debe

¹⁰¹ *Ibidem*, p. 100

considerarse de acuerdo con sus posibilidades y recursos, pero toca a cada uno de ellos la carga de la prueba.¹⁰²

-Los derechos consagrados en el PIDESC tienen una naturaleza *progresiva*. Esto supone “la obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr la plena *efectividad de los derechos*” y “*abstenerse de adoptar medidas regresivas*, las que en todo caso deberán ser aplicadas tras un examen exhaustivo de todas las alternativas posibles y en su caso debidamente justificadas.¹⁰³

2.2 La evolución del Estado liberal en el siglo XX: el caso mexicano.

2.2.1 La irrupción liberal dentro del Estado social hacia finales del siglo XX.

En México, como lo ha señalado el autor Gerardo Ordoñez Barba, a partir del año 1983 se comenzó con el periodo conocido como “la política social de la liberalización económica”, la cual se caracterizó por desaparecer programas de asistencia rural y conservar algunos programas de salud asistencial, por lo que, el cambio de esquemas de intervención que existen entre el Estado, los ciudadanos y grupos de interés en el país conforman una *reforma de Estado*.

Este fenómeno no es exclusivo de México, por el contrario, es parte de una realidad occidental de carácter jurídico, político y económico, en este sentido se ha pronunciado una parte de la doctrina, señalando que, en el Estado Social, la crisis es provocada por medio de una *contrarreforma liberal conservadora* dentro del periodo de los años sesenta, la cual, propone regresar a los principios inspiradores del liberalismo en el Estado social. “Esta restauración, sin embargo, no sólo ha

¹⁰² *Ibidem*, p. 101.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 102.

reparado las patologías en los estados sociales tradicionales, sino que ha *erosionado* de manera persistente sus elementos más garantistas e igualitarios.”¹⁰⁴

La crisis del Estado social actual tiene su origen en las “patologías” que se encontraban presentes desde la creación del Estado social tradicional. Cuando Pisarello habla de las patologías se refiere a la debilidad para hacer cumplir cuestiones de carácter social, esto, al considerarlas únicamente como mandatos político o normas de efecto indirecto. En otras palabras, no adquieren un carácter justiciable y su concreción se encuentra supeditada a la interposición legislativa y administrativa.¹⁰⁵

Por lo anterior, se desarrolla una lógica inclusiva y excluyente, siendo que, a pesar de tener espacios en favor de sectores vulnerables se protege a los grupos organizados capaces de presionar corporativamente a las instituciones estatales, quienes son, al mismo tiempo los principales beneficiarios de las políticas sociales al gozar de protección laboral, situación que es diferente hacia aquellos sectores que no se encuentran dentro un trabajo formal.¹⁰⁶

Como es señalado en la doctrina, la lógica de protección de los derechos sociales, por ejemplo, si se refiere al derecho del trabajo, el Estado tiende a dejar desprotegido a quienes no cuentan con un trabajo formal y, por tanto, se encuentran fuera de las condiciones del mercado de trabajo.

En buena medida, el intervencionismo que expresan los derechos sociales se convierte objetivamente en un medio de costear la reproducción y cualificación de la fuerza de trabajo (a través de las *prestaciones de sanidad*, seguridad social, vivienda, educación pública etcétera) y en un mecanismo de

¹⁰⁴ Pisarello, Gerardo, *Op. Cit.*, p. 12.

¹⁰⁵ Pisarello, Gerardo, “Del estado social legislativo al estado social constitucional: por una protección compleja de los derechos sociales”, *Isonomía*, México, núm. 15, octubre, 2001, p. 84, <http://www.scielo.org.mx/pdf/is/n15/1405-0218-is-15-00081.pdf>

¹⁰⁶ En este sentido se conforma la aceptación de la lógica de la ganancia y de mercado por ejemplo en el *derecho de protección laboral*, en otras palabras, como parte de la protección de elementos que conforman al Estado liberal. *Ibidem*, p. 83-85.

disciplina e integración social, en cuanto sólo se obtienen si se ha participado en el proceso productivo como trabajador, aceptando, por consiguiente, las condiciones del mercado de trabajo.¹⁰⁷

La crisis el Estado social se observa al final de la segunda guerra, en donde, tras las luchas sociales y políticas, con la finalidad de lograr paz “se consolida el estado social como una especie de acuerdo o compromiso implícito de clase, expresado en un pacto asimétrico entre capital y trabajo: el llamado *pacto keynesiano*.”¹⁰⁸

El pacto keynesiano no logra remover las desigualdades sociales, porque, aunque el derecho se socializa las consecuencias son ambiguas, por ejemplo, la consolidación del *derecho del trabajo* protege la seguridad o la irrupción del derecho de daños (derecho de accidentes o infortunios). Sin embargo, la protección que brinda el derecho del trabajo no deja de promover los intereses económicos privados (capitalismo).¹⁰⁹

Desde el punto de vista constitucional, la crisis de Estado social se señala principalmente a través de la tesis del carácter “programático” de los derechos sociales constitucionales, en donde, las democracias occidentales emergentes, los derechos sociales son concebidos en *sentido débil*. Se puede interpretar que la fragilidad de la construcción del Estado social continúa en la tradición del positivismo legalista, siendo que, el legislador virtuoso con facultades prácticamente incontrolados será el encargado de desarrollar el contenido normativo de los derechos sociales constitucionales, lo cual, genera un problema cuando dentro de dicho estado social legislativo no se consigue una red garantista similar de protección a los derechos liberales clásicos.¹¹⁰

¹⁰⁷ *Ibidem*, 86.

¹⁰⁸ *Ídem*.

¹⁰⁹ *Ibidem*, p. 83-84.

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 84-85.

Las patologías que formaban parte del Estado social aumentaron el acceso a las distintas *ofensivas neoconservadoras*,¹¹¹ fenómeno denominado por Gerardo Pisarello como la *contrarreforma liberal*, “en la práctica se ha impuesto un vaciamiento normativo a manos de una nueva *lex mercatoria*, cada vez *más global*, que ha debilitado de manera sensible su eficacia vinculante y, con ello, el alcance mismo del principio democrático y del Estado de derecho.”¹¹²

En nuestro país las contradicciones propias de esta contrarreforma liberal pueden explicarse a raíz de la expansión de derechos de corte social en la Constitución que son al mismo coartados por los tribunales que tienen la instrucción de evitar cargas al Estado, por ejemplo, a través de la doctrina legal de los derechos programáticos. Por otra parte, se puede reconocer en este periodo el fortalecimiento del sindicalismo que es utilizado como un mecanismo legitimador del sistema que por una parte invoca derechos sociales y por la otra habilita el proceso liberalizador del país a través del cual las corporaciones económicas internacionales se vuelven un punto de referencia de las políticas públicas.¹¹³

¹¹¹ *Ibidem*, p. 83.

¹¹² Pisarello, Gerardo, *Los derechos sociales y sus garantías...*, *Op. Cit.*, p. 12.

¹¹³ José Ramón Cossío ha señalado que “las normas constitucionales, y particularmente las de contenido social, perdieron toda su relevancia normativa y terminaron por construir, en palabras de casi todos los autores de la época, las <decisiones políticas fundamentales> del régimen.

Enfrentados ya con el análisis de los derechos sociales, lo primero que debemos reconocer es que los mismos, a largo de los últimos años de la vida nacional, terminaron por ser considerados únicamente como *normas programáticas*, es decir, como simples directivas a realizar por los poderes del Estado”

Determinado en los términos apuntados el sentido programático de los derechos sociales (...) En otras palabras, una vez trivializado el sentido de los derechos sociales, el régimen podía utilizar la Constitución como una vía privilegiada para, por un lado, incorporar los programas de campañas de los distintos presidentes de la República y, por el otro, seguir insistiendo en el carácter social del Estado mexicano” véase en Cossío, José Ramón, *Dogmática constitucional y régimen autoritario*, Fontamara, México, 1998, p. 75, 76.

Desde la aguda crítica de Cristina Asa Laurell, es posible observar la fragilidad de los derechos sociales, los cuales se encuentran expuestos a las políticas de libre mercado impuestas por el Banco Mundial en relación a la gestión pública de los servicios de salud “La intención de la reforma de salud es (re) organizarlo bajo los principios de los programas para pobres, es decir, focalización, descentralización y costo-eficiencia. De esta manera, los gobiernos han descentralizado los servicios de los ministerios de salud a los estado, provincias o municipios y reducido su responsabilidad financiera a la transferencia de fondos sólo para un <paquete básico o esencial de salud>.” véase

En este punto, es importante destacar que el proceso liberalizador trae aparejados mecanismos de gestión como la privatización o la descentralización que no son sinónimos, pero sí contemporáneos. De aquí, que la descentralización puede confundirse con un proceso negativo hacia los derechos sociales pero que solo es un mecanismo de gestión que bien podría fincarse en un modelo de Estado social, en particular, en el constitucionalismo social contemporáneo.¹¹⁴

2.2.2. La nueva intervención estatal en los servicios de salud

La lógica de ganancia y de mercado introducida en el Estado social, es posible observarlo en nuestro país en el sector salud. La lógica capitalista se encuentra en el razonamiento de creación en los principales institutos de protección a la salud, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Los Institutos de salud se crearon en el periodo denominado por Gerardo Ordoñez Barba como “política de la industrialización” propio de los años 1941 a 1972, en esa fecha se realizó una reorientación de las políticas públicas y recursos al crecimiento industrial. Para estos momentos, la protección a la salud aún era un derecho que se conseguía en forma indirecta o asistencial.

La falta de cobertura por parte de los institutos más importantes de salud en nuestro país dio como resultado en el año 1983 se iniciará la búsqueda hacia la protección de aquellos sectores vulnerables en el sector salud. La evolución del modelo de gestión viene justificada por la necesidad de cobertura de servicios de

en Laurell, Asa Cristina, “Globalización, políticas neoliberales y salud” en Brisecefio León, Roberto, De Souza María Cecilia, Coimbra Jr., Carlos E. A. (coords.), *Salud y equidad una mirada desde las ciencias sociales*, Fiocruz, Río de Janeiro, Brasil, p. 81, 2000, <https://books.scielo.org/id/rmmbk>

¹¹⁴ En este sentido, desde la teoría política se ha analizado la descentralización como mecanismo de la liberalización en el modelo de gestión Nueva Gerencia Pública <new public management> véase en Martínez Vilchis, José, “La nueva gerencia pública en México. Una medición de su intensidad e impactos en las entidades del país”, *Convergencia*, México, vol. 16, núm. 19, enero-abril, 2009, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352009000100008

Para más información respecto la Nueva Gestión Pública véase en Cejudo, Guillermo M., “La nueva Gestión Pública, una introducción al concepto y a la práctica” en Cejudo, Guillermo M. (comp.), *Nueva Gestión Pública*, siglo veintiuno editores, México, 17-41 pp., http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/i_ngo_eap.pdf

salud en el país. La pertinencia de una política descentralizadora respondía a la realidad social pero también al mecanismo de financiamiento que en ese momento requería el país a través del Banco Mundial con sus propias políticas de descentralización y mercantilización.

Es muy importante no perder de vista que la incorporación de una nueva política de gestión para dar cobertura a quienes no la tenían se realizó en un momento de crisis económica en el país. Incluso, durante el periodo del presidente Miguel de la Madrid Hurtado se dio inicio al Programa Inmediato de Reordenación Económica (PIRE)¹¹⁵ y dicho programa fue parte del proyecto para comenzar con la *descentralización de los servicios de salud*.¹¹⁶

El objetivo principal de la intervención del Banco Mundial en el sector salud pretendía impulsar la diversidad y competencia del sector salud, en el que se requería *promover y facilitar las constituciones del mercado privado de seguros y servicios*. El proceso de transformación se fundamentó en tres pilares:

Sin embargo, en todos los casos se construye sobre tres pilares fundamentales que son: poner un precio a las acciones de *servicio para darles carácter de mercancías* y definir planes o *paquetes de servicios o seguros* que permiten, por un lado, garantizar un *mercado respaldado con poder de compra* y, por el otro, manejar los *fondos de salud de manera privada* y con *finés de lucro*, e introducir el principio de la libre elección del usuario de sus asegurados y o de su prestador del servicio.¹¹⁷

La doctrina ya ha señalado, en cuanto las estrategias utilizadas por el Banco Mundial, que éstas también incentivaron el mercado a través de los servicios médicos. Por consiguiente, es posible el encontrar la lógica del mercado, por

¹¹⁵ Warman, Arturo, "México ahora", Nexos, septiembre, 1984, <https://www.nexos.com.mx/?p=4396>

¹¹⁶ Mejía Garza, et al, Federalismo (s) El rompecabezas actual, México, Fondo de Cultura Económica, 2018, p. 119-120.

¹¹⁷ Asa, Cristina Laurell, La reforma contra la salud y la seguridad social, México, Era, 1997, p. 86

ejemplo, en la expansión y construcción jurídica de los seguros médicos. Los servicios de salud prestados por un servicio privado, si bien tiene una pretensión de proteger la salud, en definitiva, se encuentra ante un instrumento contractual cuyos extremos se encuentran en manos de particulares como agentes de seguros y de fianzas y su función principal es el lucro de las compañías aseguradoras.

Dentro de la estructura jurídica de la compañía de seguros se puede observar la lógica de mercado, naturalmente, las compañías, tienen por objetivo obtener ganancias, pero no el cumplimiento del derecho de protección a la salud. Por su parte, las aseguradoras privadas niegan la posibilidad de aseguramiento por cuestiones de edad, aumento de tarifas por razón de género o discapacidad, o bien, simplemente no cubren los padecimientos considerarlos preexistentes a la contratación.¹¹⁸

Y aunque, dentro de la estructura jurídica de los seguros y fianzas se establece que, en caso de diferencias entre las partes, se realizará intervención estatal en protección del ciudadano por medio de un contralor médico, dicho contralor será nombrado por el Consejo de administración de salud, o bien, a la asamblea de accionistas. Sin embargo, esta estructura deja sin protección al contratante de seguros, siendo que el contralor médico responde a órganos de gobierno corporativo enfocados a las ganancias de la empresa y no al disfrute del derecho de protección a la salud en forma progresiva, universal e indivisible.¹¹⁹

La naturaleza mercantil de los seguros médicos privados no es objeto de controversia en este trabajo, sin embargo, es importante destacar que su expansión como un mecanismo de gran popularidad en la actualidad no sustituye las obligaciones del Estado en la materia, si bien en una visión de estabilidad económica del país se espera que la clase acceda a estos servicios médicos

¹¹⁸ López Vela, Valeria y Pereda Trejo, Luis Enrique, "Derecho a la salud: de la lógica del mercado al lenguaje de los derechos", Revista del Centro de Estudios Constitucionales, México, núm. 5, año 111, julio-diciembre, 2017, p. 309, <https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/revista-digital/julio-diciembre-2017>

¹¹⁹ *Ibidem*, 295-296.

privados esto no puede ir en demerito de la responsabilidad pública y social de protección a la salud.

2.2.3 Organismos internacionales en las políticas sociales

En México, la crisis económica generada durante los periodos presidenciales de José López Portillo y Miguel de la Madrid fue producto de *la caída de los precios del petróleo* en el Medio Oriente, misma que provocó la reducción del gasto social programable a los programas rurales y alimenticios. Los efectos provocados en México por la crisis económica, fue realizar un cambio del modelo económico utilizado hasta entonces. El país pasó de un *mercado interno protegido* a un *mercado exportador y globalizado*.

El cambio de modelo económico ocurrió tras la firma del entonces *Tratado de Libre Comercio por el presidente Carlos Salinas de Gortari en nuestro país* entre México, Estados Unidos y Canadá. Y al mismo tiempo, se ajustó la protección de los derechos sociales en el país, cuyo amparo responde a las medidas de financiamiento por parte de organismos multilaterales como el Banco Mundial.

La crisis económica y los cambios en el modelo económico en México, salió a flote debido a la caída en la industria del petróleo, misma que formaba la base principal del sostenimiento económico del país. Sin embargo, las cuantiosas inversiones para explotar *el nuevo yacimiento de Cantarell* lo que se suma a la caída de los precios del petróleo, le generó al país un aumento mayor respecto la deuda externa.¹²⁰

Por supuesto, la adhesión al Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial fue un fenómeno general en América Latina. El primer organismo declara como

¹²⁰ Secretaría de Cultura, Lorenzo Meyer da cátedra sobre la política industrial en México, del neocolonialismo al neoliberalismo, 2021, <https://www.gob.mx/cultura/prensa/lorenzo-meyer-da-catedra-sobre-la-politica-industrial-en-mexico-del-neocolonialismo-al-neoliberalismo>

Para mayor información se recomienda consultar Meyer Cossío, Lorenzo, *¿Cómo llegamos aquí? Una historia del poder en México*, UNAM, Coursera, <https://www.coursera.org/learn/historia-de-mexico>

objetivo de “promover la estabilidad económica internacional, ayudando a los países a manejar su economía”¹²¹, mientras que el segundo, declara como misión promover el desarrollo económico de países pobres y ayudar a reconstruir sus quebrantados sistemas económicos después de la Segunda Guerra Mundial.¹²²

Durante los primeros años el 37.2% de los votos del Banco Mundial era controlado por Estados Unidos, lo cual permitió a dicho país el control del Convenio Constitutivo del Banco. Las contribuciones financieras por parte del Banco han sido flanco de críticas, siendo que, por la estructura de la toma de decisiones las instituciones financieras son un vehículo para los intereses de los estadounidenses y otros países ricos. El problema más grave en este modelo según Víctor Mauricio Castañeda Rodríguez y Ómar Díaz-Bautista, es la falta de mecanismos de distribución de riqueza.¹²³

La falta de mecanismos de distribución, responde a la implementación del enfoque neoclásico cuyo objetivo es generar riqueza y posteriormente distribuirla (por ejemplo, a los grupos más vulnerables). A diferencia del enfoque keynesiano que pretende, primero, distribuir las riquezas y posteriormente crecer económicamente.

Es de resaltar que, a nivel general, la implementación de reformas económicas es parte de un fenómeno general en América Latina. Fue entonces, a mediados de los ochentas y noventas que el modelo neoliberal se presentaba ante la opinión pública con un plus atractivo y única alternativa válida para dar salida a los gobiernos, con la aparición de cuatro elementos: estabilidad macroeconómica, apertura comercial, alivio de la pobreza y un papel menor para el gobierno. Al contrario de lo que sucedía desde los años 30, en donde el modelo económico de

¹²¹ Noy, Shiri, “Las políticas de salud del Banco Mundial”, Revista de Ciencias Sociales, Venezuela, vol. IV, núm. 142, 2013, p.76, <https://www.redalyc.org/pdf/153/15333870006.pdf>

¹²² *Ídem.*

¹²³ Castañeda Rodríguez, Víctor Mauricio y Díaz Bautista, Ómar, “El Consenso de Washington: algunas implicaciones para América Latina”, Apuntes del CENES, vol. 36, núm. 63 enero-junio, 2017, 15-47 pp, <https://www.redalyc.org/pdf/4795/479553173002.pdf>

esa época se encontraba basado en una *fuerte intervención del gobierno y extensas reglamentaciones*.

2.3 Los modelos de descentralización y su aplicación en el ámbito sanitario

2.3.1 La descentralización política en el modelo federal: el caso de salud

La descentralización puede entenderse de distintas maneras, por lo que, se puede encontrar en diferentes tipos, por ejemplo, en la descentralización *administrativa y política*.¹²⁴

La *descentralización administrativa* se refiere a la transferencia de responsabilidades administrativas, o bien, cuando existe la implementación de políticas centrales por agentes locales, mismos que, son designados en *forma jerárquica* por el gobierno central.

Por último, la descentralización administrativa se refiere a la transferencia de la responsabilidad, tanto en las funciones administrativas como en la implementación de las políticas centrales. Este tipo de descentralización está presente cuando al menos una política no es implementada directamente por el gobierno central, sino por agentes locales designados y subordinados jerárquicamente al gobierno central (Treisman, 2007).

La *descentralización política* se refiere a la transferencia formal hacia otros niveles de gobiernos respecto la toma de decisiones y/o de designación de los funcionarios públicos dentro de sus respectivas jurisdicciones. En este tipo de descentralización, se derivan tres tipos: la descentralización para la toma de decisiones, la descentralización para la asignación de funcionarios locales, la

¹²⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social “Estudios sobre el proceso de descentralización en México 1997-2017”, CONEVAL, 2019, p. 12-13, https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Proceso_Descentralizacion_Mexico.aspx

descentralización constitucional, siendo la última en la que se hace un enfoque a lo largo del presente trabajo.

la *descentralización de la toma de decisiones* (en donde al menos un gobierno subnacional tiene autoridad exclusiva sobre un área de política); la *descentralización para la asignación de funcionarios locales* (que supone la elección de por lo menos un funcionario local por parte de sus residentes, en oposición a ser designado por el gobierno central), y la *descentralización constitucional* (en la que los gobiernos subnacionales tienen el derecho, formalmente establecido, de participar en la hechura de las políticas centrales)¹²⁵

Desde otra perspectiva, la descripción que realiza Hans Kelsen, la *descentralización* dentro del orden jurídico se encuentra en las normas que componen el Estado, mismas que, tienen una esfera de vigencia limitada sólo al *mismo objeto*, pero con *vigencia espacial diferente*. El objeto se *regula de diferente manera* en que dicha norma se conforma de órdenes jurídicos y comunidades parciales.

Por supuesto, la descripción anterior es contraria a lo que Hans Kelsen considera como *centralización*, la cual, se considera como normas con vigencia en todo el territorio, sin embargo, cabe precisar que dentro del Derecho positivo la centralización y descentralización total es imposible.¹²⁶

Es importante señalar, que la presencia de las normas de carácter descentralizador es fundamental para la construcción del Estado Federal, por lo que, en esta forma de Estado se presentan *normas y órganos legislativos* de carácter central y local. De igual forma, es preciso aclarar que las normas centrales se refieren, por ejemplo, a leyes constitucionales o aquellas que tienen vigencia en

¹²⁵ Treisman, D., *The architecture of government: Rethinking political decentralization*, Cambridge University Press, Cambridge, 2007 citado por *Ibidem*, p. 14.

¹²⁶ Kelsen, Hans, *Compendio de teoría general del Estado*, Colofón, México, 1992, p. 173.

todo el territorio, mientras que, las normas descentralizadas son las que contienen actos de ejecución.¹²⁷

El Estado federal representa un aumento del grado de descentralización: tenemos este tipo cuando no sólo la ejecución y la legislación se encuentran repartidas entre una autoridad central y varias autoridades locales sino cuando, además, se confiere a los órganos legislativos locales competencia para darse la constitución en su esfera particular¹²⁸

El tipo de descentralización que Hans Kelsen le atribuye al Estado Federal es la denominada *descentralización incompleta*, la cual, describe como aquella en que “la legislación se encuentra repartida entre un órgano central y varios locales, de suerte que, la ley local, tiene determinado su contenido por una ley central, que establece los principios generales que aquélla debe concretar en detalle”.¹²⁹

Ahora que se ha realizado una diferenciación de la *descentralización administrativa* respecto la *descentralización política*, al cual se añade la descripción de componentes jurídicos y su carácter fundamental dentro del Estado Federal según la teoría del Estado de Hans Kelsen, es posible comenzar con hablar del fenómeno de la descentralización política en el sector salud en México a partir de 1982.

En el año 1982, el presidente Miguel de la Madrid Hurtado a causa de la crisis económica modificó la estrategia en la prestación de los servicios de salud al implementar conceptos desarrollados por el Banco Mundial.

en 1983, México aceptando la exigencia del Banco Mundial para obtener préstamos y renegociar la deuda externa

¹²⁷ *Ibidem*, p. 114.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 180.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 178.

descentralizó los servicios de salud de la Secretaría de Salud (ssa)¹³⁰

De forma previa, en el año 1980 el Banco Mundial publicó el documento *Health Sector Policy Paper*, el cual tenía el objetivo de *ampliar* el acceso a asistencia médica. En términos generales la estrategia del Banco Mundial se centró en la necesidad de brindar *servicios básicos de salud*, particularmente a *zonas rurales*, desarrollo de *infraestructura básica*, suministro de *medicamentos esenciales*, servicios de salud materno e infantil, *planificación familiar* y control de enfermedades.¹³¹

Posteriormente, en el año 1986 se ampliaron los servicios de salud hacia los *segmentos más pobres*. De igual forma durante ese periodo, el Banco Mundial centro sus estudios en el financiamiento de los servicios de salud, para *recuperar los costos y gastos públicos* en el sector salud, a través de la implementación de *tarifas de usuarios*.¹³²

A manera de crítica, respecto las estrategias del Banco Mundial, Asa Cristina Laurell afirma que su propuesta se encuentra basada en la *idea neoliberal* de que los servicios de salud médicos son *bienes privados* y de acuerdo a la estrategia del Banco, la salud pertenece al *ámbito privado* y debe ser resuelta por los *individuos en familia* o el *mercado*. Por tanto, el Estado sólo debe hacerse cargo de aquello que los privados no quieren asumir por la *falta de rentabilidad* o no pueden comprar por *falta de recursos económicos*.¹³³

En otras palabras, la autora señala que la política concreta que se desprende de la concepción neoliberal tiene dos grandes ejes: la mercantilización del financiamiento y en la *prestación de los servicios de salud* la *reducción de los*

¹³⁰ World Bank (1986), citado por Noy, Shiri, *Op. Cit.*, p. 81.

¹³¹ *Ibidem*, p. 77-78.

¹³² *Ibidem*, 142, 2013, p. 78.

¹³³ Asa, Cristina Laurell, *Op. Cit.*, p. 85.

servicios públicos gratuitos a un paquete mínimo de servicios para los *comprobadamente pobres* (focalización de servicios).¹³⁴

Ahora bien, dentro del periodo del presidente Miguel de la Madrid Hurtado se estableció el *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, en el plan se incluyó una *profunda reforma sanitaria*. Los ejes que conformaban la reforma fueron: la elevación al rango constitucional del *derecho de protección a la salud* y la adopción de la atención preventiva como política rectora de los programas de salud.¹³⁵

Además, *con el fin de* garantizar el derecho de protección a la salud se encontraba el *criterio de descentralización*¹³⁶ en busca de la protección de *no derechohabientes*.¹³⁷

La descentralización se convierte en una estrategia política (nuevo federalismo)¹³⁸, en la cual, la administración de servicios persigue la eficacia, por ejemplo; evitar la “marginación de local”, descongestionar el proceso de gobierno, evitar la centralización improductiva, obtener mayor consistencia al conjunto del Estado y a la sociedad.¹³⁹

De igual forma, el Banco Mundial respecto la estrategia descentralizadora mencionó que dicha estrategia haría posible la satisfacción de demanda de servicios públicos y provoca el aumento de competencia entre los gobiernos locales que los motivará a conducirse con mayor honestidad, eficiencia y sensibilidad. Dichas

¹³⁴ *Ibidem*, p. 86.

¹³⁵ Arredondo, Armando, *Federalismo y salud: estudio de caso sobre el sistema de salud en México*, Canadá, Forum of federations, 2001, p. 11, <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf>

¹³⁶ Soberón Acevedo, Guillermo, “El cambio estructural en la salud 1. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud”, *Salud Pública en México*, México, vol. 29, núm. 2 marzo-abril, 1987, p. 129, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/290/281>

¹³⁷ Jaramillo Cardona, Martha C., “La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Colombia, núm. 13, vol. 6, 2007, p.87, <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a06.pdf>

¹³⁸ Espinoza Valle, Víctor Alejandro, “Algo central: El nuevo federalismo”, *Nexos*, noviembre, 1993, <https://www.nexos.com.mx/?p=8048>

¹³⁹ Uvalle Berrones, Ricardo, “Descentralización Política y Federalismo: Consideraciones sobre el caso de México”, *Gestión y Estrategia*, México, núm. 7, enero-junio, 1995, <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/4653>

condiciones incentivarán el apoyo a la actividad económica, democrática y política local.

la descentralización mejora la eficiencia administrativa al hacer posible la satisfacción de la demanda por parte de los ciudadanos de bienes y servicios públicos de manera más precisa y eficiente; provoca que aumente la competencia entre los gobiernos locales para captar residentes o inversión y, por lo tanto, los induce a conducirse con más honestidad, eficiencia y sensibilidad; incentiva la motivación de los gobiernos locales para apoyar la actividad económica local y la democracia, garantizando —mediante un sistema de controles y equilibrios— la libertad y la estabilidad política; y, finalmente, reduce los conflictos étnicos.¹⁴⁰

Durante el periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se implementó el modelo de atención a la salud a Población Abierta (MASPA) “Se buscó que las jurisdicciones fueran capaces de evaluar, asesorar y supervisar a los sistemas Locales de Salud (SILOS)”.¹⁴¹ Ahora bien, para consolidar el proyecto descentralizador de los años ochenta, el presidente Ernesto Zedillo Ponce de León implementó *el Programa de Reforma del Sector Salud en 1995*.

El Programa de Reforma del Sector Salud en 1995 se estableció como un instrumento para cumplir con los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, los cuales son:

1. Aumentar la cobertura en seguridad social;

¹⁴⁰ Llorca Rodríguez, Carmen M. *et al.*, “Pobreza y descentralización fiscal. Un análisis empírico mediante panel de datos de países”, *El Trimestre Económico*, México, vol. LXXXIV (3), núm. 335, julio-septiembre, 2017, p. 616, <http://www.scielo.org.mx/pdf/ete/v84n335/2448-718X-ete-84-335-00611.pdf>

¹⁴¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Serie Grandes temas del Constitucionalismo Mexicano. El Federalismo*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, tercera reimpresión, México, 2016, p. 107-108.

2. Evitar la duplicación en la operación de servicios e introducir incentivos a la calidad de la atención;
3. Incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta en materia de salud a través de la descentralización de los servicios que prestan las instituciones que atienden a esta población, y;
4. Otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.¹⁴²

El lenguaje utilizado por el Banco Mundial se muestra reproducido dentro del Programa de Reforma del Sector Salud de Ernesto Zedillo. En el programa se diagnostica como principales problemas de las instituciones públicas en salud: La segmentación y escasa coordinación, centralismo, burocratismo, gigantismo y deficiente cobertura cuya propuesta para resolver es una reorganización en el modelo de salud.¹⁴³

El nuevo modelo que presenta el programa de reforma del sector salud constó de tres subsistemas: el aseguramiento privado, el de seguridad social y de los sistemas estatales dirigido a la población rural o suburbana. Mientras que, los lineamientos planteados para el funcionamiento *del subsistema es la descentralización*, la participación municipal y la ampliación de cobertura a través de un Paquete Básico de servicios de salud.¹⁴⁴ Las corrientes más críticas señalaron que “El contenido del Paquete es demasiado reducido y pensado para realizarse con tecnología simplificada y por personal de baja calificación”¹⁴⁵ y que, “El subsistema de servicios estatales de salud se dirigiría a la población más pobre de los cinturones de miseria urbanos y de las zonas rurales”.¹⁴⁶

¹⁴² Poder Ejecutivo Federal, Programa de reforma del Sector Salud, México, 1995, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996

¹⁴³ Asa, Cristina Laurell, *Op. Cit.*, p. 88.

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 89.

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 91.

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 89.

Ahora bien, en el periodo de Vicente Fox Quesada, el Plan Nacional de Salud 2001-2006 se implementó el seguro popular, el cual buscaba evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de familias que enfrentan gastos en salud.¹⁴⁷

El Seguro popular fue implementado durante la gestión del secretario de Salud Julio Frenk, con este proyecto, tras la reforma a la Ley General de Salud en 2003 se buscaba reorganizar el sistema de salud a través de la *integración horizontal* en tres funciones básicas: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios. Dicha visión rompe con la fragmentación del sistema vertical en los grupos poblacionales.¹⁴⁸

El nuevo esquema de financiamiento de los servicios de salud “se basa en una lógica de aseguramiento que permite proteger a los pacientes contra la incertidumbre financiera asociada con la enfermedad.”¹⁴⁹ La prestación descentralizada a nivel estatal se hace en intervenciones de primer y segundo nivel (los cuales suponen un bajo riesgo y alta probabilidad). Mientras que las intervenciones de tercer nivel (alto costo) eran financiadas por medio de Fondo de Protección de Gastos Catastróficos (con fondos etiquetados).¹⁵⁰

Ahora bien, la estructura del seguro popular sigue una lógica *tripartita* que incluye aportaciones del gobierno federal, un contribuyente corresponsable y el beneficiario con una asignación de presupuesto estatal de acuerdo a la afiliación anual. En otras palabras, la asignación de presupuesto sigue un *sistema de incentivos*, en que, el *cliente* al sentir confianza en los servicios otorgados se afiliará

¹⁴⁷ “El seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento. Los seguros sociales, financiados principalmente a través de cuotas obrero-patronales y aportaciones del gobierno, comprenden a las instituciones creadas ex profeso para ello, como el IMSS o el ISSSTE. Los seguros privados se financian voluntariamente con gasto de las familias y empresas, y en este esquema se asumen como mecanismos complementarios al aseguramiento público.” Véase en Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001, p. 116, http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/pns_2001-2006/pns2001-006.pdf

¹⁴⁸ Frenk, Julio, *et al.*, “Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, Salud Pública en México, México, Vol. 49, suppl. 1, 2007, p. S27, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007

¹⁴⁹ *Ibidem*, p. S28.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. S29.

de manera constante al servicio y se encontrará dispuesto a realizar una contribución anticipada.¹⁵¹

Con el fin de garantizar la calidad de los servicios, la reforma en salud en 2003 propuso ser sometida a una evaluación externa, rigurosa y de largo plazo. En la evaluación se mide el impacto del Seguro Popular respecto las condiciones de *salud, cobertura, cobertura efectiva, capacidad de respuesta y protección financiera*.

La propuesta de evaluación en los servicios de salud se diferencia de la operatividad de los institutos del sector público, en que, las dependencias públicas habían operado como monopolios en donde no había elección en el prestador de servicios y, por tanto, estos, presentaban poco interés para satisfacer las expectativas del *consumidor*. La reforma de 2003 trata de realizar una ruptura con el pasado en la resolución de conflictos y concentran esfuerzos en mejorar los *estándares de calidad, fortalecer la rendición de cuentas, monitorear la calidad de acuerdo a los tiempos de espera en hospitales, monitorear la distribución de medicamentos y monitorear las malas prácticas médicas*.¹⁵²

Se debe tener en cuenta, que el proyecto de descentralización fue una respuesta a la crisis que tuvo el intervencionismo del Estado desde la década de los setentas, en esta época se inició la instauración de políticas que revaluaban la eficiencia del Estado interventor en la que se propone *liberar procesos económicos* y del yugo del *Estado Benefactor*.¹⁵³

Tras el cuestionamiento del Estado interventor se hizo necesario configurar una estructura estatal que permitiera racionalizar gastos e inversiones, que disminuyeran la participación del Estado y *rediseño el papel de los entes territoriales*

¹⁵¹ *Ibidem*, p. S30-S34.

¹⁵² *Ibidem*, p. S28.

¹⁵³ Correa R., Cruz Elvira, "Neoliberalismo y descentralización", Semestre económico, Colombia, vol. 4, núm. 7, 2001, p.1, <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5lcdwIkNxUEJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5262263.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d>

como gestores de su desarrollo, dando como resultado configuración legal de los procesos de descentralización.¹⁵⁴

Los efectos de la estrategia descentralizadora, aunque sea presentada como una política encaminada al desarrollo regional y local, existen autores como Cruz Elvira Correa que la presenta como una estrategia para mantener a los países en una *marcada dependencia a su deuda externa* como lo señala en las siguientes líneas “Sin embargo, la evidente inmersión de organismos internacionales en nuestros procesos políticos, pone de manifiesto que más que una política de Estado, sea más bien una imposición implícita que compromete no sólo a Colombia, sino a todos los países que tienen una dependencia marcada en su deuda externa.”¹⁵⁵

De manera, la autora Cruz Elvira Correa señala cómo la estrategia descentralizadora dentro de una región con menor desarrollo económico recibe una reducción de las partidas presupuestales a la que estaban acostumbrados, por lo que, según la autora representa un verdadero problema para estas regiones al momento de asumir la responsabilidad de servicios de salud.¹⁵⁶

Es entonces comprensible que la gran mayoría de los municipios de Colombia perciban las políticas de descentralización como un paso hacia atrás en su desarrollo económico y social, en la medida que se sienten *abandonados a su suerte por parte del Estado Colombiano*. La autogestión y el objetivo de llegar a ser eficaces y eficientes, es algo que se supone bastante lejano y, como herencia del modelo económico Paternalista, se espera que sea el Estado quien dé solución a toda la situación local.¹⁵⁷

¹⁵⁴ *Ibidem*, p. 2.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 4.

¹⁵⁶ *Ibidem*, p. 5.

¹⁵⁷ *Ibidem*, p. 5.

Esta evaluación del proceso descentralizador en Colombia, si bien encuentra diferencias con lo sucedido en México nos permite observar que efecto la descentralización es un efecto colateral a la política de mínimos propia de la liberalización.

CAPÍTULO TERCERO

ANÁLISIS DEL MODELO DESCENTRALIZADOR IMPLANTADO EN LA DÉCADA DE LOS 90'S EN MATERIA DE SALUD

3.1 Tendencia centralista del sistema de salud federal

3.1.1 Facultades correspondientes a la federación

En 1983 la descentralización en el sector salud en México fue parte de una estrategia mundial que, además de la optimización en los recursos, buscaba *aumentar la competencia* entre los gobiernos locales, esto, con el fin de que las entidades federativas captarán mayor cantidad de residentes o inversión y así, aumentará la competitividad entre Estados para lograr construir en el país un sistema de estímulos estatales, sin mencionar que con dicha estrategia se pretendía combatir el arraigado fenómeno de la centralización, al cual se atribuía la deficiencia al momento de brindar servicios de salud oportunos y efectivos.

Sin embargo, el esquema federal basado en entidades federativas autónomas se encuentra reconocido desde la Constitución de 1917. En nuestro sistema federal cada una de las partes integrantes goza de autonomía en términos de libertad y soberanía (art. 43), siendo que, estas cuentan con la facultad de establecer funciones de gobierno, como lo son, los poderes ejecutivo, legislativo y judicial (art. 116); incluso, se reconoce la organización municipal (art. 115).¹⁵⁸

Entonces, la Constitución nos muestra un panorama conformado por Estados soberanos y municipios autónomos al sistema federal, sin embargo, a pesar de los pronunciamientos constitucionales, el federalismo mexicano se encuentra limitado. Las dificultades para la construcción de un federalismo mexicano se encuentran en la jerarquía respecto la toma de decisiones, siendo que, históricamente en nuestro

¹⁵⁸ Serna de la Garza, José Ma. *La lógica centralizadora del sistema federal mexicano*, Instituto de Investigaciones jurídicas, México, 2008, p. 495, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1640/18.pdf>

país el poder ejecutivo concentra su autoridad sobre el poder legislativo, judicial y sobre cualquier otro acto político¹⁵⁹.

La concentración de poder descende de un sistema político que es construido con una fuerte figura presidencial y un sistema de partido hegemónico, en la que ambos factores consolidan la subordinación de los Estados hacia los poderes federales. Tan fuerte es la figura presidencial que su influencia fue determinante en las decisiones en el Congreso de la Unión y la Suprema Corte de Justicia de la Nación durante el siglo XX.¹⁶⁰

Por supuesto, la concentración del poder ejecutivo se refuerza en la distribución y amplia gama de facultades constitucionales con las que cuenta el presidente, dichas facultades son divididas por Jorge Carpizo en las siguientes:

1. Económicas: consisten en poder de determinar la política monetaria del país a través del proyecto de ley de ingreso y el proyecto de presupuesto de egresos.
2. Sociales: consisten en facultades concurrentes en materia educativa y salubridad.
3. Legislativas: consiste en la capacidad de mandar iniciativas de ley, de contar con el derecho de veto, de creación de decretos, de contar con facultades extraordinarias en época de emergencia para tomar medidas de salubridad, o bien, de celebrar de tratados internacionales.
4. Nombramiento: consiste en la facultad de nombrar secretarios de estado y los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (que también son ratificados por el senado o la cámara de diputados), actualmente, ese poder se mantiene con la propuesta de terna y:

¹⁵⁹ Arredondo, Armando, *Op. Cit.*, p. 7.

¹⁶⁰ Serna de la Garza, José Ma., *Op. Cit.*, p. 495-496.

5. Meta-constitucionales: el presidente se desempeñaba como líder del partido político en turno y realizaba la designación del sucesor durante el siglo XX.¹⁶¹

A las facultades mencionadas se agrega la nula limitación del poder hacia la figura presidencial. En el artículo 108 de la constitución, anterior a la reforma constitucional del 19 de febrero de 2021, únicamente indicaba la posibilidad de juzgar al presidente en caso de cometer traición a la patria o delitos graves del orden común.

La combinación de facultades constitucionales y meta-constitucionales que pertenecían a la figura presidencial crearon un alto grado de centralización federal, sobre todo en las manos del presidente, y que, gracias a esta concentración de facultades se reduce la capacidad del Estado respecto la separación de poderes.¹⁶²

Es importante indicar al lector, que el incumplimiento de la separación de poderes, forma parte del fenómeno que señala Luigi Ferrajoli o Rodolfo Vázquez sobre las crisis o anomalías en los Estados, es decir, como un Estado que aspira a la distribución de poderes, éste es opacado por un fuerte poder presidencial que se apodera de todos los espacios de distribución del poder.

Por supuesto, la fuerte figura presidencial construida a lo largo del siglo XX, se refuerza con el orden constitucional al distribuir *facultades* a la federación, a través del artículo 73 que contiene treinta y una fracciones de las cuales la última es un voto de confianza a la ejecutividad de las leyes otorgada al presidente. El sistema de distribución de competencias, entre el orden federal y local, se basa en el artículo 124 constitucional, también conocido como *cláusula residual*.

Cuando se habla de un poder central reforzado con el orden constitucional, es porque dentro del sistema de distribución de competencias en México se encuentra una limitada reserva formal de facultades hacia la entidades y municipios.

¹⁶¹ Cfr. Jorge Carpizo, *El presidencialismo mexicano*, México, Siglo XXI editores, 2002, 279 pp.

¹⁶² Arredondo, Armando, *Op. Cit.*, p. 8.

“Sin embargo, debemos aclarar, que, con todo y la reserva formal a favor de las entidades federativas, la Constitución ha guardado muy pocas materias a los Estados”¹⁶³

Asimismo, la distribución de competencias en México forma parte de un *sistema rígido* que por la construcción constitucional respecto la toma de decisiones representa una participación constante de la federación, siendo que:

1) En la presencia de una constitución “rígida”, la fórmula distribuidora de *competencias no puede ser modificada por el legislador ordinario*. Incluso, para realizar un cambio será necesario un amplio consenso político-partidista (dos terceras partes de las cámaras) y de un extenso consenso territorial (más de la mitad de las legislaturas locales).

2) Toda transgresión en el sistema de distribución de competencias, será resuelto a través del *sistema de justicia constitucional (Controversia constitucional)*.

3) Al ser sometido al sistema de justicia constitucional adopta medidas cambiantes de acuerdo a la *interpretación constitucional*.¹⁶⁴

En añadidura a las condiciones estructurales que construyen un poder centralizado a nivel constitucional, es posible encontrar en dicha construcción la cantidad e importancia de competencias expresamente otorgadas a la Federación por parte de la Constitución,¹⁶⁵ por ejemplo:

¹⁶³ Serna de la Garza, José Ma. *Op. Cit.*, p. 498.

¹⁶⁴ Serna de la Garza José Ma., *El sistema federal mexicano. Un análisis jurídico*, UNAM, México, 2008, p. 54, <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/2533-el-sistema-federal-mexicano>

¹⁶⁵ Las competencias de la federación son en materia de relaciones laborales, petróleo, minería, comercio, energía eléctrica y nuclear, servicios financieros, regulación monetaria, competencia económica, protección al consumidor, telecomunicaciones, nacionalidad, migración, correos, aguas nacionales, industria cinematográfica, vías generales de comunicación “véase en Serna de la Garza, José Ma., *Derecho Constitucional mexicano en su contexto*, Porrúa, México, 2018, p. 391.

1. El artículo 73: Contiene algunas contienen algunas de las facultades concurrentes, como ya ha mencionado, pero otorga extensas facultades de operación a la federación y es uno de los artículos más extensos.
2. El artículo 27: La regulación por parte de la nación en materia agraria y de recursos naturales.
3. El artículo 28: La regulación por parte del poder ejecutivo y legislativo federal en cuanto competencia económica y protección al consumidor.
4. El artículo 123: La facultad de congreso de la unión para regular materia laboral.¹⁶⁶

Ahora bien, de los elementos de poder descritos anteriormente, es importante subrayar que las *facultades concurrentes* que contiene el artículo 73 constitucional, “se refieren para aludir a la situación por la cual una misma materia es compartida por los distintos órdenes de gobierno, con base en las reglas establecidas por una ley federal.”¹⁶⁷ Es decir, que aquellas materias que sean parte de facultades concurrentes, la competencia será determinada bajo la dirección de la Constitución y las leyes generales o leyes marco (normas centralizadas).

Para aclarar el funcionamiento de las facultades concurrentes en México, se pueden mencionar ejemplos del *Derecho comparado*:

En México el tipo de federalismo desde el punto de vista normativo es conocido como *centrípeto*, el cual busca la integración, la cooperación y la igualdad de condiciones de vida.¹⁶⁸ Por lo que, para las *facultades concurrentes* en México la Constitución prevé materias determinadas para la Federación y sobre estas mismas, será el Congreso de la Unión quien puede fijar *principios, bases o*

¹⁶⁶ *Ibidem*, p. 398.

¹⁶⁷ *Ibidem*, p. 388.

¹⁶⁸ Véase en Sánchez de la Barquera y Arroyo, Herminio, *La federalización de la política cultura en México: ¿Alemania como modelo?*, México, UNAM, 2011, p.23, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3045/7.pdf>

directrices en la legislación a seguir por los Estados en el momento que lo consideré pertinente.¹⁶⁹

Por su parte, en Estados Unidos de América el tipo de federalismo es *centrifugo* el cual resalta la autonomía, competencia y diversidad de las condiciones de vida.¹⁷⁰ Entonces la Constitución de Estados Unidos de América no determina *expresamente* todas las facultades entre la Federación y las entidades federativas. Lo anterior implica, la aceptación de *facultades expresas* y la posibilidad de *facultades implícitas*.¹⁷¹

Finalmente, en Alemania se diseñó el sistema federal para evitar la concentración de poder y no tanto garantizar la autonomía de las unidades.¹⁷² Ello por medio de la fórmula de distribución de competencias, a diferencia del federalismo de Estados Unidos de América basado en el modelo dual predominantemente vertical, en Alemania es horizontal. Lo anterior significa que, la mayor distribución de poderes para *legislar* corresponde a las autoridades federales. En tanto, la mayoría de las facultades para *ejecutarlas* es para los Länder (entidades federativas).¹⁷³

3.1.2 Facultades correspondientes a la federación en el sector salud

Como se había mencionado, el orden constitucional genera subordinación de las entidades federativas hacia la Federación. Dicha situación es subrayada particularmente en las facultades concurrentes en México, mismas que son parte de la fórmula de distribución de competencias en la *cláusula residual* y que son

¹⁶⁹ Serna de la Garza José Ma., *El sistema federal mexicano. Un análisis...*, Op. Cit., p. 19.

¹⁷⁰ Véase en Sánchez de la Barquera y Arroyo, Herminio, *op. Cit.*, p.23,

¹⁷¹ Serna de la Garza explica las facultades implícitas "Por ejemplo de la facultad expresa para regular la circulación monetaria puede derivarse la facultad implícita de expedir una ley que establezca un banco central; pero a partir de aquella facultad expresa no podría inferirse que implícitamente el Congreso de los Estados Unidos de América tiene competencia para regular en forma exclusiva la materia bancaria en su conjunto" véase Serna de la Garza José María, *El sistema federal mexicano. Un análisis...*, Op. Cit., p. 73.

¹⁷² *Ibidem*, p.80.

¹⁷³ *Ídem*, p.80.

reguladas por el artículo 73 constitucional.¹⁷⁴ La subordinación de los Estados hacia la Federación respecto a las facultades concurrentes se encuentra en la importancia constitucional que adquieren las normas que regulan dichas facultades, es decir, las *leyes generales o leyes marco*.

La característica fundamental para señalar a las leyes generales como criterios de subordinación de la federación hacia las entidades federativas es porque dichas leyes se encargan de determinar las competencias entre la Federación y las entidades federativas. Y estas leyes, se convierten en un parámetro de validez¹⁷⁵ que distribuyen competencias entre los órdenes de gobierno en áreas de política pública.¹⁷⁶

La subordinación de las entidades federativas se encuentra en la construcción constitucional, siendo que, para determinar la constitucionalidad en materia de concurrencia, se tendrá en el mismo orden de importancia, la Constitución y las leyes generales (ambos ordenamientos tendrán que ser tomadas en cuenta). Y aunque la distribución de competencias es un tema que deriva principalmente de la Constitución, serán las leyes generales las que definen, regulen y generen las normas respecto las diversas facultades.

Es decir, es la ley y no la Constitución la que define qué le toca hacer a cada nivel de gobierno, en las materias sujetas a este tipo de facultades.¹⁷⁷

Ahora bien, específicamente respecto la subordinación de las entidades federativas hacia la federación en materia de *salubridad general*, es posible encontrarla en su regulación normativa, siendo que:

1. La salubridad general en México se encuentra dentro las facultades concurrentes que regula el artículo 73 constitucional y como parte de su

¹⁷⁴ Serna de la Garza, José Ma., *Derecho Constitucional mexicano...*, Op. Cit., p. 377.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 397.

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 395.

¹⁷⁷ *Ibidem*, p. 389.

normatividad particular se encuentra regulada por la Ley General de Salud.

2. Porque a nivel constitucional al ser una materia regulada por el artículo 73 constitucional, el encargado de legislar en materia de salubridad será el Congreso de la Unión.

Es posible observar la subordinación de las entidades federativas hacia la Federación en aquellos casos excepcionales en materia de salud pública que no forman parte de las facultades del Congreso de la Unión pero que sí pertenecen a la competencia de órganos intergubernamentales como el Consejo de Salubridad General. Por ejemplo, la facultad de generar medidas para combatir epidemias graves en el país o enfermedades exóticas. O bien, las facultades correspondientes al Consejo de Salubridad General (que depende directamente del Presidente de la República), como la de implementar medidas contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana o, como de adoptar medidas para prevenir y combatir la contaminación ambiental.

Por supuesto, en salubridad general no sólo es posible observar en las facultades concurrentes la subordinación de los Estados hacia la federación, también puede detectarse en el funcionamiento de los servicios de salud, siendo que, la facultad de control y coordinación de las competencias estatales y municipales le corresponden al Sistema Nacional de Salud, sistema que se encuentra a cargo de la Secretaría de Salud.

Es importante subrayar que el Sistema Nacional Salud, forma parte de los esquemas de integración de órganos adscritos a distintos órdenes de gobierno. Dichos esquemas tienen el objetivo de evitar contradicciones, reducir disfunciones y garantizar la coherencia y eficacia en las actuaciones públicas relativas a la materia correspondiente.¹⁷⁸ Particularmente, el Sistema Nacional de Salud le

¹⁷⁸ Serna de la Garza, José Ma., *El sistema federal mexicano: trayectoria y características*, Grandes Temas Constitucionales, México, 2016, p. 84-85. <https://www.inehrm.gob.mx/recursos/Libros/SistemaFederalMexicano.pdf>

corresponde el funcionamiento y coordinación de la atención médica, salud pública y la asistencia social¹⁷⁹.

Ahora bien, debe tomar en cuenta que, para lograr la coordinación y funcionamiento esperado, el Sistema Nacional de Salud se desarrolla mediante *convenios de coordinación* celebrados con la Secretaría de Salud y las entidades federativas hasta nivel municipal.¹⁸⁰ Para lograr la función coordinadora, serán las Secretarías locales quienes tendrán el objetivo de prestar los servicios establecidos por la *Ley General de Salud*.¹⁸¹

Sin embargo, es importante señalar que, aunque existen facultades que pertenecen a los estados y municipios, dichas facultades al ser operadas por medio de convenios al cuidado del Sistema Nacional de Salud, en ningún momento pueden ser consideradas como facultades originarias y, por tanto, no pueden actuar de forma independiente y desarticulada.¹⁸²

El *criterio de coordinación* por años ha subordinado a la supremacía del gobierno nacional. Y aunque el criterio de coordinación se utilizó para suplir debilidades, no fue posible fortalecer el déficit local.¹⁸³

Aunque desde el punto de vista jurídico el principio de coordinación utilizado en el 1983 forma parte del modelo descentralizado, a consideración de Mauricio Merino el criterio de coordinación sirvió para justificar una suerte de carácter centralista de nuestro país¹⁸⁴ es decir, que los convenios de coordinación otorgaban criterios homogeneizadores que reforzaron la visión federal. Ante la intención de

¹⁷⁹ Soberón Acevedo, Guillermo, *Op. Cit.*, p. 130.

¹⁸⁰ *Ibidem*, 2018, p. 124.

¹⁸¹ *Ibidem*, p. 125.

¹⁸² *Ibidem*, p. 126.

¹⁸³ Merino, Mauricio, "La (des)centralización en el sexenio de Salinas de Gortari", Foro Internacional, vol. XXXVI, núm. 143 enero-marzo, 1996, p. 389, <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1425/1415>

¹⁸⁴ *Ibidem*, p. 393.

operar un mecanismo descentralizado se pueden aplicar técnicas de coordinación para flexibilizar el sistema, lo que no implica su transformación.

“De ahí que las reformas constitucionales de 1983 no hayan sido inútiles sino inutilizadas: al abrir la vertiente de coordinación, descubrió también una puerta de escape cuya eficacia descansó en la disciplina política de los gobernantes locales.”¹⁸⁵

3.1.3 Tipo de facultad estatal respecto la federación en el sector salud

En los regímenes de facultades concurrentes y que son comunes en los sistemas federales, se establecen las bases o principios para la ordenación de un *ámbito material*, mientras que, a las entidades federativas les corresponden *el desarrollo o formación completa*.¹⁸⁶ La Federación por medio de las leyes generales o leyes marco, crea la plataforma mínima para que las entidades federativas creen sus propias normas bajo su determinada realidad social.¹⁸⁷

Es importante señalar que en México no todas las materias concurrentes operan de la misma manera¹⁸⁸. La Suprema Corte de Justicia de la Nación en la controversia constitucional 54/2009, menciona, que el concepto de concurrencia no forma parte de un *concepto general*, por lo que, debe analizarse dependiendo de la materia que se aplica y cuando se habla de la concurrencia en *salud o educación*, deben entenderse distinto a las facultades concurrentes en desarrollo social o equilibrio ecológico.

Se contemplan las siguientes variantes en cuanto a concurrencia:

- 1) Normativa: “se refiere a que además de la distribución competencial prevista en la ley general, existen reglas y principios

¹⁸⁵ *Ibidem*, p. 397,

¹⁸⁶ Serna de la Garza, José Ma., *El sistema federal mexicano. Un análisis...*, Op. Cit., p. 18.

¹⁸⁷ Serna de la Garza, José Ma., *Derecho Constitucional mexicano...*, p. 400.

¹⁸⁸ Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, *Diario oficial de la Federación*, diciembre de 2017, p. 98, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507701&fecha=13/12/2017

constitucionales que rigen y orientan la actuación de las instancias legislativas y ejecutivas de la Federación, entidades federativas y municipios.”¹⁸⁹ un ejemplo es asentamientos humanos.

2) Operativa: “permite a las entidades federativas la realización, prestación u operación de ciertos servicios a cargo de sus instituciones públicas y la celebración de convenios entre las entidades y la Federación”¹⁹⁰. Lo anterior, siempre al marco de sus leyes generales y conforme disposiciones técnicas de la Federación. Es importante mencionar, que la materia de salud pertenece a esta variante.

3) De planeación: “permite a otros niveles distintos de la Federación emitir diversos tipos de planes o programas, pero sujetos a los lineamientos y formalidades previstas respectivamente en las leyes federales o locales”¹⁹¹ es el caso de protección al ambiente y la preservación al equilibrio ecológico.

Ahora bien, respecto el funcionamiento de las facultades concurrentes en materia de salud, en la actual Ley General de Salud fueron creadas tres modalidades normativas con el objetivo de orientar la distribución de competencias.

(i) La salubridad general que se reserva tanto su legislación como su operación a la Federación;

(ii) La salubridad general que corresponde normar a la Federación, pero cuya operación corresponde a las entidades federativas.

¹⁸⁹ *Ibidem*, p. 99.

¹⁹⁰ *Ídem*.

¹⁹¹ Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, *Op. Cit.*, p. 99.

(iii) La salubridad local regida y operada de conformidad con la legislación expedida en las entidades federativas.¹⁹²

Puntualmente, los apartados que se encargan de dicha orientación de distribución de competencias operativas en materia de salud se encuentran en el inciso A y B del artículo 13 de la Ley General de Salud.

el inciso A) determina la competencia operativa de las autoridades sanitarias de la Federación, y el B) la competencia operativa de los gobiernos de las entidades federales como autoridades locales en el ámbito de su jurisdicción territorial¹⁹³.

Es importante subrayar, que la concurrencia distribuida a las entidades federativas *en ningún momento pierde su naturaleza federal*¹⁹⁴, siendo que, en todo momento las entidades federativas realizarán sus facultades de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Salud.

Para aclarar la naturaleza federal de las facultades correspondientes a las entidades federativas respecto el sector salud, se puede remitir a las cuatro maneras para ejercer las facultades en salubridad descritas por Raúl Manuel Mejía Garza y Laura Patricia Rojas Zamudio:

a) la Salubridad General, que es facultad legislativa de la Federación b) la concurrencia operativa distribuida en los incisos A) y B) del artículo 13 de la Ley entre la Federación y las entidades federativas; c) la salubridad local, que se define de manera residual frente a lo que la Ley General de Salud define como Salubridad General; d) el ejercicio operativo de esta salubridad local por autoridades sanitarias locales.¹⁹⁵

¹⁹² *Ibidem*, p. 101.

¹⁹³ Mejía Garza, Raúl M. y Rojas Zamudio, Laura P., *Op. Cit.*, p. 123.

¹⁹⁴ *Ídem*.

Con la descripción anterior, es posible apreciar cómo la materia de salubridad general correspondiente a las entidades federativas, en ningún momento se transforman en competencias locales, al contrario, mantienen su origen federal.¹⁹⁶ Sin mencionar, que tanto el apartado A y B del artículo 13 de la Ley General de Salud, pueden ser normados por la Federación.

Además de la naturaleza federal descrita dentro de las competencias de las entidades federativas, se debe recordar que la federación tiene la facultad de emitir normas en relación al apartado B del artículo 13 de la Ley General de Salud. El proceso legislativo, en este sentido, dejó claro que el objetivo era evitar la desarticulación en materia de salud. Por lo anterior, el ejecutivo federal a través de la Secretaría de Salud “puede emitir normas técnicas comunes a la salubridad general que aseguren la uniformidad de principios, criterios, políticas y estrategias aplicables en todo el territorio nacional, aún en las materias operadas por las entidades federativas”.¹⁹⁷

Sin embargo, una excepción al extenso poder centralizador del orden federal se encuentra en las necesidades de cada región. Las leyes generales son bases que no pretenden agotarse en sí mismas,¹⁹⁸ por lo que, las entidades federativas pueden tener su propio ámbito de regulación con un mayor énfasis en aspectos que sean preocupantes para su región, por tanto, pueden aumentar las obligaciones o prohibiciones de la ley general¹⁹⁹. Por lo anterior, se puede inferir que la legislación de salud se adecua a las condiciones de cada entorno siempre que cumplan con el mínimo normativo.

¹⁹⁵ *Ídem*.

¹⁹⁶ Controversia constitucional 54/2009, p. 77 y 78, se citó Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, *Op. Cit.*, p. 98-99.

¹⁹⁷ *Ibidem*, p. 102.

¹⁹⁸ Serna de la Garza, José Ma., *Derecho Constitucional mexicano...*, *Op. Cit.*, p. 400.

¹⁹⁹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tesis P./J. 5/2010, *Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta*, febrero, 2010, <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/165224>

3.2 Modelo descentralizado en los servicios de salud

3.2.1 Límites y perspectivas del modelo descentralizador

El proyecto descentralizador había comenzado en México desde 1943 con la creación de la secretaria de Salubridad y su fusión con la Secretaría de Asistencia, el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y la creación de Institutos Nacionales de Cardiología y Nutrición²⁰⁰. A partir de la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública en 1934, los códigos sanitarios incorporaron fórmulas de coordinación²⁰¹ como parte de un antecedente de construcción del modelo descentralizador. Sin embargo, la falta de claridad que se mostró, desde la Constitución de 1917 hasta las normas secundarias o de desarrollo, en la distribución de servicios sanitarios no permitió el éxito del proyecto descentralizador de 1934 y 1943.²⁰²

En México, la descentralización se utilizó como eje conductor en las políticas nacionales y estatales. Dicha estrategia fue considerada *tesis rectora para combatir*

²⁰⁰ Jaramillo Cardona, Martha C., *Op. Cit.*, p.87.

²⁰¹ Naturalmente, en aquella época se habla del convenio de coordinación toda vez que existe una relación de supra subordinación entre la federación que ostenta la competencia y los estados de la república que participan en la medida, en que, la federación lo habilita.

Es importante distinguir dentro del lenguaje jurídico, los términos cooperación y coordinación, ya que, a veces se utilizan los términos como sinónimos, no obstante, gozan de características diferentes. Respecto ambos términos el autor Manuel Jiménez Dorantes menciona que "...por lo que respecta a la cooperación, su característica esencial es, siguiente la doctrina y resoluciones judiciales más autorizadas, el <plano de igualdad> en la que se sitúan los sujetos públicos intervinientes (federación-entidades federativas; v.gr.) Es posición de igualdad (un mismo plano) de las partes involucradas es el elemento que distingue a la cooperación de la coordinación.

Por el contrario, en la coordinación el plano de igualdad desaparece originando una posición de superioridad –relativa- de la entidad coordinadora (superior) sobre la entidad o entidades coordinadas. Como claramente se deduce, en la coordinación ocupará un papel preponderante (supremacía) la entidad que tenga la capacidad de decidir.

cuando hablamos cooperación y coordinación hablamos de conceptos diferentes, por lo que, de acuerdo a cuando hablamos de cooperación" Véase en Jiménez Dorantes, Manuel "Colaboración y coordinación en el sistema federal mexicano" en Cienfuegos Salgado, David y López Olvera Miguel Alejandro (coord.), *Estudios en homenaje a don Jorge Fernández Ruiz*, UNAM, México, 2005, p. 168, <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/10510>

²⁰² Soberón Acevedo, Guillermo y Martínez Narváez, Gregorio, "La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta", *Salud Pública de México*, vol. 38, Núm. 5 septiembre-octubre, 1996, p. 373, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6753>

el centralismo y reorientar las actividades productivas de bienestar social inscritas en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

Puntualmente, la implementación del proyecto descentralizador en el sector salud de acuerdo a Martha Cecilia Jaramillo Cardona, se divide en tres generaciones de reformas al sistema de salud.

La *primera generación* comenzó como un antecedente de construcción del modelo descentralizador en el año 1943 con la creación de la Secretaría de Salubridad y su fusión con la Secretaría de Asistencia, el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y la creación de Institutos Nacionales (Cardiología y Nutrición). En esta etapa todos los códigos sanitarios previeron la *fórmula de coordinación*.

La *segunda generación* abarca de 1979 a 1988, en esta surgió el “cambio estructural con una renovación administrativa y sustantiva con el fin de brindar servicios de salud a la población *no derechohabiente*”.

La *tercera generación* es de 1995 en adelante, etapa que culminó la descentralización en las entidades federativas, también comenzó la formación de un paquete básico con intervención destinado a población rural, la certificación de escuelas de medicina, la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de institutos de Seguros Especializados en Salud.²⁰³

Mientras en la segunda generación se desarrollaba el proyecto descentralizador para combatir el centralismo en el sector salud, al mismo tiempo durante los periodos presidenciales de *Miguel de la Madrid* y *Carlos Salinas Gortari*, como parte de la estrategia nacional, era cuestionado y replanteado:

1) *El papel del Estado ante los ciudadanos, y*

²⁰³ Jaramillo Cardona, Martha C., *Op. Cit.*, p.87.

2) Las funciones del Estado y quiénes podrían intervenir en ellas.

Estos cuestionamientos y reflexiones podrían en funcionamiento dos procesos conocidos como *el redimensionamiento* y *la reforma de Estado*, los cuales transformaron la administración pública.

1. *El redimensionamiento*: Se encontraba sustentado en el *saneamiento de finanzas* públicas y en *repensar* en materias del ámbito público que podría tratar la ciudadanía.

Al volver a pensar en aquellas materias que no eran exclusivas para el Estado, se observó a los ciudadanos como sujetos de la administración pública, para así, dar entrada a intervenciones directas a través de organizaciones privadas, civiles, o no gubernamentales, siempre que actuarán en cooperación con el gobierno y/o bajo su supervisión.²⁰⁴

2. *La reforma de Estado*: Se replantea la función del Estado interventor propietario y empresario con el argumento del crecimiento exagerado de empresas estatales.²⁰⁵ El gobierno interpretó la reforma como un "liberalismo social", siendo "un gobierno que hace suyas y promueve las libertades económicas y políticas, sin abandonar los compromisos sociales constitucionales".²⁰⁶

Mientras que el gobierno de Miguel de la Madrid buscaba en forma general sanear finanzas públicas (*el redimensionamiento*), en la gestión de Carlos Salinas de Gortari se desarrolló una nueva forma de intervención Estatal que logra la *liberación de mercados (la reforma de Estado)*.²⁰⁷

²⁰⁴ Aguilar Villanueva, Luis F., "Reformas y retos de la administración pública mexicana (1988-1994)", Foro Internacional, vol. XXXVI, núm. 143 enero-marzo, 1996, p. 192, [file:///C:/Users/52442/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1411-1-10-20160706%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/52442/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1411-1-10-20160706%20(1).pdf)

²⁰⁵ *Ibidem*, p. 188.

²⁰⁶ *Ibidem*, p. 190.

²⁰⁷ *Ibidem*, p. 193.

Con el presidente Miguel de la Madrid el *proyecto nacional* buscaba lograr el disfrute de garantías otorgadas por la Constitución, por lo que, se construyen cuatro objetivos planteados en el *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*: 1. *Conservar y fortalecer las instituciones democráticas*: 2. *Vencer la crisis*: 3. *Recuperar la capacidad de crecimiento*: y 4. *Iniciar los cambios cualitativos*²⁰⁸.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 se definen dos grandes estrategias: *la reordenación económica (saneamiento de finanzas)* y *la del cambio estructural* con el objetivo de buscar superar insuficiencias y desequilibrios.²⁰⁹

En materia de salud, como forma de proteger a los ciudadanos ante la *crisis económica* el Plan de Nacional de Desarrollo 1983-1988 incluyó una *profunda reforma sanitaria*, los ejes que lo conformaban fueron: la elevación al rango constitucional del *derecho de protección a la salud*, el establecimiento del *Sistema Nacional de Salud* y la adopción de la atención preventiva como política rectora de los programas de salud.²¹⁰

De conformidad a las estrategias del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 para lograr la *reordenación económica y saneamiento de finanzas*, en materia de salud se establece la premisa prevista por *la Organización Mundial de Salud* en 1986, en que, para fortalecer los ministerios de salud, no necesariamente se necesitan estructuras más grandes o mayores recursos económicos, simplemente se debe *definir las funciones de los ministerios de salud y adecuar la estructura para su cumplimiento*.²¹¹ Es decir, el cambio estructural adecuaría las funciones y estructura de la secretaría de salud para lograr que mayor cantidad de mexicanos

²⁰⁸ Soberón Acevedo, Guillermo, "El cambio estructural en la salud 1. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud...", *Op. Cit.*, p. 129.

²⁰⁹ *Ibidem* p. 129.

²¹⁰ Arredondo, Armando, *Op. Cit.*, p. 11.

²¹¹ Soberón Acevedo, Guillermo, "El cambio estructural en la salud 1. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud...", *Op. Cit.*, p. 128- 129.

disfruten del derecho de protección a la salud, sin necesidad de contar con gran cantidad recursos económicos.

Entre los criterios para guiar el *cambio estructural del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*, y así, garantizar el derecho de protección a la salud se encontraba el *criterio de descentralización*,²¹² el cual busca *extender cobertura, incrementar calidad de servicios y dar fuerza a la función rectora de la Secretaría de Salud*²¹³ con apoyo del *Sistema Nacional de Salud* para coordinar el orden federal y estatal.²¹⁴

La descentralización política con Miguel de la Madrid, se concibió como un proceso *político, jurídico y administrativo* para transferir facultades, programas y recursos de la federación a los gobiernos locales, mediante distribución de competencias, coordinación de programas de salud e integración a población abierta a cargo de autoridades estatales.²¹⁵ La descripción del proceso político, jurídico y administrativo de la descentralización es:

Político: La definición de lineamientos para definir la capacidad de decisión de los gobiernos de los estados y el papel normativo de la Secretaría de Salud.

Jurídico: A través de la Ley General de Salud que redistribuyen competencias administrativas, pero no, las competencias legislativas que otorga la Constitución. Además, la determinación de convenios y acuerdos de coordinación que permiten afinar el alcance de las responsabilidades entre el ejecutivo federal y los gobiernos locales.

Administrativo: La adopción de estructuras orgánicas, transferencia de recursos humanos, entrega de bienes muebles e inmuebles y el financiamiento

²¹² *Ibidem*, p. 129.

²¹³ *Ibidem*, p. 135.

²¹⁴ *Ibidem*, p. 128.

²¹⁵ Arredondo, Armando, *Op. Cit.*, p. 11-12.

compartido para la prestación de servicios, como apoyos adicionales a los Servicios Estatales de Salud.²¹⁶

En el caso del proceso *jurídico de la descentralización*, se advierte en las modificaciones y preceptos legales, por ejemplo, en la *Ley General de Salud* se precisan aquellas materias de salubridad general que corresponden a la federación y los estados, mientras que en *los convenios y acuerdos de coordinación* se afinan el alcance de las responsabilidades.²¹⁷

El proyecto descentralizador planteaba la redistribución de competencias que regresaría a los municipios atribuciones directas, mientras que el papel de la administración pública *federal* sería de *elemento conductor*.²¹⁸

Finalmente, para lograr el proceso de descentralización en esta etapa, se consideró el gradualismo como principio fundamental. Es otras palabras, “Se decidió que los estados asumieran la responsabilidad en cuanto desarrollarán la capacidad necesaria. Asimismo, no todas las funciones, las facultades y los recursos se les transfirieron en forma simultánea.”²¹⁹

En la gestión de *Carlos Salinas de Gortari con la reforma de Estado*, se desarrolló una nueva forma de intervención Estatal que *libera los mercados*. Se buscaba un nuevo sistema *económico, político y administrativo* para “ser la respuesta a la crisis de todo un arreglo de la economía política del país, es decir, de un modelo de desarrollo económico y de la red de instituciones y prácticas políticas y administrativas que lo sustentaban”.²²⁰ El proyecto de Carlos Salinas incluyó cinco dimensiones:

²¹⁶ Soberón Acevedo, Guillermo, “El cambio estructural en la salud 1. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud...”, *Op. Cit.*, p. 135.

²¹⁷ *Ídem*.

²¹⁸ Soberón Acevedo, Guillermo y Martínez Narváez, Gregorio, “La descentralización de los servicios de salud...”, *Op. Cit.*, p. 372.

²¹⁹ *Ibidem*, p. 375.

²²⁰ Aguilar Villanueva, Luis F., *Op. Cit.*, p. 189-190.

a) *Reformas en la organización del gobierno federal*: En las reformas salinistas, se continuó la reducción del tamaño del aparato estatal mediante liquidación y privatización de organismos, programas y empresas estatales. Además, indujeron cambios en la manera de realizar las funciones económicas y sociales del Estado (concesiones y contrataciones de servicios públicos, focalización de los subsidios y medidas de cooperación entre el gobierno y la sociedad en el cumplimiento de la función pública);

b) *Reformas del régimen político*: Cambio de instituciones y procesos electorales con una incipiente limitación del poder presidencial. Además, el retorno al federalismo mediante algunas políticas de descentralización y una protección más activa de los derechos humanos;

c) *Reformas de la Constitución política*: Fue rediseñado el ámbito público y privado del Estado y del mercado con el objetivo de construir la nueva economía política nacional;

d) *Reformas en el modelo de desarrollo*: Fue el paso a la liberalización, apertura y globalización económica, además, reubicaron el papel del Estado;

e) *Reformas en la cultura política o filosofía pública*: Surgieron y argumentaron nuevas ideas y expectativas sobre la función del Estado y el criterio de legitimidad del gobierno. También empezaron a desarrollarse valores y actitudes democráticas en la sociedad con un creciente énfasis al valor político del derecho al exigir la ciudadanía en contraposición a una vieja tradición política de carácter patrimonialista y populista.²²¹

Sin embargo, la *reforma de Estado* no logró consolidar el derecho de protección a salud, siendo que, Oliva López Arellano y Edgar C. Jarillo Soto mencionan que “Los usuarios, lejos de constituirse en sujetos de derecho, se

²²¹ Aguilar Villanueva, Luis F., *Ibidem*, p. 189-190.

mantienen como beneficiarios o se transforman en clientes y consumidores de un seguro médico.”²²²

Al igual que México, las reformas del sector salud se dieron en América Latina como políticas destinadas a dar respuesta a *la crisis de la deuda externa*. En esta decisión, al realizar ajustes, tuvo mayor peso *disminuir el gasto estatal*, generar condiciones de reembolso de la deuda con los organismos prestamistas y adaptar el sector los parámetros del mercado.²²³

Finalmente, es importante considerar las *condiciones políticas* que dieron paso a la privatización y la reducción del papel del Estado como regulador y productor de bienes y servicios. Siendo que dicha modificación no fue resultado únicamente del agotamiento del modelo económico proteccionista, estatista y populista, sino también como un intento para hacer frente a su propia crisis histórica. En otras palabras, para hacer frente a la pérdida paulatina por parte de la presidencia de la *legitimidad* al perder el control del poder económico, político y cultural.²²⁴

En 1982 la disminución o estancamiento del aparato productivo que tenía como motor al sector público y como centro un mercado nacional insuficiente, afectó de manera muy directa la capacidad de la presidencia para seguir generando la única *legitimidad* posible que le permitía funcionar de manera efectiva: *la programática*.²²⁵

²²² López Arellano, Oliva y Jarillo Soto, Edgar C., “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, Cad. Saúde Pública, núm. 33, Suppl 2, julio, 2017, p.7, <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00087416/>

²²³ Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, Perfiles Latinoamericanos, México, vol. 21, núm.42, Julio-diciembre, 2013, p. 137, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006

²²⁴ Meyer Cosío, Lorenzo F., “La crisis del presidencialismo mexicano; recuperación espectacular...”, *Op. Cit.*, p. 12.

²²⁵ *Ibidem*, p. 13.

La legitimidad de la presidencia, provenía del ámbito programático porque su importancia y legitimidad derivaron fundamentalmente de su papel desempeñado como *árbitro político y máximo distribuidor de los escasos recursos* de la sociedad.²²⁶

José Ramón Cossío, señala que, con el fin de legitimar al régimen en época de crisis económica y poder satisfacer simultáneamente a sus distintas clientelas políticas fueron reconocidos en 1970, la mayor parte los derechos sociales que actualmente se encuentran en nuestra constitución. La Constitución era interpretada como un simple ideal revolucionario, en el que las normas constitucionales, y particularmente, las de contenido social terminaron por ser consideradas *normas programáticas*, es decir, “simples directivas a realizar por los poderes del Estado”.²²⁷

Con el paso del tiempo, la legitimidad de la presidencia mexicana se terminó, a causa de: 1) el excesivo endeudamiento externo que terminó por hacer de México un país *vulnerable a los cambios de flujo internacional*, 2) la disminución de las empresas del Estado (campo clientelista), 3) la destrucción de empresas pequeñas y medianas como resultado de la rápida apertura a la economía internacional y 4) la drástica disminución de los programas de servicios públicos y subsidios para equilibrar el gasto público.²²⁸

3.2.2. Análisis de modelo descentralizado respecto al centralizado

Como se ha mencionado a lo largo del Capítulo III, junto con los apartados del Capítulo II, el proceso de formación de la descentralización en los servicios de salud fue construido paulatinamente, principalmente en los periodos presidenciales de Miguel de la Madrid, Carlos Salinas de Gortari, Ernesto Zedillo y finalmente, en el periodo de Vicente Fox quien consolidó el proceso con la creación del seguro popular y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

²²⁶ *Ibidem*, p. 24.

²²⁷ Cossío, José Ramón, *Dogmática constitucional y régimen autoritario*, Op. Cit., p. 75, 76.

²²⁸ *Ibidem*, p. 24-25.

En el periodo de Vicente Fox Quesada por medio del Plan Nacional de Salud 2001-2006 implementó:

1) Creación del seguro popular: consiste en un plan de prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que carece de aseguramiento. Su creación es para evitar el gasto de bolsillo y el empobrecimiento de familias que enfrentan gastos en salud. ²²⁹

2) Creación los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud: su objetivo es cubrir a las familias beneficiarias que residan en la circunscripción territorial de cada entidad federativa y tienen como función primordial la promoción para la incorporación de familias al Sistema. También la afiliación, verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios y, la administración de los recursos financieros establecidos por la Ley para las entidades federativas. (LGS, art. 3) ²³⁰

El Seguro Popular es un componente operativo del Sistema Nacional de Protección Social en Salud, y en cada entidad federativa se creó un Régimen Estatal de Protección Social en Salud, instancia que en principio se encarga de administrar al Seguro Popular en su territorio.

Es decir, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud fueron creados para administrar el plan de salud del Seguro Popular mediante el financiamiento y coordinación de provisión de servicios a nivel estatal, antes de llegar a la misma prestación de servicios, mientras que la Secretaría de Salud

²²⁹ Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 2001-2006, *Op. Cit.*, p.116.

²³⁰ Poder Ejecutivo, Reglamento de la ley general de salud, México, 2004, México, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>

constituye, administra y verifica las asignaciones presupuestales a los Regímenes de Protección Social en Salud.²³¹

El seguro popular recibía recursos predominantes del presupuesto federal. La estructura financiera cubría tres grandes conceptos:

1) El modelo de financiamiento del seguro popular es con la modalidad tripartita con una aportación del gobierno federal del 80%, el porcentaje restante procederían de contribuciones estatales y de los hogares.²³²

2) Atención médica agrupada en 5 conglomerados (servicios de primer y segundo nivel): prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contemplaba 284 intervenciones.²³³

3) Servicios médicos de alta especialidad (servicios de tercer nivel): Conformaba 66 enfermedades de alto costo que podían poner en riesgo la vida y patrimonio familiar mediante Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPCGC), el cual era operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.²³⁴ En el que operan aún 856 hospitales o establecimiento médicos. De éstos, 790 (más del 90%) son públicos y 66 privados.²³⁵

²³¹ Martínez, Gabriel, “Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones”, *Salud Pública en México*, México, vol. 58, núm. 5, septiembre octubre, 2016 p. 577-578.

²³² Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel, *Op. Cit.*, p. 144.

²³³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, CONEVAL, México, 2019, p. 1, https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

²³⁴ *Ídem.*

²³⁵ Ramírez coronel, Maribel, “Lo que se rompió con el Fondo de Gastos Catastróficos”, *El economista*, 2020, <https://www.economista.com.mx/opinion/Lo-que-se-rompio-con-el-Fondo-de-Gastos-Catastrofic-20200126-0048.html>

Cabe mencionar, que el funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Social en Salud y el Seguro popular respondió a las estrategias del Banco Mundial para reformas en materia de salud, reformas que promovió *Julio Frenk y Juan Luis Lodoño* con el nombre de “*Pluralismo Estructurado para la Salud*”. En la propuesta el Estado es responsable de la rectoría y modulación del sistema de salud, mientras que, el aseguramiento y prestación de servicios estará a cargo de entidades públicas y privadas bajo competencia regulada²³⁶

En el informe “*invertir en salud*” (1993) del Banco Mundial, menciona como los gobiernos solo debían financiar un paquete reducido de servicios.

La idea detrás de los paquetes básicos de salud era priorizar la atención a los principales padecimientos de la población, cuya atención no representaba altos costos, pero sí tendría un impacto notable al maximizar el número de “años de vida saludable”.²³⁷

Con la reforma del 29 de noviembre de 2019 y el nuevo capítulo III “Del financiamiento de la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos” el modelo de financiamiento será en *forma solidaria por la federación y las entidades federativas*.

El gobierno federal, con el objetivo de prestar servicios públicos gratuitos, destinará recursos conforme a lo establezca el presupuesto de Egresos de la Federación cuyo monto no podrá ser inferior al ejercicio fiscal inmediato. Mientras que los gobiernos de las entidades, aportarán los recursos establecidos en los *acuerdos de coordinación*.

El cambio implementado en la *Ley General de Salud*, se justificó en que, a pesar de los esfuerzos del Sistema de Protección Social en Salud por aumentar la cobertura de servicios de salud hacia la población no derechohabiente, existen

²³⁶ Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel, *Op. Cit.*, p. 138.

²³⁷ *Ídem*.

grandes retos, por ejemplo: 1) los actos del Sistema de Protección Social en Salud se centraban en la afiliación, sin considerar en forma prioritaria la calidad de los servicios, 2) El tipo de operación del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) limitaba la garantía del derecho porque acotaba la protección a una serie de inversiones predefinidas y 3) la falta de concordancia entre el número de afiliados y la cantidad de infraestructura y recursos humanos.²³⁸

El Seguro Popular, en conclusión, al no ser un modelo de atención sino un esquema de financiamiento, aislado de un modelo de salud que garantice el acceso oportuno, de calidad y equitativo de la población a los servicios de acuerdo a su necesidad, con un adecuado equilibrio entre la prevención, promoción y educación de la salud, y al haberse centrado principalmente en financiar la enfermedad, no ha garantizado la mejora de la salud de la población, ni ha logrado que el derecho a la salud, se aborde de manera integral e intersectorial, considerando los determinantes sociales y su presencia en el diseño de las políticas públicas de los diferentes ámbitos de gobierno y sus respectivos sectores.²³⁹

Respecto al cambio de rumbo con la incorporación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés en 2019 mencionan la incoherencia de la actual administración, siendo que, el gobierno federal en materia de salud sustenta un explícito rechazo a las iniciativas “privatizadoras”. Sin embargo, la austeridad republicana concentra los recursos del gobierno federal al *refinanciamiento de Pemex y hacia tres grandes proyectos de infraestructura que*

²³⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular...”, *Op. Cit.*, p. 5,

²³⁹ Poder Legislativo Federal, Iniciativa con Proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la ley general de salud, de la ley de coordinación discal y de la ley de los institutos de salud, en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social. México, Julio, 2019, https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-03-1/assets/documentos/Ini_Delgado.pdf

han dado lugar a recortes del gasto público en salud. Dicha situación obliga a las familias a recurrir en forma creciente a servicios privados.²⁴⁰

La principal razón del deterioro reciente de la oferta pública de servicios de salud es el descenso del gasto público, en particular del presupuesto de la Secretaría de Salud, el cual empezó a producirse en 2016 y continúa a la fecha.²⁴¹

Es necesario señalar que Julio Frenk, conocido por su participación en el proceso de reestructuración del sector salud, quien, para dar sustento al anterior proyecto de salud, mencionó:

En particular, es necesario superar la obsesión por descalificar los avances del pasado mediante el uso irreflexivo del epíteto “neoliberal”. Esta práctica es parte de un síndrome más extenso, consistente en basar las políticas públicas en preconcepciones ideológicas y no en evidencias científicas.²⁴²

A pesar de las afirmaciones por parte de Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, es un hecho que el Sistema de Protección Social en Salud tenía dificultades en la manera de prestar servicios, siendo que el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social mencionó que “el objetivo del programa se enfocaba en la *protección financiera de las familias* y no en la *protección, promoción o restauración de la salud* de su población objetivo.”²⁴³ Además, de los problemas de igualdad que presentaba respecto otros institutos de salud, siendo que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos tenía padecimientos limitados, de los cuales quedaban

²⁴⁰ Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, “Salud: Austeridad privatizadora”, Nexos, 2019, <https://www.nexos.com.mx/?p=43575>

²⁴¹ *Ídem.*

²⁴² *Ídem.*

²⁴³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular...”, *Op. Cit.* p. 6.

fuera padecimientos de alto costo. En consecuencia, el crecimiento de unidades de consulta aumentó con el paso del tiempo, pero en su mayoría en *zonas urbanas*.

El INSABI por su parte otorga un plan más ambicioso, pero costoso, que pretende garantizar todos los servicios de primer y segundo nivel. Y en los servicios de tercer nivel, la iniciativa aún no es clara al respecto.²⁴⁴

Como se mencionó, el sistema de protección social en salud en conjunto con el seguro popular, formó parte de la estrategia descentralizadora para brindar servicios de salud universales y seguimiento al combate contra el centralismo en México.

La centralización en México se mostraba como un problema, primero en la concentración de poder por parte de la federación, y que, en materias como salud pública la falta de coordinación con las entidades federativas limitaba la efectividad del derecho hacia a sus ciudadanos.

Como respuesta para la satisfacción del derecho de protección a la salud se comienza con el proyecto descentralizador, sin embargo, la descentralización en el periodo de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari, también formó parte de una estrategia para combatir la crisis económica del momento.

La implementación del proyecto descentralizador con apoyo de la reestructuración de funciones y estructuras administrativas, políticas y jurídicas en materia de salud tenía como objetivo otorgar servicios de salud a no derechohabientes, sin la necesidad de otorgar grandes cantidades de presupuesto.

En un inicio, la propuesta tiene una visión encaminada a proteger derechos sociales, porque permite a todos los ciudadanos acceder a servicios de salud. Sin embargo, los derechos sociales deben encontrarse encaminados en busca de

²⁴⁴ Reyes Morales, Hortensia, et al, "Ensayo, Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019", vol. 61, núm. 5, septiembre-octubre, 2019. p. 687, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10894>

igualdad de circunstancias, situación que es poco visible al buscar priorizar atención médica únicamente a los principales padecimientos y de bajo costo, en otras palabras, genera atención fragmentada a comparación de otros institutos.

Lo anterior, refuerza la visión programática al buscar una estructura de Estado con menores cargas económicas, siendo que, para lograr el cumplimiento de derechos sociales será indispensable cubrir las necesidades con el máximo de recursos económicos disponibles. Se debe reconocer el cumplimiento del criterio de progresividad cuando el sistema de protección social en salud aumento el número de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud.²⁴⁵

Por otro lado, no se puede dejar pasar la *búsqueda de legitimidad*, con el reconocimiento de derechos sociales en tiempos de crisis económica por parte de la presidencia para ganar simpatizantes de diversos grupos políticos. Esta situación, primero refuerza la idea centralista al utilizar la política social con el objetivo fortalecer el partido en turno en busca de simpatizantes. Y al mismo tiempo, debilita la idea de los derechos sociales *al volverlos producto de la voluntad del Estado y no parte de una obligación*.

Por supuesto, uno de los logros desde el punto de vista jurídico es otorgar a nivel constitucional el derecho de protección a la salud al brindar protección constitucional para todos. No obstante, el establecimiento de *convenios de coordinación* como parte del proceso jurídico de descentralización es un elemento que finalmente afirma el centralismo porque como menciona Mauricio Merino, los convenios a través del *criterio de coordinación* subordinan a las entidades hacia la visión federal.

²⁴⁵ Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, El Catálogo Universal de Servicios de Salud de 2002 comenzó con 78 intervenciones y para 2019 se han incrementado a 294 intervenciones. Véase en Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2019*, <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>

el centralismo es uno de los ingredientes del régimen presidencial mexicano y una de las claves ineludibles del entramado administrativo.²⁴⁶

Ahora bien, desde el punto de vista *normativo*, con la reforma del 29 de noviembre de 2019 a la Ley General de Salud, se resta capacidad a los Estados, sin embargo, contrario a lo que podría interpretarse como un aparente retroceso de la tendencia descentralizadora, en realidad sólo forma parte de *la pérdida de una competencia operativa* en salubridad por parte de las autoridades locales sanitarias.

Lo anterior, porque en materia de salud general las entidades federativas no cuentan con facultades originarias, sino que, son delegadas y subordinadas al control, supervisión y coordinación de la federación, tareas correspondientes al Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud y el Consejo General de Salud por medio de la Ley General de Salud y la Constitución.

De forma inicial, el presente trabajo comenzó con la afirmación, respecto que, la desaparición de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud acentuaba la tendencia centralista en el sector salud al limitar las competencias de las entidades federativas, sin embargo, como resultado del estudio obtenido en los objetivos establecidos como: el análisis de las características de las tendencias centralistas, la explicación las facultades de la federación en el sector salud, el análisis de los límites de las facultades estatales respecto la federación en el sector salud y la explicación de las características que conforman el modelo descentralizador en el sector salud, se pudo concluir, que los cambios provocados por la mencionada reforma, no conforman un retroceso, simplemente, forma parte de *la pérdida de una competencia operativa* en salubridad por parte de las autoridades locales sanitarias, las cuales nunca pierden su naturaleza federal.

²⁴⁶ Merino, Mauricio, *Op. Cit.*, p. 398,

La creación de la Ley General de Salud, y, por tanto, de la descentralización en los servicios fue creada como estrategia para revertir el evidente fenómeno de la centralización. Entonces, el orden jurídico constitucional fue planteado con el objetivo de redistribuir competencias que regresarían funciones a los estados y municipios, sin embargo, el papel de la federación seguiría como elemento conductor.

Es importante recordar que la conformación de la descentralización en los servicios de salud, cumplió con otra de sus finalidades establecidas al lograr aumentar la cobertura a personas que carecían de seguridad social, motivo por el que autores como Octavio Gómez-Dantés y Julio Frenk, afirman que, México contaba con un sólido sistema de salud²⁴⁷. No obstante, los retos y deficiencias presentadas por el seguro popular provocaron que *la federación hiciera uso de facultades constitucionales para retomar y reestructurar* la estrategia para alcanzar un efectivo *sistema universal de salud*.

Es cierto que la meta para lograr un sistema universal de salud no es una tarea sencilla porque presenta retos como la homogenización jurídica. Lo anterior, al considerar los distintos beneficios y estructuras administrativas que construyen las instituciones de salud.

Finalmente, como se verá en el capítulo cuarto, a través del análisis de datos, el sistema de protección social en salud en conjunto con el seguro popular *reforzó las estructuras jurídicas que desarrollan el derecho de protección a la salud, no obstante, existieron retrocesos en cuestión de inversión presupuestal lo que hizo disminuir su efectividad*.

²⁴⁷Gómez-Dantés, Octavio y Frenk, Julio, "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud", *Op. Cit.*, p. 209

CAPÍTULO CUARTO

EL PAPEL DEL ESTADO SOCIAL CONSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

4.1 Marco de referencia internacional del derecho de protección a la salud desde la progresividad.

En México, el Estado social comienza con la búsqueda del Estado de bienestar, el cual, busca la positivización de los derechos sociales en la Constitución, no obstante, el contexto jurídico en el cual se desarrollaban los derechos hizo difícil su realización, siendo que, su cumplimiento giraba en torno a la voluntad política. Por supuesto, tras la reforma de 2011 se puede observar un derecho social resguardado bajo la protección de los derechos humanos, es decir, que los derechos sociales responderán, se desarrollarán, complementarán y serán protegidos de acuerdo lo establecido por el orden constitucional, entre los cuales, se encuentran los parámetros establecidos por los tratados internacionales.

Dentro de los tratados internacionales que brindan protección en materia de salud, los cuales se pueden encontrar en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se considera a la salud como uno de los derechos para llegar a obtener un nivel de vida adecuado.

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, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios

de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.²⁴⁸

En una descripción más extensa del derecho a la salud se encuentra el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en este ordenamiento se reconoce el derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible.

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.²⁴⁹

Ahora bien, dentro de los elementos que conforman el derecho a la salud se encuentran los parámetros que indica el artículo 26 de la Convención Americana de los Derechos Humanos.

En este ordenamiento se mencionan los parámetros con los cuales los Estados partes darán cumplimiento a los derechos económicos, sociales y culturales, entre estos, se encuentra la obligación de adoptar disposiciones, ya sea, desde el aspecto económico o técnico para lograr *progresivamente la plena efectividad* de los derechos, Por supuesto, el ordenamiento hace la aclaración que estas disposiciones se realizarán por vía legislativa u otros medios que los recursos disponibles permitan dentro de cada estado.

Artículo 26. Desarrollo Progresivo

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr

²⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, artículo 25, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

²⁴⁹ Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966, Artículo 12, <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.²⁵⁰

A lo mencionado en el *amparo en revisión 378/2014 respecto los “deberes constantes”* por parte del Estado, Mariana Blengio Valdés coincide con esta idea y cita un apartado de la sentencia *Cuscul Pivara y otros vs Guatemala*. En la sentencia mencionada, se indica como elemento fundamental para lograr la progresividad “la prohibición a la inactividad de Estado” en su tarea de implementar acciones para la efectiva protección de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, sobre todo en materias donde la ausencia de acciones puede causar daño en la vida e integridad.²⁵¹

Como hemos expresado esta interpretación resulta innovadora. Abre en definitiva las puertas a un nuevo aspecto que potencia la justiciabilidad del derecho humano a la salud en su carácter de derecho de naturaleza económica y social y determina la obligación de progresividad prohibiendo la inactividad del Estado en su tarea de instrumentar acciones para la efectiva protección de esto [sic] derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección

²⁵⁰ Organización de los Estados Americanos, Convención Americana de Derechos Humanos, 1981, artículo 26, https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Regionales/Convencion_ADH.pdf

²⁵¹ Blengio Valdés, Mariana, “Principio de Progresividad en relación al derecho a la salud y sus consideraciones desde la ética y el derecho”, *Revista de derecho público*, Uruguay, año 27, núm. 54, diciembre de 2018, p. 126, <http://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/108/78>

estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o a su integridad personal.²⁵²

De igual forma, dentro del desarrollo de la sentencia *Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala*, para describir las obligaciones progresivas de los Estados, se refiere al término “deberes constantes del Estado” que en realidad se interpreta como la *prohibición de la inactividad del Estado*, en la cual, dicha actividad se relaciona e interpreta en conjunto a con el elemento “tiempo razonable” sin que medie como justificación para su incumplimiento los recursos limitados.

Para dar más claridad respecto al caso *Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala*, esta sentencia hace referencia a 34 personas que actualmente viven con Virus de Inmuno-Deficiencia Humana (VIH) y 15 personas que vivieron con la enfermedad, pero han fallecido. En dicho caso, las violaciones destacables, por su relación con la progresividad, serán la falta total de atención médica a los enfermos con VIH de forma previa a los años 2006-2007 y por la deficiente atención médica recibida con posteridad a esos años.²⁵³

Durante el desarrollo de la sentencia, se menciona que las 49 personas fueron diagnosticadas con VIH al menos entre los años 1992-2004, en esos momentos, la mayoría de ellos no recibió atención médica estatal. Durante ese periodo, una parte de esas personas contrajo enfermedades oportunistas y en algunos casos se presentaron fallecimientos, los pacientes eran personas de escasos recursos, de baja escolaridad, mujeres embarazadas, o bien, que vivían alejadas de las clínicas para recibir atención médica.

Por lo anterior, la Corte Interamericana de Derechos Humanos determinó que el Estado es responsable de la *violación del derecho a salud* por la falta de atención

²⁵² *Ibidem*, p. 127.

²⁵³ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, sentencia de 23 de agosto de 2018, p. 11-12, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

médica, así como la *violación al principio de progresividad* por las medidas regresivas adoptadas en detrimento a la plena efectividad del derecho a la salud.²⁵⁴

Cabe mencionar que, como parte de la defensa por parte del Estado de Guatemala, se manifestó que, aunque el cumplimiento progresivo se refiere tanto a parte curativa como preventiva de toda la población, se debe considerar que la realización de los derechos sociales dependerá de la situación económica de cada Estado.²⁵⁵ Con lo anterior, se observa cómo en confrontación las obligaciones de carácter progresivo del Estado con la limitada cantidad de recursos de un país. Por las manifestaciones realizadas por parte de Estado de Guatemala, la Corte menciona que, por supuesto, las obligaciones de carácter progresivo no podrán lograrse en un breve periodo de tiempo, por lo que, las obligaciones de carácter progresivo requieren de un *dispositivo flexible* que refleje las realidades del mundo, entre ella, la realidad económica.²⁵⁶

Sin embargo, el tribunal también menciona que dentro de la obligación progresiva respecto los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, será necesario, la realización *continua de las acciones* para la consecución del pleno goce de esos derechos. De acuerdo a esta lógica, la obligación progresiva *prohíbe la inactividad del Estado* en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral, por lo que, la ausencia de protección estatal coloca a las personas a sufrir daño en su vida o integridad personal.²⁵⁷

Con el argumento referente a la obligación constante de actividad por parte del Estado para cumplir con la progresividad de los derechos, la Corte considera que el Estado de Guatemala incumple con sus obligaciones de *facto* y *de iure* al no contar con políticas públicas o programas para cumplir con la plena efectividad.

²⁵⁴ *Ibidem*, p.22.

²⁵⁵ *Ibidem*, p.24.

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 52.

²⁵⁷ *Ibidem*, p. 54.

Por ende, la Corte considera que el Estado incumple sus obligaciones convencionales de realización progresiva al no contar con políticas públicas o programas que de facto –y no sólo de jure– le permitan avanzar en el cumplimiento de su obligación de lograr la plena efectividad del derecho a la salud.²⁵⁸

Lo anterior, porque la Corte considera que existió *inactividad* por parte del Estado de Guatemala, siendo que, a pesar de la implementación de leyes y programas diseñados para las personas que viven con VIH, el Estado *no proveyó de medicamento antes del año 2004* para garantizar el derecho a las víctimas, por lo que, al transcurrir un periodo de 12 años con una nula atención médica y la falta de servicio dentro de un plazo razonable, el Estado cae en inactividad. En consecuencia, la atención médica se confió durante ese periodo a organizaciones no gubernamentales.

De esta forma, la Corte considera que la inacción por parte del Estado, antes del año 2004, constituyó un incumplimiento de las obligaciones estatales en materia de protección progresiva del derecho a la salud, en violación al artículo 26 de la Convención Americana.²⁵⁹

Respecto la concepción de la prohibición del Estado ante la inactividad de tiempo, María Barroco, Pablo Colmegna y Liliana Ronconi agregan que, es tarea del Estado implementar acciones para la efectiva protección, sobre todo, en aquellas materias en donde si existe ausencia total de la protección estatal se podría colocar a las personas ante la inminencia de sufrir daños a su vida o integridad personal.²⁶⁰

²⁵⁸ *Ídem.*

²⁵⁹ *Ídem.*

²⁶⁰ Barroco, María et al, “Progresividad y no regresividad: reflexiones a la luz de las sentencias Poblete Vilches Y Cuscul Pivaral de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, en Morales Antoniazzi, Mariela et al, *Interamericanización de los DESCAs el caso Cuscul Pivaral de la Corte IDH*,

Para observar los efectos que provoca la inactividad estatal sobre un derecho fundamental es necesario poner de manifiesto las consecuencias negativas que sufrieron los demandantes ante la falta de medicamento en el caso *Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala*. En dicha sentencia se menciona que, a pesar que las víctimas fueron diagnosticadas con VIH en el año 1992, no fue hasta 2004 que comenzaron a recibir tratamiento antirretroviral y otros productos farmacéuticos, sin embargo, el tratamiento para personas con VIH requiere de cantidades suficientes de antirretrovirales y otros productos farmacéuticos para enfermedades oportunistas.²⁶¹

De igual manera, María Barroco, Pablo Colmegna y Liliana Ronconi describen la concepción de progresividad como una obligación *concreta y constante* para avanzar lo más expedita y eficazmente hacia la plena efectividad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales dentro de un *periodo razonable de tiempo*, cabe aclarar, que dicha descripción es citada por los autores del *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Es importante destacar que, dentro de la descripción por María Barroco, Pablo Colmegna y Liliana Ronconi la concepción “obligación concreta” implica que las obligaciones de los Estados, para avanzar de forma efectiva, deben tener *contenido específico*.²⁶²

Para dar más claridad respecto el término “obligaciones concretas”, se usará de acuerdo en lo qué consistió en el caso *Poblete Vilches y otros vs Chile del año 2016*. Dicha sentencia gira en torno a un adulto mayor de nombre Vinicio Antonio Poblete Vilches, el cual, ingresó en dos momentos al Hospital público Sótero del Río y que finalmente en el segundo ingreso, falleció.

Durante el primer ingreso en fecha 23 de enero de 2001, el paciente se le diagnostico *insuficiencia respiratoria grave*, por lo que, él posteriormente fue

México, Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, México, 2020, p.338, https://www.mpil.de/files/pdf6/Interamericanizacion_de_los_DESCA..pdf

²⁶¹ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, *Op. Cit.* p. 45.

²⁶² Barroco, María, *et al*, *op. Cit.*, pp. 336, 338.

trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos y de manera consecutiva, fue sometido a una operación quirúrgica (sin consentimiento de sus familiares o del paciente). La culminación del primer ingreso fue en fecha 2 de febrero de 2001 cuando el hospital dio de alta al paciente.

Al momento de llevarse al paciente, los familiares del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches lo notaron en mal estado, siendo que, el paciente presentaba fiebre elevada, pus en las heridas y solo una de sus tres heridas estaba suturada, sin embargo, nadie los atendió. Posteriormente, a causa del mal estado de salud del señor Poblete Vilches, nuevamente los familiares en fecha 5 de febrero de 2001 lo trasladaron al hospital y en ese momento el señor fue atendido dentro del servicio de urgencias. Durante la estancia del señor Poblete en urgencias su diagnóstico inicial fue una “simple bronconeumonía”, sin embargo, de acuerdo a la ficha clínica del hospital, el paciente requería ingresar la unidad de Cuidados Intensivos y contar con apoyo de un ventilador.

Durante el segundo ingreso, el señor Poblete permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica, no obstante, dicha área no contaba con respiradores mecánicos, razón por la cual, de acuerdo al estado gravedad del señor Poblete era necesario estar en la Unidad de Cuidados Intensivos Médica. Posteriormente, en fecha 7 de febrero de 2001 el paciente falleció por un shock séptico y una bronconeumonía bilateral.²⁶³

En este caso particular, aunque la Corte destaca elementos como la falta de consentimiento informado, falta de diligencia y la discriminación al momento de brindar el servicio médico, la ausencia de desarrollo progresivo del derecho a la salud por parte del Estado se encuentra en *la falta de insumos* en el Hospital público, mismos que, eran de uso fundamental para atender adecuadamente al paciente durante su segundo ingreso.

²⁶³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, marzo, 2018, p. 15-19, https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf

Ahora bien, en relación al elemento “obligaciones concretas” que es agregado para determinar la progresividad, es visible en este caso cuando dentro de los alegatos realizados por parte del Estado Chileno, mencionaron que, si bien aceptaban de forma parcial la violación del derecho a la salud, que no era posible imputar el fallecimiento del señor Poblete Vilches al Estado, siendo que, se habían tomado varias medidas para garantizar el desarrollo progresivo de los derechos sociales.

iii) [n]o se puede imputar el fallecimiento del señor Poblete Vilches al Estado de Chile, por cuanto su muerte es atribuible a su grave estado de salud; iv) [q]ue Chile, a la luz del artículo 26 de la Convención, sí ha adoptado diversas medidas para garantizar el desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud;²⁶⁴

De igual forma, en el apartado VII-1 de la sentencia, se cita al Estado diciendo que no se puede probar el incumplimiento de la obligación respecto la adaptación de medidas para el desarrollo progresivo del derecho a la salud, siendo que, se han realizado numerosos programas, leyes y medidas administrativas.²⁶⁵ Sin embargo, en respuesta a lo mencionado por el Estado la Corte menciona que el contenido del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos respecto la adopción de medidas generales de manera progresiva, se entenderán como obligaciones concretas y constantes hacia la plena efectividad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales.²⁶⁶

Por lo anterior y de acuerdo a la obligatoriedad progresiva que indica el artículo 26 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, la Corte señala que para lograr dicho desarrollo progresivo, las obligaciones que tendrán los Estados parte deberán contar con contenido específico y en un tiempo razonable,

²⁶⁴ *Ibidem*, p. 9.

²⁶⁵ *Ibidem*, p. 27.

²⁶⁶ *Ibidem*, p. 33.

es decir, que en ningún momento los Estados puedan aplazar dichas obligaciones de forma indefinida.²⁶⁷ Por lo anterior, que no importa si el Estado Chileno contaba con numerosos programas, leyes y medidas administrativas si dichas acciones no garantizaban el derecho a la salud.

Finalmente, es posible observar que el desarrollo del derecho de protección a la salud se complementa con elementos descriptivos del ordenamiento internacional, en el cual, elementos como la progresividad juegan un papel fundamental dentro de la actuación de los Estados, siendo que, la progresividad indica parámetros de actuación *que incentivan, promueven y evalúan* el desarrollo de las leyes, de la planificación monetaria o de la creación de políticas públicas realizadas por los Estados con la finalidad de dar cumplimiento a los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales.

4.1.1 Observaciones internacionales en materia de salud.

El derecho de protección a la salud que se encuentra dentro del artículo 4 constitucional se interpreta en relación a parámetros previstos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos Humanos, las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Sin embargo, dicho derecho al ser parte de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales es principalmente interpretado por la *Observación General 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Éste es un documento emitido por el Comité que es un organismo especializado que describe con precisión cómo es que los Estados parte darán cumplimiento al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Ahora bien, la Observación General 14 se divide, en su descripción exhaustiva en los siguientes apartados:

1. Contenido normativo del artículo 12.

²⁶⁷ *Ibidem*, 34.

2. En las obligaciones de los Estados parte.
3. En las violaciones por parte de los Estados.
4. En la aplicación en el plano nacional.
5. En las obligaciones de los distintos actores de los Estados parte.

Respecto al punto 1, referente al “contenido normativo” del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se indica, que es imposible garantizar la buena salud, siendo que, en el estado de salud juegan factores genéticos, la propensión individual a una afección o un estilo de vida poco sano, 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 necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.²⁶⁸

Durante la aplicación del derecho a la salud, los Estados parte tendrán que tomar cuenta cuatro elementos inter relacionales, los cuales son:

1. La disponibilidad: consiste en que el Estado parte debe contar un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, centros de salud y programas adecuados.
2. Accesibilidad: consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud de los Estados deben ser accesibles para todos, de igual forma, la accesibilidad se divide en cuatro dimensiones:
 - 2.1 No discriminación: consiste en que los establecimientos sean accesibles de hecho y derecho, en el cual, se deben incluir a los sectores vulnerables y marginados de la población.

²⁶⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14, 2000, p. 3, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

2.2 Accesibilidad física: consiste en que los establecimientos deberán contar con alcance geográfico razonable de todos los sectores, particularmente, hacia los grupos vulnerables o marginados en conjunto con servicios básicos determinantes para la salud para todos.

2.3 Accesibilidad económica: consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, estos incluyen, los pagos por servicios y atención médica, además, los servicios relacionados con la salud tendrán que basarse en el principio de equidad para asegurar servicios públicos y privados para todos.

2.4 Acceso a la información: corresponde al derecho a solicitar, recibir y difundir ideas respecto las cuestiones de salud sin menoscabar datos personales y confidencialidad.

3. Aceptabilidad: Consiste en que todos los establecimientos, bienes y servicios tendrán que ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

4. Calidad. Consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y cultural, dichos establecimientos deberán contar con personal médico capacitado, medicamentos, equipo hospitalario científicamente aprobado y agua potable.²⁶⁹

De los apartados anteriores, a continuación, se debe hacer una aclaración en los referentes a los rubros de “disponibilidad” y “calidad”, al traer nuevamente el caso Poblete Vilches y otros vs Chile, en el que la concepción referente a la

²⁶⁹ *Ibidem*, p. 4-6.

“disponibilidad” implica que los servicios de salud deben contar con establecimientos, bienes y servicios suficientes, mientras que, la concepción de “calidad” se refiere a *apropiados*. Durante la sentencia mencionada, la Corte indicó que el Estado es responsable de regular los servicios médicos públicos-privados y que, entre ellos, se encuentra la prestación de urgencias médicas. Por lo anterior, de acuerdo a la observación mencionada se determinó que, al hablar de infraestructura adecuada y necesaria para satisfacer las necesidades básicas y urgentes, se debe interpretar que el Estado debe contar con *cualquier tipo de herramienta, soporte vital y recursos humanos calificados*.²⁷⁰

En el mencionado caso, durante el segundo ingreso del señor Poblete Vilches al Hospital Sótero de Río, no se *contaba* con un espacio en la unidad de cuidados intensivos, por lo que, se provoca la *falta de tratamiento y asistencia intensiva apropiados* (falta de respirador mecánico), así como la *omisión de dispensar* hacia otro centro médico. Dicha omisión, trasgrede la calidad y disponibilidad de los servicios médicos, siendo que, el hospital no provee de espacios y herramientas básicas para sobrevivir.²⁷¹

Otro ejemplo respecto a la calidad y disponibilidad en los servicios de salud, es el caso Cuscul Pivaral y otros vs Guatemala, en el cual las personas infectadas con VIH no recibieron tratamiento hasta después de 2004, por supuesto, la gravedad de la falta de medicamentos radica, en que, durante la aplicación del tratamiento para personas con VIH se requiere de cantidades suficientes como son, los antirretrovirales y otros productos farmacéuticos para la prevención de enfermedades oportunistas.

En referencia al *suministro inadecuado, irregular o nulo* de los antirretrovirales, la Corte determinó que el Estado incumplió con su deber de

²⁷⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, *Op. Cit.* p. 40.

²⁷¹ *Ibidem*, p.41.

garantizar el derecho a la salud, siendo que, sus omisiones son incompatibles con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de la atención a la salud.²⁷²

Ahora bien, de vuelta al contenido de la Observación General 14, en dicho documento, en el apartado de “contenido normativo del artículo 12” se menciona como “Temas especiales de alcance general” el apartado referente a “No discriminación e igualdad de trato”. Dicho apartado se refiere a la prohibición a todo tipo de discriminación en lo referente al acceso a la salud, en el que, se considera que los Estados deben evitar discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión pública o de otra índole, *posición social, situación económica*, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, orientación sexual o de situación económica o social.²⁷³

Por otro lado, en el punto 2 relacionada a “obligaciones de los Estados partes”, se menciona que la realización del derecho a la salud debe ser progresiva, y como ya se había mencionado, dicho elemento se refiere a que la obligación de los Estados parte debe ser concreta y constante avanzando lo más expedita y eficazmente posible.²⁷⁴

De igual manera, dentro del punto 2, se encuentra el apartado denominado “obligaciones básicas”, en el cual, menciona que los Estados tienen la obligación de asegurar como *mínimo la satisfacción esencial* de los derechos como lo es la atención primaria básica, Para lograr dicha satisfacción esencial, entre otras obligaciones, se encuentra la de “Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados”²⁷⁵ y por supuesto, “velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud”²⁷⁶

²⁷² Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Cuscul Pivara y otros vs. Guatemala, *Op. Cit.* p. 47.

²⁷³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14, *Op. Cit.* p. 8.

²⁷⁴ *Ibidem*, p. 12.

²⁷⁵ *Ibidem*, p. 17.

²⁷⁶ *Ídem*.

Ahora bien, en el punto 3 se encuentra el referente a “violaciones”, se destina a mencionar cuáles son las acciones u omisiones que equivalen a una violación respecto el derecho de protección a la salud, entre estas se encuentra cuando los Estados no se encuentren dispuestos a utilizar el máximo de recursos para implementar medidas que brinden efectividad.

De igual forma, en el párrafo 47 de la Observación General 14, se considera violación por acción directa cuando el Estado no reglamenta lo suficiente, por ejemplo, la suspensión de legislación o la promulgación de legislación manifiestamente incompatible con las obligaciones legales nacionales e internacionales. También se considera una violación *los actos por omisión*, mismo que se encuentran cuando el Estado no adopta medidas apropiadas para dar efectividad al derecho universal a la salud, como el no hacer cumplir las leyes pertinentes.²⁷⁷

Y dentro del punto 4, la cual, se denominada “aplicación en el plano nacional” en su apartado “legislación marco” menciona que, los estados tendrían que adoptar medidas apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud frente sus circunstancias específicas. Por lo anterior, será necesario adoptar una estrategia nacional, la cual, tendrá que basarse en principios de derechos humanos, formular políticas y establecer indicadores,²⁷⁸ además, dicha estrategia tendrá que basarse en los principios de rendición de cuentas, transparencia e independencia judicial.

Como se ha mencionado, en los documentos de carácter internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos Humanos, las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales son de utilidad para evaluar, fomentar la promoción y determinar el alcance de los derechos.

²⁷⁷ *Ibidem*, p. 19

²⁷⁸ *Ibidem*, p. 20.

En el campo de salud, es necesario remitirnos nuevamente a la *Observación General 14*, documento que, otorga indicadores que permitirán la vigilancia nacional e internacional de todas las estrategias nacionales implementadas. Para la evaluación que determine el alcance, dificultades y logros del artículo 12 se solicitarán informes de manera periódica, los cuales, consisten en un examen conjunto entre el Estado y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.²⁷⁹

Las evaluaciones encargadas para determinar el alcance, problemas y logros de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en México es una tarea realizada por el Grupo de trabajo del Protocolo de San Salvador en el documento denominado “Observaciones finales a los Estados Unidos Mexicanos”. El Grupo de trabajo realiza un documento que sintetiza los resultados del proceso de monitoreo, esto, en cuanto al cumplimiento de todas las obligaciones y entre ellos, el cumplimiento del derecho a la salud²⁸⁰. Las observaciones realizadas se dividen en secciones, de las cuales nos gustaría destacar las siguientes:

1. Recepción del Derecho: los indicadores nos permiten, identificar información sobre la forma en que cada derecho social se encuentra incorporado en el sistema legal y de las políticas públicas, así como los resultados generales de su garantía.²⁸¹
2. Contexto financiero y presupuestal: los indicadores se orientan a valorar, la disponibilidad efectiva de los recursos financieros del Estado hacia el gasto público social, como sus compromisos presupuestarios.²⁸²

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 21.

²⁸⁰ En las evaluaciones realizadas por el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador se utiliza el término “derecho a la salud” y no el de “derecho de protección a la salud”.

²⁸¹ Sistema Nacional de Evaluaciones de Derechos Humanos, Recepción del derecho en salud, <https://snedh.segob.gob.mx/>

²⁸² Sistema Nacional de Evaluaciones de Derechos Humanos, contexto financiero y presupuestal en salud, <https://snedh.segob.gob.mx/>

3. Capacidades estatales: los indicadores incorporan, aspectos instrumentales y la disponibilidad de recursos al interior del aparato estatal para la atención de los derechos.²⁸³

En la evaluación realizada por el Grupo de trabajo en el año 2016, dentro del apartado “*recepción del derecho*”, se reconoció la importancia del programa denominado *Seguro Popular* en el Estado mexicano, al mismo tiempo, se recomienda continuar con los reportes de cobertura que maneja el programa, de esta forma, con ayuda de los reportes será posible medir los niveles de progresividad y prohibición de regresividad del derecho a la salud.²⁸⁴

De igual manera, dentro del apartado “*recepción del derecho*” el Grupo de trabajo mencionó como un suceso relevante el número de afiliados en el Seguro Popular, el cual cuenta con la cantidad 43, 518,719 personas en el año 2010 cantidad que según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) se encuentra cubriendo al 38% de la población total en el año 2010 y para el año 2016, las personas afiliadas al seguro popular era un aproximado a 57 millones, dicha cantidad es el proporcional al 45% de la población total²⁸⁵. No obstante, en el aumento al número de afiliados, el Estado *no consignó el presupuesto correspondiente* al porcentaje requerido.²⁸⁶

El documento realizado por el Grupo de trabajo en el año 2020 menciona, dentro del apartado de “*recepción del derecho*”, que se presentó aumento de cobertura, toda vez que, en el año 2010 el porcentaje de la población total que se encontraba afiliada al Seguro Popular era de 23.30% y tan solo en cinco años aumento al 41.00%. De igual manera, dentro del mismo apartado, se reitera que el

²⁸³ Sistema Nacional de Evaluaciones de Derechos Humanos, capacidades estatales en salud, <https://sneh.segob.gob.mx/>

²⁸⁴ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, Observaciones finales a los Estados Unidos Mexicanos, Washington, D.C., 2016, p. 11, <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/observaciones-finales-gtpss-mexico.pdf>

²⁸⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, *Op. Cit.*, p. 2 https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

²⁸⁶ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, 2016, *Op. Cit.*, pp.11-12.

Estado debe informar la cobertura específica, por lo que, será necesario diferenciar por poblaciones, jurisdicciones y por supuesto, determinar cuáles son los niveles de atención que abarcan.²⁸⁷

Ahora bien, es importante indicar que las cifras que son mencionadas dentro de las observaciones realizadas por el Grupo de trabajo durante el año 2020, son respaldadas por la plataforma del Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos²⁸⁸, sin embargo, dichos datos no coinciden con la evaluación realizada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Lo anterior, porque de acuerdo a la evaluación de este organismo, en el año 2010, se encontraba registrada la cantidad aproximada de 44 millones de afiliadas al Seguro Popular, lo cual representaba el 38% de la población, mientras que, en el año 2015 se encontraban afiliadas aproximadamente 57 millones de personas, cifra que es proporcional al 47% de la población.

Ahora bien, como dato adicional a la evaluación realizada por el CONEVAL para el año 2019 la cantidad de personas afiliadas fue un aproximado a 51 millones de personas, cifra que, representa el de 41% de la población total.²⁸⁹ Al análisis de los datos, las cifras del CONEVAL son más favorables al Estado mexicano en lo que es representativo de la falta de transparencia cuando no se cumple con la tutela de los derechos²⁹⁰. De igual manera, es importante señalar que la incongruencia de

²⁸⁷ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, Observaciones finales a los Estados Unidos Mexicanos, 2020, pp. 20-21, http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/InformeObservacionesRecomendacionesMexico_3ciclo.pdf

²⁸⁸ “La plataforma del Sistema Nacional de Evaluación del Nivel de Cumplimiento de los Derechos Humanos (SNEDH) es una herramienta desarrollada conjuntamente por la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Coordinación de Estrategia Digital Nacional de la Presidencia de la República y el Programa Universitario de Derechos Humanos de la Universidad Nacional Autónoma de México” Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, véase Sistema Nacional de Evaluaciones de Derechos Humanos, Acerca de, en <https://snedh.segob.mx/acerca.php>

²⁸⁹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI, *Op. Cit.*, p. 2

²⁹⁰ Dada la importancia de estos organismos para combatir la pobreza y la desigualdad a partir de los cuales se instruyen programas de acción concretos y eficientes en el año 2014 el CONEVAL se convirtió como organismo constitucional autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio véase en Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/Conocenos/Paginas/Creacion-del-Coneval.aspx>

datos genera incertidumbre en los organismos nacionales e internacionales, la academia y todo aquel que pretende evaluar su cumplimiento.

Finalmente, en dentro del rubro de “*recepción del derecho*” de acuerdo al Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos dentro del apartado “Tratados internacionales”, menciona que, a la fecha el Estado mexicano no ha ratificado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.²⁹¹

En el apartado denominado “*contexto financiero*”, el Grupo de Trabajo advierte al Estado mexicano que resulta insuficiente para cubrir las demandas de la población el 3% del Gasto Público como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), por lo que, insta al Estado para que evalúe un aumento.²⁹² De igual forma, en el mismo apartado pero dentro de las observaciones del año 2020, el Grupo de Trabajo acoge con satisfacción la información sobre el aumento del gasto público per cápita y al presupuesto destinado en recursos humanos en salud, sin embargo, se reitera su observación respecto al incremento en el porcentaje del Producto Interno Bruto, siendo que, el monto aún no supera el 3% y dicha cifra se considera insuficiente para cubrir todas las necesidades, especialmente con la actual pandemia por COVID-19.²⁹³

A la insuficiencia financiera mencionada por el Grupo de Trabajo, se añaden los datos arrojados por el Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, se puede apreciar un desequilibrio en el gasto utilizado hacia personas con seguridad social *contra* el gasto utilizado a la población sin seguridad social. Dicha situación, no solo resulta en la diferencia de asignación de recursos, sino también, en la cantidad dinero destinada por persona.

²⁹¹ Sistema Nacional de Evaluaciones de Derechos Humanos, recepción de derecho en salud, Matriz estructural, <https://snedh.segob.gob.mx/>

²⁹² Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, 2016, *Op. Cit.*, p. 12.

²⁹³ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, 2020, *Op. Cit.*, p. 22.

De acuerdo al Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, en el año 2015 se destinó la cantidad de \$308,389,910.3 millones de pesos para la población con seguridad social con 54,633,558 personas afiliadas, ya sea, personas afiliadas al IMSS, ISSSTE, ISSSFAM, Salud de PEMEX,²⁹⁴ mientras que, el gasto destinado a la población sin seguridad social, es decir, Gasto Estatal en Salud, Gasto del Ramo 12 (seguro popular), Gasto Fassa (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud)²⁹⁵, IMSS-oportunidades²⁹⁶, SEDENA, SEMAR sumó la cantidad de \$262,498,583.8 millones de pesos.²⁹⁷ Lo anterior, a pesar de que el número de afiliadas al seguro popular en ese año eran 49,018,903 respecto del total de la población, que eran 119,530,753 personas.²⁹⁸

Una manera crítica de aproximarse al fenómeno es que se percata, de acuerdo con las cifras arrojadas por el Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, que el término universal es empleado de manera estratégica, esto cuando dentro de los dos grandes grupos de población (personas con seguridad social y población abierta), se le asigna menor cantidad de presupuesto a quienes corresponden a la población abierta. Por lo que el primer grupo, correspondiente a la población que se atiende por las aportaciones patronales a los institutos de seguridad social, como se mencionó, contaron el año 2015 con la cantidad de

²⁹⁴ Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, Gasto público en salud per cápita para población asegurada, 2010-2016, <https://snedh.segob.gob.mx/indicadores.php?codigo=PUDH:INDI:SfP02a#derechoSalud&salud2>

²⁹⁵ “El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) tiene como principal objetivo aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social que incluya el acceso a servicios de salud.” véase en Secretaría de Salud, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), 2015, <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

²⁹⁶ “IMSS-Oportunidades es un Programa de salud del Ejecutivo Federal, administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que promueve el derecho a la salud y el bienestar individual y colectivo de los mexicanos que no cuentan con acceso a los Servicios de Seguridad Social en zonas rurales y urbano-marginadas, usualmente identificada como población abierta; es decir, cualquier persona puede acudir en demanda del servicio.”, Instituto Mexicano del Seguro Social, Documento de posición institucional, 2009, https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/3669.pdf?view=true

²⁹⁷ Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, Gasto público en salud per cápita para población no asegurada, <https://snedh.segob.gob.mx/indicadores.php?codigo=PUDH:INDI:SfP02b#derechoSalud&salud2>

²⁹⁸ Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, Porcentaje de la población afiliada al seguro popular, <https://snedh.segob.gob.mx/indicadores.php?codigo=PUDH:INDI:SaP01b#derechoSalud&salud1>

\$308,389,910.3 millones de pesos. Mientras que, aquellos grupos que pertenecían al Sistema de Protección Social en Salud, en conjunto con otros sistemas de salud abierta como el gasto FASSA y el programa IMSS oportunidades en conjunto con otros sistemas de salud, recibieron \$45,891,326.5 millones de pesos menos.

En el apartado de “capacidades estatales” del año 2016, el Grupo de Trabajo mencionó con satisfacción los indicadores respecto los médicos y enfermeras por habitante excepto en el caso de partos atendidos por profesionales.²⁹⁹ Sin embargo, el mismo rubro, en la evaluación del año 2020 el Grupo de Trabajo se resalta la falta latente de profesionales de la salud, especialmente de las carreras de medicina y enfermería.³⁰⁰

De igual manera, en el apartado de “capacidades estatales” del año 2020, el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador observó con preocupación la falta de información suficientemente actualizada, dicha recomendación, es esencial para contar con antecedentes e información vigente respecto el porcentaje de la población con acceso a medicamentos esenciales, oncológicos, retrovirales y genéricos, así como, las disparidades entre el sector público-privado y en el gasto-cobertura, sin mencionar, la necesidad de contar con información que señale la cantidad de médicos por habitante.³⁰¹

Por último, en cuanto al documento realizado por el Grupo de Trabajo, una importante recomendación realizada en el año 2016, es cuando se insta al Estado para fortalecer el accionar en materia de salud, siendo que, el sistema de salud en todo momento debe considerarse dentro los estándares de universalidad, accesibilidad, adecuabilidad y adaptabilidad. Por lo anterior, se recomienda al Estado mexicano intensificar las políticas y acciones para asegurar el acceso de

²⁹⁹ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, *Op. Cit.*, 2016, p. 12.

³⁰⁰ Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, *Op. Cit.*, 2020, p. 22.

³⁰¹ *Ibidem*, p. 21.

salud universal y de calidad siempre al resguardo de la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad, calidad y aceptabilidad cultural.³⁰²

Entonces, de acuerdo a las evaluaciones realizadas por el Grupo de trabajo respecto el sector salud, el Estado mexicano se le puede reprochar *inactividad en deberes de actuación preestablecidos* y *falta de creación de obligaciones concretas*. A esto debe agregarse no existe información concisa respecto, del porcentaje de población con acceso a medicamentos esenciales, de la disparidad entre el sector público y privado, o bien, de la cantidad de médicos por habitante. Una forma de solventar dicha falta fue la creación del Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, no obstante, la información es muy general y, como se mencionó en páginas anteriores, los datos otorgados no coinciden con las cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social (CONEVAL).

Desde el punto de vista normativo, es decir, en el apartado de “recepción del derecho”, el Estado mexicano cumple con el derecho a la salud, por ejemplo, en la creación de programas sociales o la numerosas leyes a nivel nacional e internacionales que protegen el derecho de protección a la salud, no obstante, el Estado mexicano cae en una omisión de realizar *obligaciones de carácter concreto*, siendo que, de acuerdo al Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos el Estado mexicano no ha ratificado el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

Por último, dentro de las evaluaciones realizadas por el Grupo de trabajo al Estado mexicano y de acuerdo a sus evaluaciones, el programa seguro popular ha caído en aciertos y errores. Lo anterior, porque a pesar de que el programa ha tenido aumento anual en los niveles de cobertura del país, el gasto que destinaba a salud es insuficiente para cubrir con las necesidades. En este apartado, el Estado mexicano es omiso ante sus compromisos internacionales, en particular respecto del Protocolo de San Salvador en razón de que el Grupo de trabajo insto en dos

³⁰² Grupo de trabajo del protocolo de San Salvador, *op. Cit.*, 2016, p. 19.

ocasiones para aumentar el presupuesto. Con la falta de presupuesto se provoca que el Estado mexicano no cumpla con el parámetro de *disponibilidad*, siendo que, no cuenta con personal médico suficiente.

4.2. Derecho de protección a la salud y progresividad en el Estado mexicano

La progresividad en México dirigida hacia el sistema de salud, desde el punto de vista normativo, ha tenido una constante presencia a lo largo de los años, ya que, se han adecuado programas de salud, leyes y reformas constitucionales con el objetivo de favorecer el derecho de protección a la salud. El cimiento que busca favorecer la protección a la salud se observa desde el año 1983, con el reconocimiento constitucional del derecho de protección a la salud.

ARTICULO UNICO. - Se adiciona el Artículo 4°, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con un párrafo penúltimo, que a la letra dice:

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.³⁰³

De manera consecutiva al reconocimiento constitucional del derecho de protección a la salud, se sientan las bases para la creación de la Ley General de Salud de 1983, ordenamiento con el cual se crean los servicios descentralizados en el sector salud, los cuales, entre otras cosas, tienen el objetivo de crear un sistema de salud para la población abierta, que en ese entonces, eran quienes se encontraban vulnerables a comparación de aquellos que gozaban del servicio de

³⁰³ Poder Ejecutivo de la federación, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, artículo 4, 1983, https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/cpeum/decretos_reformas/2016-12/00130125.pdf

salud ante los institutos más importantes del país, ya sea, por parte del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), o bien, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Posteriormente, un cambio importante en el año 2003, dentro de la Ley General de Salud fue la renovación de los servicios descentralizados, en la que, se crea un programa denominado Sistema de Protección Social en Salud, éste busca brindar un modelo de salud que logre otorgar un financiamiento accesible para aquellas personas que necesitan de atención y que se encuentren dentro de la población abierta. Como se había mencionado en el capítulo III, el Sistema de Protección Social en Salud se financiaba de manera tripartita, de manera que, quienes otorgaban los recursos para brindar los servicios de salud provenían por parte de la federación, las entidades federativas y los usuarios.³⁰⁴

En consecuencia, una de las medidas progresivas desde el punto de vista de la accesibilidad económica que logró el Sistema de Protección Social en Salud, se refleja en el año 2003. Lo anterior, porque en el artículo 77 bis 21 de la ley general de salud menciona que para ser beneficiario a los servicios de salud de dicho programa, era necesario realizar el pago de cuotas familiares, no obstante, en el año 2004, dentro del artículo 127 del reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud se establecía como excepción a brindar dicha cuota familiar, al grupo de personas que pertenecían a la población dentro de los niveles socioeconómicos pertenecientes a los deciles I y II.³⁰⁵

Posteriormente, respecto las cuotas familiares, en el año 2016, se aumentó el nivel de accesibilidad económica dentro del Sistema de Protección Social en

³⁰⁴ Poder legislativo, Ley General de salud, México, 2006, artículo 77 bis 11.

³⁰⁵ “Decil de ingreso. Clasificación que ubica a los hogares del país conforme a su ingreso, que permite analizar su concentración de ingreso en una población para valorar equidad o inequidad conforme a la metodología que para el efecto haya realizado el INEGI para determinar el ingreso y gasto de los hogares.” Véase en Secretaría de salud, lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de protección en salud, México, Disposiciones generales, 2005, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2042945&fecha=15/04/2005&print=true

Salud, cuando se amplió el grupo de personas exentas de otorgar la cuota familiar, los cuales, incluían a quienes pertenecían al nivel socioeconómico de los deciles III y IV. De esta manera, únicamente se solicitaba cuota familiar anual a las personas que pertenecían de los deciles V al X.³⁰⁶ Las modificaciones realizadas respecto el pago de cuotas familiares dio la oportunidad de obtener acceso gratuito a los servicios de salud a una mayor cantidad de personas.

De igual manera, en el año 2019 aumentaron los niveles de progresividad respecto el rubro de accesibilidad económica, ya que, en ese mismo año se deroga el rubro correspondiente a las cuotas familiares, en donde, uno de los objetivos principales de dicha modificación es buscar que los servicios de salud sean gratuitos para todas las personas, es decir, sin el uso de deciles. Al considerar lo anterior, que a diferencia del Sistema de Protección Social en Salud la forma de obtener financiamiento para brindar servicios de salud sería únicamente por pagos otorgados entre la Federación y el Estado³⁰⁷, razón por la cual, se brindan servicios de salud gratuitos a todos aquellos que no se encuentran afiliados a alguno de los institutos de salud como el IMSS, ISSSTE e ISSFAM.

Por ello, en el año 2019 el término “progresivo” y “progresividad” se agregan el artículo 77 bis 1, el cual, corresponde a una adición del apartado denominado “De la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social”. En éste, se menciona que la protección a la salud será garantizada en forma gratuita por medio de la prestación de servicios por parte del Estado bajo criterios de universalidad e igualdad para generar condiciones que permitan brindar un acceso gratuito, progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación, así como, de establecer disposiciones

³⁰⁶ Poder legislativo federal, Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social para el ejercicio fiscal 2016, México, artículo 77 bis 25, 2016, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5431525&fecha=31/03/2016#gsc.tab=0

³⁰⁷ Poder legislativo federal, Ley general de salud, México, 2011, Artículo 77.

reglamentarias con criterios que logren alcanzar la progresividad gratuita de los servicios de salud, medicamentos e insumos.³⁰⁸

Es importante señalar que, con este apartado adicionado, se marca el inicio de aquellas disposiciones que cambian la forma de financiamiento del sistema de salud abierta, en comparación de las pautas marcadas por el Sistema de Protección Social en Salud, es decir, la progresividad se inserta en postulados normativos que busquen lograr de manera operativa aquellos criterios que alcancen en todo momento la gratuidad de los servicios sin necesidad de recibir cuotas familiares.

Ahora bien, al hablar de términos de progresividad en el Estado mexicano, no es posible dejar pasar la reforma constitucional de junio del 2011, la cual, comenzó un cambio de paradigma en nuestro país. En dicha reforma, se amplían los criterios de interpretación de los derechos humanos, los cuales, se valorarán de conformidad a la Constitución y los tratados internacionales de la materia y favorecerán en todo momento el ordenamiento que brinde la más amplia protección.

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.³⁰⁹

De esta manera, el apartado del artículo 1° constitucional anterior, complementa el artículo 4° referente al *derecho de protección a la salud*, el cual, en realidad no cuenta con una descripción exhaustiva de los elementos que definan en qué consiste o cómo se puede proteger dicho derecho, por lo que, es posible agregar en todas las actuaciones del Estado, aquellos criterios de interpretación que derivan del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

³⁰⁸ Poder ejecutivo federal, Ley general de salud, México, Diario oficial de la federación, Artículo 77 bis 1, 2019, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019#gsc.tab=0

³⁰⁹ Poder legislativo federal, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2021, Artículo 1, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

Culturales y más específicamente, de los criterios que derivan de la Observación General 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

De forma adicional al apartado anterior, en el año 2011, el artículo 1° constitucional promueve la obligatoriedad del principio de progresividad, el cual, indica que todas las autoridades en el ámbito de sus competencias (se incluye a las autoridades del sector salud), tienen la obligación de promover, respetar y garantizar los derechos humanos de conformidad a los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y por supuesto, de *progresividad*.³¹⁰

Y en el mismo orden de ideas, respecto la obligatoriedad de la progresividad en el sistema de salud, en el año 2020 se agregó al artículo 4° constitucional, que la ley definirá un sistema de salud para el bienestar con la finalidad de garantizar la *extensión progresiva* de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.³¹¹ En adicción al texto anexado, se debe mencionar, que dicho apartado es una referencia a la reforma realizada en el año 2019 a la Ley General de Salud, la cual, busca servicios médicos gratuitos para la población abierta sin necesidad de brindar cuotas familiares.

4.3. Análisis operativo del sistema de salud en México

Como se ha visto a lo largo del documento, nuestro sistema de salud ha presentado diferentes maneras de brindar los servicios de salud, mismos que, se han desarrollado y evolucionado en respuesta a las enfermedades vinculadas hacia el desarrollo industrial y tecnológico como aquellas enfermedades susceptibles de contraerse por la población que vive en condiciones de pobreza.

Esto hace que en los estados menos desarrollados todavía se encuentren enfermedades ya resueltas en las regiones de

³¹⁰ Poder legislativo federal, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2021, Artículo 1, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

³¹¹ Poder ejecutivo federal, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, Artículo 4. *pd*, https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/cpeum/decretos_reformas/2020-05/08052020.pdf

mayor desarrollo, lo que contribuye a la formación de un círculo vicioso de marginación, pobreza y enfermedad.³¹²

De igual forma, se advierte que los servicios de salud se encuentran divididos de acuerdo al tipo población. En otras palabras, al hablar de servicios dirigidos por el sector poblacional, ya sea hacia aquellos que pertenecen al sector formal o, por otra parte, a quienes pertenecen al rubro de la población abierta, es decir la población integrada por el sector informal o bien, que viven en condiciones de pobreza.

Por supuesto, en México se realizaron estrategias con la finalidad de brindar servicios de salud que protegieran a toda la población, las cuales, se construyeron con el establecimiento de servicios de cobertura dirigida a la población abierta, los cuales, se realizarían por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales, no obstante, dicha protección tuvo un *crecimiento asimétrico y heterogéneo, particularmente*, hacia la población abierta, el cual, fue resultado de la *incorporación progresiva* de los diferentes segmentos de la población, esto, sin que se diera primacía a la rectoría y organización del sistema en conjunto.³¹³

A lo anterior, el *crecimiento asimétrico del desarrollo social* se fomentaba tras los altos niveles de *centralización de esfuerzos durante la toma decisiones y distribución de recursos*, aunque es importante precisar que dicha centralización fue un producto de la evolución histórica del país y la conformación de su población.³¹⁴

La autora Erika López asegura que la cobertura brindada hacia la población abierta por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud y otros servicios asistenciales de carácter social puso en evidencia la dificultad para

³¹² Secretaría de Salud, Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios, Diario Oficial de la Federación, México, 1996.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996

³¹³ López García, Erika, "La descentralización de los servicios de salud", *Ars Iuris*, México, núm. 47, 2012, p. 183, <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>

³¹⁴ *Ídem*.

coordinar y normar a todas las instituciones, siendo que estas se caracterizaban por su centralismo y una arraigada independencia entre ellas.³¹⁵

De esta manera, nuestro asimétrico y heterogéneo sistema de salud ha ido evolucionando en busca de la homogenización de servicios. Al revisar los capítulos anteriores del presente trabajo, es posible encontrar una serie de ordenamientos expedidos a nivel nacional e internacional con el fin de alcanzar un sistema de salud universal. Sin embargo, si bien es cierto la existencia de parámetros y creación de planes es relevante para lograr servicios de salud homogéneos, también es de vital importancia confrontar dichas pautas con el funcionamiento y operación de dichos servicios.

Por lo anterior, los siguientes apartados abordarán la operación, funcionamiento y algunos de los resultados más relevantes de nuestro sistema de salud, particularmente, a partir de la descentralización de los servicios de salud, siendo que, con esta estrategia se planteó la búsqueda de un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de toda la población.

4.3.1. Los precedentes de creación de los servicios de salud descentralizados en México

La desproporcionada actuación de las autoridades sanitarias a través de distintos y heterogéneos mecanismos e instituciones se buscó contrarrestar de forma notable durante el periodo del presidente José López Portillo, en parte como resultado de las constantes críticas realizadas hacia el presidente por su pasividad hacia dicho sector, por lo que, se formularon estrategias que permitirían desarrollar mayor protección, en consecuencia, la Coordinación de Servicios de Salud (CSS) propuso reestructurar el fondo de servicios para modernizarlo y racionalizarlo.

De esta manera, la Coordinación de Servicios de Salud diagnósticos como principales problemas: *la falta de coordinación intersectorial* y el *centralismo*. Lo

³¹⁵ *Ibidem*, p. 184.

anterior, porque las autoridades locales no tenían capacidad para planificar el desarrollo de la infraestructura, implementar programas prioritarios o utilizar los servicios de manera eficiente. De igual manera, por su parte, el Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (COPLADE) no había logrado desconcentrar las decisiones propias de la inversión federal, puesto que todavía se privilegiaban las necesidades del centro sobre las estatales.³¹⁶

A partir de las fallas detectadas por parte de la Coordinación de Servicios de Salud se otorgó como recomendación se comenzará con la integración de instituciones, de esta manera, si la planeación se desarrolla con una sola instancia en conjunto con objetivos claramente definidos sería posible evitar la duplicación de servicios y programas.³¹⁷

Ahora bien, la relevancia de lo descrito radica en que, dentro de la propuesta realizada por parte de la Coordinación de Servicios de Salud se recomendó se mantuviera la centralización de las decisiones clave con el objetivo de fusionar programas redundantes, mientras que, se descentralizarían las operaciones. En otras palabras, la coordinación buscaba que la Secretaría de Salubridad asumiera en forma plena las funciones normativas, mientras que, se crearían servicios estatales bajo la responsabilidad política y administrativa de cada entidad.³¹⁸

Por supuesto, como seguimiento del proyecto planteado por la Coordinación de Servicios de Salud, se promulgó en 1983 la Ley General de Salud, el cual, es un ordenamiento con apartados similares, los cuales son:

1. Las bases y modalidades para el acceso a los servicios.

³¹⁶ Flamand, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1998, p. 14 <http://mobile.repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/4114>

³¹⁷ Soberón, Guillermo y Ruiz, Leobardo, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, UNAM, 1983, citado por *Ibidem*, p. 15.

³¹⁸ *Ídem*.

2. La separación de las competencias entre la federación y los estados.

3. La definición de los rubros específicos de salubridad general, en que, se señalan tres tipos de competencia:

3.1 La *salubridad* general que se reserva a la federación, no obstante, los estados pueden colaborar mediante acuerdos de coordinación.

3.2 La salubridad general a cargo de las entidades federativas bajo las normas técnicas federales.

3.3 La salubridad local que queda a cargo de estados y municipios de acuerdo a la legislación local.³¹⁹

Ahora bien, dentro de la Ley General de Salud se encuentra impulsar la desconcentración y descentralización, de manera que, se obliga a los Estados a establecer sistemas estatales de salud, responsabilizarse de su planeación, organización y desarrollo en materia de salud, distribuir las competencias entre la federación y las entidades federativas, además de, establecer las bases para los acuerdos de coordinación.

De igual manera, dentro de la Ley General de Salud se establece el *Sistema Nacional de Salud*, el cual, se encuentra constituido por dependencias y entidades de la administración pública federal y local, de personas físicas o morales que presten servicios de salud, ya sea, que pertenezcan al sector público o privado, además, de mecanismos de coordinación para dar cumplimiento al derecho de protección a la salud.

Es importante mencionar, como parte de las acciones llevadas a cabo para consolidar el Sistema Nacional de Salud en el año 1983, que se fijaron como

³¹⁹ *Ibidem*, p. 16.

estrategia el establecimiento de: la *sectorización, modernización y descentralización*. Con la implementación de dichas estrategias era posible contar con: una cabeza coordinadora, la búsqueda de la eficiencia operativa, una clara división del trabajo, la seguridad social (principalmente al IMSS y el ISSSTE) y con los servicios de salud para población abierta regulado por la Secretaría de Salud y operado por gobiernos locales.

La *sectorización* se encuentra regulada dentro de la *Ley orgánica de la administración pública federal*, la cual, faculta a la Secretaría de Salud para conducir e implementar la política nacional en materia de asistencia laboral y servicios médicos, además, para coordinar los programas y servicios públicos en materia de salud. De igual manera, la Secretaría de Salud era la encargada de integrar el ámbito *programático y administrativo*.

El ámbito *programático* de la Secretaría de Salud se incluían programas y funciones propios de los organismos de seguridad social como: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), además, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Ahora bien, dentro del ámbito *administrativo* se integra con la Secretaría de Salud los denominados Servicios Coordinados de Salud Pública y, además, se incluye al subsector de los institutos nacionales de salud, los cuales, se dedicaban a la atención especializada, la investigación y formación de recursos humanos de alto nivel.

Por su parte, *la modernización* consistió en una reforma a la Ley orgánica de la administración pública federal realizada en el año 1984, la cual, consistía en reorganizar a la Secretaría de Salud y ese momento, se otorgó a la Secretaría facultades para: llevar a cabo la *programación nacional de salud, fijar las normas*

técnicas, otorgar financiamiento a los servicios estatales de salud y ejercer las *facultades de autoridades* que retiene la federación.³²⁰

La *descentralización* de los servicios de salud se desarrolló dentro del Programa Nacional de Salud 1984-1988 con el presidente Miguel de la Madrid, el cual, estableció que dentro de los objetivos de la descentralización se encontraban: *reforzar el carácter normativo y de control de la administración central* ejercida por la Secretaría, buscar la *homogeneización* de los servicios de salud en cada entidad federativa y, sobre todo, hacer más *eficiente* la prestación de servicios de salud.

Se debe aclarar que, con la modernización realizada a la Secretaría de Salud y la descentralización implementada, se llegó a conformar “el modelo de operación” del *Sistema Nacional de Salud*. Éste se distingue en primer lugar, dentro del *ámbito normativo* a cargo de la Secretaría de Salud y, en segundo lugar, en el *ámbito operativo*, como una responsabilidad que corresponde a los servicios estatales de salud y a las dependencias federales prestadoras de servicios.

4.3.2. La creación oficial de los servicios de salud descentralizados en México

El proceso de descentralización se dividió, primero, con el objetivo de *unificar* esfuerzos, recursos y aquellos programas en materia de atención médica, salud pública y asistencia social. Por supuesto, lo anterior tiene como precedente la recomendación realizada por parte de la Coordinación de Servicios de Salud, la cual aconsejaba la centralización de las decisiones clave con el fin de fusionar los programas redundantes y de descentralizar las operaciones.³²¹

El segundo objetivo fue el de *celebrar acuerdos de coordinación*, en los cuales se incluía:

- I. La definición de competencias en materia de salubridad general.

³²⁰ *Ibidem*, pp. 17-18.

³²¹ *Ibidem*, p. 21.

- II. La definición de aportaciones federales y estatales para sufragar la operación de servicios, la infraestructura y de inversiones de mejora.
- III. Regulación de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud.

Ahora bien, en relación a la fracción tercera correspondiente al personal de salud, se puede mencionar que la política descentralizadora se limitó al desconcentrar, siendo que, los empleados del servicio estatal permanecieron en la nómina federal, situación que dio como resultado que la federación conservará la facultad de realizar negociaciones contractuales con el sindicato y la autorización de personal; de esta manera los actos de las autoridades estatales eran en calidad de patrones sustitutos para cuestiones sindicales y de administración de personal.

Cabe mencionar que dentro de esta desconcentración parcial del personal de salud se considera el hecho de que el gobierno federal conservó la propiedad de los bienes muebles e inmuebles, siendo que las autoridades estatales utilizarían dichos bienes bajo la figura del comodato.

Entonces, el modelo descentralizado, buscaba facultades dirigidas por las entidades federativa, en las que se encontrará la transferencia de la *dirección, coordinación y conducción operativa* correspondiente a la atención médica, salud pública y control sanitario en materia de salubridad general. De igual manera se permitió a las entidades federativas el uso gratuito de los muebles e inmuebles federales, además de la descentralización de recursos financieros con el fin de incitar las aportaciones estatales. No obstante, la federación conserva la propiedad de los bienes y conservó la titularidad de la relación laboral de los trabajadores federales que laboraban en los servicios estatales.³²²

Ahora bien, en este primer momento del proceso de descentralización de los servicios de salud, la forma de financiamiento hacia dichos servicios se encontraba basado en la cantidad de infraestructura y personal, por lo que, ese tipo de financiamiento dio como resultado que el servicio otorgado por el *IMSS-solidaridad*

³²² *Ibidem*, pp. 21-26.

e *IMSS-oportunidades* resultará más efectivo. Por otro lado, con dicha distribución de recursos, daba como resultado que el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) era el que solventaba la mayor parte de los servicios de salud.³²³

A lo anterior, también había problemas con el discurso contradictorio que recibían las entidades desde la federación respecto la descentralización, siendo que, los estados que se descentralizaron en el año 1983 recibían menos recursos; dichas entidades contaban apenas la tercera parte de los médicos contratados.

En general, hay elementos para argüir que mediante la transferencia de fondos el gobierno federal envió un mensaje que contradecía el discurso político en favor de la descentralización, ya que los estados no descentralizados, que continuaron bajo el control financiero directo de la Secretaría de Salud, recibieron mayores recursos para inversiones en infraestructura.³²⁴

Para dar seguimiento al proyecto de descentralización, en el año 1996 se promulga el Acuerdo Nacional para la descentralización de los servicios de salud, documento en que se realizó un diagnóstico respecto las deficiencias en los servicios de salud, no obstante, a pesar de considerarlo certero, también apunta su brevedad y falta de exhaustividad.

De lo anterior, Carlos Ornelas considera que el diagnóstico oficial tendría mayor nivel de exhaustividad de tener parámetros de medición como:

³²³ Véase en Flamand, Laura y Moreno Jaimes, Carlos, *Seguro Popular y federalismo en México, Un análisis de políticas públicas*, México, CIDE. 2014, pp. 124-125.

³²⁴ Ornelas, Carlos, "La descentralización de los servicios de educación y de salud en México", p. 204, en Di Gropello, Emanuela y Cominetti, Rosella, *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia en Latinoamérica*, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Chile, p. 1998, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Inseguridad: considerar parámetros de medición que evaluarán la deficiente protección y cobertura que ofrece la red de servicios básicos.

Inequidad: considerar parámetros que incluya la medición de aquellas personas que más precisan de los servicios de salud, es decir, los sectores más pobres, quienes lamentablemente también son quienes tienen menor acceso.

Insatisfacción: considerar parámetros de medición que incluya la insatisfacción de la atención recibida, siendo que, el acceso a los servicios de salud no denota garantía en los servicios.

Ineficiencia: considerar parámetros de medición que evalúen el desperdicio de recursos, así como, dar soluciones a la posible problemática.

Calidad inadecuada: considerar parámetros de medición que evalúen la aplicación deficiente de tecnología, la cual, produce efectos indeseados e impide la obtención de un mayor provecho.

Insuficiencia de fondos: considerar parámetros de medición que evalúen la falta de fondos que impiden cubrir las crecientes necesidades de la mayoría de los mexicanos.

Falta de credibilidad: considerar en los parámetros de medición aquello que evalúe la falta de credibilidad, situación que, es resultado de una serie de promesas que no se han cumplido a lo largo de la historia de la salud.³²⁵

Ahora bien, *el segundo momento* del proceso de descentralización se implementó por medio del Programa de Reforma de 1995, el cual, identificó como problemáticas en el servicio de salud, las siguientes: la baja eficiencia en las decisiones respecto hacia dónde van los recursos, la definición poco precisa de las responsabilidades (entre los diferentes estados), el burocratismo que entorpece acciones y procesos, la necesidad de incentivar la mejora de la coordinación

³²⁵ *Ibidem*, p. 199.

sectorial, en otras palabras, el fortalecimiento de la Secretaría de Salud en sus capacidades.³²⁶

Cabe mencionar que, dentro del programa, en ningún momento se plantea la desaparición de objetivos y estrategias de carácter nacional en materia de salud, no obstante, sí se establecía una *nueva relación entre las autoridades federales y las entidades federativas*, siendo que, las entidades federativas contarían con *mayor margen de acción y autodeterminación*. Con lo anterior, se permitiría a las entidades federativas cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales planteados, al igual que determinarían el destino de aquellos recursos excedentes una vez alcanzados.³²⁷

De igual manera se realiza en forma puntual el establecimiento de las competencias del gobierno federal, las cuales, se instauran dentro del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud y de la Ley General de Salud, documentos que, contienen las competencias del gobierno federal a través de la Secretaría de Salud.

Es importante mencionar que dentro del proceso de descentralización se buscaba lograr un propósito de naturaleza política y social. En el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud de 1996, estos objetivos se plantearon y mencionaron como “un doble propósito”.

El *propósito político* se declaraba como la búsqueda por fortalecer el federalismo y reintegrar, a la esfera local, aquellas facultades que eran propias al suscribir el pacto federal, mientras que con el *propósito social* se declaraba buscar

³²⁶ Flamand, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, Op. Cit., p. 29.

³²⁷ Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, México, 1996, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#:~:text=El%20Programa%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud%201995%2D2000%20es,seguridad%20social%2C%20para%20evitar%20la

acercar a la población los servicios fundamentales, los cuales, se consideraba, que al ser prestados por los Estados darían como resultado mayor eficiencia.

De esta manera, en relación a los propósitos políticos y sociales establecidos se plantea, primero, aquellas actividades por realizar por parte de las entidades federativas, las cuales buscaban: asumir cabalmente las responsabilidades otorgadas dentro de la ley general de la federación, la operación de los servicios de salud dentro del ámbito de su competencia, el manejo y operación directa de los recursos financieros con la posibilidad de distribuirlo de acuerdo a sus necesidades y prioridades, así como, la participación efectiva en el diseño e instrumentación de la Política Nacional de Salud.

En segundo lugar, para cumplir con el propósito social y político mencionado, se estableció como objetivo dentro de las actividades generales a realizar: el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud por medio de la consolidación de los sistemas nacionales y el desahogo de las cargas administrativas para la Secretaría de Salud, lo último permitiría hacer eficaz la actividad u operatividad correspondiente a la federación, además, se lograría el acercamiento de las autoridades locales con la población, situación que, permitirá la eficiencia de los municipios.³²⁸ De esta manera, con lo establecido, se pudo contrarrestar el problema respecto *la definición poco precisa de las responsabilidades* y, con ello, lograr alcanzar una mejor coordinación sectorial.

De igual forma, la *poca precisión de responsabilidades* se intentó contrarrestar con la designación de funciones destinadas a *planificar y orientar* al sector salud, como las funciones que fueron asignadas al Consejo Nacional de Salud y a la Secretaría de Salud, tales como: establecer propuestas para crear lineamientos para la coordinación de acciones, la unificación de criterios para el correcto cumplimiento de programas, emitir opiniones respecto la congruencia de las acciones de funcionamiento e integración en la salubridad general, apoyar la evaluación de programas de las entidades, fomentar cooperación técnica y logística

³²⁸ Secretaría de Salud, Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios, Op. Cit.

entre los servicios estatales y estudiar esquemas de financiamiento para la atención a la salud.³²⁹

De igual forma, la federación por conducto de la Secretaría de Salud tiene el compromiso del *control* y *vigilancia* en materia sanitaria, por ejemplo; en asegurar que la política nacional responda eficazmente a la prioridades locales y nacionales, de esta manera, se fortalecerán los sistemas estatales y el Sistema Nacional de Salud; en revisar la normatividad y proponer modificaciones legislativas y reglamentaria para la operación del nuevo esquema de salud; en evaluar la prestación de servicios con la finalidad de corregir desviaciones; revisar metas; reorientar acciones y mejorar recursos; impulsar la investigación y enseñanza; y establecer mecanismos de coordinación eficaces con otras dependencias de salud o saneamiento ambiental.³³⁰

Finalmente, los gobiernos estatales se encargarán de la parte operacional con la finalidad de asegurar el beneficio de la población, por lo que, en sus competencias se encontraban actividades de organización, vigilancia, prevención y creación de programas, tales como:

1. La organización y operación de los servicios de atención médica, servicios maternos infantiles, servicios de planificación familiar y salud mental;
2. La vigilancia y operación en materia de nutrición;
3. La prevención y control de los efectos nocivos de factores ambientales;
4. La salud ocupacional y saneamiento básico;
5. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
6. La prevención y el control de aquellas enfermedades no transmisibles o accidentes:
7. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los discapacitados:

³²⁹ Sobre gestión y planeación véase en Valdés Olmedo, Cuauhtémoc, "Planeación y salud pública. Un enfoque centrado en problemas de salud", Salud Pública en México, México, vol. 29, núm. 3, mayo-junio, 1987, *file:///C:/Users/52442/Downloads/284-Texto%20del%20art%C3%ADculo-338-1-10-20141110.pdf*

³³⁰ *Ídem.*

8. Creación del programa contra alcoholismo, tabaquismo y diferentes adicciones.
9. Creación de los programas de asistencia social.³³¹

A los propósitos establecidos dentro del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud de 1996, es posible agregar el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, mismo que se propuso terminar de delegar a todos los estados y en ese momento Distrito Federal, aquellas facultades, decisiones, responsabilidades y control de asignación de recursos que permitieran el funcionamiento de las autoridades a nivel local. Por lo anterior se transfirió a las entidades federativas los servicios en conjunto con los recursos, muebles, inmuebles y apoyos técnicos-operativos que brindaban acceso a la población abierta, es decir, aquellos que dependían de la Secretaría de Salud e IMSS-Solidaridad.³³²

Por supuesto, dentro de los pilares que contempla el proyecto de este nuevo sistema de salud, se encuentra, la calidad de los servicios y su percepción por parte de los usuarios, por lo que, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 contempla como objetivos: el establecimiento de instrumentos de calidad para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios, ampliar la cobertura de las instituciones de seguridad social, a través de, facilitar la afiliación de la población no asalariada o de áreas marginadas en áreas rurales y urbanas, además de, concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud en las entidades federales centralizadas.³³³

Por lo anterior, con la finalidad de conseguir los objetivos, se plantearon como estrategias a mediano plazo:

³³¹ *Ídem.*

³³² Flamand, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí, op. Cit.*, pp. 1-2.

³³³ Poder Ejecutivo Federal, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, *Op. Cit.*

- En primer lugar, la descentralización en las entidades federativas respecto los servicios de salud.
- En segundo lugar, la creación de institutos estatales como órganos descentralizados de la administración pública local, de esta manera, los servicios de salud serán transferidos al ámbito local con jurisdicción propia y la posibilidad de fusionar servicios.
- En tercer lugar, se realizará la ampliación de cobertura mediante un paquete básico de servicios, por lo que, el gobierno federal transferirá los recursos a partir de planes y prioridades locales.
- En cuarto lugar, se buscará el mejoramiento de la calidad y eficiencia de las instituciones mediante la mejora de la coordinación sectorial, en otras palabras, evitar duplicidad o desperdicio de recursos.³³⁴

De igual manera, para contrarrestar la problemática respecto al rubro de asignación *centralizada de presupuesto*, se reformó la Ley de Coordinación Fiscal, la cual adicionó y precisó la distribución de recursos mediante la instauración de cinco fondos de aportaciones federales ubicados en el Ramo 33 del Presupuesto de Egresos de la Federación; uno de estos fondos se dirigió a cubrir los gastos en salud, por ejemplo: el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) “tiene como principal objetivo aportar recursos a las entidades federativas para la prestación de servicios de salud a la población que no cuenta con empleo formal o no está incorporada en algún régimen de seguridad social”,³³⁵ no obstante, como se mencionó en el año 1995 los criterios para realizar la asignación de presupuesto se basaba en la cantidad de infraestructura y personal de cada entidad, por lo que, la dinámica centralizadora prevaleció.³³⁶

³³⁴ Ornelas, Carlos, “La descentralización de los servicios de educación y de salud en México”, *Op. Cit.* p. 200.

³³⁵ Dirección General de Evaluación y Desempeño, *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*, México, 2015, <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

³³⁶ López García, Erika, “La descentralización de los servicios de salud”, *Op. Cit.*, p. 190-191.

*una descentralización conlleva una reasignación de poder, lo que siempre otorga autonomía: sin embargo, la descentralización de la administración no lo implica necesariamente, todavía más cuando los criterios de asignación del presupuesto siguen siendo los mismos.*³³⁷

Cabe destacar que el FASSA formó parte de los logros de la descentralización durante esta época, siendo que, con la creación de dicho fondo se otorgaba mayor libertad presupuestal y de acción a las entidades federativas. Sin embargo, como se presentará más adelante como el Sistema de Protección Social en Salud vuelve a ser financiado por la federación, retirando él logró que había alcanzado el proceso descentralizador previo.

4.3.3. El Sistema de Protección Social en Salud

El sistema de protección social en salud 2001-2006 se diseñó con una política encaminada a mejorar el sistema de salud hacia un espacio democrático, es decir, en busca de servicios de calidad los cuales funcionarán con independencia a la capacidad de pago de los usuarios y conforme a las necesidades del país. En consecuencia a la construcción del nuevo sistema de salud se plantearon problemáticas como:

1. La *inequidad* de los servicios de salud, el cual, aumento el rezago epidemiológico,
2. La *heterogeneidad* de la calidad de los distintos servicios de salud.
3. La *falta de protección financiera*, situación que obligó a millones de persona a pagar atención médica y empobrecerse.

Como resultado de la problemática establecida se señalan como objetivo dentro del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* y el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* la mejora de los niveles de bienestar y el aseguramiento de la justicia

³³⁷ *Ibidem*, p. 191.

financiera, por lo que, como resultado de dicha situación se señaló como tarea central de la intervención gubernamental y el establecimiento de un seguro de salud específicamente para las personas sin seguridad social basado en un mecanismo de protección y justicia financiera para evitar el empobrecimiento, es decir, la consolidación del *Seguro Popular*.³³⁸

De esta manera, se describirán tres relevantes componentes el Sistema de Protección Social en Salud del año 2003, los cuales son: la *conurrencia*, *financiamiento* y *rendición de cuentas*.

En cuanto al componente relativo a la *conurrencia*, se caracteriza por otorgar un mayor número de facultades operativas a las entidades federativas, mismas que, se han delegado a través del Sistema de Protección Social en Salud. Por otro lado, se le brindan facultades relacionadas al cuidado general a la federación, por lo que el Sistema de Protección Social en Salud se divide en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y en los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS).³³⁹

El componente referente al *financiamiento* del sistema de salud, consiste en que la base de sus aportaciones se construye a partir del número de familias afiliadas y a partir del año 2009 se realizó de acuerdo al número de afiliados. Además, un cambio importante dentro de este sistema de salud se encuentra en la fuente de financiamiento principal, siendo que, bajo este esquema el principal recurso se obtendría por medio del *ramo 12*, de esta manera, el *ramo 33* sería parcialmente desplazado.³⁴⁰

El componente referente a la *rendición de cuentas* se propone como un pilar fundamental para asegurar la calidad durante la prestación de servicios y aunque

³³⁸Auditoría Superior de la Federación, *Evaluación número 1576. Evaluación de la política pública del sistema de protección social en salud*, México, 2015, p. 136, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1576_a.pdf

³³⁹ Cfr. Flamand, Laura y Moreno Jaimes, Carlos, *Seguro Popular y federalismo en México, Un análisis de políticas públicas*, Op. Cit.

³⁴⁰ *Ibidem*, pp. 103-105.

para ese momento se contaba con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el hecho de implementar un proceso de rendición de cuentas del Sistema de Protección Social en Salud buscaba generar parámetros propios creados a partir de informes diagnósticos al sistema.

Desde entonces, para la realización del nuevo sistema de salud en el año 2003 se establece dentro la *Ley General de Salud* el denominado Sistema de Protección Social en Salud, además, dentro de dicha legislación se confirió a la Secretaría de Salud atribuciones para supervisar el desarrollo del sistema con el objetivo corregir o adecuar las irregularidades detectadas. Por supuesto, siguiendo la lógica de un sistema descentralizado, la atribución de supervisar desde el punto de vista *nacional* es responsabilidad de la *Comisión Nacional de Protección Social en Salud*, mientras que, desde el punto de vista *local* es tarea de Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.³⁴¹

Como previamente se había mencionado, los componentes que conforman el sistema y particularmente el relativo a la *conurrencia*, dentro de la división de funciones, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud será encargada de supervisar la disposición de recursos utilizados por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (recurso que se adecuará a los rubros establecidos por el Presupuesto de Egresos de la Federación). Por consiguiente, en el supuesto de encontrar diferencias entre el dinero transferido y el presupuesto de egresos se obtendría como resultado la suspensión de recursos, en este caso, se cancelará la *aportación solidaria federal* y la *cuota social*.³⁴²

Ahora bien, respecto las funciones correspondientes a los *Regímenes Estatales de Protección Social en Salud* (REPPS), en primer lugar, se encuentran las dirigidas a la *coordinación de servicios*, con las cuales, se coordinan las

³⁴¹ Auditoría Superior de la Federación. *Evaluación número 1576. Evaluación de la política pública del sistema de protección social en salud*, Op. Cit., p. 160.

³⁴² Flamand, Laura y Moreno Jaimes, Carlos, *Seguro Popular y federalismo en México, Un análisis de políticas públicas*, Op. Cit. p. 186-188.

actividades entre aquellas unidades que pertenecen al seguro popular y aquellas del Sistema Nacional de Salud.

En segundo lugar, dentro de las funciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud se encuentran las relacionadas al ámbito de la *administración de los servicios*, con las cuales dichos regímenes se encargarán de la gestión del Seguro Popular, por esa razón las tareas que implica la gestión mencionada son: *el abastó oportuno de medicamentos, la afiliación de beneficiarios, la administración de recursos financieros, la recepción y administración de cuotas, la transferencia de recursos a los prestadores de servicios médicos, la generación de información (utilizada con el objetivo de generar diagnósticos de necesidad y posteriormente crear el Plan Maestro de Infraestructura) y finalmente, promover evaluación del Seguro Popular.*³⁴³

Por supuesto, en el periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa el sistema de salud presentaría cambios y complementaciones, no obstante, esta variedad se mostraría congruente a los problemas establecidos, por lo que, en el surgimiento del *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2007-2012* se implementaron estrategias, objetivos y líneas de acción dirigidas a contrarrestar principalmente las causas que provocan la falta de seguridad social en materia de servicios de salud.

Entonces, dentro del *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2007-2012* se establecieron como causas que provocan la falta de seguridad social en los servicios de salud: *las barreras de acceso* (institucionales, geográficas y de disponibilidad), *las barreras de financiamiento* (insuficiencia, inequidad e ineficiente gasto en salud) y *las barreras de calidad* (brechas en la calidad de recursos para la prestación de servicios y servicios no acordes a las expectativas de los usuarios). Las medidas para combatir estas barreras consistieron en las siguientes:

³⁴³ *Ibidem*, p. 214.

1. Como medidas para contrarrestar las *barreras del acceso* se pretende potenciar la generación de recursos humanos, la creación de infraestructura y adquisición de tecnologías, de esta manera, se ampliaría la red de prestadores de servicios.
2. Como estrategias para contrarrestar las *barreras del financiamiento* se planteó el aseguramiento universal, situación que, hizo necesaria la consolidación de una reforma financiera al Sistema Nacional de Salud, la cual, funcionaría con el objetivo de garantizar el acceso a un conjunto de intervenciones esenciales de atención médica y otro de alta especialidad, es decir, la consolidación del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), del *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* (FPGC) y del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).
3. Como estrategia para contrarrestar las *barreras de la calidad* se propuso implementar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica, en este sistema, se haría énfasis en abasto de medicamento, uso de guías prácticas clínicas, protocolos de atención médica y la promoción de políticas públicas con respeto la dignidad y derechos humanos.³⁴⁴

Finalmente, en atención a la problemática planteada de manera inicial dentro del *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2007-2012* respecto la *falta de acceso hacia servicios de salud* se determina como estrategia aumentar la cobertura sanitaria, particularmente, en zonas marginadas con escasos o nulo acceso a servicios de salud. De esta manera, si las personas sin seguridad social solicitan la afiliación voluntaria al seguro popular, nuestro país se encontraría más cerca de lograr cobertura universal.³⁴⁵

³⁴⁴ Auditoría Superior de la Federación. *Evaluación número 1576. Evaluación de la política pública del sistema de protección social en salud, op. Cit.*, pp. 136-140.

³⁴⁵ *Ibidem*, pp. 140-141.

De igual forma, durante el periodo 2007-2012 es posible encontrar el componente correspondiente a la *supervisión y rendición de cuentas* en una versión más compleja, siendo que, como resultado de los informes diagnósticos del periodo 2001-2006 se concretó el *Plan Estratégico de Desarrollo* en el año 2007, en el cual se determinarían un conjunto de objetivos y metas a cumplir para brindar un efectivo acceso a la salud, sobre todo a aquellos grupos de la población que pertenecen a personas que no gozan de seguridad social.

Entonces, respecto las actividades de supervisión y seguimiento del sistema, será la Comisión Nacional de Protección Social en Salud la encargada de lo referente al cumplimiento de acuerdos y convenios, redes de servicio, sistema de quejas, la satisfacción de los usuarios del *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)*, del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y del acceso a los servicios de salud.

Además de las facultades de supervisión y seguimiento de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se tiene como objetivo, *corregir o adecuar* las desviaciones detectadas por los Regímenes de Protección Social en Salud y de los Servicios Estatales de Salud o de otros proveedores de servicios al momento de cumplir el Plan Estratégico de Salud. Por supuesto, para valorar dichos actos los regímenes estatales acreditarán la ejecución de sus acciones mediante la emisión de reportes e informes.

Por su parte, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud también cuentan con facultades de supervisión, siendo quienes se encargarán de supervisar la prestación integral de los servicios de salud hacia las personas afiliadas, el suministro de medicamentos e insumos y el ejercicio de los recursos que reciben las entidades federativas.³⁴⁶

³⁴⁶ *Ibidem*, pp. 162-163.

Por otro lado, el *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2013-2018* utilizó las siguientes las estrategias:

1. En cuanto las *barreras al acceso público*, se propuso asegurar el acceso a los servicios de salud por medio de la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal (SNSU), en el cual, las acciones definidas para dicho sistema fue afiliarse y re afiliarse a la población sin seguridad social, especialmente a aquellos en condiciones de vulnerabilidad, así como, ampliar gradualmente el número de intervenciones del Sistema de Protección Social en Salud y del programa OPORTUNIDADES.
2. En cuanto *las barreras del financiamiento*, se propone asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud mediante el fortalecimiento de la legislación, además, asegurar la generación de recursos financieros destinados a salud por medio de la agilización de recursos que provengan de la federación.
3. En cuanto *las barreras de la calidad* se estableció asegurar los servicios de salud de calidad, esto implica, la definición de acciones de coordinación con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad del paciente, garantizar el abastecimiento de medicamentos, la implementación de programas para elevar la satisfacción de los usuarios, además, se buscó acreditar las diversas instituciones de salud con la finalidad homologar la calidad técnica de los servicios.

Finalmente, en atención a contrarrestar la problemática relacionada con el acceso a servicios de salud se tomaron medidas dirigidas al aseguramiento de los servicios sanitarios, cerrar las brechas existentes entre distintos grupos sociales y regiones del país, esto, mediante la creación de acciones encaminadas hacia la protección, promoción y prevención.³⁴⁷

³⁴⁷ *Ibidem*, pp. 141-142.

Cabe destacar, que el Sistema de Protección en Social en Salud goza de coherencia y orden de acuerdo a lo establecido en los *Programas de Acción Específico de Protección Social en Salud*, sin embargo, las estrategias utilizadas en dichos planes con el objetivo de contrarrestar los problemas planteados no han sido efectivos. Es posible observar la falta de efectividad mencionada cuando se habla de la utilidad de los parámetros de evaluación utilizados para la rendición de cuentas, siendo que, en dichos parámetros, en ningún momento se establecieron elementos necesarios que buscarán lograr la intervención gubernamental para mejorar las condiciones de salud de la población.

Lo anterior se menciona, siendo que dentro *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2007-2012* no se establecieron elementos programáticos que permitieran identificar la forma en que el sistema contribuía al logro de los objetivos establecidos y cómo dirigía sus recursos hacia el mejoramiento del nivel de salud. De igual manera, dentro del *Programa de Acción Específico de Protección Social en Salud 2018* tampoco se establecieron elementos programáticos que permitieran identificar la forma en que el sistema contribuía al logro de los objetivos superiores hacia el mejoramiento del nivel de salud de la población.³⁴⁸

A pesar de todo el sistema de supervisión establecido durante los tres periodos de existencia del Sistema de Protección Social en Salud, dentro de la estructura no se detectan sanciones en caso de incumplimiento, sin mencionar, que en el caso de existir una omisión por parte de los Regímenes de Protección Social en Salud la Comisión Nacional de Protección Social en Salud únicamente tiene atribuciones de tipo correctivas, es decir, la emisión de recomendaciones.³⁴⁹

Lo anterior, porque el Sistema de Protección Social en salud creado en 2003, a pesar de ser creado con rubros dirigidos a la regulación y vigilancia, ya sea, de suministro de insumos, procesos o resultados “Estos mecanismos de regulación y

³⁴⁸ *Ibidem*, pp. 141-143

³⁴⁹ *Ibidem*, p. 163.

vigilancia permiten al gobierno federal *supervisar* a los estados en *dos modalidades*; *la dura* (a partir de órdenes, normas legales y sanciones) y *la suave* (incentivos indirectos que se proponen modificar el comportamiento)”³⁵⁰

Por ello, las medidas correctivas que utiliza la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para supervisar el desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud en cuestión de *la evaluación de gestión de servicios de salud y modelos de suministro de medicamentos* son del tipo suave, toda vez que se realizan con el objetivo de corregir o adecuar en el momento que se detectan desviaciones de las acciones previamente planeadas.³⁵¹ No obstante, dentro de las atribuciones de los órganos de supervisión no se establecen facultades para sancionar.³⁵²

Por consiguiente, las medidas correctivas de tipo suave causan omisión por parte del Estado mexicano respecto la adopción de *obligaciones concretas*, siendo que desde la creación del Sistema de Protección Social en Salud han construido parámetros para evaluar su desempeño y, por tanto, el grado de cumplimiento que tiene el Estado mexicano hacia el derecho de protección a la salud.

De esta manera, si se retoman las acciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación durante sus evaluaciones (2008, 2009 y 2017), es posible percatar que la emisión de observaciones, las cuales son objeto de *medidas correctivas suaves* afecta la progresividad del derecho de protección a la salud, efectos que se describirán en los siguientes párrafos en relación con los apartados del presente capítulo denominados “Marco de referencia internacional del derecho de protección social a la salud” y “Observaciones internacionales en materia de salud”.

³⁵⁰ Flamand, Laura y Moreno Jaimes, Carlos, *Seguro Popular y federalismo en México, Un análisis de políticas públicas*, México, CIDE, 2014, p. 212.

³⁵¹ Auditoría Superior de la Federación, Evaluación de la política pública del sistema de protección social en salud, evaluación 1576, 2015, p. 162, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1576_a.pdf

³⁵² *Ibidem*, p. 161.

4.3.4. Evaluaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación

4.3.4.1. Resultados de evaluación del año 2005

En las primeras etapas de evaluación al Sistema de Protección Social en Salud, particularmente la correspondiente al año 2005, las evaluaciones realizadas por la Auditoría Superior de la Federación mostraron una gran precisión y cantidad de datos respecto de los puntos evaluados de cada institución, es decir, se realizaba una descripción detallada de las recomendaciones realizadas, las solicitudes de aclaración o recuperación y la promoción de responsabilidades administrativas.

Por lo anterior, con el objetivo de conocer más de cerca la naturaleza de las acciones mencionadas a continuación se describen algunas de dichas acciones. Se puede apreciar dentro del documento “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005”, resultado número 9, la observación 1:

En esta recomendación, se constató por medio la auditoría que el año 2005 el Consejo de Salubridad General no realizó el cotejo del padrón del 20% de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud con los registros de los afiliados a otros institutos de seguridad social o esquemas públicos o sociales, situación que, impidió a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud la cancelación de aquellos beneficios a las familias que se encontraban afiliadas a otros sistemas.

Por lo anterior, la Auditoría Superior de la Federación recomendó a la Secretaría de Salud en coordinación con el Consejo de Salubridad General a que realizará las gestiones pertinentes con la finalidad de realizar el cotejo de aquellos beneficiarios faltantes pertenecientes al Sistema de Protección Social en Salud contra los registros de otros esquemas de seguridad social. La importancia del cotejo de registro de afiliados dentro de los diversos sistemas de salud radican en

que el registro preciso evitaría la *duplicidad dentro del sistema*, efecto que trató de contrarrestarse con la implementación de los servicios de salud descentralizados.³⁵³

Un nuevo ejemplo de la *recomendación* realizada en el mismo documento “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005”, resultado número 18, observación 1:

En esta *recomendación* se menciona, cómo la Secretaría de Salud estimó para el año 2010 el número de familias incorporadas ascendería a 11, 986,227 cantidad que representaba el 97.5% de las 12, 649,905 familias que integraban a la población objetivo del Sistema de Protección Social en Salud. No obstante, en consideración con el crecimiento de la población propio de esa época, se calculaba que las familias beneficiarias ascenderían a 14, 039,620 por lo que la cifra otorgada por la Secretaría de Salud tendría una diferencia de 2, 053,393 personas que no se encontrarían afiliadas y, por tanto, no tendrían acceso a las prestaciones y servicio de sistemas de salud.

Por lo anterior, la Auditoría Superior de la Federación estimó que existiría incumplimiento respecto al objetivo planteado con la finalidad de cumplir con el 100% de cobertura en el año 2010. En virtud del diagnóstico realizado, se emitió como recomendación a la Secretaría de Salud en Coordinación con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud que instruya a quien corresponda a realizar las gestiones pertinentes con la finalidad de fortalecer las políticas, normas, criterios y programas a seguir en materia de incorporación de la población. Dicha recomendación es con la finalidad de que cada año y de manera acumulativa se afiele al sistema el equivalente al 14.3% de las familias y así llegar al 100% de cobertura en el año 2010.

En este apartado la Auditoría Superior de la Federación llama a la Secretaría de Salud para modificar los criterios de afiliación, cabe resaltar, que en el supuesto

³⁵³ Auditoría Superior de la Federación, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005*, México, 2005, pp. 71-73, <https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/ir2005i/Indice/iGeneral.htm#palabra=->

de hacerse caso omiso a la recomendación del Estado mexicano se encontraría incumpliendo obligaciones concretas, siendo que, no se estarían adoptando las medidas necesarias para dar efectividad al derecho de protección a la salud.³⁵⁴ Cabe mencionar, que esta meta no se pudo evaluar por falta de seguimiento respecto la evaluación.

Nuevamente, un ejemplo de la *recomendación* realizada en el mismo documento “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005”, resultado número 18, observación 1:

En este documento se menciona que de los 20,566 establecimientos médicos previstos para el año 2010; la Secretaría de Salud logró incorporar al Sistema de Protección Social en Salud el 32.8%, es decir la cantidad de 6,744 unidades de salud. Es entonces que, de las 6,744 unidades de salud incluidas dentro del sistema, la Secretaría de Salud visitó la cantidad de 1,983 establecimientos, 1,410 se acreditaron (71%), 486 fueron acreditados de forma condicionada (24.5%) y 87 no fueron acreditados (8.8%).³⁵⁵

Por lo anterior, se recomendó a la Secretaría de Salud instruyese a quien correspondiera para que realizará las gestiones pertinentes a efecto de elaborar un programa de trabajo que determinará el compromiso y metas por área responsable relativa a la acreditación de capacidad, seguridad y calidad de prestadores.³⁵⁶

Ante la falta de seguimiento de la recomendación emitida por parte de la Auditoría Superior de la Federación, el Estado mexicano se encuentra incumpliendo obligaciones concretas, siendo que, no se están adoptando las medidas necesarias para dar efectividad al derecho de protección a la salud y en segundo lugar, se estaría incumpliendo el elemento de “calidad de servicios”, lo anterior porque el 33.3% de los establecimientos serían inadecuados al momento de brindarlos, o

³⁵⁴ *Ibidem*, pp. 101-104.

³⁵⁵ *Ibidem*, pp. 78-81.

³⁵⁶ *Ibidem*, p.87.

bien, dichos servicios carecerían de suficiencia en la infraestructura del establecimiento.

Por último, un ejemplo respecto de la recomendación se encuentra dentro del mismo en el documento “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005”, resultado número 37, observación 1:

En este documento se menciona cómo durante la auditoría realizada, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no contó con información documental para justificar la recaudación de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud. En ésta. La Auditoría Superior de la Federación señaló que de los \$135,068,700 reportados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por captación de cuotas familiares, únicamente, 23 de los 31 Regímenes Estatales de Salud justificaron \$65,043,600, por lo que, \$70,025,000 no fueron justificados. Además, que de acuerdo a las cuotas familiares registradas existiría una diferencia de \$51,100,200 entre el monto registrado y el que fue consignado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Por lo anterior, se recomendó a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se instruyese a quien corresponda para realizar las gestiones pertinentes con el objetivo de que se les informe respecto el manejo y destino de dichas cuotas familiares.³⁵⁷

En primer lugar, La falta de pruebas para comprobar el destino de más de la mitad de recursos asignados indica de manera notable que el Estado mexicano no se encuentra utilizando el máximo de recursos disponibles para brindar efectividad a los servicios de salud y de igual manera, la diferencia registrada en el presupuesto por el monto de \$51,100,200 significa que dicho recurso no es equivalente a las necesidades del establecimiento, esto, de acuerdo a los criterios de financiamiento previstos.

³⁵⁷ *Ibidem*, pp. 154

Finalmente, en relación con el tipo de acción correspondiente a las *solicitudes de aclaración-recuperación*, correspondiente al documento “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005”, resultado número 44, de la observación 1:

En este documento, se solicita a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud instruya a quien corresponda para que aclare y proporcione documentación que justifique la cantidad de \$534,922,000 siendo que, dicha Comisión destino al Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos \$1,511, 860,400 cantidad que, como resultado del análisis de la cuenta pública únicamente se justificó \$976,938,400.³⁵⁸

En relación, la falta de pruebas para comprobar el destino de \$534,922,000 para justificar la totalidad de los recursos asignados indica de manera notable que el Estado mexicano no se encuentra utilizando el máximo de recursos disponibles para brindar efectividad a los servicios de salud.

4.3.4.2. Resultados de evaluación del año 2009

En la auditoría del año 2009, se realizó de forma distinta a su antecesora, siendo que, se encuentra construida en base a criterios generales y particulares interpuestos en la normativa institucional de la Auditoría Superior de la Federación, estos, con el objetivo de fiscalizar la gestión financiera de los recursos públicos de la atención a la salud médica hacia la población abierta para personas sin seguridad social.³⁵⁹ Cabe mencionar, que aunque dicho informe no es tan preciso respecto a las acciones y sanciones a realizar, sí logra dar un panorama completo sobre cómo se gestionó el Sistema de Protección Social en Salud en determinado periodo.

³⁵⁸ *Ibidem*, pp. 176-178.

³⁵⁹ Auditoría Superior de la Federación, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2009*, Auditoría de desempeño 09-0-12U00-07-0132, 2009, p. 1, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo4/2009_0132_a.pdf

El “Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2009” realizado por la Auditoría Superior de la Federación arrojó resultados en relación al Seguro Popular en los rubros que se describirán a continuación.

En el rubro correspondiente a “*la proporción de hogares que incurren en gastos catastróficos*” por motivos de salud, en el Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio del año 2009 no se fijó una meta que sirviera como referente para evaluar el avance a medio plazo establecido en el Programa Estratégico de Desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012.

De lo anterior, es posible observar que el Estado mexicano incumple el parámetro relacionado con la “aplicación en el plano nacional” de la Observación General 14 en su apartado “legislación marco”, siendo que, al no fijarse una meta que sirva como referente para evaluar el avance a mediano plazo existe una ausencia de indicadores para medir el ejercicio del derecho a la salud.³⁶⁰

En el rubro correspondiente a “*Incorporación voluntaria y equitativa al seguro popular*” en primer lugar se menciona, que en cuanto el número de familias potencialmente beneficiarias del Seguro Popular en el año 2009 ascendió a 13, 618,361 familias, es decir el 47.7% de las familias que había en el país. En ese mismo año la población objetivo la constituyó 12, 287,457, es decir, el 42.6% de familias. En otras palabras, significa un avance de 5.1 puntos porcentuales al cumplimiento de la meta establecida.³⁶¹ En consecuencia, con el aumento de afiliados al Seguro Popular, el Estado mexicano cumple de manera creciente *la accesibilidad* de los servicios de salud.

En segundo lugar, en cuanto la *re afiliación de familias al Seguro Popular*, en el año 2009 se obtuvo un número de 1, 456,457 familias, cifra que representó el 74.7 % de las 1, 951,016 familias comprometidas entre el Gobierno federal y los

³⁶⁰ *Ídem.*

³⁶¹ *Ídem.*

gobiernos de las entidades federativas, es decir hubo una disminución en los niveles de re afiliación. El dato anterior es importante, siendo que la re afiliación forma parte de unos de los indicadores de satisfacción, por lo que, hace dudoso el agrado del servicio hacia los usuarios.

En el rubro correspondiente a “*acceso efectivo a los servicios del Seguro Popular*” en primer lugar se menciona, que en cuanto al *establecimiento de indicadores para medir el acceso efectivo a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios*, situación en que la Comisión Nacional para la Protección Social en Salud *no estableció indicadores o metas* en el Programa Estratégico del Seguro Popular 2007-2012, ni dentro del Programa Anual de Trabajo 2009 que permitieran medir el avance o retroceso de los servicios médicos-quirúrgicos, esto, en términos de oferta, calidad de servicios farmacéuticos y hospitalarios y la percepción de población afiliada al seguro.³⁶²

De lo anterior es posible observar que, como en el caso anterior, el Estado mexicano incumple el parámetro relacionado con la “aplicación en el plano nacional” de la Observación General 14 en su apartado “legislación marco”, siendo que, al no fijarse una meta que sirva como referente para medir el avance o retroceso de los servicios médicos-quirúrgicos, en otras palabras, existe una ausencia de indicadores para medir el ejercicio del derecho a la salud.

En segundo lugar, en *cuanto las consultas promedio por afiliado*, en el año 2009 se determinaron como promedio nacional de consultas por afiliado fue de 1.6, es decir, como *cifra superior en 14.3%* a la meta establecida por 1.4 consultas incorporadas al Seguro Popular. Mientras que, el promedio de consultas hacia los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social es de 3.7% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado es de 2.7%.³⁶³

³⁶² *Ídem.*

³⁶³ *Ídem.*

Con el aumento consultas por afiliados por parte del Seguro Popular el Estado mexicano cumple de manera creciente *la accesibilidad* de los servicios de salud.

En tercer lugar, en el año 2009 en cuanto *a las intervenciones cubiertas por el Seguro Popular* se determinó el cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud de la meta establecida por Programa Estratégico de Desarrollo del Seguro Popular 2007-2012, esto, en cuanto a la actualización bianualmente de las intervenciones cubiertas por el Seguro Popular en su Catálogo Universal de Servicios de Salud con las 266 intervenciones médicas en total. Por consiguiente, con la actualización de intervenciones médicas, el Estado mexicano cumple de manera creciente con *la disponibilidad* de los servicios de salud, siendo que, se busca contar de manera ascendente con el número de servicios de salud.

En cuarto lugar, *respecto la portabilidad de los servicios* se determinó que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cumplió con la meta establecida dentro del Programa Estratégico del Seguro Popular, siendo que se suscribió en Convenio de Portabilidad en las 32 entidades federativas, el cual tiene como objetivo que la población afiliada tenga servicios médicos en cualquier entidad federativa. Bajo las condiciones previamente mencionadas, el Estado mexicano cumple con la *accesibilidad física*, siendo que los establecimientos cuentan con alcance geográfico al no tener limitaciones al servicio en la entidad federativa en la que se encuentran afiliados.

En quinto lugar, en cuanto *la atención de padecimientos que provoca gastos catastróficos* se determinó que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cumplió con la meta establecida en el Programa Estratégico de Desarrollo el Seguro Popular 2007-2012, siendo que, se suscribieron 20 convenios con instituciones sociales o privadas para ofertar a los beneficiarios servicios para enfermedades de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento. Al suscribir dichos convenios, el Estado mexicano cumple de manera creciente con *la disponibilidad*, siendo que, se busca contar de manera suficiente con el número de servicios de salud.

En sexto lugar, en cuanto los establecimientos acreditados para otorgar intervenciones médicas esenciales, se indica que las 11,716 unidades médicas incorporadas al Seguro Popular hasta 2009, el 67.5% (7,905) fueron acreditadas o certificadas para otorgar niveles óptimos de atención, mientras que, el 32.5% (3,811) no se encuentran acreditadas o certificadas. Posteriormente, en 2009 1,255 unidades médicas lograron su acreditación, cifra que representa el 57.6% de los 2,180 establecimientos fijados como meta en el Plan Anual de Acreditación de ese año.

En séptimo lugar, en cuanto *los establecimientos acreditados para la atención de padecimientos que provocan gastos catastróficos* se determinaron que en el año 2009 se habían acreditado 675 intervenciones médicas de alta complejidad diagnóstica y de aquellos tratamientos que provocan gastos catastróficos en 164 unidades de salud.

Ambos supuestos anteriores, el Estado mexicano cumple con el elemento de *calidad* de los servicios, siendo que, el aumento de acreditaciones de los establecimientos significa que brindan servicios y bienes apropiados al buscar contar con herramientas y recursos humanos calificados.

En octavo lugar, en cuanto la *percepción de los afiliados al Seguro popular*, con el estudio realizado por la Auditoría Superior de la Federación, se determinó que del 94.8% de los afiliados encuestados adquiere con sus propios recursos los medicamentos que les faltan. El 48.1% de los afiliados no se encuentra satisfecho con los tiempos de espera para recibir atención médica, el 29.9% considera que no es sencillo conseguir una cita médica y el 23.6% manifestó no encontrarse conforme con las instalaciones y equipos en las unidades de salud.³⁶⁴ Lo anterior el Estado mexicano incumple con la *disponibilidad* de los medicamentos al no contar con un número suficiente.

³⁶⁴ *Ibidem*, pp. 8-9.

Respecto el rubro correspondiente a “*Operación financiera*” es importante aclarar, que, en este apartado, únicamente se tocarán algunos de los puntos de la evaluación realizada por la Auditoría Superior de la Federación.

En primer lugar, respecto la *cuota familiar*, se determina que de acuerdo al Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud por concepto de cuotas familiares se obtuvo un total de \$181, 684,500. No obstante, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no acreditó con información documental los importes recaudados por 12 Regímenes de Protección Social en Salud correspondiente al pago de cuotas por parte de las familias afiliadas.

Por lo anterior, la falta de pruebas para acreditar los importes recaudados por los 12 regímenes de Protección Social en Salud, indica de manera notable que el Estado mexicano no se encuentra utilizando el máximo de recursos disponibles para brindar efectividad a los servicios de salud.

En segundo lugar, en cuanto a la *captación, administración y aplicación de recursos financiero por concepto de cuotas familiares*, se determinó de acuerdo a los informes presentados por 20 de los 32 Regímenes de Protección Social en Salud se acreditó el destino de \$12, 613,900 para la adquisición de medicinas y productos farmacéuticos, montó que representó el 6.9% de los \$181, 684,500 captados por concepto de cuotas familiares. No obstante, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no acreditó con evidencia documental el destino por \$169,070.5 recaudados.³⁶⁵

Al considerar lo anterior, La falta de pruebas para comprobar el destino de los recursos asignados indica, de manera notable, que el Estado mexicano no se encuentra utilizando el máximo de recursos disponibles para brindar efectividad a los servicios de salud.

³⁶⁵ *Ibidem*, pp. 10-11.

Respecto el rubro correspondiente a “*gestión institucional*” se menciona que únicamente se tocarán algunos de los puntos de la evaluación realizada por la Auditoría Superior de la Federación.

En primer lugar, respecto *la validación del padrón de beneficiarios* la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no acreditó con evidencia documental la base de datos de padrones estatales del Seguro Popular. En consecuencia, la Auditoría Superior de la Federación determinó que 1.9 de cada mil familias afiliadas al seguro registró un beneficiario con el que no acreditó su parentesco, por lo que podría no recaudarse el monto de dinero acorde al número de usuarios.³⁶⁶

En segundo lugar, respecto *la evaluación del padrón de beneficiarios*, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no acreditó que en 2009 realizó las gestiones pertinentes para ordenar la evaluación de los padrones de los diversos Regímenes.

En tercer lugar, respecto *el cotejo del padrón de beneficiarios*, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no solicitó al Consejo de Salubridad General el cotejo de beneficiarios del Seguro Popular contra los padrones de otras instituciones de seguridad social. De esta manera, se encontró un porcentaje de colisión de 14.2% ya que 4, 426,660 beneficiarios del Seguro Popular se encontraban registrados en otros padrones de seguridad social. La colisión entre el Seguro Popular y otras instituciones es relevante, siendo que, se genera duplicidad de servicios.

En cuarto lugar, respecto el cumplimiento del personal que instrumenta el Sistema de Protección Social en Salud de Carrera de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud cumplieron con el perfil establecido, por lo que el Estado

³⁶⁶ *Ibidem*, pp. 11-13.

cumple con de manera creciente la calidad de los servicios al contar con personal calificado.³⁶⁷

A diferencia de las evaluaciones que va de los años 2005 a 2008 la Auditoría Superior de la Federación no determinó dentro de sus evaluaciones las correspondientes acciones, tales como recomendaciones, promociones de responsabilidad administrativa o solicitud de aclaración, esto a pesar de que en el apartado correspondiente a “operación financiera” no se acreditó el destino de \$169,070,500 por concepto de cuotas familiares, o bien, tampoco se acreditó la información documental de las familias afiliadas al seguro.

4.3.4.3. Resultados de evaluación del año 2017.

Finalmente, en la auditoría dirigida al Sistema de Protección Social en Salud del año 2017, es presentada una limitada cantidad de datos respecto la evaluación realizada, ya sea, aquellas que corresponden a los resultados obtenidos, a las recomendaciones realizadas o bien, a las acciones emitidas por la Auditoría Superior de la Federación con la finalidad de mejorar.

En el “Informe general ejecutivo. Cuenta pública 2017”, dentro de la auditoría 230-D3 denominado “Equipamiento de unidades hospitalarias en los estados de Durango y Nuevo León” se menciona lo siguiente:

En el estado de Durango no se contó con el seguro contra siniestro para los 734 bienes adquiridos y tampoco se acreditó la existencia de 13 equipos médicos por la cantidad de 1.13 millones de pesos. Ante esto, la falta de pruebas para comprobar el destino de los recursos asignados indica, de manera destacable, que el Estado mexicano no se encuentra utilizando el máximo de recursos disponibles para brindar efectividad a los servicios de salud

En el estado de Nuevo León, respecto los proyectos autorizados para la adquisición de equipamiento de los Hospitales Generales de Montemorelos y de

³⁶⁷ *Ibidem*, pp. 14-15.

Sabinas Hidalgo, se comprobó que no se contó con el seguro para siniestros para 5,951 equipos e instrumental médico con un costo de 259.99 millones de pesos; cabe mencionar que dicho seguro fue adquirido para los hospitales desde el mes de noviembre de 2016. Ahora bien, a la falta de adquisición del seguro se debe agregar que no ha sido posible utilizar dicho servicio, siendo que la construcción de ambos hospitales no ha concluido.³⁶⁸

De igual manera, dentro del “Informe general ejecutivo. Cuenta pública 2017” se menciona que en ese año a través del Seguro Popular se otorgó un financiamiento para que 53,505,187 personas tuvieran acceso a 348 intervenciones de salud, no obstante a catorce años de operación la Comisión Nacional de Protección Social en Salud no cuenta con información, ni indicadores para evaluar el cumplimiento del Seguro Popular, es decir, el establecimiento de parámetros e información para evaluar el nivel de acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médicos.

El Estado mexicano que incumple el parámetro multicitado, relacionado con la “aplicación en el plano nacional” de la Observación General 14 en su apartado “legislación marco”, siendo que, al no fijarse indicadores que sirva como referente para evaluar el cumplimiento del Seguro Popular existe una ausencia de indicadores para medir el ejercicio del derecho de protección a la salud

Del año 2013 a 2017 la cobertura de la población potencial del Seguro Popular se redujo en 6.2 puntos porcentuales, siendo que pasa de 85.4% (55, 637,999 personas afiliadas) al 79.2% (53, 505,187 personas afiliadas).³⁶⁹

Finalmente, las evaluaciones anexadas al presente documento forman parte de los documentos más completos por parte de la Auditoría Superior de la Federación, sin embargo, la única que nos da seguimiento de las acciones

³⁶⁸ Auditoría Superior de la Federación, *Informe general ejecutivo. Cuenta pública 2017*, México, 2019, p. 63, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegeneral/Informe_feb2019_CP.pdf

³⁶⁹ *Ibidem*, p. 287.

realizadas es el informe del año 2009, la cual, indica el seguimiento de las acciones emitidas en la revisión de ejercicios fiscales anteriores al 31 de diciembre de 2009.

El informe 2009 nos presenta la emisión y atención de 7 recomendaciones y 5 solicitudes de aclaración³⁷⁰, no obstante, simplemente dentro del informe 2008 se emitieron 11 recomendaciones, 4 solicitudes de aclaración-recuperación y 1 promoción de responsabilidad administrativa sancionatoria.³⁷¹ Mientras que, en el año 2009 se emitieron 36 recomendaciones de desempeño,³⁷² por lo que, tras las cifras presentadas se estima falta de seguimiento de las acciones realizadas, situación que afecta el cumplimiento del derecho de protección a la salud.

El análisis de estos informes en relación a las sentencias de progresividad descritas y la Observación General 14, en su conjunto, permiten explicar la realidad de los servicios sanitarios en el país desde la perspectiva de los modelos e instrumentos de gestión. En la medida en que el Estado mexicano no se apropie del principio de progresividad desde una adecuada gestión presupuestal y operativa no será representativo cuántas veces cambie el modelo de salud. Es necesario un auténtico compromiso de priorizar la salud, de lo contrario cualquier modelo se encontrará incompleto ante las necesidades del país.

³⁷⁰ Auditoría Superior de la Federación, Informe de resultados de la fiscalización superior de la cuenta pública 2008, México, 2008, p. 223, <https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2008i/Indice/iGeneral.htm#palabra=->

³⁷¹ Auditoría Superior de la Federación, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005*, México, 2005, *Op. Cit.*, p. 224.

³⁷² Auditoría Superior de la Federación, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2009*, *Op. Cit.* 20.

CONCLUSIONES

Durante el desarrollo del presente trabajo se observó cómo la estructura y conformación de los derechos sociales es un factor clave para comprender los retos y obstáculos que se generan en nuestro sistema de salud. Los cuales giran alrededor del cumplimiento el derecho de protección a la salud.

Por supuesto, es de destacar que las acciones que acompañaban los obstáculos relativos a la falta de voluntad política o de aplicación de recursos se encontraban justificadas en concepciones que nos indicaban, por ejemplo, que los derechos sociales surgen en forma posterior a los civiles y políticos. O bien, que los derechos civiles y políticos se encuentran axiológicamente subordinados al principio de dignidad, mientras que los derechos sociales lo estaban al principio de igualdad. Estas concepciones dieron pie a considerar a los derechos civiles y políticos por encima de los derechos sociales.

Aquellas percepciones que clasifican como diferentes los derechos sociales con respecto a los derechos civiles y políticos no es posible considerarlas como unas visiones que comprendan el funcionamiento de los derechos humanos, ya que los derechos humanos gozan de *interdependencia*. De esta manera, aunque existen diferentes formas para dar cumplimiento a los derechos humanos, no es posible sujetarlas a una visión que clasifique a los derechos sociales y los derechos civiles y políticos con distintos grados de importancia o cumplimiento, siendo que el funcionamiento de ambas se realiza a partir de acciones *positivas* y *negativas* por parte del Estado.

Sin duda, con estas concepciones es sencillo encontrar renuencia hacia el incumplimiento de los derechos sociales. La mencionada falta, en México, se encontró inmersa en las percepciones estructurales e históricas propias de nuestro país.

Por supuesto, la creación del Estado interventor y social a partir de la Constitución de 1917 fue un detonador para crear nuestras instituciones de carácter

social. Ejemplo de ello es que, en materia de salud, el país construyó importantes institutos que durante años promovieron la protección de la salud de forma conjunta con otros derechos de tipo social. Sin embargo, aunque las instituciones siguieron una lógica de protección e intervención, no fueron creadas para dirigirse a la población en forma homogénea. Una situación que se percibe en la división de servicios ya sea en aquella que se dirige a los trabajadores del sector público y privado o, bien, del sector informal, campesinos o población de bajos recursos.

Ahora bien, se resalta que de manera inicial el presente trabajo la hipótesis planteaba el predominio del Estado social sobre el Estado liberal al considerar que los ideales que conformaban el primero promueven el carácter protector e interventor hacia grupos vulnerables y no así el otro modelo. No obstante, conforme se avanzaba y desarrollaba el presente trabajo se pudo observar que la hipótesis tiene un cumplimiento parcial. Esto al encontrar como los Estados se transforman y se complementan con el objetivo de responder a las crisis o patologías que de ellos nazcan.

En nuestro país, el cambio de condiciones sociales como lo fue la crisis económica generada durante los periodos presidenciales de José López Portillo y Miguel de la Madrid, con la conocida *caída de los precios del petróleo*, provocó un cambio en el modelo económico utilizado hasta entonces, por lo que el país pasó de un *mercado interno protegido* a un *mercado exportador y globalizado*. De esta manera, el cambio de condiciones económicas y sociales dio como resultado el recorte al gasto social programado, por lo que se dio la oportunidad de que nuestro sistema de salud se diseñará y rediseñara de una manera compleja. Lo anterior, al amparo de dos paradigmas que dieron como resultado que los derechos sociales respondieran a las medidas de financiamiento de organismos multilaterales como el Banco Mundial, por ejemplo, con la implementación del modelo descentralizador en los servicios de salud.

Asimismo, es pertinente recordar que el cambio de paradigma no conformó un resultado negativo. Al contrario, con la llegada de la crisis económica de 1982 se

buscó fortalecer desde lo jurídico la salud pública, por lo que la Constitución mexicana en el año 1983 otorgó el derecho de protección a la salud, mismo que buscaba el cumplimiento de la salud universal. Por lo anterior, los efectos indeseables que surgieron con la descentralización de los servicios de salud no son más que el producto de pequeñas crisis dentro de este modelo. Si estos se observan a la luz de derecho de protección a la salud, son errores que se consideran deseables y necesarios corregir.

Ahora bien, como se mencionó, se observa que una de las justificaciones más importantes para realizar un cambio dentro del sistema de salud fue disminuir el nivel de centralización de nuestro país, Para ello, se retomaron los consejos otorgados por la Coordinación de Servicios de Salud. Ésta consideraba que la centralización tendría que encontrarse únicamente en las decisiones clave, mientras que la descentralización se tendría que implementar en las funciones operacionales.

El panorama propuesto tras la disminución de la centralización sería el goce de una mayor autonomía en las entidades federativas en cuestión de decisiones operacionales y disposición de recursos. Además de la fusión de programas que resultaban redundantes, por lo que con la fusión de estos se optimizarían los recursos y evitarían la duplicidad.

Es importante resaltar que dentro de los puntos favorables respecto al proyecto descentralizador de los servicios de salud se encuentra la *búsqueda de la legitimidad*. Esto en cuanto al reconocimiento de derechos sociales en tiempos de crisis económica. Sin embargo, el hecho de otorgar este derecho como estrategia para ganar simpatizantes de diversos grupos políticos refuerza la idea centralista. Además, impregna a los derechos sociales de mayor tendencia programática porque debilita la idea de que los derechos sociales son una obligación del Estado y favorece su percepción como producto de la mera voluntad del Estado.

De igual manera, se puede agregar que, aunque la implementación de los servicios de salud descentralizados marcó las bases para la creación del Sistema

de Protección Social en Salud (el cual esperaba cumplir con las expectativas internacionales), se debe considerar que la reestructuración de funciones, estructuras administrativas, políticas y jurídicas priorizaba la optimización de presupuesto ante un escenario que exigía mayor compromiso económico del Estado.

Por lo anterior, aunque en la creación de los servicios de salud descentralizados de manera inicial se mostrara una visión encaminada a la protección de los derechos sociales al permitir a todos los ciudadanos acceder a servicios de salud, en realidad no se podría considerar un escenario óptimo en su totalidad. Esto en razón de que en todo momento los derechos sociales deben estar en busca de la *igualdad de circunstancias*, situación que es poco visible cuando se prioriza la atención médica únicamente para padecimientos de primer nivel y de bajo costo. En otras palabras, el uso abusivo y sin evolución de este modelo genera una atención fragmentada.

De acuerdo a los datos arrojados por el Sistema Nacional de Evaluación de Derechos Humanos, la fragmentación en la cantidad de presupuesto asignado dentro del ramo designado a los beneficiarios del Seguro Popular, el cual para el año 2015 tuvo una diferencia de \$ 44,891,327.3 millones de pesos a comparación del destinado a las personas afiliadas al ISSSTE, ISSSFAM y Salud de PEMEX. Lo anterior muestra una diferencia monetaria a pesar de que el número de afiliados al seguro popular en ese año eran 49,018,903 de un total de 119,530,753 personas afiliados a algún instituto.

La falta de obligatoriedad en los derechos sociales nos muestra la necesidad de cumplir con los parámetros otorgados por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y por supuesto, del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mismos que forman parte de nuestro ordenamiento. Actualmente el papel del estado social constitucional en México tiene mayor presencia con la reforma constitucional en el año 2011, siendo que el Estado

social por medio del Estado constitucional se manifiesta en un Estado social constitucional que otorgó y construyó la fuerza vinculante de la cual carecía.

Con esta afirmación, se retoma la posición respecto de que la hipótesis establecida tiene *cumplimiento parcial*, es decir, que las manifestaciones jurídicas del Estado social no solventan la problemática por sí mismo, y, por tanto, no tiene mayor grado de legitimación que el Estado liberal. Sin embargo, se trata en definitiva del grado de compromiso económico y axiológico respecto la protección social del Estado en el modelo adoptado. En términos del Estado constitucional, la complementación de la protección social se manifiesta en los contenidos de carácter axiológico, en correspondencia a los principios jurídicos vinculantes; tales como la dignidad humana, el respeto de los derechos humanos y la supremacía de la constitución.

De igual manera, se concluye que el cumplimiento de los parámetros de protección social jurídicamente vinculantes del Estado constitucional dentro de la política social favorecería el derecho de protección a la salud. Lo anterior, de acuerdo al análisis realizado dentro del capítulo IV, el programa Seguro Popular tiene avances y retrocesos en términos de la *Observación General 14* en cuanto a sus elementos interrelacionales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Así mismo, el programa Seguro Popular ha encontrado coherencia, avances y retrocesos en aquellos elementos que conforman la *progresividad* como lo son, el cumplimiento de obligaciones de contenido específico y en un tiempo razonable, el suministro puntual y suficiente de medicamentos, el uso máximo de recursos disponibles, la adopción de las medidas necesarias para dar efectividad al derecho universal a la salud, además de cumplir con criterios de calidad tales como contar con la infraestructura adecuada y necesaria.

REFERENCIAS

Bibliografía

ABRAMOVICH Víctor y COURTIS Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Trotta, Madrid, 2da ed., 2014.

AGUILAR VILLANUEVA, Luis F., "Reformas y retos de la administración pública mexicana (1988-1994)", *Foro Internacional*, Núm. 143, vol. XXXVI, enero-marzo, 1996, [file:///C:/Users/52442/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1411-1-10-20160706%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/52442/Downloads/1421-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1411-1-10-20160706%20(1).pdf)

ARANGO RIVADENEIRA, Rodolfo, "Derechos Sociales", Fabra Zamora, en Jorge Luis y Rodríguez Blanco, Verónica (Eds.), *Enciclopedia de Filosofía y Teoría del Derecho*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, vol. 2, 2015, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3796/27.pdf>

ARREDONDO, Armando, *Federalismo y salud: estudio de caso sobre el sistema de salud en México*, Canadá, Forum of federations, 2001, <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE110-mx-arredondo-s.pdf>

AUDITORIA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, *Evaluación de la política pública del sistema de protección social en salud*, evaluación 1576, 2015, https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2015i/Documentos/Auditorias/2015_1576_a.pdf

AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2005*, México, 2005, <https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/ir2005i/Indice/iGeneral.htm#palabra=->

AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, *Informe de resultados de la revisión y fiscalización de la cuenta pública 2009*, Auditoría de desempeño 09-0-

12U00-07-0132, 2009,
https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2009i/Tomos/Tomo4/2009_0132_a.pdf

AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, Informe de resultados de la fiscalización superior de la cuenta pública 2008, México, 2008,
<https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2008i/Indice/iGeneral.htm#palabra=->

AUDITORIA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, *Informe general ejecutivo. Cuenta pública 2017*, México, 2019,
https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2017c/documentos/informegenera/Informe_feb2019_CP.pdf

BLENGIO VALDÉS, Mariana, “Principio de Progresividad en relación al derecho a la salud y sus consideraciones desde la ética y el derecho”, *Revista de derecho público*, Uruguay, año 27, núm. 54, diciembre, 2018,
<http://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/108/78>

BOBBIO Norberto, *Liberalismo y democracia*, Fondo de Cultura Económica, México, 2014.

BUSTAMANTE, Miguel E., “Historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Salud Pública de México”, *Salud Pública en México*, México, vol. 25, núm. 5, 1983, p. 462, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/578/566>

CANDIA Falcón, Gonzalo, “El estado de derecho: ¿al servicio de los derechos fundamentales?”, *Revista de Derecho*, Chile, vol. XXX, año 2, diciembre, 2017, <https://www.scielo.cl/pdf/revider/v30n2/art08.pdf>

CARBONELL, Miguel et al, *Derechos sociales y derechos de las minorías*, Porrúa, México, 2004.

CARPIZO, Jorge, “El Estado de los derechos de la Justicia Social, Revista Latinoamericana de derecho social, México, núm. 14, enero-junio, 2012, <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-social/article/view/9676/11704>

CARPIZO, Jorge, *El presidencialismo mexicano*, Siglo XXI editores, México, 2002.

CEJUDO, Guillermo M., “La nueva Gestión Pública, una introducción al concepto y a la práctica” en Cejudo, Guillermo M. (comp.), *Nueva Gestión Pública*, siglo veintiuno editores, México, 17-41 pp., http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/i_ngp_eap.pdf

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA, *Antecedentes en Seguridad Social, México* 2006, http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_ssocial.htm

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *Observación general* 14, 2000, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL, “Estudios sobre el proceso de descentralización en México 1997-2017”, CONEVAL, 2019, https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Proceso_Descentralizacion_Mexico.aspx

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL, “Sistema de Protección Social en Salud: Seguro Popular y Seguro Médico Siglo XXI”, CONEVAL, México, 2019, https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Seguro_Popular_Seguro_Medico_Siglo_XXI.pdf

CORREA R., Cruz E., “Neoliberalismo y descentralización”, Semestre económico, Colombia, vol. 4, núm. 7, 2001, <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5lcdwlkNxUEJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5262263.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d>

COSSÍO, José Ramón, *Dogmática constitucional y régimen autoritario*, Fontamara, México, 1998.

CRUZ PARCERO Juan A., *El lenguaje de los derechos. Ensayo para una teoría estructural de los derechos*. Trotta, México, 2012.

DÍAZ LÓPEZ DE FALCO, Rosa María, *El ombudsman de la salud en México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2014, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3709/4.pdf>

ESPINOZA VALLE, Víctor Alejandro, “Algo central: El nuevo federalismo”, Nexos, noviembre, 1993, <https://www.nexos.com.mx/?p=8048>

FERRAJOLI, Luigi, *Derecho y Razón. Teoría del garantismo penal*, Trotta, Madrid, 991 pp.

FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Trotta, Madrid, 2004.

FERRAJOLI, Luigi, *Epistemología jurídica y garantismo*, Fontamara, México, 2011.

FERRER, Eduardo, *La justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en el sistema Mac-Gregor interamericano de derechos humanos*, UNAM, Instituto de investigaciones Jurídicas, CNDH, México, 2019, <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/CESIDH-Justiciabilidad-Derechos-SIDH.pdf>

FLAMAND, Laura y MORENO Jaimes, Carlos, *Seguro Popular y federalismo en México, Un análisis de políticas públicas*, CIDE, México, 2014.

FLAMAND, Laura y MORENO JAMES, Carlos, "Protección a la salud durante el periodo de calderón. Avances y rezagos en el diseño y la implementación del seguro popular", foro Internacional, 2015, <http://www.scielo.org.mx/pdf/fi/v55n1/0185-013X-fi-55-01-00217.pdf>

FLAMAND, Laura, *Las perspectivas del nuevo federalismo: el sector salud. Las experiencias en Aguascalientes, Guanajuato y San Luis Potosí*, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1998, <http://mobile.repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/4114>

FLORES ALVARADO Ángel y MORÁN ZENTENO José Antonio, "Efectos del modelo de atención a la salud del programa IMSS-COPLAMAR sobre el estado de salud de la población rural marginada en México, Salud Pública en México, México, vol. 31, núm. 6, noviembre-diciembre, 1989, p. 746-747, <file:///C:/Users/52442/Downloads/25-Texto%20del%20art%C3%ADculo-88-1-10-20141110.pdf>

FORBES STAFF, "México, último en la OCDE en el gasto social", Forbes, México, enero, 2019, <https://www.forbes.com.mx/mexico-ultimo-en-la-ocde-en-el-gasto-social/>

FRENK, Julio y GÓMEZ DANTÉS, Octavio, "Salud: Austeridad privatizadora", Nexos, 2019, <https://www.nexos.com.mx/?p=43575>

FRENK, Julio, *et al.*, "Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México, Salud Pública en México, México, vol. 49, 2007, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000700007

GARGARELLA, Roberto, "Sobre el nuevo constitucionalismo latinoamericano", Revista Uruguaya de Ciencia Política, Uruguay, vol. 27, núm. 1, enero-junio, 2018, <http://rucp.cienciassociales.edu.uy/index.php/rucp/article/view/13>

GÓMEZ DANTES, Octavio y FRENK, Julio, “Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública a la protección social en salud”, *Salud Publica en México*, México, vol. 61, núm. 2, marzo-abril, 2019, p. 208, <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2019.v61n2/202-211/es>

GORDILLO, Luis I y LUNA LEAL, Marisol, *Hacia la eficacia de los Derechos Sociales*, Tirant to Blanch, México, 2018.

GRUPO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR, Observaciones finales a los Estados Unidos Mexicanos, Washington, D.C., 2020, http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/InformeObservacionesRecomendacionesMexico_3ciclo.pdf

GRUPO DE TRABAJO DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR, Observaciones finales a los Estados Unidos Mexicanos, Washington, D.C., 2016, <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/observaciones-finales-gtpss-mexico.pdf>

GUTIÉRREZ RIVAS, Rodrigo, “La justiciabilidad del Derecho a la Salud en México y en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, *Revista de Estudios del Centro de Estudios Constitucionales*, México, año III, núm. 5, julio-diciembre, 2017, <https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/revista-digital/julio-diciembre-2017>

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS, Exposición de motivos de la Ley General de Salud. Diciembre de 1983, *Revista de Administración Pública*, México, número especial, 2008, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/viewFile/18514/16640>

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Documento de posición institucional, 2009,

https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/eval_mon/3669.pdf?view=true

JARAMILLO CARDONA, Martha C., “La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Colombia, núm. 13, vol. 6, 2007, <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v6n13/v6n13a06.pdf>

JIMÉNEZ DORANTES, Manuel “Colaboración y coordinación en el sistema federal mexicano” en Cienfuegos Salgado, David y López Olvera Miguel Alejandro (coord.), *Estudios en homenaje a don Jorge Fernández Ruiz*, UNAM, México, 2005, p. 168, <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/10510>

KELSEN, Hans, *Compendio de teoría general del Estado*, Colofón, México, 1992.

LAURELL, Asa Cristina, *La reforma contra la salud y la seguridad social*, Era, México, 1997.

LLORCA RODRÍGUEZ, Carmen M., *et al.*, “Pobreza y descentralización fiscal. Un análisis empírico mediante panel de datos de países”, *El Trimestre Económico*, México, vol. LXXXIV (3), núm. 335, julio-septiembre, 2017, <http://www.scielo.org.mx/pdf/ete/v84n335/2448-718X-ete-84-335-00611.pdf>

LÓPEZ ARELLANO, Oliva y JARILLO SOTO, Edgar C., “La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano”, *Cad. Saúde Pública*, vol. 33, Suppl 2, julio, 2017, <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00087416/>

LÓPEZ GARCÍA, Erika, “La descentralización de los servicios de salud”, *Ars Iuris*, México, núm. 47, 2012, <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/arsiu/cont/47/act/act6.pdf>

LÓPEZ VELA, Valeria y PEREDA TREJO, Luis Enrique, “Derecho a la salud: de la lógica del mercado al lenguaje de los derechos”, *Revista del Centro de*

Estudios Constitucionales, México, núm. 5, año 111, julio-diciembre, 2017,
<https://www.sitios.scjn.gob.mx/cec/revista-digital/julio-diciembre-2017>

MARTÍNEZ VILCHIS, José, “La nueva gerencia pública en México. Una medición de su intensidad e impactos en las entidades del país”, *Convergencia*, México, vol. 16, núm. 19, enero-abril, 2009,
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352009000100008

MARTÍNEZ, Gabriel, “Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones”, *Salud Pública en México*, México, vol. 58, núm. 5, septiembre octubre, 2016.

MATZUMOTO BENÍTEZ, Namiko, *Constitucionalismo y derechos humanos*,

MEJÍA GARZA, Raúl M. et al, *Federalismo (s) El rompecabezas actual*, Fondo de Cultura Económica, México, 2018.

MELCHOR BARRERA, Zaraya y MELCHOR BARRERA, Diana, “Acciones de salud pública en Jalisco, 1917-1943: creación de organismos, vacunación y estadística”, *Intersticios sociales*, México, núm. 16, septiembre, 2018,
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4217/421757148006/html/index.html>

MERINO, Mauricio, “La (des)centralización en el sexenio de Salinas de Gortari”, *Foro Internacional*, vol. XXXVI, núm. 143, enero-marzo, 1996,
<https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1425/1415>

MEYER COSÍO, Lorenzo F., “La crisis del presidencialismo mexicano; recuperación espectacular y recaída estructural”, *Foro Internacional*, vol. XXXVI, núm. 143
<https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1415>

MONRANDÉ L., Felipe, “A casi tres décadas del Consenso de Washington ¿Cuál es su legado en América Latina?”, *Estudios Internacionales*, Chile, vol. 48,

núm. 185, 2016,
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-37692016000300003

MORALES ANTONIAZZI, Mariela *et al*, Interamericanización de los DESCAs el caso Cuscul Pivaral de la Corte IDH, Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, México, 2020
https://www.mpil.de/files/pdf6/Interamericanizacion_de_los_DESCA..pdf

NAVARRO RUVALCABA, Mario A., “Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina”, *Desacatos*, México, núm. 21, mayo-agosto. 2006,
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000200008

NOY, Shiri, “Las políticas de salud del Banco Mundial”, *Revista de Ciencias Sociales*, Venezuela, vol. IV, núm. 142, 2013,
<https://www.redalyc.org/pdf/153/15333870006.pdf>

NÚÑEZ URIBE, Andrea L. “La exigibilidad de los derechos sociales. La prohibición de regresividad en el ámbito del derecho a la educación en la jurisprudencia constitucional colombiana”, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Centro de Estudios Constitucionales SCJN, México, 2017.

ORDOÑEZ BARBA, Gerardo, “El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar caso mexicano”, *Región y Sociedad*, México, vol. 14, núm. 24, mayo-agosto, 2002,
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252002000200004

ORDOÑEZ BARBA, Gerardo, *El estado social en México. Un siglo de reformas hacia un sistema de bienestar excluyente*, Siglo veintiuno editores, México, 2017.

ORNELAS, Carlos, “La descentralización de los servicios de educación y de salud en México” en Di Gropello, Emanuela y Cominetti, Rosella, *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia en Latinoamérica*, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Chile, 1998, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31149/S9800076_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PISARELLO, Gerardo, “Del estado social legislativo al estado social constitucional: por una protección compleja de los derechos sociales”, *Isonomía*, México, núm. 15, octubre, 2001, <http://www.scielo.org.mx/pdf/is/n15/1405-0218-is-15-00081.pdf>

PISARELLO, Gerardo, “Ferrajoli y los derechos fundamentales; ¿Qué garantías?”, *Debate*, 2001, <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/174864.pdf>

PISARELLO, Gerardo, “Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción”, Trotta, Madrid, 2007.

RAMÍREZ BETANCUR, Víctor Julián, “Estado Social Democrático de Derecho: Una realidad política, jurídica, económica y sociológica para la garantía y protección de los derechos fundamentales”, *Revista Nova Et Vetera*, Colombia, vol. 5, núm. 45, febrero, 2019, <https://www.urosario.edu.co/Revista-Nova-Et-Vetera/Omnia/Estado-Social-y-Democratico-de-Derecho-Una-realid/>

RAMÍREZ CORONEL, Maribel, “Lo que se rompió con el Fondo de Gastos Catastróficos”, *El economista*, México, 2020, <https://www.economista.com.mx/opinion/Lo-que-se-rompio-con-el-Fondo-de-Gastos-Catastroficos-20200126-0048.html>

REYES MORALES, Hortensia, et al, “Ensayo, Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019”, *Salud*

Pública de México, México, vol. 61, núm. 5, septiembre-octubre, 2019, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10894>

RUIPÉREZ, Javier, “¿La Constitución en crisis? El Estado Constitucional Democrático y social en los tiempos del neoliberalismo tecnocrático”, *Revista de Estudios Políticos*, Madrid, núm. 120, 2003 abril-junio, <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/46095>

SÁNCHEZ DE TAGLE, María, “Caso Pabellón 13, triunfa derecho a la salud”, *Nexos*, México, 2014, <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/?p=4162>

SANZ BURGOS, Raúl, *Retos a la eficacia de los derechos humanos en España y la Unión Europea*, CNDH, México, 2016, <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4990-retos-a-la-eficacia-de-los-derechos-humanos-en-espana-y-la-union-europea-coleccion-cndh>

SECRETARÍA DE CULTURA, Lorenzo Meyer da cátedra sobre la política industrial en México, del neocolonialismo al neoliberalismo, 2021, <https://www.gob.mx/cultura/prensa/lorenzo-meyer-da-catedra-sobre-la-politica-industrial-en-mexico-del-neocolonialismo-al-neoliberalismo>

SECRETARÍA DE SALUD, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), 2015, <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

SERNA DE LA GARZA, José Ma., *Derecho Constitucional mexicano en su contexto*, Porrúa, México, 2018.

SERNA DE LA GARZA, José Ma., *El sistema federal mexicano. Un análisis jurídico*, UNAM, México, 2008, <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/2533-el-sistema-federal-mexicano>

- SERNA DE LA GARZA, José Ma., *El sistema federal mexicano: trayectoria y características*, Grandes Temas Constitucionales, México, 2016, <https://www.inehrm.gob.mx/recursos/Libros/SistemaFederalMexicano.pdf>
- SERNA DE LA GARZA, José Ma., *La lógica centralizadora del sistema federal mexicano*, Instituto de Investigaciones jurídicas, México, 2008, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1640/18.pdf>
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo y Martínez Narváez, Gregorio, “La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta”, *Salud Pública de México*, México, vol. 38, núm. 5, septiembre-octubre, 1996, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5947/6753>
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, “El cambio estructural en la salud 1. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud”, *Revista Salud Pública en México*, México, vol. 29, núm. 2, marzo-abril, 1987, <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/290/281>
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, *Serie Grandes temas del Constitucionalismo Mexicano. El Federalismo*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, tercera reimpresión, México, 2016.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, Tesis P./J. 5/2010, Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, febrero, 2010, <https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/165224>
- URIBE GÓMEZ, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, *Perfiles Latinoamericanos*, México, vol. 21, núm.42, julio-diciembre, 2013, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200006

- UVALLE BERRONES, Ricardo, “Descentralización Política y Federalismo: Consideraciones sobre el caso de México”, *Gestión y Estrategia*, México, núm. 7, enero-junio, 1995, <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/4653>
- VALDÉS OLMEDO, Cuauhtémoc, “Planeación y salud pública. Un enfoque centrado en problemas de salud”, *Salud Pública en México*, México, vol. 29, núm. 3, mayo-junio, 1987, <file:///C:/Users/52442/Downloads/284-Texto%20del%20art%C3%ADculo-338-1-10-20141110.pdf>
- VÁQUEZ AVEDILLO, José Fernando, “Los DESCA y a la Administración pública en México”, *Academus*, México, año. 4, núm. 8, segundo semestre, 2019, https://issuu.com/iimpublikaciones/docs/juridicas_viii_dic20/s/11439824
- VÁZQUEZ AVEDILLO, José Fernando, “Análisis comparativo entre la segunda Carta de Derechos norteamericana y la Constitución mexicana en materia de derechos sociales”, *Misión Jurídica*, Colombia, vol. 13, núm. 19, julio-diciembre, 2019, <https://www.revistamisionjuridica.com/wp-content/uploads/2020/11/A7-19-Analisis-comparativo-entre-la-segunda-carta-de-derechos-norteamericana-y-la-constitucion-mexicana-en-materia-de-derechos-sociales.pdf>
- VÁZQUEZ, Rodolfo, *Derechos humanos. Una Lectura liberal igualitaria*, Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Jurídicas, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Centro de Estudios de Actualización en Derecho, México, 2015.
- VIGO, Rodolfo, *Constitucionalismo y derechos humanos*, UNAM, videoteca virtual, México, 2016, <https://www.juridicas.unam.mx/videoteca/evento/1047-Congreso-Internacional-Constitucionalismo-y-Derechos-Humanos>
- WARMAN, Arturo, “México ahora. En líneas de sombra”, *Nexos*, 1984 <https://www.nexos.com.mx/?p=4396>

Leyes

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, agosto, 2018,

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, marzo, 2018,

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966,

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, México, enero, 1976,

http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Pacto_IDESC.pdf

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS, Convención Americana de Derechos Humanos, 1981,

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/TrataPersonas/MarcoNormativoTrata/InsInternacionales/Regionales/Convencion_ADH.pdf

PODER EJECUTIVO DE LA FEDERACIÓN, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, artículo 4, 1983,

https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/cpeum/decretos_reformas/2016-12/00130125.pdf

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Decreto por el que se crea el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta IMSS-COPLAMAR, México, 1985,
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4742477&fecha=24/06/1985#gsc.tab=0

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Diario Oficial de la Federación, México, octubre, 1943,
<https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/18616/16738>

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Exposición de motivos de la Ley del Seguro Social de 1942”, México, 1942, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-administracion-publica/article/view/18538/16663>

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Programa de reforma del Sector Salud, México, 1995,
http://www.fundacionplenitud.org/cuentasaludalc/Documents/Mexico_Programa_reforma_sector_salud_1995_2000.pdf

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Programa de reforma del Sector Salud, México, 1995,
http://www.fundacionplenitud.org/cuentasaludalc/Documents/Mexico_Programa_reforma_sector_salud_1995_2000.pdf

PODER EJECUTIVO FEDERAL, Reglamento de la ley general de salud, México, 2004, México,
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Acuerdo por el que la Coordinación General del Programa IMSS-Solidaridad publica las reglas de operación del programa IMSS-Solidaridad, México, 2000, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=2052238

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del Sistema de Protección Social para el ejercicio fiscal 2016, México, artículo 77 bis 25, 2016, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5431525&fecha=31/03/2016#gsc.tab=0

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2021, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la ley general de salud, de la ley de coordinación fiscal y de la ley de los institutos de salud, en materia de acceso a los servicios de salud y medicamentos asociados para las personas que no poseen seguridad social, México, Julio, 2019, https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/64/1/2019-07-03-1/assets/documentos/Ini_Delgado.pdf

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Iniciativa que reforma el artículo decimo transitorio de la ley del ISSSTE, México, octubre, 2011, http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/32466

PODER LEGISLATIVO FEDERAL, Ley General de Salud, México, 2007.

SECRETARÍA DE SALUD, Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud, México, septiembre, 1996, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a250996.html>

SECRETARÍA DE SALUD, Acuerdo nacional para la descentralización de los servicios, Diario Oficial de la Federación, México, 1996.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4900841&fecha=25/09/1996

SECRETARÍA DE SALUD, Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, México, 1996,
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4875243&fecha=11/03/1996#:~:text=El%20Programa%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud%201995%2D2000%20es,seguridad%20social%2C%20para%20evitar%20Ia

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, Acción de inconstitucionalidad 15/2017 y sus acumuladas 16/2017, 18/2017 y 19/2017, Diario Oficial de la Federación, diciembre, 2017,
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507701&fecha=13/12/2017

SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, amparo en revisión 378/2014, octubre, 2014,
<https://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=166107>

Referencias electrónicas

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN Y DESEMPEÑO, *Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA)*, México, 2015, <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/fassa.html>

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), 2019, <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/documentos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2018-153111>

SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS, Gasto público en salud per cápita para población asegurada, 2018, <https://snedh.segob.gob.mx/indicadores.php?codigo=PUDH:INDI:SfP02a#derechoSalud&salud2>

SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE DERECHOS HUMANOS, Porcentaje de la población afiliada al seguro popular, 2018, <https://snedh.segob.gob.mx/indicadores.php?codigo=PUDH:INDI:SaP01b#derechoSalud&salud1>