

NÚMERO 53

MARÍA SOLANGE MAQUEO

Mecanismos de tutela de los derechos
de los beneficiarios

Una tarea pendiente del Sistema de Protección Social en Salud

ABRIL 2011



www.cide.edu

• Las colecciones de **Documentos de Trabajo** del **CIDE** representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es).

• D.R. © 2011. Centro de Investigación y Docencia Económicas, carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210, México, D.F.
Fax: 5727•9800 ext. 6314
Correo electrónico: publicaciones@cide.edu
www.cide.edu

• Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido así como el estilo y la redacción son su responsabilidad.

Agradecimientos

Mi especial agradecimiento por sus valiosos comentarios a los Magistrados Rafael Estrada Sámano y Manuel Lucero Espinosa. De igual forma manifiesto mi gratitud al Dr. José Antonio Caballero, al Dr. Alejandro Madrazo y a la Mtra. Ximena Medellín por el apoyo y las sugerencias recibidas. Este documento es producto de mi participación en el proyecto de investigación relativo a la transformación de la protección social en salud, en el apartado correspondiente al diagnóstico del ejercicio de la tutela de este derecho, con miras a su ejercicio efectivo, realizado por encargo del propio Sistema de Protección Social en Salud. Todas las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de la autora y no representan la posición de ninguna institución gubernamental o privada. Cualquier comentario sobre el tema favor de enviarlo a: maria.maqueo@cide.edu

Resumen

El Sistema de Protección Social en Salud, también conocido bajo el nombre de Seguro Popular, supone un gran avance dentro de la reforma estructural para garantizar la efectividad del derecho de protección social en salud, pues amplía la cobertura de los servicios de atención médica, hospitalarios y de medicamentos sin cuotas de recuperación a todos aquellos que carezcan de mecanismos de aseguramiento social y que decidan afiliarse de manera voluntaria al sistema. Además, por supuesto, de especificar previamente cuáles son los derechos, bienes y servicios que contempla el propio sistema.

Sin embargo, la complejidad de su instrumentación, la diversidad de actores que participan en la conformación de la prestación de los servicios antes indicados, así como la falta de claridad normativa respecto de las atribuciones y competencias en los diferentes niveles de gobierno, propician serias imprecisiones sobre las vías de tutela jurisdiccional adecuadas para salvaguardar la efectividad de los derechos consagrados por el sistema.

Este artículo pretende, precisamente, poner de manifiesto tales carencias, a través de la sistematización de la conformación normativa del Seguro Popular.

Abstract

The Social Protection System in Health, also known as Popular Insurance, represents a great advance in the structural reform to ensure the effective protection of rights to health. It broadens the coverage of health care services, provides medicines and hospital attention to those who have no other social insurance mechanisms and have decided to join it voluntarily. The System also specifies the rights, goods and services granted to eligible members.

However, the complexity of its implementation, the diversity of actors involved in shaping the provision of services referred to the system itself, and the lack of a clear regulatory frame regarding the competences of different levels of government, lead to serious inaccuracies on the means of legal protection to safeguard the effectiveness of rights guaranteed by the System.

Precisely, this article aims at describing the shortcomings of legal protection to the beneficiaries of the system through the legal analysis and systematization of the Popular Insurance.

Introducción

La creación del Sistema de Protección Social en Salud (en adelante SPSS) y de su brazo operativo, el Seguro Popular (SP), tuvo como objetivo resolver algunos de los problemas que afrontaban, hasta antes de 2003, las personas carentes de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), por encontrarse excluidas del sector formal de la economía. De acuerdo con Frenk *et al.*, (2007, p. S25) “Durante este periodo, [...], la población no cubierta por la seguridad social, principalmente la más pobre, era considerada como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud con una fuente de financiamiento incierta y un paquete de servicios mal definido. Esta población tenía acceso a unidades de servicios de salud operadas a nivel federal y estatal a cambio de un copago o cuota de recuperación en el momento de utilizar los servicios, que, a pesar de estar ajustada a su nivel de ingreso y contar con un subsidio significativo, contribuía a la alta proporción de gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención médica.”

Así, el servicio médico para las personas excluidas de la seguridad social (y carentes de recursos suficientes para acceder a los esquemas de seguridad privada), estaba inmerso en la incertidumbre y sujeto a los vaivenes de las restricciones presupuestarias. Adicionalmente, las personas con cierta capacidad de pago excluidas de la seguridad social (o insatisfechas con sus servicios) estaban sujetas necesariamente a la atención de grupos heterogéneos y mal regulados de prestadores de servicios privados, independientemente de si contaban o no con una previa certificación (Frenk *et al.*, p. S24).

De esta forma, el principal objetivo de la reforma obedecía a la intención de ofrecer protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no contaban con ningún tipo de seguro público de salud. Como afirman los promotores de la reforma estructural al Sistema Nacional de Salud, “este tipo de segregación ocupacional era incompatible con la idea de que el acceso a la atención médica es un derecho humano, según lo estipula el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Frenk *et al.*, p. S27). De ahí que fuera necesario adoptar nuevos esquemas que permitieran hacer efectiva “la garantía del ejercicio universal del derecho a los servicios de salud, a través de la promoción del acceso a la atención médica sin discriminación” (*Ibidem*).¹

¹ “Hasta el año 2000, antes de la reforma, el IMSS atendía a todos los trabajadores asalariados del sector privado y a sus familias, que representaban aproximadamente 40% de los casi 100 millones de habitantes de México; el ISSSTE atendía a 7%, y los seguros privados cubrían de 3 a 4% de la población. En consecuencia, aproximadamente 50% de la población no tenía acceso a ningún tipo de seguro médico prepagado. Esto incluía a alrededor de 2.5 millones de familias de los segmentos más pobres que recibían únicamente intervenciones de salud comunitarias y preventivas muy básicas incluidas en el programa de combate a la pobreza denominado *Oportunidades*.” (Frenk *et al.*, 2007, p. S25).

Este objetivo fue textualmente previsto tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 como en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Por una parte, el Plan Nacional de Desarrollo antes referido preveía el fortalecimiento de los sistemas de salud en coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, a fin de elevar la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios a toda la población. Por la otra, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 establecía la necesidad de brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, a través de un sistema que garantice la oportunidad, equidad y calidad en la prestación de los servicios.

En uno de los documentos base para diseñar el mecanismo *ad hoc* para alcanzar los objetivos propuestos por el Plan y el Programa antes indicados, titulado "La Reforma de la Salud en México", elaborado por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y basado en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS),² se establecieron cuatro acciones prioritarias a seguir:³

- (1) Establecer un seguro nacional de salud
- (2) Separar el financiamiento de la prestación de servicios
- (3) Incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud
- (4) Crear un fondo nacional de salud pública.

Cabe decir que estas cuatro acciones fueron efectivamente consideradas para el diseño y configuración del Seguro Popular por sus artífices.

En principio, como afirman Frenk *et al.* (pp. S27 y S28), la reorganización del sistema de salud se llevaría a cabo a través de la integración horizontal de sus tres funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación de servicios. En primer lugar, se fortalecería la rectoría de la federación, a través de la Secretaría de Salud, en el Sistema Nacional de Salud y, concretamente, por lo que hace al SPSS, a través de sus facultades de planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de los recursos humanos, entre otros. En segundo lugar, el financiamiento del nuevo mecanismo estaría diferenciado de los bienes y servicios públicos de salud (que incluyen la función de rectoría y los servicios de salud comunitaria).⁴ Mientras que éstos permanecerían funcionando con cargo al presupuesto de egresos de la Secretaría de Salud como hasta entonces, los servicios personales de salud (previstos por el Seguro Popular) tendrían una fuente de financiamiento

² Disponible en <http://www.who.int/whr2001/archives/2000/en/contents.htm>.

³ Cfr. Tamez González y Eibenschutz (2008, p. 136).

⁴ De acuerdo con Frenk *et al.*, (2007, p. S28) "Los bienes públicos de salud incluyen la función de rectoría (planeación estratégica, información, evaluación, investigación y desarrollo de recursos humanos), así como los servicios de salud comunitaria." Estos bienes públicos de salud se financian a través del presupuesto de la Secretaría de Salud. De hecho, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad está destinado al financiamiento exclusivo de las actividades de salud pública proporcionadas en los niveles federal y estatal. Por su parte, como veremos, los servicios personales de salud se introducen a través de la creación del SPSS y el Seguro Popular.

diferenciada. El esquema de financiamiento, además de adoptar un carácter tripartito (basado en las aportaciones de la federación, de las entidades federativas y de las cuotas familiares correspondientes a su nivel de ingreso), inspirado con algunas adecuaciones en otros esquemas de seguridad social, permitiría distinguir entre el financiamiento y la provisión del servicio.

La provisión del servicio si bien descansaría inicialmente en las clínicas y hospitales del sector público a nivel estatal y excepcionalmente a nivel federal, se dejaría abierta la posibilidad para incluir paulatinamente al sector privado (a través de contratos específicos y previa acreditación).

Un objetivo adicional consistiría en modificar el esquema actual de asignación de recursos por parte de la federación a los estados, a efecto de adoptar una fórmula basada en la demanda de los servicios personales de salud y en las preferencias de los usuarios (Lakin, pp. 318 y 319). De acuerdo con Frenk *et al.*, esta fórmula implicaría un cambio importante en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores del servicio, pues estaría determinada en gran parte por el número de familias afiliadas. Desde la perspectiva de la teoría económica este esquema buscaba generar incentivos claros para elevar progresivamente el número de afiliados y otorgarles un servicio efectivo y de calidad que asegurara su permanencia.⁵

Ahora bien, para garantizar los servicios personales de salud a toda la población se adoptarían, al menos en teoría, los principios propios del “aseguramiento”.⁶ Como afirma Lakin (2010, pp. 315 y 316), la idea detrás del cambio era introducir una “cultura de prepago”, que redujera el gasto de bolsillo y, con ello, el empobrecimiento de la población asociado a la enfermedad. El mecanismo para introducir el prepago se conformaría por un subsidio público y una prima progresiva de acuerdo a la capacidad económica de las familias. En palabras de Nigenda (p. 5), la estrategia consistiría en movilizar fondos federales para subsidiar el costo de la prima y solicitar un pago fijo a cada familia de acuerdo a su ingreso. Evidentemente, la afiliación a este mecanismo, de manera voluntaria, daría lugar a la prestación de servicios y al acceso a medicamentos previamente especificados. El paquete de servicios y medicamentos adoptaría un carácter dinámico de tal forma que se fuera ampliando progresivamente y actualizando de acuerdo con los cambios en el perfil epidemiológico, los avances tecnológicos y la disponibilidad de recursos (Frenk *et al.*, p. 31).

⁵ En palabras de Nigenda (2005, p. 5) uno de los elementos que justificaron la creación del Seguro Popular fue la reasignación a los estados de fondos federales frescos. La tendencia histórica de asignación (basada en la oferta) generó diferencias importantes entre las diversas entidades federativas. Así, de acuerdo con este autor, para el año 2000 existía una diferencia de 5 veces entre el estado que más presupuesto federal recibía y el que menos recibía. Estas diferencias se acentuaban por la carencia de una asignación hecha con criterios explícitos. De tal forma que entre el estado que más presupuesto por familia gastaba en salud y el estado que menos recursos utilizaba para esos efectos existía una diferencia de casi 100 veces.

⁶ “Frenk has often explained the idea behind the PHI [Popular Health Insurance] as an attempt to make the MOH [Ministry of Health] health service function similarly to the social insurance institutes.” (Lakin, p. 321)

Cabe destacar que para la planificación de esta estructura en forma de seguro era fundamental contar con un cierto nivel de responsabilidad en el financiamiento del programa por parte de la población, particularmente debido a que, como afirma Nigenda (2005, p. 7), “la intención era generar un sentido de apropiación del programa y una cultura ciudadana para la demanda de buena calidad de la atención.” Sin embargo, una situación que modificaría los términos originales de la reforma estructural planteada sería precisamente la exención de la cuota correspondiente a los dos primeros deciles, con lo cual, en términos de Nigenda (p. 7), “las aportaciones de las familias pasaron a representar un porcentaje marginal de los fondos disponibles para el programa.”

Efectivamente, los objetivos e ideas para la implementación del SPSS, expuestos con anterioridad, estuvieron sujetos a una severa negociación para su instrumentación legislativa.⁷ En concreto, de acuerdo con Nigenda (p. 7), la Secretaría de Salud negoció con la Cámara de Senadores (que sería la cámara de origen de la propuesta de reforma legislativa a la Ley General de Salud) la creación del sistema. De conformidad con este autor, los cambios más relevantes operados durante este proceso, en relación con la propuesta original, fueron: (1) Los estados tienen una responsabilidad de cofinanciamiento del costo del paquete de servicios; (2) el subsidio para las familias pertenecientes al primer y segundo decil de ingresos es de 100%; (3) el paquete de intervenciones se incrementaría gradualmente pero de la fase piloto (iniciada en 2001) se lograba un incremento inmediato para el 2004 de 78 a 91 intervenciones, y; (4) se creó un fondo para cubrir enfermedades de alto costo (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, en adelante FPGC).

Así pues, con base en lo anterior, se emitió el decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud (en adelante LGS), publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003, a través del cual se crea el SPSS.⁸ Con base en ello se emite el Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud (en adelante, Reglamento), publicado en el DOF el 5 de abril de 2004, y los demás acuerdos y lineamientos que organizarían el funcionamiento del SPSS y especificarían el paquete de

⁷ Como pone de manifiesto Lakin (p. 321), “The premium schedule initially envisioned by Frenk was subsidized, but when the proposed legislation went to the Mexican Senate, legislators argued that the poor should be exempt from premiums altogether. It was argued that the bottom two deciles of the income distribution would not pay for the insurance program [...]. Finally, the creation of PHI [Popular Health Insurance] was designed to recentralize federal control over the decentralized health system.”

⁸ De acuerdo con el artículo 77 bis I de la LGS, la protección social en salud se constituye en el mecanismo *ad hoc* para garantizar “el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas de forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.”

servicios a los que tienen derecho las personas que decidan adherirse al mismo.

De esta forma, el llamado Seguro Popular iniciaría sus operaciones formalmente en enero de 2004.

Desde su origen hasta la fecha, el SPSS no sólo ha adquirido un mayor alcance en cuanto a su cobertura, sino que además ha logrado consolidarse como un mecanismo necesario para garantizar el derecho a la protección de la salud, previsto por el artículo 4º, tercer párrafo, de nuestra norma fundamental.

Como se pone de manifiesto en el Informe de Resultados del periodo enero-junio de 2010, presentado por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), no sólo se ha incrementado considerablemente el número de derechohabientes al SPSS (actualmente con más de 40 millones de afiliados), así como el presupuesto asignado para su funcionamiento y efectividad, sino que además se ha acrecentado en el último año el número de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) de 266 a 275, así como los padecimientos de alto impacto económico cubiertos a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

De esta forma, el SPSS logra constituirse en uno de los mecanismos principales para tutelar el derecho a la salud y, con ello, alcanzar el objetivo de “asegurar de manera universal” a todas aquellas personas que por su situación laboral no son derechohabientes de la seguridad social.⁹

Ahora bien, no obstante el éxito obtenido en su consolidación y en la efectiva progresividad del alcance de su cobertura, lo cierto es que hasta la fecha no existe una posición definida sobre la propia naturaleza jurídica del Seguro Popular y las consecuencias jurídicas que ello conlleva. Un aspecto fundamental aún pendiente de resolver consiste precisamente en la especificación de los mecanismos de tutela con que cuentan los afiliados al SPSS para hacer valer los derechos y obligaciones que el propio sistema contempla.

⁹ El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 (pp. 172 y ss.) prevé el objetivo de “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.” Para ello, el propio Plan prevé el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud a través de su incorporación al SPSS, a los programas para no asegurados de que dispone la Secretaría de Salud y el IMSS.

Características del SPSS

A pesar de que la idea original para la reforma estructural del Sistema Nacional de Salud que integra al SPSS tuvo como base la implementación de un esquema de aseguramiento social, inspirado en otros esquemas preexistentes como son el IMSS y el ISSSTE, el sistema finalmente adquirió ciertas peculiaridades que lo llevaron a constituirse en un esquema novedoso y particularizado. Dentro de las características que lo distancian de los modelos de aseguramiento social originalmente planteados cabe destacar su carácter concurrente (congruente con el proceso descentralizador del sistema de salud iniciado en los años ochenta, de acuerdo con Nigenda, 2005, p. 4), la exención del pago de cuotas a un sector importante de la población y la carencia de ajustes en el pago de las cuotas por el factor riesgo.¹⁰

Este distanciamiento con los modelos de aseguramiento social llevaron al SPSS a adoptar una estructura necesariamente compleja por lo que hace a sus esquemas de financiamiento, los diferentes convenios que rigen la prestación del servicio médico y la provisión de medicamentos y el rango de servicios ofertados (Lloyd-Sherlock, 2006, p. 356).

Veamos a continuación algunas de las características más relevantes del SPSS, a efecto de estar en posibilidad de determinar su naturaleza jurídica y, con ello, las consecuencias jurídicas respecto de los afiliados.

A) Financiamiento

En principio, el financiamiento del SPSS tiene un carácter tripartito. De acuerdo con el artículo 77 bis 11 de la LGS, “El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la federación, los estados, el Distrito Federal y los beneficiarios [...]”. En términos generales, este esquema tripartito se organiza a través de la diferenciación de tres formas de asignación de los recursos para la prestación de los servicios en salud —cuotas sociales, aportaciones solidarias y cuotas familiares— así como por su canalización a través de la constitución de varios fondos etiquetados. Aquí destacan el llamado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona, un Fondo de Reserva y el más grande de ellos, el FPGC.

¹⁰ De acuerdo con Lakin (p. 321), el Seguro Popular adquirió ciertas características particulares que lo diferencian de la seguridad social en su sentido tradicional. En primer lugar, el paquete de servicios está claramente especificado —comprende un set de beneficios del primer y segundo nivel—. En segundo, lugar, el Seguro Popular se basa en la separación entre la provisión del servicio y el financiamiento, lo cual no existe en los institutos de la seguridad social. Además, los estados, que operan el sistema de servicios de salud de manera descentralizada, requirieron de la creación de nuevas estructuras para el Seguro Popular para adquirir servicios de salud de clínicas y hospitales, sobre la base de contratos explícitos. Finalmente, en tercer lugar, un tercer elemento diferenciador fue la adopción de un fondo específico, a nivel nacional, para la atención de un reducido número de intervenciones altamente costosas.

(1) Las cuotas sociales, de conformidad con el artículo 77 bis 11 de la LGS, estarán a cargo de la federación, la cual las cubrirá por cada persona afiliada al sistema y serán equivalentes a 3.92% del salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal y actualizado anualmente.

(2) Las aportaciones solidarias serán efectuadas tanto por la federación como por las entidades federativas. De acuerdo con el artículo 77 bis 13 de la LGS, la aportación "mínima" solidaria por parte de las entidades federativas será equivalente a la mitad de la cuota social. Esta aportación solidaria estatal se determina anualmente a partir del inicio de la vigencia de los derechos de la familia afiliada al sistema y será proporcional a la vigencia de derecho, de conformidad con el numeral 2 de los Lineamientos para la Integración de la Aportación Solidaria Estatal del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el DOF el 25 de julio de 2007 y modificados por diverso publicado el 25 de julio de 2008.¹¹

La aportación solidaria por parte de la federación se hará con cargo al Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (equivalente al menos una y media veces el monto de la cuota social). También en la aportación solidaria de la federación podrán fijarse criterios compensatorios que permitan entregar mayores recursos a los estados, "con base en el perfil de las necesidades de salud, la aportación económica estatal y el desempeño de los servicios estatales de salud." (art. 77 bis 13 de la LGS). La idea que subyace al criterio compensatorio es que la federación pueda efectuar mayores aportaciones de los mínimos previamente especificados a los estados que han logrado afiliar a un mayor número de personas y que, por ende, requieren de mayores recursos por la demanda que afrontan.

(3) En tercer lugar tenemos las cuotas familiares, esto es, las aportaciones que efectúan las personas que de manera voluntaria han decidido afiliarse al SPSS, a efecto de no tener que hacer pago alguno al momento de requerir los servicios médicos y las medicinas cubiertas por el sistema en el CAUSES. De acuerdo con la propia LGS, en su artículo 77 bis 23, estas cuotas se recibirán, administrarán y ejercerán por los Servicios Estatales de Salud (en adelante SESA), a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), lo cual indica que su captación y utilización estará confiada de manera exclusiva a cada entidad federativa. Sin embargo, la propia LGS

¹¹ De conformidad con estos lineamientos, la integración de las ASE admite diversos supuestos de gasto: aportaciones líquidas al sistema y acreditación del gasto estatal por familia (esto es, el gasto que las entidades federativas ejerzan para fortalecer los servicios de salud en el ejercicio fiscal que corresponda). Evidentemente, estas aportaciones están determinadas por el Presupuesto de Egresos de cada entidad e incluye las aportaciones municipales. Sin embargo, no podrán contabilizarse como ASE: los recursos federales del Ramo 12 (SALUD) y del Ramo 33 (FASSA), las aportaciones del fideicomiso del FPGC y de la Previsión Presupuestal Anual, así como las aportaciones de los gobiernos estatales para cubrir las cuotas familiares. Ciertamente sólo se consideraran como ASE los recursos destinados a la prestación de servicios de salud de las personas y los gastos de inversión en infraestructura del ejercicio fiscal correspondiente. Además, si el monto del gasto es superior al monto a aportar por concepto de ASE para un determinado ejercicio fiscal, no podrá acreditarse para los ejercicios fiscales subsecuentes.

establece el destino necesario de estas cuotas que no podrá ser otro que “el abasto de medicamentos, equipo y otros insumos para la salud que sean necesarios para el Sistema de Protección Social en Salud” (art. 77 bis 22). La injerencia de la federación respecto de las cuotas familiares será, además de la estandarización anual del monto progresivo de la cuota, la recepción de los informes que se le presenten del destino y manejo de las cuotas familiares por parte de los regímenes estatales.

Para los efectos de nuestro estudio las cuotas familiares adquieren una gran trascendencia pues, en concreto, podrían ser consideradas como equivalentes al pago de una prima (o contraprestación) bajo la óptica de un contrato de seguro tradicional. El problema es que aquellas adquieren ciertas características peculiares que la distinguen enormemente de ésta y, por ende, nos distancian de la concepción del seguro. Las dos características más relevantes de la cuota familiar que la diferencian del pago de las primas son: (1) Que tiene un carácter progresivo y, por ende, no está en función del riesgo individual de enfermarse, sino del nivel de ingreso de cada familia,¹² y (2) que el pago de la cuota no es necesariamente inherente a la afiliación, como se desprende del artículo 77 bis 21 de la LGS, mismo que textualmente dice que:

“Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud participarán en su financiamiento con cuotas familiares que serán anticipadas, anuales y progresivas, que se determinarán con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, las cuales deberán cubrirse en la forma y fechas que determine la Secretaría de Salud, salvo cuando exista la incapacidad de la familia a cubrir la cuota, lo cual no impedirá incorporarse y ser sujeto de los beneficios que se deriven del Sistema de Protección Social en Salud.”¹³ [...].”

Con base en este precepto normativo se crea un “régimen no contributivo” por virtud del cual se garantiza que el nivel de ingreso no se constituya en una limitante para el acceso al SPSS y, con ello, se desvirtúa la lógica de la mutualidad propia de los esquemas de seguros (esto es, la traslación del riesgo a cambio de un precio cierto y la participación de las pérdidas entre todos los asegurados que comparten un interés común).

Ahora bien, es necesario destacar que el régimen no contributivo ha seguido una tendencia de aumento significativa. En origen (a partir del año 2004 que entró en vigor el Seguro Popular) sólo se encontraban exentos del

¹² El párrafo tercero del numeral 4 del Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), establece que “La cuota de afiliación al SPS es progresiva ya que no está en función del riesgo individual de enfermarse, sino del nivel de ingreso de cada familia. Esta cuota, aun cuando no representa el sostén financiero integral requerido para la operación del SPS, tiene como finalidad fomentar entre la población la cultura de previsión del riesgo y la solidaridad entre sanos y enfermos, entre jóvenes y mayores de edad, así como entre familias de mayores y menores ingresos.”

¹³ Las negritas son nuestras.

pago de las cuotas familiares las personas que se ubicaran en los dos primeros deciles de distribución de su ingreso,¹⁴ de acuerdo con un estudio socioeconómico practicado por los Módulos de Afiliación y Orientación y la emisión correspondiente de la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH).¹⁵ Sin embargo, progresivamente, se han ido introduciendo nuevos supuestos que amplían el margen del régimen no contributivo, tanto en las dos modalidades del Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)¹⁶ y el de Embarazo Saludable,¹⁷ como, recientemente, en el Seguro Popular dirigido a la población abierta. En este último supuesto, mediante el “Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo”, publicado en el DOF el 23 de junio de 2010, se amplía de manera general el régimen no contributivo del Seguro Popular a las familias que se ubiquen en los cuatro primeros deciles, de conformidad con la evaluación socioeconómica respectiva.

De tal forma que si bien el financiamiento del Seguro Popular en origen tuvo un sustento fundamentalmente público, con el paso de los años esta tendencia se ha ido incrementando.

B) Afiliación

Con base en los principios del aseguramiento social y bajo la idea original de transformarnos culturalmente en una sociedad previsora de los riesgos económicos que supone una enfermedad, la afiliación al SPSS adoptó un carácter voluntario, en oposición a uno compulsivo. De tal forma que cualquier persona que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos por el art. 77 bis 7 de la LGS puede decidir libremente si se afilia al sistema.

Sin embargo, cabe destacar que en la conformación del alcance y configuración de las prestaciones derivadas de la afiliación no participa la

¹⁴ En estas exenciones también se comprenden a las familias beneficiarias de los programas de combate a la pobreza del gobierno federal.

¹⁵ Cfr. Numeral 7 de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el DOF el 15 de abril de 2005, modificado mediante diversos publicados en el mismo órgano oficial de difusión el 27 de junio de 2006 y el 4 de junio del presente año, respectivamente.

¹⁶ Por lo que hace al SMNG, el “Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo”, publicado en el DOF el 29 de febrero de 2008, establece que las familias con al menos un niño nacido a partir del 1° de diciembre de 2006, entrarán al régimen no contributivo cuando se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso. Esta exención se confirma en el “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2010”, publicado en el DOF el 29 de diciembre de 2009.

¹⁷ Respecto de la modalidad de Embarazo Saludable, el “Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo”, publicado en el DOF el 14 de julio de 2008, establece que las familias que se encuentran integradas por al menos una mujer con diagnóstico de embarazo y que, según su estudio socioeconómico, se ubiquen en los deciles I a VII de la distribución de ingreso, serán consideradas dentro del régimen no contributivo.

voluntad de los afiliados. El contenido de la relación jurídica creada con motivo de la afiliación es prereglamentada. La afiliación implica, de esta forma, la aceptación implícita del régimen jurídico del SPSS establecido por el sector público.

La mecánica de afiliación y reafiliación al Seguro Popular se encuentra desarrollada, además del reglamento, por los "Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud" (en adelante, Lineamientos para la Afiliación), publicados en el DOF el 15 de abril de 2005. En términos generales podemos decir, basándonos para ello en el reglamento y en estos lineamientos, que la afiliación se lleva a cabo a través de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO), mismos que dependen de los REPSS. Estos módulos son los encargados de aplicar la evaluación socioeconómica de la familia a efecto de determinar, en su caso, la cuota familiar que corresponda. De igual forma, éstos llevan el trámite de la solicitud de afiliación y son los responsables de expedir la correspondiente póliza de afiliación, así como la Credencial Única de Beneficiario del Sistema.¹⁸

Sin embargo, existen ciertas excepciones en la afiliación que son convenientes de subrayar. De acuerdo con los citados Lineamientos para la Afiliación (Capítulo III, numeral 18 y ss.) existe la posibilidad de realizar afiliaciones colectivas, previa opinión favorable de la CNPSS. Si bien por regla general la afiliación colectiva se lleva a cabo por los REPSS, también se prevé la posibilidad de que lo haga la Comisión de manera directa, debiendo informar al régimen estatal que corresponda a efecto de que sean consideradas para los efectos jurídicos precedentes.¹⁹ Como ha puesto de manifiesto Scott (2006, p. 2), esta modalidad contrasta con lo expuesto en el párrafo anterior, toda vez que permite la afiliación "*without individual evaluations*."²⁰

Otra excepción a los mecanismos generales de afiliación, que abre las puertas a un amplio margen de discrecionalidad (Scott, p. 2), está dirigida a las familias beneficiarias de programas sociales del gobierno federal que incluyan una valoración previa de su condición socioeconómica. En este último caso, se podrá producir una afiliación inmediata que no requiera la emisión previa de la CECASOEH pues se tomarán como base los criterios de evaluación hechos conforme al programa social que corresponda (Capítulo IV, numeral 4

¹⁸ El procedimiento para la afiliación y reafiliación se contempla en los Capítulos II y III de los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del SPSS.

¹⁹ Tratándose de una afiliación colectiva, las cuotas familiares se fijan de manera uniforme, acorde al nivel de ingreso promedio del grupo (Capítulo III, numeral 21 de los Lineamientos para la Afiliación).

²⁰ El Capítulo III, numeral 22 de los Lineamientos para la Afiliación establece de manera textual que "Las familias que acrediten formar parte de una colectividad, quedarán exentas de la evaluación socioeconómica que forma parte de la CECASOEH."

de los Lineamientos para la Afiliación).²¹ Hemos de suponer que este último caso de excepción implica, a su vez, la exención del pago de la cuota familiar.

Ahora bien, con independencia de la selección de beneficiarios y la evaluación socioeconómica correspondiente, cabe decir que la formalización de la afiliación al SPSS se produce a través de la entrega de la póliza de afiliación (conjuntamente con la cual se entrega la Carta de Derechos y Obligaciones, así como el CAUSES). Esta entrega, por parte de los MAO debe ser inmediata. Sin embargo, se prevé la posibilidad de que la entrega se haga con posterioridad (pues podría darse el caso de que no hubiera una disponibilidad inmediata de las mismas), caso en el cual la entrega tiene que ser a más tardar el último día del mes en que se registre la afiliación.²²

Cabe decir que la póliza de afiliación constituye una constancia de inscripción al SPSS, un mero comprobante, que carece del carácter constitutivo de los derechos y obligaciones derivados de la propia incorporación. No constituye una solemnidad necesaria para la propia existencia de la relación jurídica creada por la afiliación al SPSS. De hecho, como se desprende del numeral 10, Capítulo III, de los Lineamientos para la Afiliación, los afiliados al sistema podrán identificarse para tener acceso a los servicios de salud con otros documentos, tales como “el acuse de recepción de la solicitud de afiliación e identificación oficial con fotografía.”

De conformidad con el artículo 44 del Reglamento, el inicio de la vigencia de los derechos del SPSS para los afiliados comenzará a partir del primer día del mes de calendario siguiente a la fecha de incorporación. Sin embargo, de acuerdo con este precepto, la Secretaría de Salud podrá establecer, mediante disposiciones de carácter general publicadas en el DOF, un plazo menor para el inicio de la vigencia de los derechos de los beneficiarios. Tal es el caso de las familias que se incorporen al SPSS y tengan un hijo nacido “en territorio nacional”²³ a partir del 1 de diciembre de 2006, en cuyo caso la vigencia de sus derechos derivados del SPSS iniciará a partir del día de su incorporación.²⁴

La pertenencia al SPSS tiene, por regla general, una vigencia de un año (doce meses de calendario a partir de la incorporación). De tal forma que vencido el plazo es necesario reafiliarse. De acuerdo con los citados

²¹ “In this case of Oportunidades this is bound to improve the targeting of Seguro Popular [...], but in the absence of a unified identification system, the targeting criteria of other programs, like LICONSA, may be much less effective. For example, the government of the DF has used the LICONSA network to direct its beneficiaries for affiliation to Seguro Popular modules in health clinics.” (Scott, 2006, p. 2).

²² V. Capítulo III, numeral 9 de los Lineamientos para Afiliación.

²³ La constitucionalidad de esta limitante podría ser cuestionable, pues establece una diferenciación entre los niños nacidos en territorio nacional y los niños que habiendo nacido en el extranjero sean mexicanos por vía materna o paterna.

²⁴ El “Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal”, publicado en el DOF el 21 de febrero de 2007, dispone que: “**TERCERO.**- El inicio de la vigencia de derechos del Sistema de Protección Social en Salud para estas familias, comenzará a partir del día de su incorporación, contemplando doce meses calendario de vigencia.”

Lineamientos para la Afiliación (Capítulo III, numeral 24), existen dos vías de reafiliación: una automática y otra simplificada. La reafiliación automática opera para las familias del régimen no contributivo, mientras que la simplificada está dirigida a quienes pagan una cuota familiar y, por ende, basta presentar la constancia del pago de la cuota para la reafiliación. Como la validez de la CECASOEH tiene una vigencia de tres años, transcurridos los cuales es necesario realizar de nueva cuenta un estudio socioeconómico, la reafiliación automática también durará por ese mismo lapso de tiempo.

Cabe manifestar que estos mecanismos de reafiliación alteran el entorno de incentivos previstos originalmente para garantizar la calidad y eficacia de la prestación de los servicios por parte de las entidades federativas, toda vez que la demanda del Seguro Popular ya no es necesariamente anual. Así, las entidades federativas tienen garantizadas determinadas transferencias de recursos por parte de la federación, por un lapso de tres años, cuando se trate de beneficiarios en el régimen no contributivo, con independencia de la efectividad de los servicios prestados.

Ahora bien, un aspecto relevante para nuestro estudio consiste en el hecho de que a ninguna persona que acredite el cumplimiento de los requisitos para constituirse en beneficiario del SPSS puede impedírsele el acceso al mismo. Siendo el aseguramiento universal de la población uno de los objetivos prioritarios del Seguro Popular, como se desprende del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, es razonable suponer que ninguna persona puede quedar excluida del mismo, a pesar de padecer la enfermedad aún antes de su afiliación, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

Cuestión diferente es la atención médica de urgencia, de manera previa a la afiliación al SPSS. Como afirma Frenk (p. S32) "Toda persona no asegurada que requiera de los servicios cubiertos es susceptible de afiliación inmediata al Seguro Popular". Esta prestación de servicios inmediata está efectivamente garantizada en el caso del SMNG, de conformidad con el punto 4.5.7 de sus Reglas de Operación para el ejercicio fiscal 2010, mismo que dispone que:

"A todo usuario se le otorgará atención inmediata en caso de urgencia por lo que durante el proceso de afiliación se le informará de cuál es el hospital general que le corresponde. Una vez que se ha estabilizado el paciente, sus padres o tutores deberán presentar la Póliza de Afiliación al Sistema, sobre todo en caso de que requiera de un manejo quirúrgico u hospitalización con la finalidad de evitar el pago de cuotas de recuperación.

Aquellos menores que requieran atención médica de urgencia y que, derivado de la misma o por encontrarse fuera del horario de atención para la afiliación del menor al SMNG, no sea posible realizar dicho trámite en ese instante, le será otorgada toda la atención médica inmediata que

requieran; para ello se deberá afiliar al menor, en el transcurso de los 5 días hábiles posteriores a la atención médica, [...]”

Sin embargo, la inmediatez de los servicios médicos en caso de urgencia para aquellas personas que no se ubiquen en el supuesto anterior y que no se encuentren previamente afiliadas es poco clara, toda vez que se especifica normativamente que los beneficios del SPSS entrarán en vigor al mes siguiente de la afiliación. Esta situación podría generar un problema grave para garantizar la efectividad del derecho de protección a la salud, constitucionalmente consagrado.

Otro aspecto relevante para nuestro estudio consiste en destacar que existen ciertos “criterios de afiliación” que establecen una cierta población objetivo cuya afiliación deberá priorizarse.²⁵ Este es el caso de las personas atendidas a través de programas de combate a la pobreza extrema, los niños nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006 de conformidad con el numeral 3.2.2 de las Reglas de Operación del Programa SMNG, para el Ejercicio Fiscal 2010, publicado en el DOF el 29 de diciembre de 2009, así como recientemente las familias que residan en territorio nacional de los mexicanos que se encuentren en el extranjero de manera temporal o permanente.²⁶

La determinación de prioridades en la población objetivo para su afiliación al SPSS remarca, una vez más, el desarrollo de una política pública asociada a la protección del derecho a la salud y al combate a la pobreza, distanciándose, de esta forma, del sentido propio de la mutualidad en un esquema de seguros tradicional.

C) Paquete de bienes y servicios explícitos

De conformidad con el artículo 7 del Reglamento de la LGS en Materia de Protección Social en Salud, los servicios de salud a la persona se dividen en servicios esenciales y aquellos servicios de alto costo cubiertos por el FPGC, diferenciación que también se manifiesta en su esquema de financiamiento.

En términos generales, los servicios esenciales cubiertos se comprenden en el CAUSES y se ofrecen en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, mientras que los servicios cubiertos por el FPGC normalmente se prestan en hospitales de especialidad y comprenden la cobertura de padecimientos que implican enormes gastos que podrían colocar a la familia en una situación económica difícil. Como afirma Tamez (p. 138), “esto constituye un cambio notable en la concepción del derecho a la salud, que

²⁵ Así, el artículo 40, fracc. I del Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2010 establece que la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS, establecerá los criterios para la definición de la población a la afiliación en el medio rural y urbano, los cuales deberán ser públicos y objetivos.

²⁶ Consulta en línea, el 29 de octubre de 2010, de la página web: http://www.saludmigrante.salud.gob.mx/interior/seguro_popular.html.

ahora circunscribe la prestación de servicios a un catálogo de beneficios médicos de primer nivel y a otros de hospitalización para especialidades básicas en el segundo nivel de atención”, además de introducir en su cobertura tratamientos de alto impacto económico.

Por su parte, el SMNG tiene una cobertura ampliada, esto es, adicional a los bienes y servicios previstos por el régimen general del Seguro Popular. De conformidad con el punto 3.5 de las Reglas de Operación del SMNG para el Ejercicio Fiscal 2010, los menores afiliados al SMNG recibirán servicios de medicina preventiva y atención médica de primer, segundo y tercer nivel, a partir de su afiliación y durante la vigencia de sus derechos. Incluye, asimismo, un paquete de acciones preventivas y de atención con línea de vida, estudios de laboratorio y gabinete que permitan diagnósticos tempranos, y atención médica, medicamentos e insumos de salud para los padecimientos que afectan a menores de 5 años de acuerdo con una lista de intervenciones cubiertas por el SMNG descritas en el Anexo 1 de sus propias Reglas de Operación. De esta forma, en el Anexo 1 se contemplan diversas intervenciones cubiertas por el SMNG, de segundo y tercer nivel, que no necesariamente están contempladas en el CAUSES o en el FPGC.²⁷

Ahora bien, la Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados, misma que se entrega conjuntamente con la póliza de afiliación a los beneficiarios, comprende de manera anexa el CAUSES y el FPGC. De tal forma, que los usuarios del SPSS están en posibilidad de conocer de antemano los servicios y medicamentos a los que tendrán derecho por su incorporación al sistema. Sin embargo, cabe remarcar que la relación de servicios y medicamentos comprendidos en el SPSS deviene, en términos generales, de la LGS y su Reglamento, además de especificarse a manera de anexos en las Reglas de Operación del Seguro Popular y del SMNG. En otras palabras, la Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados no representa más que un extracto que da claridad respecto de los derechos que supone la afiliación al SPSS.

Ciertamente, no podemos desconocer que la previsión específica de los beneficios a los que tienen derecho los afiliados al SPSS favorece su exigibilidad.

Sin embargo, es importante considerar que los REPSS también están en posibilidad de especificar la prestación de servicios esenciales de salud adicionales a los anteriores, en atención a las condiciones y a la problemática local de salud. Evidentemente, en estos casos, su financiamiento está a cargo de manera exclusiva por parte de las propias entidades federativas²⁸ y su exigibilidad adquiere un matiz distinto al que corresponde al SPSS.

²⁷ Estas acciones se cubrirán mediante el reembolso de cada intervención realizada a los beneficiarios del SMNG y procederá para eventos determinados. En el caso de que la intervención haya sido realizada por alguna unidad médica dependiente de los SESA, el reembolso será cubierto a través de los REPSS. Sin embargo, si la intervención se hace por una unidad médica no dependiente de los SESA, el reembolso se hará directamente por la Comisión al prestador del servicio médico.

²⁸ V. arts. 77 Bis 14 de la LGS y 10 del Reglamento.

Elementos personales del SPSS

En el SPSS participan diversos actores entre los que destacan la federación, las entidades federativas, los prestadores del servicio y los afiliados. Veamos *grosso modo* cada uno de ellos y su participación en el SPSS, sin pretender abundar en el tema de sus facultades y en la distribución de competencias.

A) La Federación

En el nivel federal se encuentra la Secretaría de Salud, la CNPSS y el Consejo Nacional de Protección Social en Salud.

A la primera le corresponden las funciones normativas, de coordinación, supervisión y difusión en el ámbito de su competencia. Sin embargo, también tiene la posibilidad de proveer directamente servicios de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para tal efecto (artículo 77 bis 5, A, fracc. II de la LGS). De esta forma, la Secretaría de Salud tiene la rectoría y en esa calidad constituye, administra y verifica el suministro puntual de las provisiones presupuestarias (art. 77 bis 5, A, fracc. III de la LGS).

En general, en uso de su facultad normativa, la Secretaría de Salud determina el monto de las cuotas familiares, define las bases de compensación económica entre los estados (en razón de los Convenios de Colaboración suscritos entre ellas), las Reglas de Operación del SP y del SMNG y establece los requerimientos mínimos que servirán de base para la atención de los beneficiarios.

Una facultad de particular importancia de la Secretaría de Salud se comprende en el artículo 77 bis A, fracc. XIV de la LGS, conforme al cual a ella le corresponde “tutelar los derechos de los beneficiarios del sistema de Protección Social en Salud”.

De igual forma cabe destacar lo dispuesto por el artículo 77 bis 2 de la LGS, mismo que la letra dispone que: “La Secretaría de Salud coordina las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la federación.” Esta disposición abre las puertas para que los afiliados, cuya atención médica les ha sido negada por falta de disponibilidad de los insumos necesarios, estén en posibilidad de exigir la prestación correspondiente directamente a la federación.

Por su parte, la CNPSS²⁹ es el órgano encargado de instrumentar la política de protección social en salud. En otras palabras, es el órgano operativo del SPSS. De acuerdo al artículo 4 de su Reglamento Interno, la Comisión dirige y ejecuta las acciones de financiamiento, administra los recursos del sistema y se los hace llegar a los destinatarios. También cuenta con ciertas facultades normativas, tales como definir las políticas a seguir y formular los criterios de afiliación y promoción del sistema, entre otras. Además, por lo que hace a la tutela de los derechos de los afiliados, destaca su carácter de promotora en la operación del Centro de Atención Telefónica del SPSS, canaliza y da seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias de los afiliados.³⁰

Un aspecto destacable dentro de las funciones de la Comisión es su capacidad para verificar el alcance en los programas de acreditación y la revisión anual del cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al SPSS (art. 28 del Reglamento). Esta función cobra especial relevancia para nuestro estudio pues la función de la acreditación (otorgada por la Secretaría de Salud a los establecimientos de servicios médicos que participen en el SPSS) tiene por objeto garantizar un estándar mínimo de capacidad, seguridad y calidad de los servicios prestados.

B) Las entidades federativas

En el ámbito local tenemos a los REPSS y a los SESA. Los REPSS³¹ son las unidades administrativas dependientes de los SESA que sirven de enlace entre la CNPSS y las entidades federativas. En concreto, son las instancias en el ámbito local para administrar los recursos y supervisar a los prestadores del servicio. Asimismo, los REPSS tienen a su cargo la función de promoción y de afiliación de los beneficiarios a través de los MAO.

Por lo que ha nosotros interesa, dentro de sus funciones se encuentra, asimismo, la tutela de los derechos de los beneficiarios.³²

²⁹ “La Comisión es un órgano desconcentrado de la Secretaría con autonomía técnica, administrativa y operativa cuya función consiste en ejercer las atribuciones que en materia de protección social en salud le otorgan el presente Reglamento y los demás ordenamientos aplicables” (art. 3 del Reglamento de Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 27 de febrero de 2004 y reformado mediante Decreto publicado en el mismo instrumento de difusión el 28 de noviembre de 2006).

³⁰ De conformidad con el artículo 10, fracc. IV del Reglamento Interno, mismo que establece las facultades del Director General de Gestión de Servicios de Salud de la CNPSS, a este funcionario le corresponde vigilar el adecuado funcionamiento de los mecanismos de atención de quejas por la prestación de los servicios de la Red, y verifica que se hayan atendido las mismas. Además, conforme a este precepto, “sugiere” las medidas correctivas que correspondan.

³¹ Definidas por el artículo 3 del Reglamento como “estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de garantizar las acciones de protección social en salud mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la provisión de los servicios de salud a la persona en el sistema, independiente de la provisión de servicios de salud.

³² Todo lo anterior está comprendido en el artículo 3 del Reglamento.

Por otra parte, los SESA están constituidos por las “dependencias y entidades de los gobiernos de las entidades federativas, independientemente de la forma jurídica que adopten, que tengan por objeto la rectoría de la prestación de servicios de salud, ya sea que estas funciones se ejerzan de manera consolidada o bien, se provean de manera independiente por diversas dependencias u organismos públicos de los gobiernos de las entidades federativas” (art. 12, fracc. IX, del Reglamento).

De acuerdo con el artículo 12 del Reglamento, “la prestación de los servicios de salud será responsabilidad de los SESA, con apego a lo que señalen las disposiciones jurídica aplicables y la Secretaría”. Ciertamente los SESA son los responsables de esta prestación, aún cuando los REPSS son el mecanismo a través del cual se garantiza la prestación de estos servicios, sea de forma directa, a través de los establecimientos para la atención médica de los SESA o, de forma indirecta, a través de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud (art. 13 del Reglamento).

Ahora bien, una figura de real importancia en la relación efectiva con los afiliados al SPSS es la creación dentro del sistema de los “gestores de servicios de salud”, organizados en redes de establecimientos de atención médica. Éstos son representantes del Seguro Popular (funcionarios públicos dependientes de los SESA, aún cuando se ubiquen en un hospital federal) en las diversas unidades médicas que prestan los servicios de salud. De conformidad con el Acuerdo por el que emiten las Reglas de Operación del SMNG, los gestores de servicios de salud “son un enlace permanente entre el beneficiario del sistema y los diferentes prestadores del servicio, organizados en redes de establecimientos de atención médica, a fin de que se pueda proporcionar asesoría tanto al beneficiario como al prestador de las diferentes carteras de servicios.”

C) Los prestadores del servicio

Dentro de los prestadores del servicio tenemos que distinguir diversos supuestos:³³

(a) Establecimientos dependientes de los SESA. Podríamos decir que esta es la regla general y hace referencia a la prestación “de forma directa” de los

³³ Asimismo, dentro de los diferentes prestadores de servicios se hace una distinción respecto de los niveles de atención médica. Así, tenemos unidades médicas de primer nivel, constituidas por los centros de salud y las unidades médicas móviles que provean servicios de medicina familiar o general, así como las acciones de tipo preventivo; unidades médicas de segundo nivel de atención, que serán los establecimientos de salud, incluyendo hospitales generales y de especialidades, en donde se atiende a los beneficiarios del sistema que les sean remitidos o se presenten para recibir diagnósticos y tratamientos, así como los cuidados, servicios e insumos necesarios para la resolución de sus problemas de salud, y; unidades de tercer nivel, constituidas por los establecimientos de alta especialidad, incluidos los institutos nacionales, hospitales regionales de alta especialidad que cuenten con la capacidad tecnológica y máxima capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica (Cfr. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa SMNG, para el ejercicio fiscal 2010).

servicios médicos del SPSS por parte de las entidades federativas. A pesar de que son parte natural del sistema, requieren formalizar su relación a través de la celebración de convenios de gestión (que adoptan la forma de acuerdos internos) que precisen la cobertura de los afiliados, las condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios del sistema, así como los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades (art. 21 del Reglamento).

(b) Instituciones o establecimientos independientes de los SESA. En principio, comprende a los diversos prestadores de servicios médicos del Sistema Nacional de Salud que no dependen de los SESA, pero que han celebrado algún convenio de colaboración para la prestación de los servicios de atención médica. En esta categoría también podríamos incluir los convenios de colaboración celebrados por los servicios estatales con los municipios de la propias entidades federativas.

(c) Instituciones o establecimientos que dependen de un REPSS diverso al de la entidad federativa en la que reside el beneficiario del SPSS. Este supuesto hace referencia al cumplimiento de los convenios de colaboración y coordinación en materia de prestación de servicios médicos y compensación económica que celebran las diversas entidades federativas entre sí y la Secretaría de Salud, por conducto de la CNPSS, mismos que analizaremos con posterioridad.

(d) Instituciones o establecimientos de carácter federal que prestan directamente ciertos servicios de alta especialidad. Éstos dependen directamente de la Secretaría de Salud. En esta categoría, aunque con ciertas particularidades derivadas de su naturaleza jurídica, podríamos incluir al IMSS y al ISSSTE.

Cabe decir que en cualquiera de estos supuestos es necesario que los prestadores de los servicios de salud dentro del SPSS cuenten con la previa acreditación de calidad de los servicios otorgada por la federación.

D) Los afiliados al SPSS

Finalmente, dentro del SPSS se encuentran los beneficiarios del mismo, constituidos por aquellas personas o familias que no sean derechohabientes de otras instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, que se hayan afiliado al Seguro Popular (en cualquiera de sus modalidades). De conformidad con el artículo 77 Bis 4 de la LGS, la unidad de protección del SPSS es el núcleo familiar, integrado por los cónyuges; concubina o concubinario; padre y/o madre no unidos por vínculo matrimonial o de concubinato; los hijos menores de dieciocho años; los menores de esta edad que tengan parentesco por consanguinidad con cualquiera de los anteriores; los ascendientes directos en

línea recta de éstos, mayores de sesenta y cuatro años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos; los hijos que tengan veinticinco años, solteros, que prueben ser estudiantes, o bien, discapacitados dependientes; así como los demás supuestos que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifique su asimilación transitoria o permanente en el núcleo familiar.

Ahora bien, en uso de sus atribuciones el Consejo de Salubridad General emitió el “Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del Núcleo Familiar al que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud”, publicado en el DOF el 17 de abril de 2008. A través de este Acuerdo se amplía el concepto de núcleo familiar, comprendiendo de esta forma “a aquellas personas que aún no teniendo parentesco de consanguinidad [...], habiten en la misma vivienda y dependan económicamente de ellos y sean menores de dieciocho años o discapacitados dependientes de cualquier edad; o bien, dependientes económicos de hasta veinticinco años, solteros y que prueben ser estudiantes.”

Relaciones jurídicas convencionales entre las partes

Considerando la complejidad de los actores del SPSS y, concretamente, la pluralidad de los sujetos obligados a prestar los servicios de atención médica que se derivan del SPSS, las relaciones jurídicas de carácter convencional *lato sensu*, tienen un origen diferenciado y diversificado. En ese sentido, tenemos que distinguir, por lo menos, tres supuestos: Los instrumentos consensuales celebrados entre los diversos órganos de gobierno del SPSS a efecto de coordinar sus acciones y establecer los mecanismos para la prestación de los servicios de protección social en salud;³⁴ los instrumentos consensuales que celebran los órganos de gobierno del SPSS con los efectivos prestadores del servicio, a fin de delimitar el alcance de la prestación, así como las compensaciones económicas que correspondan; y, finalmente, la relación jurídica con los particulares que voluntariamente se han afiliado al SPSS.

³⁴ Por alejarnos de los objetivos perseguidos en el presente estudio, no estamos contemplando en esta relación de instrumentos consensuales para el cumplimiento de los objetivos del Seguro Popular, los Convenios de colaboración celebrados entre las diversas dependencias de la Administración Pública Federal, ni los convenios suscritos para la prestación de servicios distintos a la atención médica o con fines de publicidad y difusión. Para una mayor referencia de los diversos instrumentos consensuales puede consultarse la siguiente página web: <http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/registros.pdf>, consultada el día 30 de octubre de 2010.

A) Instrumentos consensuales entre los diversos órganos de gobierno del SPSS

En este primer supuesto tenemos diferentes instrumentos, entre los que destacan los siguientes:

(a) Los Acuerdos de Coordinación para la Ejecución del SPSS que celebra la Secretaría de Salud con las diferentes entidades federativas.³⁵ En términos generales, estos Acuerdos de Coordinación tienen por objeto establecer las bases, compromisos y responsabilidades de las partes para la ejecución en cada entidad federativa del SPSS.

Por una parte, la federación se compromete, entre otras cosas, a establecer, desarrollar, coordinar y supervisar las bases para la regulación de los REPSS; realizar las transferencias de recursos que correspondan; coadyuvar con los estados para evaluar la capacidad, seguridad y calidad de los prestadores de servicios, a través de la acreditación; administrar el FPGC, y; coadyuvar en la operación del sistema de compensación económica que facilite el intercambio de servicios entre los REPSS de las diferentes entidades federativas.

Por otra parte, y sin pretender ser exhaustivos, cada entidad federativa se compromete a constituir el REPSS; llevar acciones para identificar a grupos de familias objetivo; prestar los servicios contemplados en el CAUSES, los medicamentos asociados a esos tratamientos, así como a prestar los servicios de salud a la comunidad que en términos de la LGS y su Reglamento se especifiquen; así como a aplicar los recursos obtenidos por concepto de cuota social, aportaciones solidarias o por cuota familiar de conformidad con las disposiciones aplicables.

Asimismo, los estados se comprometen a verificar que las quejas que los beneficiarios presenten por la prestación de los servicios sean atendidas y, en su caso, aplicar las medidas correctivas necesarias. Sin embargo, cabe observar que estos Acuerdos no especifican cuáles deben ser estas medidas correctivas, por lo que deberá entenderse que cada entidad federativa tiene la facultad de determinar cuáles serán éstas.

De igual forma, en los Acuerdos se reproducen las disposiciones del Reglamento, en el sentido de que los servicios que brinde el Estado pueden ser de manera directa (a través de sus establecimientos para la atención médica) o de forma indirecta (a través de los establecimientos de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud) mediante el sistema de referencia o contrarreferencia convenido con los

³⁵ Hemos tomado como referencia los Acuerdos de Coordinación celebrados por la Secretaría de Salud con los Estados de Veracruz, Campeche y Jalisco, publicados en el DOF el 16 de febrero de 2006, el 9 de agosto de 2005 y el 2 de enero del mismo año, respectivamente.

propios prestadores de servicios. Para tales efectos, deberá utilizarse como base el modelo emitido por la Secretaría de Salud.³⁶

Un aspecto que cabe destacar respecto del contenido de estos Acuerdos, lo constituye el mecanismo adoptado para la solución de controversias que surjan con motivo de la interpretación, ejecución y cumplimiento de los mismos. Debe señalarse que hemos encontrado disposiciones que difieren de un Acuerdo a otro. En la mayoría de los casos, se establece que estas controversias serán resueltas por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en los términos del artículo 44 de la Ley de Planeación y su competencia exclusiva (mismo que, a su vez, nos remite al artículo 105 constitucional). Sin embargo, en el caso del Acuerdo de Coordinación celebrado con el Estado de Campeche, la solución de estas controversias se sujeta a la fracción IV del artículo 104 constitucional. Esto último contraviene lo dispuesto por el artículo 44 de la Ley de Planeación, mismo que hace referencia al incumplimiento de cualquier convenio de coordinación que suscriba el Ejecutivo Federal con los gobiernos de las entidades federativas, en congruencia con lo dispuesto por la propia Constitución general. Cabe decir que la Ley de Planeación es de orden público e interés social, por lo que sus disposiciones no están sujetas a la voluntad de las partes que suscriben convenios.

(b) El Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades Federativas por la Prestación de Servicios de Salud a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las 31 entidades federativas y del Distrito Federal, y el Gobierno Federal, por conducto de la CNPSS y con la comparecencia en calidad de testigo del Secretario de Salud, publicado en el DOF el 4 de marzo de 2008.

Este Convenio Marco, con fundamento en el art. 77 bis 5 de la LGS y los artículos 13 y 14 de su Reglamento, tiene por objeto establecer las bases para la prestación compartida de servicios de salud a la persona y los mecanismos de compensación económica entre los diversos SESA que celebren convenios de coordinación interestatales para tales efectos. En otras palabras, este Convenio “modelo” hace referencia al supuesto de intercambio de servicios entre los diferentes SESA, a efecto de que los usuarios del SPSS puedan obtener los beneficios correspondientes en lugares distintos a la entidad federativa donde residan habitualmente.³⁷

³⁶ Como veremos más adelante, el modelo de los convenios de colaboración interestatal lo encontramos en el “Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades Federativas por la Prestación de Servicios de Salud a los Beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud”.

³⁷ De acuerdo con la Cláusula PRIMERA del Convenio Marco, las prestaciones, intervenciones y servicios que correspondan procederán en los casos siguientes: Cuando los servicios no sean proporcionados en la Entidad donde reside el usuario; en los casos en que la distancia o tiempo de traslado no garantice la oportunidad del tratamiento; si el beneficiario se encuentra en tránsito; el afiliado realice un cambio de domicilio temporal, y por una urgencia médica.

Mediante la suscripción de este Convenio las entidades federativas se obligan a prestar a los beneficiarios del SPSS inscritos bajo la égida de otro REPSS, los servicios de salud y medicamentos asociados al CAUSES, sin que puedan cobrar por ello cuotas de recuperación. Sin embargo, en los propios términos de este Convenio Marco, el alcance de la prestación podría estar delimitada, por la CNPS, en los “convenios específicos” que celebren las propias entidades federativas entre sí.³⁸ De tal forma que la cobertura por parte de otros REPSS que hayan suscrito estos convenios no necesariamente coincidiría con la totalidad de los beneficios que otorga la afiliación al sistema. No obstante lo anterior, como veremos más adelante, el Convenio interestatal específico (llamado Convenio 32 x 32), mediante el cual se desarrolla el Convenio Marco, no establece tales limitantes, comprendiendo de esta forma la totalidad de los servicios previstos en el CAUSES.³⁹

De acuerdo con la Cláusula SEXTA del Convenio Marco, la solución de conflictos que surjan entre las partes con motivo de la interpretación y cumplimiento del mismo, será resuelta por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, de conformidad con el artículo 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 44 de la Ley de Planeación.

(c) Con base en este Convenio Marco, se celebró, el 23 de octubre de 2009, el Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios y Compensación Económica, entre las entidades federativas y la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la CNPS, por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del SPSS (llamado Convenio 32 x 32).

Este Convenio tiene por objeto garantizar a los afiliados del SPSS la efectiva prestación de los servicios médicos en cualquier lugar dentro del territorio de las entidades federativas, que por cualquiera de los motivos previamente especificados en el Convenio, no puedan obtener la prestación de los servicios médicos en el REPSS que le corresponde de acuerdo con su residencia habitual, así como fijar los mecanismos de compensación económica entre los SESA por la prestación de los servicios de salud a los beneficiarios.

A diferencia del Convenio Marco que es omiso al respecto, mediante este Convenio Específico se establece, en su Cláusula Octava, que la tramitación y resolución de los conflictos que pudieran surgir como consecuencia de las atenciones médicas convenidas, se podrá realizar mediante las instancias encargadas del arbitraje médico en la jurisdicción territorial de la entidad

³⁸ “En los convenios específicos, “LA COMISIÓN” podrá separar las intervenciones consideradas dentro del “CAUSES”, a efecto de definir las modalidades, circunstancias o tramos de atención que podrán proporcionarse mediante el intercambio de servicios entre “LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD”.” (Cláusula TERCERA del Convenio Marco).

³⁹ Nótese que el alcance de la prestación de servicios interestatal no incluye los tratamientos que cubre el FPGC.

federativa que prestó el servicio y, en su defecto, ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (en adelante, CONAMED).

Diverso al supuesto de conflictos relativos a la atención médica, también se prevé la jurisdicción y competencia en razón de conflictos que surjan con motivo de la interpretación y cumplimiento del Convenio Específico. En este caso, la previsión es la misma que se contempla en el Convenio Marco, esto es, que será competencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Cabe decir que de acuerdo con lo anterior, en ningún momento se desprende del contenido de dichos Convenios la participación directa en la prestación de los servicios de atención médica por la federación. Sus acciones se limitan a coordinar, difundir, orientar y financiar el SPSS, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables. De ahí que la responsabilidad directa de la prestación de los servicios que se derivan de la afiliación de los beneficiarios quede confiada a los SESA, en congruencia con el artículo 12 del Reglamento.⁴⁰

Situación diferente es la que se desprende de los Convenios de Colaboración Específicos entre los diferentes REPSS, para prestar de manera compartida los servicios de atención médica a los afiliados de las entidades suscriptoras. Si bien la responsabilidad directa de la prestación del servicio le corresponde al SESA donde reside habitualmente el afiliado, podríamos decir que existe una especie de “subsidiariedad” entre ellos y no así una simple mancomunidad⁴¹ de acreedores ni un régimen de solidaridad.⁴² Esta subsidiariedad está delimitada por el Convenio de colaboración interestatal al que nos hemos referido con anterioridad, toda vez que los beneficiarios no tienen la posibilidad de escoger libremente la entidad federativa en la que recibirán los servicios requeridos.⁴³ Los supuestos en que procede la subsidiariedad están específicamente determinados y, en su caso, se rigen por los sistemas de referencia y contrarreferencia establecidos para la remisión de pacientes.⁴⁴

⁴⁰ De conformidad con este precepto: “La prestación de los servicios de salud a la comunidad será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud, con apego a lo que señalen las disposiciones jurídicas aplicables y la Secretaría.”

⁴¹ En la simple mancomunidad, la existencia de varios acreedores en una obligación impone la división de la deuda entre todos ellos, a prorrata. Esto es, que cada uno de los prestadores del servicio involucrados tendrían que solventar una parte alícuota del objeto de la deuda.

⁴² La solidaridad activa necesariamente deviene de la voluntad o de la Ley. Su efecto más importante, respecto de la obligación principal (en este caso la prestación de los servicios de atención médica) consistiría en que los deudores (afiliados) podrían hacer valer sus derechos ante cualquiera de los sujetos obligados, sin distinción alguna. Otra cosa son los efectos que se derivan de la relación subyacente entre los obligados. Ahora bien, precisamente la inclusión de supuestos específicos en los cuales puede solicitarse la atención médica en los REPSS distintos al que corresponda con motivo de la residencia habitual, elimina la posibilidad de que se trate efectivamente de un régimen solidario entre los diversos REPSS que han suscrito convenios de colaboración interestatal para sus afiliados.

⁴³ El principio de subsidiariedad se contrapone al principio de solidaridad, en virtud de que en éste no se establece un orden de prelación de alternativas, sino que se deja a la disposición de un determinado actuante.

⁴⁴ Art. 14 del Reglamento.- “La prestación indirecta de los servicios de salud a la persona entre Regímenes Estatales se realizará por medio de los sistemas de referencia y contrarreferencia que se establezcan de conformidad con los mecanismos o sistemas de colaboración interestatal del sistema que para el efecto se establezcan.” Nótese que esta disposición normativa sólo hace referencia a la prestación de servicios indirecta derivada de los Convenios de

De esta forma, la responsabilidad de prestar los servicios derivados de la afiliación al Seguro Popular por parte de los REPSS distintos al de origen tiene un carácter subsidiario. Sólo tendrán que responder de las obligaciones contraídas por el Convenio Específico de prestación compartida si el obligado principal no las puede cumplir. Ciertamente el REPSS que efectivamente haya prestado el servicio en los términos antes expuestos, podrá “repetir” contra el obligado principal. De ahí que se establezcan los criterios y mecanismos operativos de la mal llamada compensación económica.

B) Instrumentos consensuales entre los órganos de gobierno del SPSS y los efectivos prestadores del servicio médico

Este supuesto hace referencia a las relaciones jurídicas convencionales entre los órganos de gobierno del SPSS y los diferentes prestadores del servicio. Como hemos visto con anterioridad, la prestación del servicio puede darse de manera directa o indirecta.⁴⁵

(a) Por una parte, están los convenios de gestión que formalizan la relación entre los REPSS con sus propios establecimientos para la atención médica. Como hemos señalado con anterioridad, estos convenios de gestión adoptan la forma de acuerdos internos (esto es, sin eficacia directa para los beneficiarios del SPSS), a pesar de que en términos del propio artículo 21 del Reglamento, en ellos se debe prever la cobertura de los afiliados, las condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, entre otras cosas. Ello se debe, fundamentalmente, a que estamos en el supuesto de que la prestación de servicios a los afiliados se realiza de forma directa por los SESA, a través de sus propios institutos o unidades médicas.

(b) Por otra parte, los REPSS tienen la posibilidad de celebrar convenios para la prestación de servicios para la atención médica con otras instituciones o establecimientos del Sistema Nacional de Salud, sean públicos (federales o locales) o privados, que no dependan de los SESA al que pertenezcan los afiliados.⁴⁶ Evidentemente aquí estamos ante el supuesto de que la prestación de los servicios se realiza de manera indirecta.

Dentro de esta forma de prestar los servicios derivados de la afiliación al SNPSS, también encontramos diversos supuestos.

colaboración interestatal. No incluye, de esta forma, la prestación de servicios por parte de otras instituciones independientes de los SESA.

⁴⁵ Art. 13 del Reglamento.- “Los Regímenes Estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud.”

⁴⁶ Asimismo, los convenios que se suscriban con instituciones independientes de los SESA podrá circunscribirse a la “utilización de infraestructura médica” (requiriéndose también que se trate de instituciones del Sistema Nacional de Salud convenientemente acreditados en los términos de la LGS), de conformidad con el artículo 22 del Reglamento.

(i) El primero de ellos ya ha sido analizado con anterioridad, y hace referencia a la prestación de los servicios por instituciones que pertenezcan a un SEHA diferente al que corresponde en razón de la residencia habitual del beneficiario, a través de la celebración de los convenios de colaboración interestatal.⁴⁷

(ii) El segundo de ellos se refiere a la posibilidad que tienen los diversos REPSS de celebrar convenios para la prestación de los servicios de atención médica con otras instituciones o establecimientos públicos o privados del Sistema Nacional de Salud, independientes de los SEHA. Este último supuesto introduce el problema de definir la naturaleza jurídica del instrumento consensual que permite la gestión “delegada” del servicio y, con ello, el problema de definir el carácter de público o privado del servicio.

Al respecto cabe decir que la prestación de los servicios esenciales descritos en el CAUSES, así como los tratamientos cubiertos por el FPGC, se ajusta a la concepción tradicional del “servicio público”. En palabras de Fernández Ruiz (1995, pp. 162 y 163):

“el servicio público es toda actividad técnica destinada a satisfacer una necesidad de carácter general, cuyo cumplimiento uniforme y continuo deba ser permanentemente asegurado, reglado y controlado por los gobernantes, con sujeción a un mutable régimen jurídico exorbitante del derecho privado, ya por medio de la administración pública, bien mediante particulares facultados para ello por autoridad competente, en beneficio indiscriminado por toda persona”.

Ciertamente, el SPSS cumple con las características propias de la definición de servicio público. En primer lugar, se trata efectivamente de una actividad técnica, toda vez que la prestación de servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios requieren de personal altamente calificado, infraestructura adecuada y especialización en determinados tratamientos. En segundo lugar, el SPSS se constituye a efecto de satisfacer verdaderas necesidades generales, como se desprende del artículo 77 bis I de la LGS, no sólo porque todo mexicano tiene derecho a ser incorporado al sistema, sino además porque como el mismo precepto indica, se trata de un mecanismo para satisfacer de manera integral las necesidades de salud de la población. En tercer lugar, se trata de un servicio uniforme y continuo cuya prestación es permanentemente asegurada, reglada y controlada tanto a nivel federal como estatal. En cuarto lugar, el SPSS está conformado por normas jurídicas propias del Derecho Administrativo, de manera especial por la LGS y su Reglamento.

⁴⁷ Aquí es importante observar que si bien la prestación del servicio bajo este esquema se llevará a cabo regularmente por instituciones que dependen del SEHA subsidiario, nada impide que la prestación se efectúe por alguna institución o establecimiento público o privado del Sistema Nacional de Salud independiente de los SEHA. Para ello es necesario que el prestador del servicio pertenezca a la red de servicios del SNPSS, en razón de algún convenio celebrado para esos efectos, y, por ende, que esté debidamente acreditado a nivel federal.

Finalmente, en quinto lugar, la prestación de los servicios que se derivan del SPSS están confiados a los SESA y, excepcionalmente, a la Secretaría de Salud, lo cual no es óbice para que esta prestación pueda ser delegada en otras instituciones o establecimientos médicos de carácter particular. De tal forma que es válido considerar a los servicios médicos prestados en razón de la afiliación al sistema como verdaderos servicios públicos.

Queda claro que la obligación de prestar los servicios del SPSS corresponde, por regla general, a los SESA, como se desprende de los artículos 77 bis 5, inciso B), fracc. I de la LGS y 12 del Reglamento, entre otras disposiciones. De ahí que la prestación de estos servicios por parte de otras instituciones o establecimientos independientes de los SESA requiera la celebración previa de convenios que permitan trasladar esta responsabilidad. La forma de gestión delegada para la prestación de estos servicios públicos derivados del SPSS no es otra que la subrogación.⁴⁸ De acuerdo con Serna de la Garza (2010, pp. 89 y 90):

“Por subrogación entendemos, [...], el aprovechamiento de las instalaciones o infraestructura que tienen instituciones públicas o privadas, para lo cual el ente público a quien está atribuido el servicio, contrata con el poseedor de las instalaciones o infraestructuras mencionadas la prestación de ese servicio a los usuarios respectivos. [...] el concierto o subrogación se considera como una forma provisional, conforme a la cual la prestación del servicio queda a cargo de la persona, de derecho público o de derecho privado, diferente a la que legalmente le está atribuido, sin que ello implique, en el segundo de los casos, que el prestador sustituto adquiera carácter público.”

Esta figura está expresamente permitida por la LGS, como se desprende de su artículo 8, mismo que dispone que:

“Con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios.”

Ahora bien, cabe cuestionarse si la federación también está facultada para celebrar convenios de subrogación de la prestación de servicios médicos de alta especialidad. Como recordaremos, el artículo 77 bis 5, inciso A), fracc. II,

⁴⁸ Tenemos varios casos que nos permiten ejemplificar los convenios celebrados por los REPSS con instituciones médicas independientes de los SESA en estos términos. Así, por ejemplo, se encuentra el “Convenio de Subrogación de Servicios Médicos Hospitalarios, Quirúrgicos y Asistenciales de Tercer Nivel”, mismo que celebró el Hospital General de México (organismo descentralizado de la APF) y la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el día 3 de febrero de 2009⁴⁸; el “Convenio de Subrogación de Servicios de Radioterapia que celebran por una parte, los Servicios de Salud de Zacatecas y por otra parte, el Instituto Jalisciense de Cancerología (organismo público descentralizado de la Administración Pública del Estado); entre otros. Cabe decir que en ninguno de los anteriores se especifica el mecanismo de solución de los conflictos que surjan con motivo de la prestación del servicio.

establece que la Secretaría de Salud es competente para “proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para el efecto.”

De este precepto se desprende que la prestación de estos servicios sólo puede llevarse a cabo por establecimientos públicos de carácter federal. Sin embargo, el propio artículo 8° de la LGS abre la posibilidad de celebrar convenios de subrogación de servicios de salud de manera genérica. En esta última norma, no se especifica ninguna limitación para la subrogación respecto de instituciones públicas o privadas.

De esta contraposición de normas dentro de la LGS se desprende que la facultad de la Secretaría de Salud para subrogar la prestación de los servicios de alta especialidad dentro del marco del SNPSS, mediante convenios celebrados con instituciones privadas, está sujeta a un amplio margen de interpretación. Lo cierto es que en la práctica, la federación ha celebrado convenios de subrogación con instituciones privadas para la prestación de determinados servicios médicos de alta especialidad, esto es, con cargo al FPGC.⁴⁹

Ciertamente el considerar que estamos ante una subrogación de la prestación de servicios públicos tiene ciertos efectos que conviene mencionar.⁵⁰ Uno de ellos, de real importancia, consiste en el hecho de que la subrogación no conlleva la delegación de la titularidad de las competencias de la administración pública sobre el servicio público. Esto supone dos cosas, primero, que la administración pública habilitante conserva el poder de supervisión sobre la actividad, gestión y ejecución del servicio realizado por el subrogatario y, segundo, que la resolución de los conflictos que surjan en relación con el título habilitante (esto es, de los convenios de subrogación) podrá ser considerada competencia de la justicia administrativa.⁵¹

De lo anterior se desprende, asimismo, que la autoridad habilitante tiene el deber de proteger a los usuarios del servicio (Fernández Ruiz, 1995, p. 255). Esto, evidentemente, es congruente con la facultad de tutela de los derechos de los beneficiarios confiada a la federación, a través de la Secretaría de Salud (art. 77 bis 5, inciso A), fracc. XIV de la LGS),⁵² y las obligaciones de las entidades federativas de garantizar la prestación de los servicios de salud, la continuidad de los cuidados y la calidad del servicio, en

⁴⁹ Este es el caso del Convenio de Colaboración celebrado entre la CNPSS y Aris Vision Institute de Cd. Juárez, celebrado el 1° de julio de 2009, a efecto de establecer la participación, bases y mecanismos para apoyar financieramente al Instituto para la prestación de servicios médico-hospitalarios de cirugías de cataratas.

⁵⁰ Para ello hemos tomado como referencia a Serna de la Garza (2010, pp. 91-93).

⁵¹ Otra consecuencia derivada de lo anterior consiste en que “la gestión indirecta de un servicio público no puede ser perpetua (pues ello supondrá una transmisión de la plena propiedad de la titularidad jurídica del servicio público que constituye una competencia pública) ni puede transferirse a otras personas (pues la delegación se otorga en razón de las características personalísimas del sujeto habilitado, es decir, *intuitu personae*.” (Serna de la Garza, p. 92).

⁵² Una vía fundamental de tutela por parte de la federación se ejerce a través de la acreditación de capacidad, seguridad y calidad en la prestación de los servicios del sistema, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 27 del Reglamento.

los términos previstos por el Reglamento, los Lineamientos de Operación, los Convenios suscritos y demás disposiciones aplicables.

C) Relaciones jurídicas con los afiliados al SPSS

Finalmente, por lo que hace a las relaciones jurídicas consensuales, tenemos un tercer elemento que debemos considerar. Éste consiste en el vínculo jurídico que se crea entre los órganos encargados de prestar el servicio de atención médica (sea de manera directa o indirecta, como hemos visto) y los beneficiarios del SPSS.

En principio, esta relación jurídica está supeditada a la afiliación voluntaria de los beneficiarios que cumplen con los requisitos previstos por la Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables, a efecto de recibir los servicios médico-quirúrgicos, hospitalarios o farmacéuticos que correspondan en los términos previstos para el SPSS, a cambio de una contraprestación consistente en el pago de la cuota familiar.

De tal forma que la afiliación voluntaria al SPSS supone una manifestación de la voluntad en el sentido de aceptar ciertos derechos y obligaciones previamente especificados (o prereglamentados). De ahí que, como hemos dicho con anterioridad, estaríamos, al menos en principio, en presencia de una especie de contrato de adhesión, pues en la conformación de estos derechos y obligaciones no participa la voluntad de los beneficiarios del sistema.

No obstante lo anterior, de acuerdo con el proceso evolutivo del SPSS y, con ello, las características que lo conforman, difícilmente podríamos sostener que la afiliación crea un verdadero vínculo contractual y, específicamente, un “contrato de seguro” en su sentido tradicional. Ello, a pesar de que usualmente se le denomine “Seguro Popular”. Las razones para negarle tal carácter son las siguientes:

(a) El pago de una prima (o, en nuestro caso, la cuota familiar) no es inherente al Seguro Popular. De hecho, como hemos visto con anterioridad, los supuestos de exención del pago de la cuota familiar han seguido una tendencia creciente y el número de beneficiarios del SPSS dentro del régimen no contributivo constituye una amplísima mayoría.

(b) En el Seguro Popular también hace falta otro elemento esencial propio del contrato de seguros, consistente en la existencia de un riesgo. El seguro es un contrato que tiene por función el desplazamiento de las eventuales consecuencias de un riesgo, desde el patrimonio del asegurado hacia el del asegurador. De tal forma que el asegurador acepta el riesgo (futuro e incierto) a cambio de un precio cierto. Evidentemente, el riesgo, que en nuestro caso sería la existencia de un padecimiento o enfermedad, debe consistir en un acontecimiento sobre cuya producción no hay absoluta certeza, aunque tiene que ser posible.

Ahora bien, en el Seguro Popular la presencia o actualización del riesgo es irrelevante para el proceso de afiliación, de acuerdo con el artículo 77 bis 1 de la LGS y los objetivos de aseguramiento universal de la población previstos en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y en su Programa sectorial. De tal forma que las personas que padezcan una enfermedad cubierta por el CAUSES o por el FPGC al momento de solicitar su afiliación no podrán ser excluidas del SPSS.

Además, al menos por lo que se refiere a la modalidad del SMNG, la afiliación y la atención médica en casos de urgencia, esto es, cuando el padecimiento se ha actualizado, debe ser inmediata.

(c) En oposición a los principios propios de los esquemas de mutualidad, en el Seguro Popular la progresividad de las cuotas familiares se asocia al nivel de ingreso de los beneficiarios del SPSS y no así al riesgo asumido por los aseguradores. Mientras que en los seguros la progresividad de la prima se determina por la probabilidad de que el siniestro se actualice, en el Seguro Popular la cuota familiar se determina en función de la situación económica del beneficiario.

(d) La legislación sobre el contrato de seguro no es aplicable al Seguro Popular. De hecho, aún concediendo que se tratara efectivamente de un mecanismo de aseguramiento social, quedaría excluido del ámbito de aplicación de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de conformidad con su artículo 4, mismo que dispone que: "Los seguros sociales quedarán sujetos a las leyes y reglamentos sobre la materia."⁵³ Lo mismo puede decirse respecto de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, destinada a regular a las empresas de seguros, constituidas con fines mercantiles, cuya inaplicabilidad al SPSS resulta evidente.

En gran medida, algunas de estas características del SPSS no sólo nos sirven para desvirtuar su carácter de contrato de seguro, sino además para negar, en términos generales, su carácter de aseguramiento social. El problema para concederle tal carácter reside precisamente en el régimen no contributivo (pues con ello se niega una efectiva contraprestación por parte de los afiliados) y en la falta de progresividad del monto de las cuotas conforme al riesgo.

Sin embargo, no debe perderse de vista que aunque sean una considerable minoría, sí hay en la actualidad afiliados que cubren la cuota familiar correspondiente. Ello nos lleva a considerar una diversificación de regímenes por lo que hace a su naturaleza jurídica. Mientras que el régimen no contributivo nos acerca más a la consideración del derecho de protección social en salud como un derecho social universal de carácter prestacional, el

⁵³ Asimismo, existen otras disposiciones de la Ley sobre el Contrato de Seguro, publicada en el DOF el 31 de agosto de 1935, que se oponen a la operación del Seguro Popular. Un ejemplo de ello es precisamente el hecho de que el contrato será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro ya se hubiere realizado (art. 21 de esta Ley).

régimen contributivo conserva grandes semejanzas con el aseguramiento social, aunque con ciertas peculiaridades como la relativa a la falta de progresividad de las cuotas en relación con el riesgo del asegurado.

Esta indefinición del tratamiento que deberá otorgársele al Seguro Popular presenta serias consecuencias jurídicas. Quizá la más importante reside en la determinación de la jurisdicción competente para resolver los conflictos que surjan con motivo de la prestación de los servicios del SPSS, así como las reglas de fondo aplicables.

Lo cierto es que en cualquier caso, los servicios de atención médico-quirúrgicos, hospitalarios y de medicamentos conforme al esquema previsto por el SPSS cumplen una función de interés público y de servicio social, que busca promover la universalidad de los servicios médicos para todas aquellas personas que no cuentan con algún mecanismo de aseguramiento social. Se trata, pues, de un mecanismo *ad hoc* para salvaguardar el derecho de protección social en salud, constitucionalmente consagrado. De tal forma que el Seguro Popular adopta el carácter de un servicio público, por las razones antes expuestas.

Además, en la incorporación al SPSS existe una evidente desigualdad entre el prestador del servicio y el prestatario, toda vez que es el Estado quien determina el alcance de las prestaciones a que tienen derecho los afiliados, los mecanismos para su provisión y financiamiento, el inicio de la vigencia, las cuotas familiares que corresponden, los supuestos de suspensión y cancelación de derechos, entre otras.

Ciertamente el Seguro Popular se rige por disposiciones normativas que le son propias. Su funcionamiento y organización está plasmado en normas generales de carácter público, como son las que contienen la LGS, su Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, así como los demás Acuerdos y Lineamientos que lo regulan. Si bien es cierto que los derechos y obligaciones de los usuarios se encuentran especificados en la Carta de Derechos y Obligaciones que se entrega conjuntamente con la póliza de afiliación a los beneficiarios del sistema, así como el CAUSES y los tratamientos con cargo al FPGC; también lo es que estos documentos condensan los derechos y obligaciones de los usuarios previstos por el legislador o la propia Administración en otras normas de carácter general. Así, las obligaciones que asume la Administración Pública devienen de la totalidad del régimen jurídico aplicable al Seguro Popular, de tal forma que la Carta de Derechos y Obligaciones y sus Anexos sólo constituyen instrumentos que, al reproducir las disposiciones normativas antes referidas, facilitan el conocimiento de los usuarios de sus respectivos derechos, sin que éstos adquieran un carácter limitativo.

Como especifica el artículo 77 bis 3 de la LGS, las familias y personas que se incorporen al SPSS gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere el Título Tercero Bis de la propia Ley. Al respecto, destaca en especial

el Capítulo IX, titulado “Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios”, de la propia Ley, toda vez que constituye un claro ejemplo del régimen exorbitante del derecho común en materia contractual. En este Capítulo se consagran de manera directa los derechos de los beneficiarios del sistema, así como sus obligaciones. De igual forma, es necesario mencionar el Capítulo X de la LGS, mismo que establece las causas de suspensión y cancelación de la cobertura de protección social en salud.

Por lo que hace al Reglamento, el Capítulo III establece la vigencia de los derechos de los beneficiarios del SPSS, los mecanismos de reafiliación correspondientes, así como el plazo para la reinstauración de la vigencia de los derechos en casos de suspensión.⁵⁴ De igual forma, sin que ello sea óbice para tratarlos más adelante, el Capítulo V, denominado “De la Tutela de los Derechos de los Beneficiarios”, establece un sistema de quejas y sugerencias a favor de los beneficiarios, a efecto de garantizar una adecuada atención médica. Por su parte, el Capítulo IV regula las cuotas familiares y garantiza la existencia de un régimen no contributivo.

De acuerdo con lo anterior, resulta de singular importancia la remisión que hace el artículo 48 del Reglamento a la Ley Federal de Procedimiento Administrativo por lo que hace a la suspensión y cancelación de los beneficios que se deriven de la afiliación del SPSS.

Por su parte, en los “Lineamientos para la Afiliación, Operación, Integración del Padrón de Beneficiarios y Determinación de la Cuota Familiar del Sistema de Protección Social en Salud”, también se contemplan ciertos derechos para los afiliados, tales como la entrega de la póliza de filiación, las cuotas familiares y el recibo de pago correspondiente, el régimen de reafiliación (automático o simplificado), la negación de la devolución de las cuotas familiares en casos de suspensión temporal por la aplicación del principio de solidaridad social, el derecho a la confidencialidad de los datos que se integran en el Padrón de Beneficiarios, entre otros. Todo lo anterior demuestra la forma en que las disposiciones normativas de carácter general, en oposición a las normas individualizadas propias de los contratos, regulan las relaciones jurídicas respecto de los beneficiarios del SPSS.

Evidentemente, las disposiciones que hemos citado no son las únicas que resultan aplicables para regular el vínculo jurídico que se crea con los particulares a partir de su incorporación voluntaria al SPSS. Sin embargo, creemos que con ello logramos demostrar que el Seguro Popular y, concretamente la relación directa con los beneficiarios, no se rige de manera

⁵⁴ Por lo que hace a la modalidad del SMNG, la vigencia de los derechos que se derivan del sistema están previstos en el “Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1º de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal”, publicado en el DOF el 21 de febrero de 2007.

exclusiva por normas de derecho privado, aún cuando éstas admitan, en su caso, una aplicación supletoria.⁵⁵

Mecanismos de tutela de los derechos de los afiliados al SPSS

La tutela de los derechos consagrados en el SPSS corresponden sin duda al Estado. Sin embargo, tanto la LGS como el Reglamento carecen de una identificación precisa sobre quién efectivamente debe realizarla. Por una parte la Ley le otorga la tutela de los derechos de los beneficiarios a la federación, pero el Reglamento le confiere esta función a las entidades federativas y, concretamente, a los regímenes estatales.⁵⁶ De tal forma que no existe congruencia entre ambas disposiciones normativas, generando así una total incertidumbre sobre quién es la autoridad directamente responsable de tutelar dichos derechos.

Ello, ciertamente, no implica que el SPSS carezca de mecanismos creados con el fin de procurar y garantizar la calidad y efectividad de los servicios esenciales de salud y de aquéllos que son cubiertos por el FPGC. De hecho, a lo largo del desarrollo de este documento hemos podido identificar algunos de ellos, aún cuando falte claridad sobre la autoridad responsable de su gestión y de su adecuado funcionamiento.

Dentro de estos mecanismos destaca por su previsión normativa tanto en la LGS como en su Reglamento, el sistema de orientación, sugerencias y quejas respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación con la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos (arts. 51 BIS 3 y 54 de la LGS).⁵⁷ Sobre el particular, la Carta de Derechos y Obligaciones, en su numeral 16, establece como un derecho de los beneficiarios la presentación de quejas ante los REPSS o ante los SESA, por falta o inadecuada prestación de los servicios.

Como se desprende del artículo 55 del Reglamento, este sistema de orientación y quejas tiene un carácter concurrente, en el que participan tanto la CNPSS, los REPSS, así como los propios establecimientos de atención

⁵⁵ Otras disposiciones jurídicas aplicables corresponden a la legislación en materia de procedimientos administrativos; los códigos de procedimientos civiles, especialmente por lo que hace a la responsabilidad objetiva del Estado; entre otras. Al respecto, no debe perderse de vista que en su gran mayoría se tratará de normas de carácter local pues, por lo general, son los SESA los responsables directos de prestar el servicio a los usuarios del SPSS.

⁵⁶ Cfr. Artículo 77 bis 5, fracción XIV, de la LGS y artículo 3º, segundo párrafo, del Reglamento, respectivamente.

⁵⁷ Artículo 51 Bis 3 de la LGS.- “Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.” Artículo 54 de la LGS.- “Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.”

médica.⁵⁸ De conformidad con el propio Reglamento, los establecimientos de atención médica serán los que en primera instancia atiendan las quejas y reclamaciones de los usuarios del servicio. Sin embargo, tanto la Comisión, en su caso, como los REPSS deben canalizar y dar seguimiento a las mismas.⁵⁹

De acuerdo con lo anterior, se crea, sin que ello impida la presentación escrita de las quejas y reclamaciones por parte de los usuarios, un centro de atención telefónica, a efecto de “recibir las quejas que deriven del incumplimiento sobre los derechos de los beneficiarios, así como cualquier incumplimiento del proceso administrativo de afiliación; de igual manera, servirá para retroalimentar a los regímenes estatales para generar acciones correctivas y preventivas que se requieran para la adecuada marcha del sistema.” (art. 58 del Reglamento).⁶⁰

De manera adicional a lo anterior, de conformidad con el artículo 54 del Reglamento de la LGS, los REPSS han creado “unidades de atención al beneficiario encargados de la tutela de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones”. Estas unidades de atención no son otra cosa que los MOA, ubicados en los diversos establecimientos de atención médica. En ellos, también se encuentran los “gestores de servicios de salud” que, como hemos

⁵⁸ “Art. 55 del Reglamento.- Los establecimientos para la atención médica del Sistema, los Regímenes Estatales y, en su caso, la Comisión, responderán, canalizarán y darán seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que los beneficiarios presenten en relación con la prestación de servicios y los derechos a que se refiere el artículo 77 bis 37 de la Ley.”

“Art. 56 del Reglamento.- “Las preguntas, quejas y sugerencias, presentadas por cualquier medio, serán analizadas en primera instancia por los establecimientos para la atención médica, atendiendo a los principios de celeridad en la respuesta a todas las solicitudes, adoptando la forma escrita cuando así se formulen. Los Regímenes Estatales validarán periódicamente la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud.”

⁵⁹ De hecho, los REPSS están obligados a validar cada cierto tiempo la calidad de las respuestas y el impacto de éstas en la mejora de la calidad de los servicios de atención a la salud.

⁶⁰ “Art. 58.- La Secretaría, a través de la Comisión, contará con un centro de atención telefónica que proporcione orientación a los beneficiarios para facilitar el acceso a los servicios de salud y recibir las preguntas, quejas y sugerencias que presenten tanto de la prestación médica como administrativa, en el ejercicio de sus derechos.

El centro de atención telefónica estará orientado principalmente para recibir las quejas que deriven del incumplimiento sobre los derechos de los beneficiarios, así como cualquier incumplimiento del proceso administrativo de afiliación; de igual manera, servirá para retroalimentar a los Regímenes Estatales para generar acciones correctivas y preventivas que se requieran para la adecuada marcha del sistema.”

“Art. 59.- El centro de atención telefónica recibirá, canalizará y dará seguimiento a las preguntas, quejas y sugerencias que presenten los beneficiarios, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán los mecanismos para la recepción de las mismas, además de proporcionar la información necesaria para su atención oportuna y eficaz.

Además de la atención telefónica, los beneficiarios tendrán en todo momento la posibilidad de presentar sus preguntas, quejas y sugerencias en forma escrita o de manera directa en los establecimientos para la atención médica o las unidades administrativas del sistema, debiendo otorgárseles un trato adecuado y una atención oportuna a sus requerimientos, para lo cual los Servicios Estatales de Salud establecerán los mecanismos necesarios para su recepción, seguimiento y pronta respuesta.”

En los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, se establece en el Capítulo VIII, titulado “Disposiciones Finales”, que “Las quejas y sugerencias sobre las actividades y funciones de prestadores de servicios del sistema, serán canalizadas en el centro de atención telefónica en el número 01 800 de la Secretaría o bien a través de los MAO.”

visto en su oportunidad, se constituyen en el enlace entre las unidades médicas y los beneficiarios, a efecto de facilitar la operación, asesoría y la gestión de los procesos de atención médica.⁶¹

Si bien los mecanismos anteriores buscan garantizar la calidad de los servicios médicos prestados a través del SPSS, lo cierto es que carecen de efectividad jurídica (no constituyen verdaderos recursos administrativos) y, por ende, difícilmente podrían llegar a considerarse como verdaderos actos de autoridad. Esta situación implica que las respuestas que se emitan con motivo de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios no sean recurribles por la vía jurisdiccional. Por ende, a pesar de la conveniencia que presenta para efectos de valorar la calidad de los servicios prestados y enmendar voluntariamente, si ello es posible, cualquier error en el servicio (desde el diagnóstico, el tratamiento, hasta la mera atención), los mecanismos antes indicados no pueden ser considerados efectivamente como verdaderos mecanismos de tutela de los derechos de los beneficiarios.

Por otra parte, una disposición normativa que pretende constituirse en un claro mecanismo para empoderar a los usuarios de los servicios derivados del SPSS la encontramos en el artículo 63 del Reglamento, misma que establece que:

“Progresivamente, los regímenes estatales impulsarán en la red de establecimientos para la atención médica del sistema, la integración de organizaciones de beneficiarios que se constituirán como avales ciudadanos de los resultados de calidad en lo referente al trato digno que debe proporcionarse en los centros de atención del área geográfica correspondiente. Asimismo, facilitarán las condiciones para que otras modalidades de participación ciudadana coadyuven a una adecuada prestación de los servicios.”

Cabe decir que esta disposición aún ha tenido una poca aplicación práctica. Pero aún suponiendo que la tuviera tampoco podría considerarse como mecanismo de tutela de los derechos de los beneficiarios, a pesar de la importancia que representa la organización colectiva para la defensa de los derechos de los usuarios, toda vez que como hemos dicho al inicio de este apartado la tutela corresponde al Estado.

Por otro lado, tanto la LGS como su Reglamento establecen los mecanismos de certificación y acreditación de los establecimientos de atención médica, mismos que presentan gran importancia para garantizar un

⁶¹ Si bien las funciones concretas de los gestores depende de cada uno de los REPSS, lo cierto es que, en términos generales, ellos se encargan de verificar el seguimiento clínico de los afiliados; participan en la evaluación de la atención en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía programada y consulta externa; entre otros. De conformidad con el Manual Específico de Organización del REPSS del Estado de Nayarit, aprobado el 15 de enero de 2008, el gestor médico es la “figura que facilita la operación, asesoría y gestiona la articulación de cada proceso en la atención de la salud de los afiliados.”

estándar mínimo de capacidad, seguridad y calidad de los servicios cubiertos por el FPGC y los servicios esenciales de salud, respectivamente. Sin embargo, estas medidas imperativas más que representar mecanismos de tutela de los derechos de los beneficiarios se constituyen en importantes esquemas de autorregulación dentro del propio SPSS.

Como puede observarse hasta el momento, tanto la LGS como su Reglamento son omisos respecto de las vías adecuadas de impugnación para salvaguardar los derechos de los usuarios. De manera muy limitada en su ámbito de aplicación sólo se hace mención, en el artículo 48 del Reglamento, a la posibilidad de acudir al recurso de revisión previsto por la Ley Federal de Procedimiento Administrativo en el supuesto de la suspensión y cancelación de los beneficios que se deriven de la afiliación al SPSS.

Esta carencia de normas propias del SPSS que den claridad respecto de las vías jurisdiccionales aplicables para la defensa de los derechos de los usuarios puede explicarse, aunque no justificarse, por la importancia que se le concede al arbitraje médico como mecanismo *ad hoc* para la resolución de los conflictos surgidos entre los prestadores del servicio médico y los pacientes. Para tales efectos se creó, mediante decreto publicado en el DOF el 3 de junio de 1996, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, mismo que ha promovido la creación de las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico en las diversas entidades federativas, todas ellas con la misión de constituirse en medios alternativos para la solución de controversias entre los usuarios y los prestadores de servicios médicos.⁶²

Sin embargo, el problema que presenta el juicio arbitral ante la CONAMED o ante sus homologas a nivel estatal, consiste en la naturaleza consensual del arbitraje. Cualquier conflicto surgido por la prestación de servicios médicos sólo podrá solventarse por estos organismos si ambas partes contendientes los someten voluntariamente a su consideración. En otras palabras, no está previsto por la Ley y demás disposiciones aplicables, el arbitraje médico forzoso para el SPSS. De ahí que si bien los usuarios del servicio pueden presentar una queja ante estos organismos, lo cierto es que se necesita la aceptación del trámite arbitral, que hará las veces de cláusula compromisoria, por parte del prestador del servicio.

No obstante lo anterior, cabe decir en relación con el arbitraje médico por la CONAMED, que los laudos que emita son recurribles vía amparo. De acuerdo con la jurisprudencia emitida con motivo de una contradicción de tesis 14/2001, bajo el rubro "COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. SUS LAUDOS ARBITRALES SON ACTOS DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DE AMPARO"⁶³:

⁶² Una referencia específica a este mecanismo alternativo de solución de conflictos, por lo que hace al SPSS, lo encontramos en el Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios y Compensación Económica (Convenio 32x32).

⁶³ *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XIV, diciembre de 2001, p. 1037.

“[...] el laudo arbitral que dicta el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico es una resolución sobre el fondo de la cuestión debatida entre el usuario del servicio médico y el prestador de éste, dictada en el procedimiento seguido al efecto. Cabe destacar que el laudo sólo puede aclararse, pero en su contra no procede recurso alguno, por ello, tal como se desprende de las normas jurídicas aplicables, tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución, la que podrá promoverse ante los tribunales competentes en vía de apremio o en juicio ejecutivo, a elección del interesado.”

“En otras palabras, el laudo arbitral constituye un acto materialmente jurisdiccional, traducido en una resolución sobre el fondo de las cuestiones que se hayan sometido a la decisión de la comisión, que por mandato de las normas jurídicas invocadas es irrevocable e inmutable y, que debe ser condenatorio, tiene efectos de un título ejecutivo por traer aparejada ejecución; lo que obliga al Juez competente a dictar un acto de ejecución si así lo pide la persona legitimada, puesto que hace prueba por sí mismo de la existencia de una obligación patrimonial, líquida y exigible, sin necesidad de completarlo con algún reconocimiento, cotejo o autenticación. Esto es, no requiere de ninguna aprobación judicial que le dé fuerza jurídica que lo convierta en sentencia verdadera y eficacia ejecutiva, pues tales atributos, de acuerdo con lo expuesto, ya los tiene [...].”

De ahí que la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluya que efectivamente los laudos que emita el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico o los presidentes de las Salas respectivas sean verdaderos actos de autoridad para los efectos del juicio de amparo, “en tanto que es un ente de derecho público, actúa por voluntad de las partes, pero a nombre del Estado, estableciendo una relación de supra o subordinación con los particulares.”

Ahora bien, bajo el supuesto de que el usuario del servicio decida no optar por el arbitraje médico, la normatividad relativa al SPSS es omisa respecto de la vía jurisdiccional procedente para resolver los conflictos que surjan con motivo de la prestación del servicio médico. No se especifica si procede la vía ordinaria civil (ante el incumplimiento de un contrato de prestación de servicios médicos) o la vía contencioso administrativa (si le otorgamos a la afiliación el carácter de contrato administrativo para el cumplimiento de un servicio público). De hecho, aún se presentan serias inconsistencias respecto de una posible naturaleza contractual de la afiliación voluntaria al SPSS, pues como hemos visto con anterioridad, el SPSS ha evolucionado de tal forma que la respectiva contraprestación del aseguramiento (esto es, el pago de la cuota familiar) ha ido en constante decremento. El pago de la cuota familiar poco puede considerarse como una variable representativa del SPSS.

Sin embargo, por lo que hace a los mecanismos de tutela jurisdiccional no podemos dejar de mencionar que bajo el supuesto de una deficiente o inadecuada prestación de servicios médicos por parte de los SESA o, en su caso, de los establecimientos o instituciones de salud de la federación, podría considerarse la procedencia de la queja o denuncia en contra de los servidores públicos que han prestado efectivamente el servicio, de conformidad con las leyes aplicables en materia de responsabilidad administrativa de los servidores públicos. Sin embargo, este mecanismo se limita al caso de que el

prestador efectivo del servicio sea efectivamente un servidor público excluyendo, de esta forma, el supuesto de que el servicio haya sido prestado por una institución privada con motivo de una subrogación.

De igual forma, por lo que hace a una prestación de servicios médicos inadecuada cabe considerar la posibilidad de requerir una indemnización por daños y perjuicios derivada de la responsabilidad objetiva del Estado.⁶⁴ Sin embargo, esta posibilidad no tiene un carácter específicamente dirigido a salvaguardar los derechos de los afiliados al SPSS.

De ahí que concluyamos que la tutela de los derechos de protección social en salud tiene aún una posición débil dentro de nuestro sistema jurídico.

⁶⁴ Esto es congruente con el artículo 113 *in fine* de la CPEUM, mismo que señala que: “La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.”

Conclusiones

Como hemos visto a lo largo del presente documento, a pesar de que se establecen diversos mecanismos que pretenden garantizar la calidad y efectividad de los servicios asociados al SPSS, cabe destacar que aún se observan lagunas y carencias respecto de la efectiva tutela judicial para resolver los conflictos que surjan con motivo de la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de medicamentos.

Si bien existen ciertas vías previamente clarificadas, como son las controversias constitucionales que resuelvan los conflictos entre la federación y las entidades federativas, o entre éstas, de conformidad con el artículo 105 de la CPEUM, en atención al Convenio Marco y el Convenio Específico de colaboración interestatal,⁶⁵ así como la procedencia del régimen de responsabilidad administrativa dirigida a los funcionarios públicos por la comisión de infracciones en el cumplimiento de sus funciones;⁶⁶ lo cierto es que aún no se especifica la vía jurisdiccional aplicable para garantizar el derecho de protección social en salud conforme al SPSS.

Nuestra doctrina y nuestros tribunales no se han pronunciado hasta el momento sobre la naturaleza jurídica del Seguro Popular, lo cual deja un amplio margen de incertidumbre y duda al respecto.

Gran parte del problema reside en esta indefinición sobre de la naturaleza jurídica del SPSS. No queda claro si el SPSS tiene una naturaleza consensual o si, en su defecto, se trata de un mecanismo propio de un derecho fundamental de carácter prestacional. De igual forma la línea divisoria entre su naturaleza civil o administrativa queda inconclusa, situación que trae consigo la indefinición de la vía procesal adecuada.

A esta indefinición se suma el régimen diferenciado entre aquellos que efectivamente cubren una cuota familiar para su afiliación y aquéllos que están exceptuados del pago de la misma.

De ahí que podemos concluir que los mecanismos de protección jurisdiccional de los derechos derivados de la afiliación al Seguro Popular se encuentren diversificados y aún no hay claridad respecto de su previsión. De hecho, tal es la problemática que se deriva de esta situación que podríamos incluso considerar que los diversos ordenamientos jurídicos a nivel estatal

⁶⁵ El art. 44 de la Ley de Planeación dispone que: "El Ejecutivo Federal, en los convenios de coordinación que suscriba con los gobiernos de las entidades federativas, propondrá la inclusión de una cláusula en la que se prevean medidas que sancionen el incumplimiento del propio convenio y de los acuerdos que del mismo se deriven. De las controversias que surjan con motivo de los mencionados convenios, conocerá la SCJN, en los términos del Artículo 105 de la Constitución General de la República."

⁶⁶ En los Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, se establece en el Capítulo VIII, titulado "Disposiciones Finales, se hace alusión expresa a este supuesto, en el sentido de que: "En caso que alguna queja o denuncia revista actos que impliquen responsabilidad administrativa de funcionarios públicos, se atenderá conforme lo dispuesto por la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

podrían llegar a establecer mecanismos de tutela jurisdiccional diferenciada, ocasionando de esta forma una dispersión de vías que, ciertamente, transgrede el carácter concurrente del Sistema de Protección Social en Salud y, con ello, la facultad expresa de tutela de los derechos que le concede la LGS a la Secretaría de Salud.

Bibliografía

- Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo. Servicios públicos*, (México: Porrúa, 1995).
- Fundación Mexicana para la Salud, "La reforma de la salud en México", (México: FUNSALUD, 2001).
- Galindo Camacho, Miguel, *Derecho Administrativo*, Tomo II, (México: Porrúa, 1996).
- Gordillo, Agustín, "Tratado de Derecho Administrativo", Tomo I, Parte General, 10ª edición, (Buenos Aires: Fundación de Derecho Administrativo, 2009).
- Lakin, Jason M., "The End of Insurance? Mexico's Seguro Popular, 2001-2007", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 35, no. 3, (June, 2010), pp. 313-352.
- Lloyd-Sherlock, Peter, "When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico", *Social Policy and Administration*, vol. 40, no. 4, (August, 2006), pp. 353-368.
- López-Elías, José Pedro, *Aspectos jurídicos de la licitación pública en México*, (México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1999). Disponible en línea en la página web: <http://www.bibliojuridica.org/estlib/resulib.htm?m=F>
- Nigenda, Gustavo, "El seguro popular de salud en México. Desarrollo y retos para el futuro", Nota Técnica de Salud No. 2/2005, *Banco Interamericano de Desarrollo*, (Abril, 2005).
- Serna de la Garza, José María, *Globalización y gobernanza: Las transformaciones del Estado y sus implicaciones para el Derecho Público (contribución para una interpretación del caso de la guardería ABC)*, (México: UNAM/Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010). Disponible en línea: <http://www.bibliojuridica.org/libros/libro.htm?l=2818>
- Scott, John, "Seguro Popular: Incidence Analysis", *Documento de Trabajo del CIDE*, División de Economía, núm. 367, (Septiembre, 2006).
- Serra Rojas, Andrés, *Derecho Administrativo. Segundo Curso*, 17ª edición, (México: Porrúa, 1996).
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, Comisión Investigadora, Informe preliminar sobre el ejercicio de la facultad de investigación 1/2009, emitido en la Cd. de México el 26 de febrero de 2010, pp. 1-385. Disponible en línea en la página web: http://www.scjn.gob.mx/Documents/Informe_Preliminar_Comision_ABC.pdf Consultado el 30 de octubre de 2010.
- Tamez González, Silvia y Catalina Eibenschutz, "El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud", *Revista de Salud Pública*, vol. 10, Supl. 1, (Diciembre, 2008), Bogotá, pp. 133-145.
- World Health Report 2000, "Health System: Improving Performance Statistic". Disponible en línea en la página web: <http://www.who.int/whr2001/archives/2000/en/contents.htm> Consultado el 22 de octubre de 2010.
- Vázquez del Mercado, Óscar, "Contratos Mercantiles", 2ª edición, (México: Porrúa, 1985).

- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el DOF el 14 de julio de 2008.
- Acuerdo por el cual se establece un nuevo supuesto para considerar a las familias que se afilien al Sistema de Protección Social en Salud bajo el régimen no contributivo, publicado en el DOF el 29 de febrero de 2008.
- Acuerdo por el que se adicionan nuevos supuestos de titulares y beneficiarios al Sistema de Protección Social en Salud a la composición actual del núcleo familiar al que se refiere el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 17 de abril de 2008.
- Acuerdo por el cual se establecen las disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal, publicado en el DOF el 21 de febrero de 2007.
- Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud), publicado en el DOF el 4 de julio de 2003.
- Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, para el Ejercicio Fiscal 2010, publicado en el DOF el 29 de diciembre de 2009.
- Aviso que establece nuevos supuestos para considerar a familias afiliadas o por afiliarse al Sistema de Protección Social en Salud en el régimen no contributivo, publicado en el DOF el 23 de junio de 2010.
- Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados.
- Convenio de Colaboración Específico y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica, entre las entidades federativas y la Secretaría de Salud del Gobierno Federal a través de la Comisión Nacional de Protección Social, por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, celebrado el 23 de octubre de 2009.
- Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades Federativas por la prestación de servicios de salud a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, que celebran los Servicios Estatales de Salud de las treinta y un entidades federativas y del Distrito Federal, y la Secretaría de Salud, publicado en el DOF el 4 de marzo de 2008.
- Ley de Planeación, publicada en el DOF el 5 de enero de 1983, última reforma publicada en el mismo medio de difusión el 13 de junio de 2003.
- Ley General de Salud, publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada en el mismo medio de difusión el 27 de abril de 2010.
- Lineamientos para la afiliación, operación, integración del padrón nacional de beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el DOF el 15 de abril de 2005.

Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el DOF el 27 de septiembre de 2007.

Lineamientos para la integración de la aportación solidaria estatal del Sistema de Protección Social en Salud, publicados en el DOF el 31 de diciembre de 2007, última reforma publicada en el mismo medio de difusión el 25 de julio de 2008.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Fortalecimiento e Innovación de la CONAMED.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el DOF el 5 de abril de 2004, última reforma publicada en el mismo medio de difusión el 13 de noviembre de 2008.

Novedades

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

- David Arellano *et al.*, *Control de los conflictos de interés*, DTAP-255
- David Arellano, Víctor Figueras y Walter Lepore, *Política de tránsito en el DF de México: una introducción a su estudio empírico*, DTAP-254
- Sergio Cárdenas y Maximiliano Cárdenas, *La participación del poder legislativo en la definición de la política educativa en México*, DTAP-253
- Sergio Cárdenas, *Administración centrada en la escuela*, DTAP-252
- Joanna D. Lucio, Edgar Ramírez y Sergio Cárdenas, *¿Libertad para quién? El efecto de comunidades cerradas en el espacio urbano*, DTAP-251
- Edgar E. Ramírez, *Land Development Permitting*, DTAP-250
- Rodrigo Sandoval-Almazán, Luis F. Luna-Reyes y J. Ramón Gil-García, *Índice de Gobierno Electrónico Estatal: La medición 2009*, DTAP-249
- J. Ramón Gil García y Armando Aldama, *Gobierno electrónico en Canadá: Antecedentes, objetivos, estrategias y resultados*, DTAP-248
- J. Ramón Gil García y Luis F. Luna Reyes, *Teoría institucional y simulación dinámica para una mejor comprensión del gobierno electrónico*, DTAP-247
- Ernesto M. Flores-Roux y Judith Mariscal, *Política de generación de infraestructura de telecomunicaciones en México: Una crítica*, DTAP-246

DIVISIÓN DE ECONOMÍA

- David Mayer, *Urbanization as a Fundamental Cause of Development*, DTE-501
- Arturo Antón y Alan Villegas, *El papel de la tasa de interés real en el ciclo económico de México*, DTE-500
- Víctor Carreón, *La arquitectura de mercado del sector eléctrico mexicano*, DTE-499
- Sonia Di Giannatale *et al.*, *Confianza, redes sociales y hábitos financieros: un estudio empírico*, DTE-498
- Antonio Jiménez, *Coordination Incentives for Information Acquisition with a Finite Set of Players*, DTE-497
- Rodolfo Cermeño *et al.*, *Trade Flows and Volatility of their Fundamentals: Some Evidence from Mexico*, DTE-496
- Kaniska Dam, *Principal-Agent Assignment*, DTE-495
- Luciana Moscoso, *Who Runs Against the Incumbent? Candidate Entry Decisions*, DTE-494
- Juan Rosellón *et al.*, *El modelo HRV para expansión óptima de redes de transmisión: aplicaciones en Ontario*, DTE-493
- Alejandro Villagómez, *Notas sobre la primera crisis global del siglo XXI*, DTE-492

DIVISIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

- Álvaro Morcillo, *Towards Europeanization?*, DTEI-208
- Kimberly A. Nolan García, *Enforcement by Design: The Legalization of Labor Rights Mechanisms in US Trade Policy*, DTEI-207
- Kimberly A. Nolan García, *Norms Socialization and NAFTA's Side Accord on Labor*, DTEI-206
- Jorge Chabat, *Combatting Drugs in Mexico Under Calderon*, DTEI-205
- David Crow, *(Can't Get No) Satisfaction: An Application of Dynamic Loglinear Models...*, DTEI-204
- Ugo Pipitone, *Los daños del rey sabio: Mao y China*, DTEI-203
- Irina Alberro and J. Schiavon, *Shaping or Constraining Foreign Policy?*, DTEI-202
- Jorge Schiavon, *La diplomacia local de los gobiernos estatales en México (2000-2010)*, DTEI-201
- Luis Fernández y J. Schiavon, *La coordinación en la política exterior de Brasil y México*, DTEI-200
- Alejandro Anaya, *Internalización de las normas internacionales de derechos humanos en México*, DTEI-199
- Rafael Velázquez y Karen Marín, *Política exterior y diplomacia parlamentaria: El caso de los puntos de acuerdo durante la LX Legislatura*, DTEI-198
- Jorge Schiavon y Rafael Velázquez, *La creciente incidencia de la opinión pública en la política exterior de México: Teoría y realidad*, DTEI-197
- Jorge Chabat, *La respuesta del gobierno de Calderón al desafío del narcotráfico: Entre lo malo y lo peor*, DTEI-196

DIVISIÓN DE ESTUDIOS JURÍDICOS

- Rodolfo Sarsfield, *The Mordida's Game. How institutions incentive corruption*, DTEJ-52
- Ángela Guerrero, Alejandro Madrazo, José Cruz y Tania Ramírez, *Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México*, DTEJ-51
- Estefanía Vela, *Current Abortion Regulation in Mexico*, DTEJ-50
- Adriana García and Alejandro Tello, *Salaries, Appellate Jurisdiction and Judges Performance*, DTEJ-49
- Ana Elena Fierro and Adriana García, *Design Matters: The Case of Mexican Administrative Courts*, DTEJ-48
- Gustavo Fondevila, *Estudio de percepción de magistrados del servicio de administración de justicia familiar en el Distrito Federal*, DTEJ-47
- Jimena Moreno, Xiao Recio Blanco y Cynthia Michel, *La conservación del acuario del mundo*, DTEJ-46
- Gustavo Fondevila, *"Madrinas" en el cine. Informantes y parapolicías en México*, DTEJ-45
- María Mercedes Albornoz, *Utilidad y problemas actuales del crédito documentario*, DTEJ-44
- Carlos Elizondo y Ana Laura Magaloni, *La forma es fondo. Cómo se nombran y cómo deciden los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación*, DTEJ-43

DIVISIÓN DE ESTUDIOS POLÍTICOS

- Ana Carolina Garriga, *Objetivos, instrumentos y resultados de política monetaria. México 1980-2010*, DTEP-225
- Andreas Schedler, *The Limits to Bureaucratic Measurement. Observation and Judgment in Comparative Political Data Development*, DTEP-224
- Andrea Pozas and Julio Ríos, *Constituted Powers in Constitution-Making Processes. Supreme Court Judges, Constitutional Reform and the Design of Judicial Councils*, DTEP-223
- Andreas Schedler, *Transitions from Electoral Authoritarianism*, DTEP-222
- María de la Luz Inclán, *A Preliminar Study on Pro and Counter Zapatista Protests*, DTEP-221
- José Antonio Crespo, *México 2009: Abstención, voto nulo y triunfo del PRI*, DTEP-220
- Andreas Schedler, *Concept Formation in Political Science*, DTEP-219
- Ignacio Marván, *La revolución mexicana y la organización política de México. La cuestión del equilibrio de poderes, 1908-1932*, DTEP-218
- Francisco Javier Aparicio y Joy Langston, *Committee Leadership Selection without Seniority: The Mexican Case*, DTEP-217
- Julio Ríos Figueroa, *Institutions for Constitutional Justice in Latin America*, DTEP-216

DIVISIÓN DE HISTORIA

- Adriana Luna, *La era legislativa en Nápoles: De soberanías y tradiciones*, DTH-71
- Adriana Luna, *El surgimiento de la Escuela de Economía Política Napolitana*, DTH-70
- Pablo Mijangos, *La historiografía jurídica mexicana durante los últimos veinte años*, DTH-69
- Sergio Visacovsky, *"Hasta la próxima crisis". Historia cíclica, virtudes genealógicas y la identidad de clase media entre los afectados por la debacle financiera en la Argentina (2001-2002)*, DTH-68
- Rafael Rojas, *El debate de la Independencia. Opinión pública y guerra civil en México (1808-1830)*, DTH-67
- Michael Sauter, *The Liminality of Man: Astronomy and the Birth of Anthropology in the Eighteenth Century*, DTH-66
- Ugo Pipitone, *Criminalidad organizada e instituciones. El caso siciliano*, DTH-65
- Ugo Pipitone, *Kerala, desarrollo y descentralización*, DTH-64
- Jean Meyer, *Historia y ficción, hechos y quimeras*, DTH-63
- Luis Medina, *La Comanchería*, DTH-62

Ventas

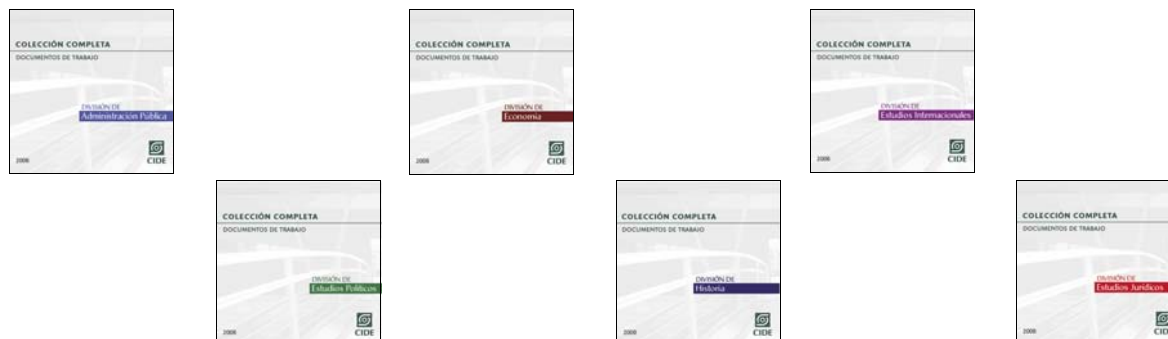
El CIDE es una institución de educación superior especializada particularmente en las disciplinas de Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales, Estudios Políticos, Historia y Estudios Jurídicos. El Centro publica, como producto del ejercicio intelectual de sus investigadores, libros, documentos de trabajo, y cuatro revistas especializadas: *Gestión y Política Pública*, *Política y Gobierno*, *Economía Mexicana Nueva Época* e *Istor*.

Para adquirir cualquiera de estas publicaciones, le ofrecemos las siguientes opciones:

VENTAS DIRECTAS:	VENTAS EN LÍNEA:
Tel. Directo: 5081-4003 Tel: 5727-9800 Ext. 6094 y 6091 Fax: 5727 9800 Ext. 6314 Av. Constituyentes 1046, 1er piso, Col. Lomas Altas, Del. Álvaro Obregón, 11950, México, D.F.	Librería virtual: www.e-cide.com Dudas y comentarios: publicaciones@cide.edu

¡¡Colecciones completas!!

Adquiere los CDs de las colecciones completas de los documentos de trabajo de todas las divisiones académicas del CIDE: Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales, Estudios Políticos, Historia y Estudios Jurídicos.



¡Nuevo! ¡¡Arma tu CD!!



Visita nuestra Librería Virtual www.e-cide.com y selecciona entre 10 y 20 documentos de trabajo. A partir de tu lista te enviaremos un CD con los documentos que elegiste.