



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

*Jef.*

FACULTAD DE DERECHO

ANALISIS DE CONGRUENCIA ENTRE LA NORMATIVIDAD JURIDICA CONSTITUCIONAL Y ORDINARIA DE LA SALUD EN MEXICO Y LA REALIDAD OPERATIVA DE NECESIDADES Y RESPUESTAS.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A :  
JESUS ROBLES VILLA



MEXICO, D. F.

1997.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVANZADA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO  
CONSTITUCIONAL Y DE AMPARO

ING. LEOPOLDO SILVA GUTIERREZ  
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACION  
ESCOLAR DE LA UNAM

P R E S E N T E

Muy Distinguido Señor Director:

El compañero JESUS ROBLES VILLA inscrito en el Seminario de Derecho Constitucional y de Amparo a mi cargo, ha elaborado su Tesis Profesional intitulada "ANALISIS DE CONGRUENCIA EN LA NORMATIVIDAD JURIDICA CONSTITUCIONAL Y ORDINARIA DE LA SALUD EN MEXICO Y LA REALIDAD OPERATIVA DE NECESIDADES Y RESPUESTAS", bajo la direccion del Lic. Alejandro Lopez Chavez para obtener el titulo de Licenciado en Derecho.

El Lic. López Chavez en oficio de fecha 22 de octubre y el Lic. Felipe Rosas Martínez mediante dictamen de noviembre 17 ambos del presente año, me manifiestan haber aprobado y revisado respectivamente, la referida tesis, por lo que, con apoyo en los artículos 18, 19, 20, 26 y 28 del vigente Reglamento de Exámenes Profesionales, suplico a usted ordenar la realización del Examen Profesional del compañero de referencia.

A T E N T A M E N T E  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
Cd. Universitaria, D.F., noviembre 18 de 1997.

*P. A. Venegas Trejo*  
DR. FRANCISCO VENEGAS TREJO  
DIRECTOR DEL SEMINARIO

\*slv.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

**SR. DR. FRANCISCO VENEGAS TREJO**  
Director del Seminario de Derecho Constitucional y Amparo  
de la Facultad de Derecho de la UNAM.  
**P R E S E N T E**

Por medio de la presente me dirijo a usted para informarle que el C. Pasante de Derecho ROBLES VILLA JESUS, con número de cuenta 92528800 ha realizado bajo mi dirección la tesis titulada "ANÁLISIS DE CONGRUENCIA EN LA NORMATIVIDAD JURÍDICA CONSTITUCIONAL Y ORDINARIA DE LA SALUD EN MÉXICO Y LA REALIDAD OPERATIVA DE NECESIDADES Y RESPUESTAS", en virtud de que la misma cumple con los requisitos de fondo que una obra de tal naturaleza exige y los requisitos formales establecidos en el Seminario que usted dignamente representa, he tenido a bien aprobarla y, por consiguiente, la somete a su consideración para los mismos efectos en caso de que proceda.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
Cd. Universitaria a 22 de Octubre de 1997.



LIC. ALEJANDRO LOPEZ CHAVEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO  
CONSTITUCIONAL Y DE AMPARO

DR. FRANCISCO VENEGAS TREJO  
DIRECTOR DEL SEMINARIO DE DERECHO  
CONSTITUCIONAL Y DE AMPARO

P R E S E N T E

Distinguido Doctor:

Con toda atención me permito informar a usted que he revisado completa y satisfactoriamente la Tesis Profesional intitulada "ANÁLISIS DE CONGRUENCIA ENTRE LA NORMATIVIDAD JURÍDICA CONSTITUCIONAL Y ORDINARIA DE LA SALUD EN MÉXICO Y LA REALIDAD OPERATIVA DE NECESIDADES Y RESPUESTAS", elaborada por el alumno JESUS ROBLES VILLA.

La tesis de referencia denota en mi opinión una investigación exhaustiva y, en consecuencia, el trabajo profesional de referencia reúne los requisitos que establecen los artículos 18, 19, 20, 26 y 28 del vigente Reglamento de Exámenes de nuestra Universidad.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted las seguridades de mi consideración más distinguida.

A T E N T A M E N T E  
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
Cd. Universitaria, D.F. noviembre 17 de 1997.

*Felipe Rosas Martínez*  
LIC. FELIPE ROSAS MARTÍNEZ  
Profesor Adscrito al Seminario de Derecho  
Constitucional y de Amparo.

**S E Ñ O R**

**La realización de un proyecto como este,  
es obra de un equipo.  
Por quienes lo integramos,  
gracias.**

# INDICE

CAPITULO	TITULO	PAG
	PREFACIO.	iii
1.	ANALISIS DE NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACION MEXICANA.	1
	INTRODUCCION	2
	DIAGNOSIS	8
2.	ANTECEDENTES DEL DERECHO A LA SALUD:	44
	A) En la Comunidad Internacional	45
	A.1) ¿Derecho a la Salud o Derecho a la Protección de la Salud?	45
	A.2) Organización Mundial de la Salud	47
	A.3) La Organización Panamericana de la Salud	50
	B) En México	57
3.	ANALISIS DE LA NORMATIVIDAD JURIDICA DE SALUD EN MEXICO:	65
	A) Normatividad Constitucional.	66
	B) Legislacion Ordinaria	78
	C) Tratados Internacionales.	105
4.	ANALISIS DE LAS OBLIGACIONES EN MATERIA SANITARIA Y DE SALUD PUBLICA DE LOS NIVELES DE GOBIERNO: FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL.	130
5.	ANALISIS DE POLITICAS, PROGRAMAS SANITARIOS Y DE SALUD PUBLICA.	156
	- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000	160
	- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000	168
	- Documento de Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades, 1997.	176

	- Programa Nacional de Financiamiento al Desarrollo 1997-2000	178
6.	ANALISIS DE DERECHOS DE LA POBLACION MEXICANA EN MATERIA SANITARIA Y DE SALUD PUBLICA.	184
7.	ANALISIS DE LA NORMATIVIDAD INTERNACIONAL EN MATERIA DE SALUD E INSTITUCIONES A CARGO DE SU EJECUCION.	194
	- Comision Interamericana de Derechos Humanos	197
	- Corte Interamericana de Derechos Humanos	203
8.	DEFINICION DE ZONAS DE VACIO JURIDICO O DE INOPERANCIA DE LA NORMATIVIDAD, POLITICAS Y PROGRAMAS EXISTENTES.	211
9.	CONCLUSIONES.	218
10.	PROPUESTA.	222
	BIBLIOGRAFIA	225

## **PREFACIO.**

A inicios de 1997 y viendo ya próxima la conclusión de las materias que integran el plan de estudios de la carrera de Licenciado en Derecho del Sistema de Universidad Abierta (S.U.A.) de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), comencé a pensar sobre el tema a desarrollar en la Tesis que como requisito indispensable para la titulación, se exige en esta Institución.

Como todo Pasante, seguramente buía en mi mente el interés y el deseo de escoger un tema que tuviera cierta trascendencia, con el propósito de realizar una investigación que contribuyera al desarrollo y avance del Derecho como instrumento de normatividad que facilita y rige la conducta de la población que integra un Estado, por tal motivo acudí al Lic. Alejandro López Chávez, Jefe del Departamento de Titulación del Sistema de Universidad Abierta de la Facultad de Derecho de la UNAM, quien además aceptó mi petición de fungir como mi asesor de tesis, cosa que agradezco cumplidamente por este conducto, sobre todo considerando que es una persona que está siempre abierta al proceso de asesoría y en especial agradezco su disposición siempre permanente a ayudar e intentar resolver cualquier problema que se presente de índole académica al estudiante y en especial a entender la inquietud de mi parte, en la búsqueda de un tema con el cual mi trabajo de investigación pudiera contribuir aunque fuera en forma mínima con el desarrollo y ampliación de un tema que tuviera cierta trascendencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje, de alguna materia relacionada con el Derecho.

El Lic. López Chávez me sugirió algunos temas, en especial uno de ellos me pareció sumamente atractivo y fué el tema de el "Derecho a la Salud" que está contenido en el Artículo Cuarto Constitucional, cuarto párrafo.

El motivo de este gran interés por dicho tema, se había ya gestado desde el tiempo en el que estaba cursando la materia de Garantías Individuales y Sociales, para cuyo propósito lei uno de los textos que recomienda el instrumento metodológico, el libro sobre Garantías Individuales y Sociales del Maestro y Doctor Ignacio Burgoa Orihuela, para mí fué sumamente notorio el observar cómo en el tratamiento de este tema, a mi juicio, trascendente para la formación de un Abogado con conciencia social, pero en especial para cualquier mexicano, se reducía en el texto del Dr. Burgoa Orihuela a tres renglones, en el cual, al igual que el derecho a la vivienda, era descrito como

una mención onírica y quimérica en virtud de ser un derecho para cuya realización plena son necesarios recursos que no están reglamentados en la Constitución y llamó poderosamente mi atención como estudiante que, en forma tan breve y tan rápida, se tratara y se nos diera una visión que a mi juicio requería un análisis mucho más profundo y detallado, para explicar el por qué fué incluido en la Constitución en 1983, bajo la Presidencia de el Lic. Miguel de la Madrid y como Iniciativa de Ley del Ejecutivo, esto que se denomina ahora el Derecho a la Salud en forma taxonómica, dado que en el Legislativo se discutió la propuesta y finalmente quedó reglamentado en la Constitución como Derecho a la Protección de la Salud, que explicaré en el desarrollo de la investigación, el por qué de la polémica de el nombre taxonómico de este derecho.

Otro motivo de interés de mi parte por el tema, está fundado en una inquietud personal que a su vez en diferentes ocasiones con motivo de festividades o celebraciones de cualquier naturaleza, siempre había llamado poderosamente mi atención; pues todo momento de recordación o de celebración siempre está acompañado de algo que se denomina un “brindis” y siempre se brinda, mencionando la palabra “SALUD”, es decir, manifestando el deseo de salud a la(s) persona(s) a quien(es) va dirigida la conmemoración cuando dicha(s) persona(s) aún vive(n). Asimismo, en la excepcional sabiduría popular siempre se manifiesta ante todo deseo de que un evento o de que la propia vida se encause por determinada ruta, con una expresión, diciendo “si Dios nos presta vida y salud”, es decir, todo deseo de realización, siempre va acompañado por un deseo consciente o inconsciente de que quien va a realizar alguna tarea, disponga de la **salud** necesaria para llevarla a cabo, cualquiera que ésta sea.

Después de la primera entrevista con el Lic. Alejandro López Chávez, habiendo quedado pendiente la confirmación, por mi parte, de la aceptación del tema, realicé una investigación preliminar a través de la búsqueda en diversas bibliotecas de la Universidad como la Biblioteca Central, la Biblioteca Antonio Caso de la Facultad de Derecho, la del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y para sorpresa mía, fué muy escasa la literatura que sobre el tema encontré en todas ellas, por lo cual despertó en mí un mayor interés por dedicar mi trabajo de investigación para la realización de la Tesis en este tema.

En especial llamó mi atención que al visitar el Instituto de Investigaciones Jurídicas y preguntar si había algún investigador que estuviera trabajando y desarrollando este tema, no encontré a alguien específicamente que estuviera investigando y publicando sobre dicho tema en esta primera instancia, y la única referencia que me fué proporcionada sobre el tema, fué que el Dr. José Francisco Ruíz Massieu (asesinado en 1994) y quien entre otras funciones, fué Gobernador del Estado de Guerrero, pero en especial miembro relevante del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; había investigado sobre este tema y escribió un fascículo que fué enviado a la Organización Panamericana de la Salud, indicándome los lugares en donde podría encontrarse dicha referencia, por lo cual me dí a la tarea de búsqueda y localización de dicha información.

Otra de las fuentes de mi investigación preliminar fué la Academia Mexicana de Derechos Humanos, en donde me encontré también que otro investigador miembro de la Academia y a su vez miembro del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Dr. Luis Díaz Miller, Chileno, nacionalizado Mexicano, estaba investigando sobre el tema en virtud de ser Maestro de la Cátedra de Derechos Humanos en el Posgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM, con quien también me entrevisté y de quien obtuve referencia de dos libros que sobre el tema de la drogadicción y el derecho a la salud él ha publicado.

Otras de las fuentes a las que acudí en mi investigación preliminar, fué a las Instituciones como la Fundación Mexicana para la Salud, la Secretaría de Salud, La propia Comisión Nacional de Derechos Humanos, encontrándome también con la situación de que en estas Instituciones tampoco había proyectos de investigación para desarrollar con profundidad dicho tema, y aún en las áreas de Dirección Jurídica de estas Instituciones, no había especialistas, ni se estaba trabajando la investigación para la clarificación, desarrollo y precisión de este importante tema, por lo que creció en mi la actitud de aceptación del reto a la sugerencia del tema que me hizo el Lic. Alejandro López Chávez y en la siguiente entrevista confirmé para él la aceptación a dicho tema.

El tema de la Salud es ampliamente desarrollado y existen enormes cantidades de literatura sobre él, desde diversos enfoques, médico, científico, social, político, filosófico, pero el análisis jurídico del "Derecho a la Salud" es relativamente novedoso, pues hasta fines de la década anterior, y lo que va de la presente, es que ha empezado a tener desarrollo conceptual en el ámbito de la academia y la investigación jurídica, sobre todo al percatarse las

organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, de que metas como la declaración de todos los Países integrantes de la Organización Mundial de la Salud, en Alma Ata, URSS. En 1978, bajo el compromiso de lograr SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, en la realidad estaba teniendo un resultado inverso al esperado, pues la creciente pobreza de las naciones subdesarrolladas y aun en las naciones industrializadas, no sólo no mostraban avances significativos en materia de mejoría de la salud, sino que se dió como consecuencia del severo incremento de pobres y de la pobreza, el resurgimiento mundial de enfermedades denominadas de la pobreza, que ya en décadas anteriores habian sido prácticamente erradicadas o disminuidas a lo mínimo, por ejemplo el cólera, la malaria y otras, como la desnutrición y por consecuencia las relacionadas a ese estado de bajo nivel defensivo, en términos de enfermedades infecciosas, por parte de la población que padece deficiencias nutricionales en todos los Países en desarrollo.

Lo anterior ha provocado, en los organismos internacionales de salud y en especial a la Organización Panamericana de la Salud y a las esferas académicas nacionales e internacionales a cuestionarse la efectividad de la tendencia de las dos ultimas décadas, de la mayoría de los Países de América Latina, sobre todo las que siguen el sistema de constituciones escritas, a incluir en el apartado de las denominadas, garantías individuales y sociales, el Derecho a la Salud, como una respuesta formalista a los compromisos internacionales contraídos en dicha declaración y en los convenios o Tratados Internacionales en que son partes, los Países de América.

Por lo expuesto, es mi deseo que la Tesis propuesta, como resultado de este trabajo de investigación, contribuya al desarrollo conceptual de este tema y aspiro a generar el interés en otros estudiantes y estudiosos, por continuar el avance en su precisión, pero sobre todo a hacer realidad la aspiración de justicia social que implica, la operación efectiva, en la realidad, de ese compromiso que México tiene no sólo formal con los organismos internacionales de SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000, sino con la población en general y en especial con la población mas vulnerada y vulnerable y que a través de una legislación funcional que comprometa al Estado y a todos los niveles de Gobierno de México y a la sociedad en general, coadyuve a conducir al país a salir del círculo vicioso: pobreza-alta morbilidad y mortalidad-sub desarrollo crónico-pobreza.

## **CAPITULO PRIMERO**

### **ANALISIS DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACION MEXICANA.**

## INTRODUCCION

### DELIMITACION DEL CONCEPTO SALUD

Si como dijimos en el prefacio, para un ser humano individual, cualquier proyecto de vida, de autorrealización o la aproximación a una tarea importante y significativa en la vida de dicho individuo, tiene como supuesto básico el disponer de salud para poder realizar o acometer dicha actividad, proyecto o tarea; en el ámbito de un País o de una Nación o República como en el caso de México, esto es válido para toda la población, y así un proyecto de Nación como eufemísticamente se dice, contenido de y en nuestra Constitución, el supuesto lógico para que dicha Nación acometa, realice o lleve a cabo dicho proyecto, tiene implícitamente como condición indispensable, el que la población de ese Estado, República o Nación disponga de salud para acometer dicho proyecto, así pues, la primera inquietud y dificultad que afronta el proceso de investigación de este tema, es la delimitación del concepto de salud, que aunque en forma intuitiva, práctica, pragmática o empírica se entiende lo que esto significa; cuando uno pretende hacer una contribución conceptual para el desarrollo de este tema, la dificultad incrementa notablemente.

Y así nos encontramos en el proceso de investigación, diferentes definiciones del concepto salud, por ejemplo, en diferentes diccionarios se define simplemente como **bienestar físico**, algunos autores lo definen como la **ausencia de enfermedad**; para la mayoría de las personas, en los términos comunes siempre que hay la referencia en términos **salud**, se entiende como el apoyo de servicio médico (consulta, laboratorio, medicinas, hospital y medidas terapéuticas) que le permita, a quien sufre alguna enfermedad, recuperar el nivel de salud previo al padecimiento de dicha enfermedad.

Sin embargo, poco se reflexiona en términos conceptuales, pero más aún en términos legales lo que debe entenderse por el concepto salud para Frank Feather en su libro *Las Fuerzas G<sup>1</sup>*, desarrolla en forma prolija una visión de las 35 fuerzas globales que van a reestructurar nuestro futuro como humanidad, plantea que una de las fuerzas sociales más importante en el futuro será precisamente la provisión a la sociedad de una fuerza global creadora de bienestar y en el análisis de esta fuerza global de bienestar, el cual él toma como un sinónimo de la salud, incluye no solamente la atención médica para la

---

<sup>1</sup>Feather Frank. *G. Forces. The 35 Global Forces Restructuring Our Future.* William Morrow and Company, Inc. New York, 1989.

recuperación del nivel de salud previo al padecimiento de alguna enfermedad, sino algo que se incluyó en el acta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud desde su inicio, que define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup> con esto amplía por completo la visión del concepto de salud más allá de la recuperación de un nivel fisiológico previo al padecimiento de una enfermedad. Se entiende así que el bienestar integral que ofrece el potencial de felicidad a un ser humano y a un conglomerado social, no solamente es el bienestar físico o fisiológico, sino también el bienestar mental y social.

Otra de las precisiones conceptuales se refiere al título de este Capítulo, pues el análisis del nivel de necesidades de salud de la población mexicana, es como lo definimos aquí, un concepto incluyente de bienestar físico, mental y social, el proceso de análisis implica en principio una cuantificación con propósitos de inteleción para poder hacer comparable y entendible dicho concepto y esto representa otro nivel de dificultad en el proceso de investigación del tema del Derecho a la Salud, ya que las elaboraciones desde la perspectiva de derechos humanos ha sido generalmente cualitativa y aún desde el ángulo legislativo y administrativo, para propósitos programáticos y presupuestarios.

Sin embargo, en el proceso de investigación encontramos diversos enfoques que pretenden diagnosticar los niveles de salud de que goza en un momento determinado la humanidad, un País, una Región o una Población de un Estado y también en este como en otros terrenos hay diferentes enfoques, se analiza por ejemplo en los diversos estudios, qué tanto la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, y la propia Secretaría de Salud aquí en nuestro País, realizan año con año publicaciones de diagnóstico del nivel de salud de la población mexicana y por otra parte el Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática publica también dentro de sus estudios diagnosis o análisis estadísticos de las diferentes variables que pretenden medir el nivel de salud de la población mexicana.

Con este propósito, incluiré alguna de dichas descripciones para poder entender con claridad cuál es el nivel de necesidad de salud de la población mexicana, haciendo alusiones a algunas figuras comparativas con otros Países que nos

---

<sup>2</sup> La Salud en el Desarrollo. Documento de Posición de la Organización Mundial de la Salud. Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social. Copenhague. Marzo de 1995.

permitan ubicarnos en el grado de atención a este derecho constitucional o garantía constitucional a la protección de la salud de los mexicanos.

La definición de salud a la que nos adherimos, que se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, es decir: "el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades", abre el campo de análisis de las necesidades de salud de la población de un Estado, a áreas en las que tradicionalmente no se han considerado como propias de la salud, pues como afirman los Drs. Julio Bello y Jorge Feller de Argentina en el capítulo que contiene la síntesis de las reuniones que para el análisis de la prestación del servicio de salud, publicó la Organización Panamericana de la Salud en el libro "La Crisis De La Salud Pública, Reflexiones para el Debate" Organización Panamericana de la Salud 1992<sup>3</sup>, :

*"Si se revisan las diferentes aproximaciones, o enfoques de la acción en salud, desde la posteriormente llamada medicina integral (década de los cuarenta) hasta la reciente reconceptualización de la promoción de la salud (1986), se encuentran elementos variados, útiles y complementarios, para analizar el modelo de prestación de servicios de salud.*

*En 1945 Siegerst definió que la función de la medicina comprendía cuatro tareas principales: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación del enfermo y la rehabilitación. En sus proposiciones la salud es promovida proporcionando un estándar decente de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, medios de descanso y recreación. Para tal efecto, son necesarios los esfuerzos coordinados de grandes grupos, del hombre de Estado, del trabajo y de la industria, del educador y del médico quien como un experto en salud debe definir normas y estándares."*

Con esta concepción, la salud se amplía a temas como el empleo, el ingreso, la educación, la investigación, la economía etc. y deriva de esta ampliación la idea de que la salud, permea y es afectada por toda actividad humana

Más adelante afirman Bello y Feller:

---

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1992.

*"A medida que aumenta nuestra comprensión de los factores que influncian la salud, y hacen posible las conductas saludables, la salud pública, está siendo retardada a que desarrolle nuevos enfoques y acepte nuevas responsabilidades. De acuerdo a la carta de Ottawa (1986): [Promoción de la salud es el proceso que permite a la población incrementar el control sobre la salud y mejorarla, .....(( para ello )) un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar y controlar el ambiente....]"\**

Por lo anterior Bello y Feller proponen un esquema integral que resume las intervenciones en acciones de salud pública:

SUJETO DE ACCION	AMBITO DE ACCION	NATURALEZA	FORMA Y OPORTUNIDAD DE APLICACION
Individuo	Servicio	Legal	General (rutina)
Población	Escuela	Regulatoria	Particular (esfuerzo)
Ambiente	Trabajo	Ambiental	Singular (intensiva)
	Comunidad	Educativa	
	Hogar	Asistencial	

*"Se plantea entonces la necesidad de investigar formas concretas de acción en salud para grupos y segmentos a la población que por razones de edad, sexo, costumbres o patología, requieren prácticas especiales, (atención domiciliaria del anciano, por ejemplo). Estas deberían favorecer la integralidad de la prestación y la adaptación a las condiciones particulares de las personas (noción de funcionalidad y daño residual), así como los cambios en los ámbitos de acción (familia, escuela, comunidad), según su naturaleza y complejidad".*

Julio Frenk, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública en 1989, escribe un capítulo: "La Nueva Salud Pública" del libro "La Crisis De La Salud Pública" de la Organización Panamericana de la Salud (arriba citado) y en el párrafo cuyo encabezado es: "La Práctica de la Salud Pública", pág. 80, señala: *"...la salud pública no es solamente un campo del conocimiento, sino también un espacio de práctica profesional. Esta dimensión también requiere de un*

\* Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1992.

*esclarecimiento conceptual. En tanto ámbito para la acción, el concepto de salud pública va mas allá de dicotomías fragmentarias, tales como servicios personales versus ambientales, preventivos versus curativos, o públicos versus privados. En lugar de prestarse a estas dicotomías, la nueva salud pública se refiere a los esfuerzos sistemáticos para la identificación de las necesidades de salud y la organización de servicios integrales con una base definida de población. Incluye entonces los procesos de información requeridos a fin de caracterizar las condiciones de la población y la movilización de los recursos necesarios para responder a tales condiciones. En este sentido, la esencia de la salud pública es la salud del público. Por lo tanto incluye: La organización de personal e instalaciones a fin de proporcionar todos los servicios de salud requeridos para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos y la rehabilitación física, social y vocacional.*

*.....Además, incluye la coordinación de aquellas acciones que tienen un impacto sobre los niveles de salud de la población aunque trasciendan a los servicios de salud en sentido estricto<sup>5</sup>.*

En el proceso de construcción conceptual del universo de la salud pública, propone Julio Frenk en la obra citada en el párrafo anterior, un esquema tridimensional de análisis y así en el eje horizontal define las bases científicas de la salud pública y éstas pueden provenir de tres grandes ramas: 1.- *Las Ciencias Biológicas*, 2.- *Las Ciencias Sociales*, y 3.- *Las Ciencias de la Conducta*. En el eje vertical describe el objeto de análisis de la salud pública y aquí considera dos campos de interés para el análisis de la salud pública y son: 1.- *Las condiciones o necesidades de salud de la población*; y, 2.- *Las respuestas a las condiciones o necesidades*; y en el eje de fondo delinea las áreas de aplicación de los dos ejes anteriores y la enumera como: 1.- *Salud Materno Infantil*; 2.- *Gerontología*; 3.- *Salud Mental*; 4.- *Salud Dental*; 5.- *Salud Ambiental y Ocupacional*; 6.- *Salud Internacional*; y, 7.- *otras*<sup>6</sup>.

Como se ve, de lo descrito hasta aquí en lo relativo a la definición del concepto de salud y el campo de investigación, para precisar a qué nos

<sup>5</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1992.

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1992.

referiremos en nuestro análisis de necesidades de salud de la población mexicana, en nuestro proceso de investigación encontramos posiciones ampliamente divergentes, en cuanto a lo que debe comprender el análisis de necesidades, que quedan espléndidamente resumidas por el citado investigador, Julio Frenk quien hace una clasificación de siete modelos conceptuales sobre la salud pública.

*MODELO HIGIENISTA-PREVENTIVO: La perspectiva de análisis de este modelo es de la salud, entendida ésta como la intervención de acciones tanto a nivel de individuo como de la familia, enfocados a cambiar la conducta individual y los estilos de vida de la familia, con el propósito de lograr lo que se define como una vida sana.*

*EL MODELO BIOMEDICO: Que basado en los avances científicos de la microbiología, coloca el centro de la salud en el control de las enfermedades transmisibles por microorganismos.*

*EL MODELO SANITARISTA: Cuyo centro de orientación es la salud del ambiente biofísico.*

*EL MODELO EPIDEMIOLOGICO CLASICO: Cuya perspectiva de análisis es el de las enfermedades producto del ambiente biofísico.*

*EL MODELO SOCIOMEDICO: Cuyo énfasis es en el análisis de la salud del ambiente social.*

*EL MODELO EPIDEMIOLOGICO SOCIAL: Tiene como perspectiva de análisis, las enfermedades que se dan como consecuencia del ambiente social.*

*EL MODELO ECOLOGISTA: Que es una posición combinada del modelo sanitarista y del modelo sociomédico.<sup>7</sup>*

Esta diversidad de modos de ver o enfocar el problema de la salud pública, influye en la forma de diagnosticar las necesidades de salud pública de la población, por lo que en el proceso de investigación nos encontramos con diferentes diagnósticos y enfoques de lo que cada analista considera como necesidades de salud de la población, tanto en el ámbito mundial, como en el

---

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., E. U. A. 1992.

nacional mexicano; por tal motivo nuestra posición de diagnóstico de las necesidades de salud de la población mexicana tiene que nutrirse de una manera ecléctica de las diversas posiciones estudiadas, para poder dar al trabajo de investigación un enfoque acorde con la definición de salud multicitada, de la Organización Mundial de la Salud, es decir, el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

## **DIAGNOSIS**

Para la diagnosis de las necesidades de salud de la población mexicana, primero investigamos la posición oficial del gobierno federal, que se encuentra contenida en forma resumida en un documento titulado Informe de Labores de la Secretaría de Salud, cuyo último período disponible a la redacción de el presente trabajo, es el Informe del Ejercicio Gubernamental 1995-1996 , aunque la diagnosis extensa con profusión numérica y estadística, se encuentra contenida en el documento que anualmente elabora y publica la Secretaría de Salud del Gobierno Federal titulado el Perfil de la Salud en México, también cuya última edición disponible a la fecha de la elaboración de este trabajo fué la correspondiente al ejercicio gubernamental 1996, pero considerando que el documento de diagnóstico resumido es lo suficientemente ilustrativo de la posición del Gobierno Federal, desde el punto de análisis de el modelo biomédico, lo transcribimos a continuación, para confrontarlo con otras perspectivas del mismo Gobierno Federal, en otros documentos, así como también con el modelo de diagnóstico mundial, de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial que dedicó el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 íntegramente a la diagnosis del desarrollo mundial a través de la salud; pretendemos así tener una perspectiva integral de las necesidades de salud de la población mexicana , desde diferentes ópticas.

Dice el informe de Labores 1995-1996 de la Secretaría de Salud:

### ***"1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD EN MEXICO.***

## **1.1 EVOLUCION DEMOGRAFICA**

*Como consecuencia de la reducción de la natalidad principalmente, y de la mortalidad en segundo lugar, México continúa en el proceso de transición demográfica hasta que llegue a completar el ciclo que han cumplido los países actualmente desarrollados. Este proceso se llevó a cabo durante un tiempo relativamente largo en estos países; mientras que en México los cambios han ocurrido en plazos más breves como resultado de la política demográfica, la incorporación de los avances de la ciencia médica y la instrumentación de programas de desarrollo y salud pública.*

*Un efecto inicial fué el crecimiento acelerado de la población que alcanzó su máximo hacia fines de la década de los sesenta, seguido de un cambio en la tendencia, con la disminución sostenida de la tasa de crecimiento. Entre 1970 y 1990 la población se incrementó en un 70 por ciento al pasar de 48.2 a 81.2 millones de habitantes y para 1995 según los resultados preliminares del Censo de Población, la cifra ascendió a 91.1 millones. Para 1996 el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) estima una población de 93.2 millones de habitantes.*

*Debido a lo anterior, México continúa siendo uno de los países más poblados del mundo y de acuerdo a las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) continuará situado dentro de los primeros once lugares hasta el año 2020. De acuerdo con las tendencias y las estimaciones del CONAPO, la población de México ascenderá a 99.9 millones para el año 2000 y 130.3 millones para el 2030 y la proporción de los menores de 15 años se reducirá al 19.1 por ciento, la población de 15 a 64 y de 65 años y más representarán el 69.0 y 11.9 por ciento, respectivamente.*

*Dentro de los cambios observados más relevantes destacan la disminución de la tasa de crecimiento de 2.9 en 1970 a 1.7 en 1995 y de la fecundidad global de 6.8 hijos por mujer a 2.7 en el mismo período (CONAPO).*

*La estructura de la población mantiene un equilibrio para ambos sexos. De acuerdo al último Censo y Censo el 49.3 por ciento corresponde al sexo masculino y el restante 50.7 son mujeres. En cuanto a la edad sí se aprecian cambios evidentes entre los que destacan la disminución paulatina del porcentaje de la población menor de 15 años la cual pasó de 48.6 por ciento en 1970 al 35.8 en 1995. En consecuencia empieza a evidenciarse la importancia creciente de la población en edad productiva (de 15 a 64 años) y de la población anciana (65 años y más). El porcentaje de esta última ascendió del 3.7 al 4.2 por ciento entre 1970 y 1995.*

*Otro cambio importante es la urbanización de la población y su concentración exagerada en algunas de las ciudades más importantes. Así, mientras en 1970 el 41.3 por ciento habitaba en localidades de 2,500 habitantes y más, para 1990 el porcentaje ascendió a 71.3 y el 20 por ciento habitaba en el área metropolitana de la Ciudad de México. En contraste el 12.3 por ciento de la población vive de manera dispersa en más de 100,000 localidades rurales.*

## **1.2 MORTALIDAD.**

### **1.2.1. Mortalidad General:**

*Un avance significativo ha sido el descenso continuo de la mortalidad general debido en gran parte al control de un importante número de enfermedades transmisibles, cuyo impacto ha sido más relevante en los menores de cinco años. De esta manera el perfil de la mortalidad en cuanto a la edad y las principales causas ha sido modificado en unas cuantas décadas, haciendo cada vez más importante el peso relativo de la mortalidad de la población en edad post productiva; con ello son ahora las enfermedades crónico-degenerativas las que ocupan los primeros lugares como causa de muerte.*

*Debido a lo anterior, la tasa de mortalidad ha mantenido su tendencia descendente, hasta alcanzar en 1994 la cifra de 4.7 defunciones por 1,000 habitantes, lo cual representa un descenso del 7.8 por ciento respecto al año 1990.*

*Entre las Entidades Federativas el comportamiento de este indicador es variable y depende no solamente del desarrollo económico y social alcanzado en cada una de ellas, incluidos en estos aspectos el acceso a los servicios de salud, sino también de la cobertura en el registro de las defunciones. En cuanto a esto último conviene aclarar que en algunas entidades con mayores índices de ruralidad y marginación el subregistro de la mortalidad es importante, sobre todo en los menores de un año; por tal motivo, sus tasas de mortalidad pueden no reflejar la situación real.*

*Tomando en cuenta esta importante consideración se observa que Chiapas y Oaxaca disminuyeron en 19.1 y 18.1 por ciento su tasa de mortalidad general entre 1990 y 1994 y en estados como México, Guanajuato, Puebla y Tlaxcala los descensos fueron del 17.7, 16.1, 16.0 y 14.5 por ciento, respectivamente. La mayoría de los Estados del norte y del centro del país disminuyeron su mortalidad aunque con una intensidad menor que los Estados previamente enunciados.*

*Por el contrario en el Distrito Federal, Guerrero y Sinaloa la tasa de mortalidad aumentó en 1994 al compararse con la cifra de 1990. Cabe señalar que en Sinaloa así como en Guerrero, Durango y Nayarit el problema del subregistro es importante y por ello los incrementos futuros de sus tasas obedecerían a la corrección de este problema más que a un incremento de los riesgos de la población.*

*Uno de los indicadores de calidad de la información está dado por el porcentaje de certificación de las defunciones por personal médico. Este indicador ha continuado mejorando hasta alcanzar el 95 por ciento en 1994. Sólo dos entidades mostraron bajos valores en ese año (Chihuahua con 74.4 por ciento y Durango con 79.4), mientras que en la mayoría de los Estados del centro y norte del país la proporción es cercana a la totalidad. En los Estados del sur el indicador varía entre 86 y 90 por ciento.*

*Por lo que se refiere a la distribución de las principales causas de mortalidad general, en los últimos años se han consolidado los cambios importantes mencionados al principio de este capítulo. Para 1994 las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus ocupan el primero, segundo y cuarto lugar respectivamente, y son responsables del 32.8 por ciento de las muertes.*

*Para ese año se registraron 60,773 defunciones por enfermedades del corazón con una tasa de 67.5 por 100,000 habitantes, lo cual significó 3.5 por ciento más que en 1990. El 59 por ciento de ellas correspondió a la enfermedad isquémica del corazón, la tasa es mayor entre los Estados del norte del país y en el D.F., en donde los estilos de vida y la alimentación incrementa los riesgos de estos padecimiento.*

*Los tumores malignos fueron la causa de muerte en 46,423 casos con una tasa de 51.6 por 100,000 habitantes y su incremento fué de 2.0 por ciento respecto a 1990. De nuevo sus tasas son más elevadas en los Estados del norte del país; de ellos destacan los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, del estómago y del cuello uterino.*

*Con excepción de las leucemias cuya frecuencia es importante antes de los 15 años, la mayoría de los cánceres se manifiestan en edades avanzadas. En el sexo masculino destacan por su importancia el cáncer pulmonar y de próstata, mientras que en la mujer el cérvico uterino y el de la mama.*

*El tercer lugar como causa de muerte lo ocupan los accidentes y no obstante su tendencia al descenso, fueron aún responsables de 37,234 defunciones en 1994. Su tasa descendió de 48.5 a 41.4 por 100,000 habitantes entre 1990 y 1994. Dentro de ellos destacan los accidentes de tráfico que representan el 38.7 por ciento de todo este*

*grupo. Su importancia es tal que continúa ocupando el primer lugar en las edades preescolar, escolar y productiva con tasas de 24.3, 12.6 y 46.3, respectivamente.*

*La diabetes mellitus sigue a los accidentes en el orden de frecuencia, ocupando el cuarto lugar tanto en 1990 como en 1994 y su tasa se elevó de 31.7 a 33.7. Su importancia aumenta con la edad y predomina en el sexo femenino.*

*El quinto y sexto lugar como causa de muerte lo ocupan el grupo de las enfermedades cerebrovasculares y la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado con tasas de 25.2 y 23.1 respectivamente. Como ocurre con las demás enfermedades crónico-degenerativas estos padecimientos han ascendido en el orden de distribución de causas en el curso de los últimos años.*

*El séptimo lugar como causa de muerte lo ocupan las afecciones originadas en el período perinatal que muestran una reducción tanto en la cifra absoluta de defunciones como en la tasa, de tal suerte que han descendido del sexto al séptimo lugar durante el período. El 60 por ciento de las defunciones en este grupo estuvo dado por hipoxia, asfisia y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido, las cuales tienen relación con la calidad de atención obstétrica y los problemas persistentes para la detección oportuna y tratamiento de estas complicaciones.*

*La mortalidad por neumonía e influenza descendió del sexto al octavo lugar como causa de muerte entre 1990 y 1994. Su tasa disminuyó de 27.3 a 21.3 por 100,000 habitantes en este período. Su frecuencia sigue siendo alta en los grupos de edad extremos, pero aún en estos casos se observa una tendencia descendente. En este grupo es la neumonía la que comprende al 99.0 por ciento de las defunciones en el último año. Las tasas más elevadas se encuentran en Puebla, Tlaxcala, México y Guanajuato con tasas de 39.1, 37.2, 30.6 y 28.0 por 100,000 habitantes respectivamente.*

*Los homicidios que en 1990 ocupaban el décimo lugar con una tasa de 17.8 por 100,000 habitantes y 15,204 defunciones, para 1994 ascendieron al noveno sitio cuando se registraron 15,840 muertes para una tasa de 17.6. Entre las entidades existe una gran variabilidad de tal manera que el riesgo de muerte por una causa es 13 veces mayor en Guerrero, que ostenta la tasa más elevada (41.8), mientras que Yucatán muestra la cifra más baja (3.2). La mortalidad por homicidios resulta ser casi 10 veces mayor en hombres que en mujeres y el 88.5 por ciento de las defunciones ocurren entre los 15 y 64 años.*

*Para 1994 las enfermedades infecciosas intestinales ocuparon el décimo lugar como causa de muerte con una tasa de 1.2 por 100,000 habitantes y 10,082 defunciones. En relación con el año 1990 la reducción ha sido significativa puesto que en ese año tenían el séptimo sitio; el número de defunciones es ahora 54.6 por ciento menor y la tasa 59.0 por ciento más baja que lo observado en ese año.*

### **1.2.2. Mortalidad Infantil:**

*El descenso de la mortalidad infantil constituye uno de los mayores avances en materia de salud, debido en gran parte a la reducción de las enfermedades transmisibles. Entre 1990 y 1994 la tasa se redujo de 23.9 a 17.0 por 1000 nacidos vivos registrados, es decir es ahora 28.9 por ciento menor y su peso relativo dentro de la mortalidad general disminuyó de 15.5 al 11.8 por ciento en el mismo período. La distribución de este indicador por entidad federativa se encuentra afectado tanto por el subregistro de las defunciones como por el registro extemporáneo de los nacimientos. Para dar una idea del problema, baste señalar que la estimaciones de la mortalidad infantil por métodos indirectos a partir del Censo de 1990, dan una tasa de 34.7 en lugar de 23.9 obtenida por estadísticas vitales.*

*Con la reducción de la mortalidad infantil se ha observado un cambio adicional en la tendencia de sus componentes neonatal y postneonatal. Si bien el descenso de ambos componentes se ha confirmado a lo largo de todos estos años, la tendencia es más pronunciada en el componente postneonatal, de manera que a partir de 1991 su tasa es menor que la neonatal y es ahora esta última la que ocupa el primer lugar. Esta tendencia ha continuado hasta 1994 en el que 43.9 por ciento de las muertes infantiles ocurrieron entre los 28 días y 11 meses de edad (etapa postneonatal) mientras que el restante 56.1 por ciento comprende a la mortalidad neonatal (43.4 a la temprana y 12.6 por ciento a la tardía).*

*La mortalidad postneonatal se relaciona más íntimamente en el control de las condiciones del ambiente externo, en donde el desarrollo socioeconómico, el saneamiento básico, la urbanización y los programas preventivos de salud contribuyen a la disminución de defunciones en esta etapa.*

*Entre 1990 y 1994 los cambios más relevantes en la estructura de la mortalidad infantil por causas fueron los siguientes: Las enfermedades infecciosas intestinales descendieron del segundo al cuarto lugar y su sitio fué ocupado por las respiratorias agudas y la meningitis descendieron del sexto al séptimo y del décimo al undécimo*

*lugar respectivamente. Cobraron importancia y ascendieron en el orden los accidentes que ahora se sitúan en el sexto lugar.*

*No se observaron cambios en la primera, tercera, quinta y séptima causas, que comprenden a las afecciones perinatales, la neumonía e influenza y las deficiencias de la nutrición, además del resto de las infecciones respiratorias agudas. No obstante estas situación, sus tasas son menores.*

*Cabe señalar que entre 1990 y 1994 el peso relativo de las infecciones intestinales y la neumonía e influenza disminuyó del 28.4 al 21.4 por ciento respecto al total de la mortalidad infantil.*

### **1.2.3. Mortalidad Preescolar:**

*Al igual que la mortalidad infantil, en el grupo de 1 a 4 años se han logrado descensos importantes en el número de defunciones y en la tasa. Destaca además que entre 1990 y 1992 se obtuvo la caída más grande de la mortalidad. En tan sólo dos años la cifra absoluta de muertes se redujo en 45 por ciento y la tasa en 47.8. Este cambio se debió sobre todo a la casi eliminación de las defunciones por infecciones intestinales y respiratorias agudas.*

*Entre las entidades la mortalidad preescolar varía desde 0.5 por 1000 habitantes, reportada para 1994 en Coahuila, hasta 2.3 en Chiapas y Oaxaca, Estados que muestran una tasa casi 5 veces mayor a la del primero.*

*La principal causa de muerte entre los preescolares se debe a los accidentes ya que las enfermedades infecciosas intestinales ocupan ahora el segundo lugar, a diferencia de lo observado en 1990. La neumonía e influenza y las infecciones respiratorias agudas, si bien no muestran una variación significativa en el orden, presentan una reducción importante en sus tasas en poco más del 40 por ciento en relación con 1990.*

*En este grupo de edad es donde se ha ejercido más fuertemente el impacto de las elevadas coberturas de vacunación, logradas por nuestro país en los últimos años. Esta acción ha sido potencializada por las actividades de los Programas contra el cólera y las enfermedades diarreicas que operan en todas las entidades.*

*Las anomalías congénitas, los tumores malignos y los homicidios, han empezado a cobrar importancia como lo demuestra su ascenso en el número de orden para el año 1994.*

#### **1.2.4. Mortalidad Escolar:**

*En 1994 se registraron 8,015 defunciones entre la población de 5 a 14 años con una tasa de 0.37 por 1000 habitantes, lo que representa respecto a 1990 un descenso del 32.7 por ciento en cifras absolutas y del 34.9 en la tasa.*

*La mortalidad en este grupo de edad tiene dos características importantes; por una parte representa los niveles más bajos de mortalidad en 1994 su peso relativo fué de 1.9 por ciento respecto al total de defunciones. Por otra parte observa las mayores coberturas de registro de tal manera que su distribución por entidad federativa puede ser más congruente con la situación real de la mortalidad y los niveles socioeconómicos.*

*Las tasas más bajas por 1000 habitantes corresponden a Quintana Roo (0.24) y Nuevo León (0.25), mientras que el riesgo se duplica en Chiapas (0.50), Oaxaca (0.50) y Puebla (0.49), que muestran las cifras más elevadas.*

*Las principales causas han sufrido alguna modificación respecto a 1990. Aunque los accidentes persisten en el primer lugar su tasa es 24.8 por ciento más baja. Las infecciones intestinales redujeron su peso relativo y fueron desplazadas del tercero al sexto lugar con una tasa casi 3 veces más baja. La neumonía y la influenza, las deficiencias de la nutrición y las enfermedades del corazón se mantuvieron en quinto, octavo y noveno lugar respectivamente. De igual modo decrecieron en el orden las anemias.*

*A la inversa, tanto los tumores malignos como los homicidios y las anomalías congénitas han ascendido en el orden y en 1994 ocupaban el segundo, tercero y cuarto lugar respectivamente, con un reflejo de la transición epidemiológica que también se observa en este grupo de edad.*

#### **1.2.5. Mortalidad Materna:**

*La mortalidad materna constituye también un buen indicador de desarrollo y de calidad de la atención, debido a que prácticamente en su totalidad las muertes pueden ser evitadas. Nuestro país manifiesta una tendencia descendente en el número y la tasa, aunque con una proporción menor que la observada en otros casos.*

*Entre 1990 y 1994 el número de defunciones se redujo de 1,477 a 1,409, es decir sólo 68 casos y la tasa cayó de 5.4 a 4.9 por 10,000 nacidos vivos registrados.*

*Las tasas más elevadas se observan en los Estados del centro y sur del país de los cuales Oaxaca (9.9), México (7.3), Puebla (7.2) y Querétaro (7.0) manifiestan los riesgos más elevados para el año 1994. Estos riesgos resultan ser de cinco a seis veces mayores que Nuevo León y Baja California en donde se tienen los indicadores más bajos. Cabe señalar que para este año no se reportó ninguna defunción materna en Baja California Sur.*

*En relación al año 1990 no se aprecian modificaciones importantes en las principales causas aunque es cada vez más evidente la sustitución de la hemorragia por la toxemia en el primer lugar. En 1994 el 27.0 por ciento de las muertes fueron debidas a la toxemia mientras que el 24.0 por ciento correspondió a la hemorragia. El aborto continúa siendo responsable de 6.7 por ciento de las defunciones, y las complicaciones del puerperio participan con el 10.4 por ciento.*

*Dada su previsibilidad, este indicador requiere de una vigilancia frecuente apoyada por los comités de estudio de la mortalidad materna a fin de lograr mejores avances en la detección de riesgo y la atención oportuna y de calidad del embarazo, parto y puerperio.*

### **1.3 MORBILIDAD.**

#### **1.3.1 Enfermedades Evitables por Vacunación:**

*El fortalecimiento de las actividades preventivas en el país -dentro de las que destacan la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y las jornadas nacionales de salud- ha permitido disminuir considerablemente la incidencia de las enfermedades prevenibles por vacunación que incluyen a la poliomielitis, el tétanos, el sarampión, la tos ferina, la difteria y la tuberculosis. De hecho, las coberturas de vacunación para estas enfermedades han alcanzado cifras sin precedentes. En 1995 las coberturas para Sabin, DPT, antisarampión, y BCG en niños de 1 a 4 años fué de 97.1, 96.9, 96.7*

y 99.2, respectivamente. La cobertura nacional con esquema completo para este mismo grupo de edad en esta misma fecha fué de 95.8.

*Cabe también destacar, como logros adicionales en el campo de los padecimientos inmunoprevenibles, la eliminación de la poliomielitis y la difteria del territorio nacional.*

*El Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda ha sido una herramienta fundamental de apoyo a las actividades de vacunación intensiva contra la polio. Este sistema comprende la búsqueda activa de casos en la red de unidades prioritarias y la red de notificación negativa semanal. Más de 80 por ciento de las unidades de atención del país notifican a estas redes la presencia o ausencia de casos para su prevención y control epidemiológico.*

*La incidencia de sarampión también ha disminuido de manera considerable. Durante 1994 se registraron 128 casos de sarampión y 12 para 1995. En 1995 la tasa fué de 0.01 casos por 100 mil habitantes. Las entidades donde se registró el mayor número de casos fueron el Distrito Federal y Puebla con 4 y 3 casos respectivamente.*

*Las campañas de vacunación contra el sarampión se han visto fortalecidas también por el diseño e implantación de un sistema de vigilancia específico que contempla el estudio de todos los cuadros de enfermedad febril exantemática y la búsqueda activa de casos.*

*La tos ferina había mostrado una tendencia al descenso que empezó a manifestarse desde 1990. Sin embargo, en 1994 tuvo un repunte importante. De 149 casos en 1993, para una tasa de 0.17 por 100 mil habitantes, se pasó al siguiente año a 599 casos, para una tasa por 100 mil habitantes de 0.66. Las entidades con mayor número de casos fueron el Estado de México, el Distrito Federal y Oaxaca. En 1995 sólo se registraron 15 casos y la tasa disminuyó a 0.01.*

*Por su parte, el tétanos en todas sus formas se encuentra incorporado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica Activa, con lo que se ha detectado y notificado un número importante de casos que de otra manera hubieran pasado inadvertidos. En 1994 se notificaron 177 casos, para una tasa de 0.20 por 100 mil habitantes, que representa una reducción de casi 50 por ciento con respecto a las cifras de 1988. Los Estados más afectados fueron Veracruz, Tabasco, Jalisco y Guerrero. En 1995 se reportaron 128 casos con una tasa de 0.14. En su componente neonatal en 1994 se notificaron 83 casos y en 1995 únicamente 67.*

### **1.3.2 Enfermedades de Notificación Obligatoria e Importancia Epidemiológica.**

*En este rubro sobresalen las enfermedades infecto-contagiosas y las asociadas con la desnutrición, que predominan sobre todo en los grupos de población que viven en condiciones de marginación.*

*Dentro de las enfermedades de notificación obligatoria, las infecciones respiratorias agudas (IRAS) ocupan el primer lugar, con 24.4 millones de casos notificados durante 1995, para una tasa por 100 mil habitantes de 26,683.2. Las cifras más altas de IRAS se presentan en las zonas centro y norte del país, y tienden a ser más frecuentes en menores de cinco años y en mayores de 65, grupos en los que también suelen presentarse las formas graves de estos padecimientos.*

*Las enfermedades diarreicas ocupan el segundo sitio dentro de las principales causas de morbilidad general. En 1994 sumaron un total de 4.6 millones de casos, para una tasa de incidencia de 5,057.7 por 100 mil habitantes. Las mayores incidencias de diarreas se han presentado en los Estados de Jalisco, México, Veracruz, Yucatán y Puebla, y en su mayoría corresponden a enteritis y otras enfermedades intestinales, intoxicaciones alimentarias, fiebre tifoidea y amebiasis. Respecto a su distribución por grupos de edad, casi la mitad de los casos se concentra en la primera infancia, con mayor incidencia en los meses de mayo a agosto.*

*Dentro del grupo de las enfermedades diarreicas destaca el cólera, que hizo su reaparición en México el 13 de junio de 1991, después de estar ausente por más de 100 años.*

*En 1991 se detectaron 2,690 casos, para una tasa de 3.2 por 100 mil habitantes. En 1993 se presentaron 11,091 casos, para una tasa de incidencia nacional de 12.5 que descendió en 1994 a 4.5. Sin embargo, en 1995 el cólera ha tenido un nuevo repunte cuando se reportaron 16,430 casos y una tasa de 17.9, casi cuatro veces más alta que la del año anterior.*

*Otro de los grupos de enfermedades de notificación obligatoria es el de transmisión sexual, que incluye a las infecciones gonocócicas, la sífilis adquirida, la candidiasis urogenital, el chancro blando, el herpes genital, el linfogranuloma venéreo y la tricomoniasis urogenital. De manera global, todas ellas muestran una reducción considerable. Sin embargo el peso epidemiológico lo concentran las infecciones gonocócicas y la sífilis adquirida, que en 1995 presentaron cifras de 13,632 y 2,097*

casos, para una tasa de 14.9 y 2.3 por 100 mil habitantes, respectivamente. Mientras que la sífilis muestra un comportamiento estable con respecto al año anterior, las infecciones gonocócicas muestran una modificación en la tendencia que había sido ascendente entre 1990 y 1993 con una reducción de 44 por ciento.

El SIDA se sigue manteniendo como un problema de salud pública de trascendencia nacional desde que hizo su aparición en la década anterior. Hasta 1995 se habían acumulado 25,531 casos, que tienden a concentrarse en el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco. Cabe señalar, sin embargo, que en 1995 se presentó una tasa por 100 mil habitantes de 4.7, que representa un aumento de 4.5 por ciento con respecto al año anterior. Las tasas de los últimos dos años son menores a la de 1993, pero la tasa resulta ser 52.0 por ciento mayor a la observada en 1990.

En lo que se refiere a las categorías de transmisión, los casos asociados con transmisión sanguínea han disminuido en relación con los presentados por transmisión sexual. El impacto de la enfermedad por sexo ha sido considerablemente mayor en los varones que en las mujeres, en una proporción de 6 a 1.

Por lo que se refiere a otras enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica, destacan los esfuerzos para el control del paludismo, que en 1995 mostró una mejoría considerable respecto al año anterior; la tasa por 100 mil habitantes se redujo de 14.3 a 8.0. En 1995 las tasas de mayor incidencia se registraron en Chiapas, Sinaloa, Nayarit y Quintana Roo.

El dengue, otro de los padecimientos transmitidos por vector, ha presentado un comportamiento variable en los últimos años. Las cifras de 1994 nos hablan de un aumento en el número de casos y en las tasas con respecto a 1995: de 2,899 casos se pasó a 8,072, y en 1995 a 15,377 con tasas de 3.3, 9.0 y 16.8 para los últimos tres años. En este rubro cabe destacar la reaparición de casos de dengue hemorrágico. En 1994 se presentaron 30 de estos casos, la mayoría de ellos en los estados de Sinaloa, Tabasco, Veracruz y Yucatán, y para 1995 se habían presentado 539 nuevos casos distribuidos en 20 diferentes Estados.

Por lo que toca a la oncocercosis, su presencia se encuentra delimitada a zonas específicas de los estados de Chiapas y Oaxaca, en donde se tienen identificados tres focos endémicos que comprenden una población de 261,000 habitantes distribuidos en 16,900 Km.2, 53 municipios y 849 localidades. En 1995 se registraron 989 casos, para una tasa de 1.1 por 100 mil habitantes, menor que en 1994 en que la tasa fué de 1.6.

*En 1995 se registraron en México 5,354 casos de brucelosis, para una tasa por 100 mil habitantes de 5.8, lo cual refleja un comportamiento relativamente estable de esta enfermedad desde el año de 1983.*

*La lepra es un padecimiento que manifiesta una clara tendencia a la desaparición. En 1995 se presentaron 375 casos de esta enfermedad, para una tasa por 100 mil habitantes de 0.41, cifras que representan un aumento con respecto a las de 1990, pero un descenso de casi 50.0 por ciento con respecto a 1980.*

*Uno de los padecimientos que mayores retos plantea es la rabia. En 1995 se presentaron 30 casos, que arrojan una tasa por 100 mil habitantes de 0.03 y que representa un aumento de 50.0 por ciento con respecto al año anterior.*

*La tuberculosis es un padecimiento infectocontagioso endémico que todavía presenta proporciones importantes y que ha mantenido un comportamiento estable desde los inicios de la última década. A nivel internacional esta enfermedad muestra un repunte asociado con el SIDA que todavía no se manifiesta en nuestro país. En 1995 se presentaron en México 11,098 casos de tuberculosis pulmonar, con mucho la forma más frecuente de esta enfermedad. Este número de casos generó una tasa de 12.1 por 100 mil habitantes ligeramente inferior a la del año anterior.*

### **1.3.3. Enfermedades Crónico-Degenerativas:**

*Como se mencionó al inicio de este capítulo, el país está pasando por un proceso de transición epidemiológica caracterizado por una mayor participación de las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y las lesiones en el cuadro de las principales causas de muerte. El abatimiento de las enfermedades transmisibles, aunado a la mayor esperanza de vida y al desarrollo de estilos de vida propios de las sociedades urbanas, han favorecido la prevalencia de factores de riesgo que influyen de manera decisiva en estos padecimientos.*

*A nivel mundial se ha calculado una prevalencia de la hipertensión arterial de entre 8.0 y 15.0 por ciento. En nuestro país también se ha demostrado una tendencia general ascendente de este padecimiento: de una tasa de 95.6 por 100 mil habitantes en 1983 se pasó a 253.5 en 1988. Los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónico-Degenerativas muestran que la prevalencia nacional de hipertensión arterial en 1993 fué de 26.6 por ciento, equivalente a uno de cuatro mexicanos del grupo de 20 a 69 años de edad. Para 1995 el número de casos nuevos registrados ascendió a 371,146 con una tasa de 405.2 por 100,000 habitantes.*

*La notificación de casos nuevos de diabetes mellitus ha sido muy irregular. En 1995 se registró una tasa de incidencia de 270.3 por 100 mil habitantes, con un incremento de 68.8 por ciento en relación con 1990 (160.1). La prevalencia encontrada en la población rural varía entre 1.3 y 1.5 por ciento, mientras que la prevalencia para el medio urbano fluctúa alrededor del 3.0. Los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas-Degenerativas señalan que la prevalencia nacional para la población de entre 20 y 69 años fué de 7.0 por ciento en promedio, hasta alcanzar el 18.0 en grupos de edad más avanzada.*

*La morbilidad por cáncer cérvico-uterino en el período 1983-1989 se incrementó de 14.8 a 17.7 por 100 mil mujeres mayores de 25 años de edad, con un promedio de 2,211 casos por año. Para 1994 se registraron 5,005 casos nuevos con una tasa de 24.7 por 100,000 mujeres del mismo grupo de edad. En relación a los casos detectados, las displasias tienen mayor incidencia a partir de los 30 años, el positivo in situ a los 35 años y el cáncer invasor en mayores de 45 años. Del total de positivos, 54 por ciento se diagnostica en etapa inicial y 46 por ciento en etapa invasora.*

#### **1.4 FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD**

*La salud es producto tanto de factores biológicos, psicológicos y ambientales así como de factores socio-culturales, políticos y económicos que corresponden a un determinado grado de desarrollo de un país. Dentro de los factores que influyen en las condiciones de salud de una población se encuentran los recursos financieros canalizados al sector, la educación, la vivienda, el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de agua y saneamiento básico, y las condiciones del medio ambiente y del entorno social.*

*Ante un entorno económico de racionalidad en el ejercicio de los recursos públicos, las acciones de la presente Administración en materia del desarrollo de la infraestructura en salud se han orientado principalmente a la conclusión de obras en proceso y a la conservación y mantenimiento de la infraestructura existente. En materia de obra nueva se continuó con la construcción de centros de salud en zonas marginadas y de diversas instalaciones que permitieron mejorar los servicios de diagnóstico.*

*Para atender la demanda de atención especializada y la formación de recursos humanos de alta calidad e incorporar las nuevas tecnologías a la atención a los pacientes, se canalizaron los recursos a los Institutos Nacionales de Salud sobre todo a*

*la ampliación y remodelación de la infraestructura existente con el fin de incrementar su capacidad, mejorar la calidad de la atención que brindan y reforzar las áreas de investigación y enseñanza.*

*En materia de recursos humanos, en 1996 la S.S.A. contará con un total de 37,700 médicos y 53,702 enfermeras para atender a su población de adscripción. En lo que se refiere a los recursos físicos disponibles, se tendrán 8,473 unidades médicas de primer y segundo nivel, y el registro de camas censables alcanzó la cifra de 25,485 con lo cual se obtiene un indicador de 74.6 camas por cada 100 mil habitantes. Esta infraestructura física y humana permitirá generar para 1996 3.2 por ciento más de consultas, 5.0 por ciento más de egresos hospitalarios y 5.0 por ciento más de intervenciones quirúrgicas.*

*En este sentido, en el segundo semestre del presente año se autorizaron 4,734 plazas que se distribuyeron entre todos y cada uno de los servicios estatales de salud, incrementando así la capacidad de cobertura y fortaleciendo a aquellas entidades federativas cuyas unidades médicas y administrativas presentan necesidades imperiosas. Asimismo, en el mes de agosto fueron autorizadas un total de 656 plazas para los diferentes Institutos Nacionales de Salud,*

*Por otra parte, en el período que se informa se fomentó la participación municipal por la salud a través del Programa Municipio Saludable. Mediante este programa las comunidades colaboran en forma organizada en la definición de prioridades, elaboración de programas de salud local, y la realización y evaluación de las actividades programadas. Hasta el segundo semestre del presente año, el programa cuenta con 387 municipios en todo el país.*

*Respecto al desarrollo de la infraestructura en salud, se concluyó la construcción de 21 unidades médicas, de éstas corresponden 19 al primer nivel de atención y 2 al segundo nivel (Hospital Psiquiátrico de Culiacán, Sinaloa y Hospital General "El Pedregoso" en Querétaro, que fué concluido por el Gobierno del Estado).*

*Dentro del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a Población Abierta (PASSPA), que se desarrolló en cuatro Estados de la República y el Distrito Federal hasta 1995. En este año, se terminaron 64 obras nuevas de primer nivel. En Guerrero se ubican 29, en Chiapas 23 y en Oaxaca 10. En el Distrito Federal se concluyó la construcción de dos centros antirrábicos. <sup>7</sup>*

<sup>7</sup> Secretaría de Salud. Informe de Labores 1995-1996.

La transcripción de este resumen, nos da la base para un proceso de evaluación analítica a través de la comparación con otras fuentes de diagnóstico de necesidades.

Con el objeto de conformar una diagnosis integral, analizamos otro documento oficial publicado en 1966 por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en el que describe los trabajos realizados por el Consejo Nacional de Salud, que es el órgano que agrupa a los representantes de los Gobiernos Estatales equivalentes a Secretarios de Salud (de las entidades estatales) y se constituye también con el Secretario de Salud del Gobierno Federal, quien lo preside y con los niveles Directivos de la Secretaría. Este documento se denomina "Hacia la Federalización de la Salud en México", y en él se analizan en forma extensa las áreas del sector salud, que los Gobiernos de los Estados están recibiendo bajo su responsabilidad, para que conforme a las nuevas disposiciones legales y convencionales entre estos niveles de Gobierno, la prestación de servicios de salud a la población abierta no la realice ya el Gobierno Federal sino los Gobiernos Estatales, por lo que este documento tiene la perspectiva de plantear por parte de los Gobiernos Estatales la situación más precisa posible de las condiciones de capacidad, eficiencia y nivel de respuesta a las necesidades de salud de los Estados, debido a que de dicha objetivización depende el flujo de recursos al Estado como aporte obligatorio de la Federación para la atención de las necesidades de salud al sector, que antes de este proceso de descentralización venía atendiendo o debía atender la infraestructura federal en los Estados, dependiente del órgano central.

En el Capítulo de diagnosis de la cobertura de servicios de salud, página 105 de dicho documento la comisión número 1 del Consejo Nacional de Salud, integrada por los representantes de los Estados de Chiapas, Oaxaca, Campeche, Tabasco, Veracruz, Quintana Roo, Yucatán y la Secretaría de Salud, rinden el informe de su trabajo de diagnóstico, en el que pretenden "...dar a conocer con exactitud los alcances de la infraestructura existente y por ende, la población que carece del servicio de salud".<sup>9</sup>

Por lo anterior transcribo el resumen de los resultados de dicha diagnosis:

---

<sup>9</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1966.

**COBERTURAS INSTITUCIONALES<sup>10</sup>**

	<i>INSTITUCION</i>	<i>POBLACION LEGAL Y/O POTENCIAL</i>	<i>POBLACION USUARIA</i>	<i>POBLACION EST.REG.OP. 1994</i>
<i>Seguridad social</i>	<i>IMSS</i>	36.6	24.0	26.0
	<i>ISSTE</i>	9.1	6.4	6.0
	<i>OTRAS</i>	2.1	1.4	2.1
	<i>SUBTOTAL</i>	47.8	31.8	34.1
<i>Poblacion abierta</i>	<i>SSA</i>	28.7	15.4	42.8
	<i>DDF</i>	3.4	2.4	-
	<i>IMSS-Solidaridad</i>	10.3	10.5	7.9
	<i>Otras</i>	-	-	1.3
	<i>Subtotal</i>	42.4	28.3	52.0
<i>Población sin acceso</i>	-	-	-	7.2
<i>Total</i>		90.2	60.1	93.3

<sup>10</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

**POBLACION TOTAL SEGUN CONDICIONES DE DERECHOHABENCIA**  
**millones de habitantes<sup>11</sup>**

<b>TOTAL</b>	<b>93.3</b>	<b>100.0%</b>
<b>ABIERTA</b>	<b>59.2</b>	<b>63.5%</b>
<b>DERECHOHABIENTE</b>	<b>34.1</b>	<b>36.5%</b>

Proporciona además la Comisión 1 del Consejo Nacional de Salud un cuadro ilustrativo del grado de marginación de la población como sigue:

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN GRADO DE MARGINACION<sup>12</sup>**

<b>GRADO DE MARGINACION</b>	<b>POBLACION EN MILLONES DE HABITANTES</b>
<i>Muy alta</i>	23.8
<i>Alta</i>	18.4
<i>Media</i>	4.9
<i>Baja</i>	32.0
<i>Muy baja</i>	14.2
<i>Total Nacional</i>	93.3

Como se desprende del análisis de esta información, la magnitud del problema de necesidades de salud en materia de población abierta, es en la realidad superior, por mucho, a las cifras que se manejan en el foro de información a la nación, pero además revela que en las instituciones de seguridad social y de

<sup>11</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

<sup>12</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

atención a la población abierta, la población usuaria es bastante menor que la derechohabiente, por la grave caída de la calidad del servicio médico que en diversas fuentes se diagnostica, y que provoca que los usuarios no dispongan del tiempo de espera que requiere el obtener consulta y en caso de necesidad, de servicio de laboratorio o medidas terapéuticas ya sea de medicinas no surtidas o de hospitalización cuya programación se difiere por varios meses por "falta de capacidad" y se presenta otra perspectiva que da la idea de que hay un enorme rezago en materia de atención a la población, mayor que la que reconoce oficialmente el Gobierno Federal, lo anterior es congruente con la información que revelan los investigadores Maria de Lourdes Fournier y Pedro Moreno en un artículo de la Revista "El Cotidiano" de Septiembre de 1996 titulado "Saldos y perspectivas de la seguridad social en México"; que en el párrafo de presentación de sus hallazgos, a la letra dicen: *"En el nuevo marco creado por la reforma y complicado por la situación de crisis en todos los órdenes que padecemos, las perspectivas de la seguridad social en México son poco alentadoras. Primero porque resulta punto menos que imposible proponerse que la seguridad social alcance a todos los mexicanos, al menos con un paquete mínimo deseable que hemos propuesto en otros trabajos. También es difícil pensar que se establezca un seguro de desempleo, por el contubernio entre el poder económico y el político, donde el gobierno ha abdicado de sus responsabilidades sociales y no quiere obligar al sector privado a que asuma su parte del costo político y social que han acarreado los sucesivos programas de ajuste. La seguridad social va a tender a ser reducida al mínimo, tanto en número de asegurados como en prestaciones de todo tipo que proporcione".*<sup>13</sup>

El Banco Mundial en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 al evaluar la satisfacción de los consumidores con la atención de salud en los Países subdesarrollados en la página 72 dice: *"Las encuestas de unidades familiares demuestran sistemáticamente que la decisión acerca de si buscar atención o no y qué profesional de salud consultar, se basa en muchos factores: horario del servicio, tiempo o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o medicamentos, y trato personal que reciben los paciente."* *"Aunque el precio de la atención privada para los pacientes comprendidos en el quintil más pobre es, en promedio la mitad del precio que se cobra a los comprendidos en el quintil más rico, es de todos modos 15 veces superior a lo que cobra el Ministerio de Salud Pública. Las*

---

<sup>13</sup> Fournier Maria de Lourdes y Moreno Pedro. *Saldos y Perspectivas de la Seguridad Social en México.* Artículo Publicado en la Revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México. D. F.

*diferencias en cuanto a tiempo de espera.... explican que en el quintil más pobre, más de la mitad de los usuarios prefieren la atención de médicos privados".<sup>14</sup>*

La Organización Panamericana de la Salud, publica una obra de diagnóstico, en dos extensos volúmenes, denominada "Las Condiciones De Salud En Las Américas, Edición 1994" en la que en el volumen I, hace una diagnóstico general de la Región de las Américas y en volumen II, hace un estudio de cada uno de los Países con abundancia y profusión de datos estadísticos, provenientes de los sistemas de información estadística de los propios Países.

En el volumen I hace algunas comparaciones y consideraciones sin tomar posición de evaluación a ningún País sino a la región en general, pero la sola comparación de los cuadros elaborados por dicho organismo lleva al lector a través del proceso comparativo, a la comprensión y a una diagnóstico implícita en la percepción de los datos que proporciona este organismo internacional cuya misión es la promoción de la salud en la región de América, veamos algunas figuras cuantitativas, que fundamentan la evaluación cualitativa del organismo y la grave preocupación de dicha institución por el serio deterioro del sector salud en los Países de la región, pero sobre todo ilustran en forma comparativa, la evolución que se percibe desde el exterior en lo que se refiere a la atención que el Gobierno Mexicano da a las necesidades sociales de salud de la población.

En el Capítulo Sexto del Volumen I de este documento en un extenso estudio interrelacional de diversas variables yendo de la general, como los aspectos políticos económicos y sociales de los Países de la región, hasta aspectos de detalle y particulares, como número de camas, número de hospitales, médicos, etc. la Organización Panamericana de la Salud nos ubica en posición de tener un diagnóstico más preciso que nos ayude a ubicar en forma cuantitativa y cualitativa el análisis de las necesidades de salud de la población mexicana.

Dada la enorme profusión de cifras y aspectos evaluados, analizamos sólo los cuadros resumidos que en forma comparativa y en términos numéricos, de un solo golpe de vista nos ayudan a diagnosticar lo que México hace en materia de salud comparado con los demás Países y sobre todo a entender en forma cabal

---

<sup>14</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.* Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E. U. A. 1993.

las cifras de los informes oficiales de necesidades de atención a la salud que produce el Gobierno Mexicano.

En el informe anual de 1993 del Banco Mundial se proporciona una serie de indicadores básicos de los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, los cuales tomamos como base para construir las tablas analíticas de diagnóstico que a continuación desarrollamos, y que muestran en forma comparativa la población, el producto nacional bruto per cápita de los Países, endeudamiento, gasto en salud per cápita y otros que nos proporcionan la ubicación de nuestro País con respecto a los demás Países de la región de las Américas en tales figuras:

**INDICADORES BASICOS DE POBLACION Y PRODUCTO NACIONAL BRUTO PER CAPITA DE VARIOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS.<sup>15</sup>**

PAIS	POBLACION (millones) Med. 1991	P.N.B. per cápita en dólares 1991
Nicaragua	3.8	460
Honduras	5.3	580
Bolivia	7.3	650
Guatemala	9.5	930
Ecuador	10.8	1000
Perú	21.9	1070
El Salvador	5.3	1080
Colombia	32.8	1260
Paraguay	4.4	1270
Jamaica	2.4	1380
Costa Rica	3.1	1850
Panamá	2.5	2130
Chile	13.4	2160
Venezuela	19.8	2730
Argentina	32.7	2790
Uruguay	3.1	2840

<sup>15</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Brasil	151.4	2940
<b>México</b>	<b>83.3</b>	<b>3030</b>
Trinidad y Tabago	1.3	3670
Puerto Rico	3.6	6320
Canadá	27.3	20440
Estados Unidos	252.7	22240

Como se puede observar de este cuadro, México está considerado como uno de los cinco países de más alto producto nacional bruto per cápita; sin embargo, como observaremos en los siguientes cuadros tomados del documento Las Condiciones de la Salud en las Américas, Edición de 1994 publicado por la Organización Panamericana de la Salud, y del Informe Anual de 1993 del Banco Mundial conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud; la proporción de gasto público en salud por parte del Gobierno Mexicano, no se corresponde con el lugar que ocupa en cuanto a producto nacional bruto per cápita y otros indicadores que ubican a México como un País de un amplio potencial económico, pero con un gran rezago en la atención a esta importantísima necesidad social, máxime que en el ámbito jurídico latinoamericano México goza del prestigio de haber sido la primera Constitución de carácter social en el mundo, por la inclusión de aspectos laborales y agrarios, posteriormente a la revolución, por el constituyente de 1917.

**GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB Y PER CAPITA DE LAS AMERICAS. 1990 ORDENADO DE MAYOR A MENOR PORCENTAJE DEL PIB NACIONAL<sup>16</sup>**

PAIS	Gasto Nacional en Salud como % del PIB	Gasto Nacional en Salud per cápita ( en US\$ de 1988)
Estados Unidos de América	12.7	2763.0
Costa Rica	9.2	155.8
Canadá	9.1	1945.0
Argentina	9.0	337.2
Panamá	8.7	172.5
Venezuela	6.5	220.3

<sup>16</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Saint Kitts y Nevis	6.3	213.9
Ecuador	6.3	78.6
Chile	6.2	155.5
Dominicana	6.2	133.0
San Vicente y Las Granadinas	6.1	124.8
Antigua y Barbuda	5.9	344.0
Guyana	5.9	29.2
Barbados	5.8	347.7
Montserrat	5.8	337.7
Brasil	5.8	128.8
Honduras	5.8	44.0
Uruguay	5.7	158.1
Colombia	5.7	82.2
Granada	5.6	114.8
Bahamas	5.0	566.6
Santa Lucía	5.0	116.6
Belice	5.0	99.7
El Salvador	5.0	52.8
Nicaragua	5.0	26.9
República Dominicana	4.8	32.4
Islas Caimán	4.7	1166.8
Bolivia	4.5	39.0
Trinidad y Tabago	4.4	181.2
Suriname	4.1	133.3
<b>México</b>	<b>3.8</b>	<b>85.8</b>
Jamaica	3.7	54.3
Haití	3.4	8.8
Guatemala	3.3	29.9
Paraguay	3.2	49.2
Perú	3.1	41.3
<b>Región</b>	<b>5.7</b>	<b>122.1</b>

**GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB Y PER CAPITA DE LAS AMERICAS, 1990 ORDENADO DE MAYOR A MENOR GASTO EN US\$ POR PAIS.<sup>17</sup>**

PAIS	Gasto Nacional en Salud como % del PIB	Gasto Nacional en Salud per cápita ( en US\$ de 1988)
Estados Unidos de América	12.7	2763.0
Canadá	9.1	1945.0
Islas Caimán	4.7	1166.8
Bahamas	5.0	566.6
Barbados	5.8	347.7
Antigua y Barbuda	5.9	344.0
Montserrat	5.8	337.7
Argentina	9.0	337.2
Venezuela	6.5	220.3
Saint Kitts y Nevis	6.3	213.9
Trinidad y Tabago	4.4	181.2
Panamá	8.7	172.5
Uruguay	5.7	158.1
Costa Rica	9.2	155.8
Chile	6.2	155.5
Suriname	4.1	133.3
Dominicana	6.2	133.0
Brasil	5.8	128.8
San Vicente y Las Granadinas	6.1	124.8
Santa Lucía	5.0	116.6
Granada	5.6	114.8
Belice	5.0	99.7
<b>México</b>	<b>3.8</b>	<b>85.8</b>
Colombia	5.7	82.2
Ecuador	6.3	78.6
Jamaica	3.7	54.3
El Salvador	5.0	52.8
Paraguay	3.2	49.2
Honduras	5.8	44.0
Perú	3.1	41.3

<sup>17</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial, E.U.A. 1993.

Bolivia	4.5	39.0
República Dominicana	4.8	32.4
Guatemala	3.3	29.9
Guyana	5.9	29.2
Nicaragua	5.0	26.9
Haití	3.4	8.8
Región	5.7	122.1

COMPOSICION DEL GASTO NACIONAL EN SALUD, POR SECTOR, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1990 ORDENADO DE MAYOR A MENOR GASTO PUBLICO Y DE MENOR A MAYOR GASTO PRIVADO EN SALUD EN TERMINOS PORCENTUALES<sup>18</sup>

PAIS	Composición del	
	Gasto Público %	GNS Gasto Privado
Costa Rica	76	24
Nicaragua	74	26
Guyana	71	29
Trinidad y Tobago	71	29
Dominicana	70	30
Saint Kitts y Nevis	70	30
San Vicente y Las Granadinas	70	30
Santa Lucia	70	30
Antigua y Barbuda	66	34
Barbados	66	34
Granada	66	34
Montserrat	66	34
Jamaica	63	37
Panama	63	37
Argentina	59	41
Chile	58	42
Islas Caimán	57	43
Bahamas	56	44
Belice	53	47

<sup>18</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Guatemala	52	48
Honduras	52	48
Uruguay	52	48
Colombia	49	51
Suriname	47	53
Ecuador	40	60
Haiti	39	61
<b>México</b>	<b>38</b>	<b>62</b>
Brasil	37	63
Perú	35	65
Bolivia	32	68
República Dominicana	31	69
El Salvador	26	74
Venezuela	26	74
Paraguay	13	87
Región		
Porcentaje del PIB	2.5	3.2
Composición del GNS	43	57

GASTO EN SALUD DEL GOBIERNO CENTRAL, (MINISTERIO DE SALUD) Y LOS GOBIERNOS LOCALES, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1990 , ORDENADOS DE MAYOR A MENOR<sup>19</sup>

PAIS	Como porcentaje del PIB	Per cápita (en US\$ de 1988)
Antigua y Barbuda	3.90	227.91
Argentina	0.80	8.02
Bahamas	2.80	292.10
Barbados	3.80	225.76
Belice	2.30	57.50
Bolivia	0.60	5.35
Brasil	0.64	14.18
Colombia	0.70	9.98
Costa Rica	1.27	21.40
Chile	1.75	44.22

<sup>19</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Dominicana	4.30	93.27
Ecuador	1.63	20.54
El Salvador	0.80	8.34
Granada	3.7	75.96
Guatemala	1.16	10.45
Guyana	4.20	21.88
Haiti	1.30	3.41
Honduras	2.40	18.29
Jamaica	2.31	33.01
<b>México</b>	<b>0.80</b>	<b>6.80</b>
Montserrat	3.79	220.51
Nicaragua	2.80	15.06
Panamá	2.02	39.61
Paraguay	0.40	6.23
Perú	0.60	8.10
República Dominicana	1.12	7.58
Saint Kitts y Nevis	4.17	141.59
San Vicente y las Granadinas	4.30	87.52
Santa Lucía	3.50	81.59
Suriname	1.92	13.00
Trinidad y Tabago	3.10	126.33
Uruguay	1.18	32.57
Venezuela	1.09	35.92
total para la región	0.7	14.6

INDICADORES DEL GASTO EN SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL (GSSS), AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ALREDEDOR DE 1990.<sup>20</sup>

PAIS	Total GSSS % Del PIB	% de Población Cubierta	GSSS per cápita (en US\$ de 1988)
Antigua y Barbuda	...	...	...
Argentina	3.3	74.3	167.8
Bahamas	...	...	...
Barbados	...	...	...

<sup>20</sup> Banco Mundial Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Belice	0.3	38.0	17.1
Bolivia	0.8	19.9	35.9
Brasil	1.2	100.0	26.3
Colombia	2.0	22.0	125.5
Costa Rica	5.8	85.1	114.3
Chile	1.7	67.3	64.9
Dominicana	...	...	...
Ecuador	0.9	12.7	88.9
El Salvador	0.5	9.4	55.1
Granada	...	...	...
Guatemala	0.5	16.9	29.0
Guyana	...	...	...
Haiti	...	...	...
Honduras	0.7	16.0	30.7
Islas Caiman	...	...	...
Jamaica	...	...	...
<b>México</b>	<b>1.0</b>	<b>59.7</b>	<b>38.8</b>
Montserrat	...	...	...
Nicaragua	0.9	32.2	15.1
Panamá	3.5	59.8	115.2
Paraguay	...	...	...
Perú	0.5	32.7	19.7
República Dominicana	0.4	5.9	40.1
Saint Kitts y Nevis	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	...	...	...
Santa Lucía	...	...	...
Suriname	...	...	...
Trinidad y Tabago	...	...	...
Uruguay	1.8	67.0	73.5
Venezuela	0.6	36.1	55.6
Promedio ponderado	1.4	61.9	47.1

INDICADORES DEL GASTO PRIVADO EN SALUD (GASTO DE LOS HOGARES) EN LA COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD, AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1990.<sup>21</sup>

PAIS	Total del GPrS como % del PIB	GPrS como % del GNS	GPrS per cápita en US\$ de 1988
Antigua y Barbuda	2.0	33.7	115.8
Argentina	3.7	40.8	137.4
Bahamas	2.2	43.5	246.8
Barbados	2.0	34.4	119.5
Belice	2.4	47.3	47.2
Bolivia	3.1	68.4	26.7
Brasil	3.6	63.1	31.3
Colombia	2.9	50.8	41.8
Costa Rica	2.2	23.8	37.1
Chile	2.6	42.0	65.4
Dominica	1.9	30.1	40.0
Ecuador	3.7	59.6	46.8
El Salvador	3.7	74.1	39.2
Granada	1.9	33.8	38.8
Guatemala	1.6	48.3	14.5
Guyana	1.7	29.1	8.5
Haiti	2.1	61.2	5.4
Honduras	2.8	47.5	20.9
Islas Caimán	2.0	42.7	498.6
Jamaica	1.3	36.7	20.0
<b>México</b>	<b>2.4</b>	<b>62.4</b>	<b>53.6</b>
Monserrat	2.0	34.4	116.3
Nicaragua	1.3	25.7	6.9
Panamá	3.2	36.7	63.3
Paraguay	2.8	87.3	43.0
Perú	2.0	64.9	26.8
República Dominicana	3.3	69.4	22.5
Saint Kitts y Nevis	1.9	31.3	64.4
San Vicente y las Granadinas	1.8	30.0	37.4

<sup>21</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Santa Lucía	1.5	30.1	35.2
Suriname	2.2	53.1	70.7
Trinidad y Tabago	1.3	29.2	52.9
Uruguay	2.7	48.1	76.0
Venezuela	4.8	74.0	163.1
Promedio regional	3.2	56.6	69.1

INDICADORES BASICOS DE POBLACION Y ENDEUDAMIENTO PER  
CAPITA DE VARIOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS.  
ORDENADOS DE MAYOR A MENOR ENDEUDAMIENTO PER  
CAPITA<sup>22</sup>

PAIS	Deuda Externa (millones dls.) 1991	Población de cada Pais	Deuda per cápita por Pais
Nicaragua	10,446	3.8	2749.95
Panamá	6,671	2.5	2668.40
Argentina	63,707	32.7	1948.22
Venezuela	37,372	19.8	1887.47
Jamaica	4,456	2.4	1856.66
Trinidad y Tabago	2,332	1.3	1793.84
Uruguay	4,189	3.1	1351.29
Chile	17,902	13.4	1335.97
Costa Rica	4,043	3.1	1304.19
<b>México</b>	<b>101,737</b>	<b>83.3</b>	<b>1221.33</b>
Ecuador	12,469	10.8	1154.53
Perú	20,709	21.9	945.61
Brasil	116,514	151.4	769.57
Honduras	3,177	5.3	599.43
Bolivia	4,075	7.3	558.22
Colombia	17,369	32.8	529.54
Paraguay	2,177	4.4	494.77
El Salvador	2,172	5.3	489.81
Guatemala	2,704	9.5	284.63
Puerto Rico	n.d.	3.6	
Canadá		27.3	

<sup>22</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial, E.U.A. 1993.

INDICADORES BASICOS DE PRODUCTO INTERNO BRUTO PER  
CAPITA DE VARIOS PAISES DE LA REGION DE LAS AMERICAS.  
ORDENADOS DE MAYOR A MENOR PIB PER CAPITA<sup>23</sup>

PAIS	PIB C/PAIS (millones dls.) 1991	Población de cada Pais	PIB per cápita por Pais dls.
Estados Unidos	5610800	252.7	
Canadá	510835	27.3	18711.9
Puerto Rico	32469	3.6	9019.17
Trinidad y Tabago	4920	1.3	3784.62
Argentina	114344	32.7	3496.76
<b>México</b>	<b>282526</b>	<b>83.3</b>	<b>3391.67</b>
Uruguay	9479	3.1	3057.74
Brasil	414061	151.4	2734.88
Venezuela	53440	19.8	2698.99
Chile	31311	13.4	2336.64
Panamá	5544	2.5	2217.6
Perú	48366	21.9	2208.49
Nicaragua	6950	3.8	1828.95
Costa Rica	5560	3.1	1793.55
Jamaica	3497	2.4	1457.08
Paraguay	6254	4.4	1421.36
Colombia	41692	32.8	1271.1
El Salvador	5915	5.3	1116.04
Ecuador	11595	10.8	1073.61
Guatemala	9353	9.5	984.53
Bolivia	5019	7.3	687.53
Honduras	2661	5.3	502.08

En este diagnóstico cuantitativo queda evidenciada en forma comparativa la repetida reclamación que en diferentes foros en la actualidad se hace a la Administración Pública Federal y en especial en la Cámara de Diputados en la que en este 1997 y por primera vez en la historia de este siglo, la mayoría de

<sup>23</sup> Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

los Diputados no pertenecen al Partido Político en el poder, como fué evidente en la comparecencia del Secretario de Salud Dr. Juan Ramón de la Fuente el día 18 de septiembre de 1997, en la que prácticamente todos los oradores reclaman al Gobierno Federal el incremento del gasto público social y en especial en materia de salud, como una forma de ataque a la pobreza.

En los diagnósticos analizados de los organismos internacionales de promoción a la salud, se detalla con gran profusión y abundancia de cuadros comparativos, factores indicadores del Estado de atención a la salud de todos los Países, ya sea de las Américas o del mundo, según sea el caso, tales como, morbilidad y mortalidad infantil, morbilidad y mortalidad de la mujer, morbilidad y mortalidad de hombres, adultos y ancianos, infraestructura disponible, tales como: hospitales, camas, fabricación de biológicos y medicamentos, médicos tanto en números totales como per cápita, enfermeras totales y per cápita, instituciones educativas y formadoras de personal técnico, investigación biomédica, población y crecimiento demográfico y otra enorme cantidad de variables y relaciones entre ellas que sería demasiado prolijo enumerar, por lo que estando contenidos en documentos que quedan citados en la bibliografía, se remite a cualquier interesado en profundizar en tales temas para mayor información cuantitativa.

En la evaluación cualitativa que hacen el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, así como la Organización Panamericana de la Salud, basados en los amplios estudios comparativos y numéricos, llegan a la conclusión de que en los Países en desarrollo hay una evidente regresión de atención al sector Salud, en la década de los ochentas y lo que va de la década actual como resultado de las crisis económicas que padecen los Países de la Región y por las enormes cargas de servicio a la deuda externa que impide la dedicación de recursos a gastos discrecionales o no programados y el esfuerzo de racionalización del gasto obliga a los Gobiernos de los Países en esta situación, a sacrificar importantes renglones del gasto social, como se evidencia el caso de México en nuestro análisis cuantitativo, en el que se observa la notoria baja proporción de gasto en salud que se da en nuestro país.

El Banco Mundial entra en detalles de diagnosis, de temas como el enorme desequilibrio que, Países como los latinoamericanos, incurrir en forma dispendiosa, al dedicar proporcionalmente a los escasos recursos disponibles una gran proporción a la construcción instalación y operación de unidades hospitalarias de atención de enfermedades que llaman de los Países ricos, o

enfermedades del desarrollo, como los males cardiovasculares, cánceres, y otras enfermedades crónico- degenerativas que padecen los estratos sociales de mayor poderío económico, y que generan enormes inversiones de especialidad a la que los médicos que manejan el sistema de salud son proclives, por el prestigio y especialización que les proporciona tanto en la profesión , como en el mercado de salud de la población que dispone de recursos, para después cobrar sus servicios en ese mercado lo que a su vez crea un paradigma en el sector salud, distrayendo recursos para dedicarlos a áreas de una infinita mayor rentabilidad como son la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades que generan lo que llaman “externalidades”, es decir, que el prevenir enfermedades que a su vez evitan contagios y el gasto de recuperación de la salud, son por mucho, gastos de una mayor rentabilidad social y económica que dedicar enormes sumas a especialidades de segmentos de la población que provocan regresividad del sistema de salud, pues impiden dedicar recursos a los segmentos más vulnerados y vulnerables de la población que a la larga cuestan más en términos económicos de improductividad, y de desperdicio de recursos al dedicar los que son escasos a curar enfermedades degenerativas producto de estilos de vida de excesos en la alimentación o en el uso de productos nocivos a la salud, como el alcohol y el tabaco, y que los Gobiernos permiten que se expandan y al causar daños a la salud de la población después distraerán, los exiguos recursos para promoción de la salud o para prevención de enfermedades del grueso de la población, como sería el caso de vacunaciones, servicios sanitarios para disposición de excretas, que evitarían males diversos, tales como el cólera, helmintiasis, enfermedades diarreicas y otras muchas más.

Así pues, derivado de las condiciones detectadas en nuestra investigación, el punto de vista resumido de nuestra visión en cuanto a las necesidades de salud de la población Mexicana, reconociendo lo avanzado en la reducción de indicadores de mortalidad y morbilidad, es mucho lo que falta por hacer para que se logre el objetivo del proyecto social, que significa el derecho a la salud que tiene todo mexicano, por disposición constitucional y por compromiso internacional traído por el Estado y el Gobierno Mexicano tanto en el ámbito nacional, como en el internacional a través de los convenios y tratados que ha signado y que le dan a este derecho la naturaleza de los así llamados Derechos Sociales Programáticos, término que en Capítulo posterior aclaremos su significado.

En síntesis:

1.- Los mexicanos que, o no tienen ninguna atención a sus necesidades de salud, o la que reciben es sumamente deficiente, llega casi al 50% de la población.

2.- El Proceso de descentralización del sector salud sin la descentralización de los recursos financieros de los que los Estados carecen, debido a los Convenios de Coordinación Fiscal que centralizaron la recaudación en la Federación para hacer frente al enorme gasto financiero de servicio a la deuda externa, ponen en serio riesgo la operación de la infraestructura existente y en mayor riesgo el crecimiento indispensable del sector tanto en el renglón de inversión como en el de gasto corriente.

3.- El modelo médico hegemónico, así como el modelo económico que el Gobierno niega sea de corte neoliberal, pero que la Organización Panamericana de la Salud ratifica en la mayoría de los Países Latinoamericanos, tiene como herramienta de racionalización del gasto público, la privatización, entre otros sectores, el de la salud; el sector profesional de la medicina, por que ve en las condiciones de deterioro del gasto público un enorme mercado a atacar como sector privado, véase el cuadro de gasto privado versus gasto público en materia de salud en México, (página 33) y el Gobierno, porque evita así el dedicar enormes sumas de los escasos recursos a esta actividad, véase el caso de las modificaciones a la ley del Seguro Social, que aún instituciones como el Banco Mundial que favorecen la economía de mercado, deploran en el caso de la salud, pues observan el enorme gasto per cápita que se da en el caso de los Países en donde la salud es básicamente atendida por el modelo médico hegemónico de mercado de la salud, pues observan el abuso de la profesión y de los propios consumidores o usuarios de compañías privadas aseguradoras, en el exceso de prescripción de análisis clínicos o de medidas terapéuticas.

4.- A pesar de la deteriorada razón de número de pacientes por cada médico, y en general de personal de atención a las necesidades de salud, el Banco Mundial documenta el acuerdo de la Asociación Nacional de Escuela de Medicina con la Secretaría de Educación Pública de disminuir y restringir la matrícula a las escuelas de medicina de todas las Universidades del País que ofrecen esta carrera profesional, por el supuesto desempleo de más de veinte mil médicos en el País, lo cual es una incongruencia, producto de la presión del modelo médico hegemónico que priva en los directivos de la profesión para

evitar lo que llaman competencia desleal del sector público a la profesión médica.

5.- La infraestructura de mejor calidad y la mayor en cantidad sigue concentrándose en las grandes urbes en donde conforme a los organismos internacionales está excedida y acapara a los mejores profesionales, enviando a los aprendices o pasantes a las áreas mas vulneradas y vulnerables, por falta de una adecuada valuación de los puestos de servicio a la comunidad, que arraigue a los profesionales de calidad, en zonas de grave necesidad de calidad profesional del personal.

6.- El costo de la medicina privada ha sufrido un incremento de su costo mayor a la tasa de inflación en general, pero sobre todo a la capacidad de la población que ha visto mermada su capacidad adquisitiva en tres lustros de restricción a la actualización de los salarios de la clase trabajadora.

7.- El modelo de descentralización reproduce el modelo híbrido de federalización del sistema educativo, en el que el Gobierno Federal descentraliza sólo el problema operativo a los Gobiernos de los Estados, pero conserva el poder normativo y de decisión en todos los órdenes en el Ejecutivo Federal, que de entrada reconoce que el proceso de federalización se da por la ineficiencia y corrupción del enorme aparato burocrático centralizado; por la experiencia vivida en el ámbito educativo, en el proceso de federalización asevero que el mayor riesgo para la operación del sistema se da en el sistema laboral de Sindicato Unico Nacional del Sector Salud al que pertenece el personal a descentralizar, que sigue manejado y negociando a nivel nacional con el Gobierno Federal y sólo se encarga a los Estados ser la caja pagadora.

8.- El grave deterioro de la capacidad adquisitiva de la población como producto de la contención salarial y el alza desproporcionada de los costos de salud en el mercado privado, imponen nuevas cargas a los ya de por sí ineficientes sistemas de salud pública, con la consecuente reaparición o repunte de enfermedades denominadas de la pobreza, y derivadas de la desnutrición, que el Banco mundial evalúa con certera profusión al medir los años de vida productiva que se pierden en el tercer mundo, como resultado de enfermedades lesiones o muertes de una gran proporción de la población que mantiene a América Latina en un círculo vicioso de desnutrición, enfermedad, ineficiencia, pobreza, etc. y esto aunque sea visto con un criterio eminentemente financiero, al medir tales años de vida perdidos en el caso de un País y ver los millones de

años que suman las estadísticas de enfermos y muertos por más de ciento cincuenta enfermedades, o padecimientos evitables, no se puede más que reconocer que el costo social de esta situación es desproporcionadamente mayor que la inversión de corregir esta situación previniendo.

9.- La falta de inversión en medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, sobrecarga más la deficiente infraestructura de salud y sobrecarga el gasto de recuperación de salud o de inversiones innecesarias en terapias de elevadísimos costos, como operaciones cardiovasculares, o de extracción de tumores cancerígenos derivados de consumos de sustancias como el tabaco, alcohol, pero sobre todo desde el ángulo de la Organización Mundial de la Salud priva de lo que llama falta de externalidades o sea los ahorros, que por ejemplo se dan al invertir un estado en vacunar a la población , evitándose epidemias, contagios, costos enormes de atención a enfermos contagiosos; **sale muchísimo mas barato prevenir que remediar.**

10.- La planeación, organización, dirección y control del sistema de salud requiere, desde luego, de un incremento sustancial de la proporción del producto interno bruto dedicada al gasto público en salud, pero eso no es garantía de mayor eficiencia, por lo hasta aquí analizado, producto de acciones de grupos de presión, de poder, presiones internacionales de todo tipo, pero sí es condición indispensable, que unida a medidas de democratización del sistema de salud y a educación de la población para hacerse más consciente y responsable del cuidado de la salud, empezando por cada individuo, luego cada familia, y después los distintos conglomerados sociales, urgen un cambio en el paradigma y en los modelos públicos de salud en vigor en este País, en este momento.

## **CAPITULO 2**

### **ANTECEDENTES DEL DERECHO A LA SALUD**

## **A).- En la Comunidad Internacional.**

### **A.1.- ¿Derecho a la Salud o Derecho a la Protección de la Salud?**

En el Capítulo anterior ofrecimos aclarar esta interrogante, en virtud de que nuestra Constitución se refiere a "derecho a la protección de la salud" en su Artículo Cuarto, Párrafo Cuarto donde dice: "..... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme lo dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."

Virginia A. Leary, J. D. Profesora de Leyes de la Universidad Estatal de Búffalo Nueva York, en un artículo titulado "The Right to Health in International Human Rights Law", que traducimos como : "El Derecho a la Salud en la Ley Internacional de Derechos Humanos", que publica la revista "Health and Human Rights" Vol. 1 No. 1 de Otoño de 1994, hace un interesante análisis de la expresión "derecho a la salud" como un nombre taxonómico, para este derecho, aunque reconoce que es una "expresión Taquigráfica" de la expresión "derecho a la protección de la salud": *Cuando uno oye por primera vez la frase Derecho a la Salud, suena muy extraño. No es una expresión común en los Sistemas Legales Nacionales y no es un término familiar a muchos en el campo de la medicina y la salud pública. Sin embargo, hay una cantidad de referencias al Derecho a la Salud (y cuidado de la salud) en la literatura filosófica, y empieza a ser familiar el término en el contexto de los derechos humanos internacional. Superficialmente, (el Derecho a la Salud) parece presumir que el Gobierno o las Organizaciones Internacionales o los individuos deben garantizar a una persona su buena salud. Esta interpretación es obviamente absurda, y la frase no significa esa interpretación en el contexto de la Ley de Derechos Humanos.*

*.....el término derecho a la salud frecuentemente se usa en el contexto de los derechos humanos como una expresión taquigráfica, y se refiere al lenguaje más detallado que está contenido en los tratados internacionales y principios fundamentales de derechos humanos. La terminología precisa (derecho a la salud), sin explicación adicional, no se usa en la mayoría de las convenciones o tratados relacionados con la salud. Los siguientes ejemplos, entre muchos posibles, evidencian el uso extensivo de el derecho a la salud—en el sentido descrito arriba— por las Organizaciones Internacionales, órganos de derechos humanos, y académicos legales:*

1. El Comité de Derechos Culturales, Sociales y Económicos, que monitorea la aplicación del Convenio de Derechos Culturales, Sociales y Económicos (de aquí en adelante el Convenio Económico), tuvo un día de discusión general sobre el Derecho a la Salud el 6 de diciembre de 1993, enfocado al significado a atribuirle al artículo 12 de este Convenio el cual establece los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

2. Una publicación de la Organización Mundial de la Salud de 1993 titulada *Derechos Humanos en relación a la salud de la mujer*, contiene un conjunto de referencias a los derechos a la salud de las mujeres, y considera el significado de este derecho por las referencias detalladas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el Pacto Económico, la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (de aquí en adelante la Convención de las Mujeres), y la Convención Sobre los Derechos de El Niño (de aquí en adelante "Convención de los Niños").

3. En 1989 la Organización Panamericana de la Salud publicó un estudio profundo sobre el Derecho a la Salud en las Américas, editado por dos abogados con una extensa experiencia en la Ley de Salud. En apoyo a la existencia del derecho a la salud como un derecho legal en la Ley Internacional, ellos citan con detallada profusión la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

4. En la misma publicación de la Organización Panamericana de la Salud el Juez Thomas Buergenzal escribió un artículo titulado *Ley de Derechos Humanos Internacional e Instituciones*.<sup>24</sup> Se refiere en algunas ocasiones al derecho a la salud como lo trata en varios instrumentos internacionales de derechos humanos.

5. En 1978 la Academia de Leyes Internacionales y la Universidad de las Naciones Unidas organizó un taller multidisciplinario sobre el derecho a la salud como un derecho humano con participantes de las áreas de Leyes, Medicina, Organizaciones Económicas e Internacionales. Y estableció la frase *derecho a la salud* dentro del contexto de los derechos humanos internacionales y trajo la atención a las fuentes del Derecho....<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Leary Virginia, J.D. *The Right to Health in International Human Rights Law. Health and Human Rights*, Vol. 1, No. 1 Fall. Boston, Ma. E.U.A.

Aquí en México cuando fué sometido a la consideración del Congreso el anteproyecto de inclusión en la Constitución en el Artículo Cuarto, como consta en el diario de debates, la propuesta hecha por el Ejecutivo consideraba la expresión Derecho a la Salud, pero en las discusiones y deliberaciones fué modificada esa expresión utilizándose en su lugar la de "el derecho a la protección de la salud" bajo el argumento de que nadie puede garantizar a nadie la salud y que en todo caso el compromiso del Estado consiste en garantizar la protección a la salud como un derecho humano; sin embargo, para propósitos académicos como queda asentado anteriormente, se ha ya internacionalizado la expresión "derecho a la salud"; por lo que nos acogemos a esta "Convención Internacional" como una expresión taxonómica de la contenida en el Artículo Cuarto Constitucional de Derecho a la Protección de la Salud.

## **A.2 Organización Mundial de la Salud:**

### **Antecedentes:**

En la tesis profesional para la Licenciatura en Derecho en 1970 Kupfer Sierra Alfredo titulada "El Derecho a la Salud a la Luz de los Tratados Internacionales" escribió citando a L.A. Podesta Costa, en su libro de Derecho Internacional Público, los siguientes antecedentes:

- a) El primer intento de internacionalización de las soluciones a los problemas de salud pública, se dió el 23 de julio de 1851 en París, en donde se reunieron los principales países europeos en una Conferencia Sanitaria Internacional sobre enfermedades epidémicas y medidas de cuarentena.*
- b) La segunda Conferencia se celebró en París en 1859 intentando un proyecto de Convenio del cual no tuvo resultados.*
- c) La tercera Conferencia se celebró en Constantinopla y versó sobre epidemias.*
- d) En 1874 en Viena, se celebra otra Convención sobre cuarentena marítima.*
- e) En 1881 en Washington se celebra otra Conferencia Sanitaria para crear un Organismo Sanitario permanente con dos oficinas, una en Viena como Oficina de Información Sanitaria para Europa, Asia y África; y, otra en La Habana para las Américas.*

- f) *Conferencia Sanitaria de Venecia en 1885.*
- g) *Conferencia Sanitaria en Roma en 1892.*
- h) *Conferencia Sanitaria en Dresde en 1893.*
- i) *Conferencia Sanitaria en París en 1894 sobre cólera.*
- j) *Conferencia Sanitaria de Venecia en 1897 sobre peste bubónica.*

*A pesar de todas estas Convenciones no había una reglamentación u organismo mundial que coordinara la actividad sanitaria.*

- k) *En 1903 en París se celebra la Conferencia Sanitaria Internacional que unifica todos los Convenios anteriores en un solo instrumento y se comisiona al Gobierno de Francia a presentar un proyecto para la creación de una Oficina Sanitaria Internacional.*
- l) *En Roma, en 1907, y cumpliendo el acuerdo de la Conferencia Sanitaria de 1903, se crea la Office International D'Hygiene Publique por los Delegados de Bélgica, Brasil, Egipto, España, Estados Unidos de América, Francia, Gran Bretaña, Italia, Países Bajos, Portugal, Rusia y Suiza, denominado el Acuerdo de Roma, la sede de dicha oficina se determinó que fuera la Ciudad de París, Francia y que funcionara como Centro Internacional de Información y Foro para intercambio de impresiones.*
- m) *En 1923 y bajo el auspicio del Pacto de la Sociedad de las Naciones, se crea un órgano denominado La Organización de Higiene.*
- n) *De 1939 a 1945 debido a la segunda guerra mundial no funcionó este órgano de la Sociedad de las Naciones.*
- ñ) *En 1945 en San Francisco California Estados Unidos de Norteamérica, Brasil y China recomiendan la convocatoria a una Conferencia General, encargada de establecer una organización sanitaria internacional, cuyo proyecto fué discutido en 1946 por el Consejo Económico y Social de la Asamblea y el 19 de junio de 1946 el Secretario General de las Naciones Unidas, convoca a la Conferencia para crear un organismo especializado en materia de sanidad, Conferencia que se celebró en la Ciudad de Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmando el Acta de*

*Constitución de la Organización Mundial de la Salud los representantes de 61 Estados el 22 de julio de 1946.*

*En el apartado de declaración de principios del instrumento de Constitución de la Organización Mundial de la Salud se contiene la siguiente:*

*Declaración de Principios: Los Estados Partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:*

- .- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*
- .- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social.*
- .- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.*
- .- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.*
- .- La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituyen un peligro común.*
- .- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental, la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.*
- .- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.*
- .- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.*

*.- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.*

*Aceptando estos principios con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las partes contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como Organismo especializado de conformidad con los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas.\**

El esfuerzo intencional por normar la conducta de la comunidad de naciones se plasma en el resumen que presentamos arriba, y que se formaliza con la naturaleza de un organismo intencional constituido al amparo del derecho internacional por quines han ido firmando y adhiriéndose a tal acta constitutiva. Como se desprende de la investigación realizada por el autor de esta tesis, destaca la orientación que la comunidad internacional ha tomado desde mediados del siglo pasado, para regular la conducta de la humanidad en materia de acciones preventivas y protectivas de la salud, para evitar contagios de poblaciones de otros estados o de poblaciones sanas, en países cuyas poblaciones padecen enfermedades infecto-contagiosas. Destaca también la intención de que los avances en materia científica y tecnológica relativos a la salud, sean compartidos con los Países menos desarrollados estableciendo así en forma de un organismo internacional una instancia que da el derecho a participar en los avances del desarrollo a los Países que no disponen de recursos. Sin embargo, como encontramos a través de nuestra investigación en la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, ese proceso de compartir la ciencia y tecnología de la salud se da en la realidad a través de Convenios Interinstitucionales entre los Estados que reúnen todas las formalidades y solemnidades de Convenios de Derecho Internacional.

### **A.3 La Organización Panamericana de la Salud.**

Los Antecedentes que en esta materia comenta el autor de la tesis y que en forma resumida y a manera de listado transcribimos, contienen los siguientes datos:

*a) En Río de Janeiro, Brasil en 1887 se inicia en América una Conferencia Sanitaria de carácter internacional entre Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.*

- b) *En 1888 en Lima, Perú, se reúnen los anteriores Países con Perú en una segunda conferencia.*
- c) *En 1889 en Washington, se reúne la Primera Conferencia Panamericana.*
- d) *En 1902 en la Ciudad de México, Distrito Federal se acuerda la celebración de la Primera Convención Sanitaria Internacional en Washington, D.C. en diciembre de 1902.*
- e) *En diciembre de 1902 en la Primera Convención Sanitaria Internacional Panamericana, se acuerda el establecimiento de una oficina sanitaria permanente en Washington, D.C., prorrateando los gastos entre los gobiernos de las Repúblicas americanas y se acuerda la convocación de convenciones sanitarias periódicas.*
- f) *En 1903 se celebra en la Ciudad de Washington la Segunda Convención Sanitaria Internacional.*
- g) *En 1907 en la Ciudad de México, D.F., se celebra la Tercera Convención Sanitaria Internacional y se decide establecer relaciones con la Office International D'Hygiene Publique de Paris.*
- h) *Del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910, se celebra la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional Panamericana que se ocupa de asuntos como: Enfermedades cuarentenables, vacunación obligatoria contra la viruela, campañas antipalúdicas y antituberculosas; la centralización de la Legislación Sanitaria Nacional de los diversos Países miembros y acuerdos de impulso a la investigación médica, científica y patológica.*
- i) *La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional se celebra en Santiago de Chile en 1911.*
- j) *Debido a la primera guerra mundial, se suspenden las Conferencias Internacionales, por lo que la siguiente Conferencia Internacional posterior a la primera guerra mundial se celebra en Montevideo, Uruguay en diciembre de 1920, denominándola la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional.*
- k) *En Santiago de Chile, en 1923, la Quinta Conferencia Internacional de los Estados Americanos, decide que la Oficina Sanitaria Internacional prepare un proyecto de Código Internacional de Legislación Marítima que a su vez fué la base para el Código Sanitario Panamericano.*

*l) En noviembre de 1924, en La Habana, Cuba, se reúne la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana en donde se ratifica el Código Sanitario Panamericano, adoptado ad-referéndum el 14 de noviembre de 1924, mismo que fué ratificado en diferentes años por los Países de América, por lo que hasta el 30 de junio de 1936 anunció el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que el Tratado Internacional que es el Código Sanitario Panamericano, había sido ya ratificado por todas las Repúblicas.*

*m) En Lima, Perú en octubre de 1927, se celebró la octava Conferencia Sanitaria Panamericana que aprobó un protocolo anexo al Código Sanitario Panamericano.*

*n) En noviembre de 1934 se celebró la novena Conferencia Sanitaria Panamericana, en donde una de sus resoluciones fué la aprobación del Código Sanitario Panamericano y otra fué la aprobación de la Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana.*

*o) En septiembre de 1938 se celebra la décima Conferencia Sanitaria Panamericana en Bogotá, Colombia.*

*p) En Río de Janeiro, Brasil, se efectúa la décima primera Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 1942, que toma acuerdos de colaboración en materia sanitaria civil y militar con motivo de la segunda guerra mundial.*

*q) En enero de 1947 se celebra la décima segunda Conferencia Sanitaria Panamericana en Caracas, Venezuela. Los principales acuerdos en esta Conferencia fueron la reorganización de la Oficina Sanitaria Panamericana y la aprobación del procedimiento para concertar el acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, este último fué sometido a la aprobación de la Primera Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en 1948 y después de negociaciones entre las directivas de ambas Organizaciones, el 24 de mayo de 1949 en Washington, D.C., Estados Unidos de Norteamérica, los Directores de ambas Organizaciones firmaron finalmente el acuerdo cuyo resumen de los puntos más relevantes es el siguiente:*

*- La Organización Sanitaria Panamericana representada por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, se integrarán a la Organización Mundial de la Salud, cuando por lo menos 14 Países Americanos hayan ratificado la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, condición que se*

*cumplió el 22 de abril de 1944, por lo que en 11 artículos se determina la forma y procedimientos para la integración y operación de la Organización Panamericana de la Salud con sus órganos respectivos como Organismo Regional de la Organización Mundial de la Salud.*<sup>25</sup>

Como se puede apreciar con posterioridad a la terminación de la Segunda Guerra Mundial, los Países que constituyeron la Organización de las Naciones Unidas, estaban con la absoluta conciencia y claridad de que la única forma de garantizar la paz y el desarrollo de las Naciones, era la colaboración en todos los ámbitos de la actividad humana entre las Naciones, aunque cada País entendiera de diferente manera su contribución y difiriera a su vez en las expectativas sobre dicha colaboración y cooperación internacional, como se mostró posteriormente en el funcionamiento de los Organismos Internacionales, pues una vez pasado el calor emotivo de los acuerdos de cooperación, se empezaron a visualizar concepciones jurídicas que trataban de evitar la constitución de un organismo supranacional a los Países participantes que comprometiera la soberanía de los Estados integrantes de la Organización de las Naciones Unidas, motivo por el cual los Tratados Internacionales en los diversos ámbitos que garantizaran los derechos civiles, culturales, económicos y sociales, se llevaron un periodo de más de 20 años de discusiones para su aprobación y en algunos casos más de 40 años para su ratificación para entrar en vigor como Tratados Internacionales ratificados.

Virginia A. Leary J. D. en el artículo suprarreferido hace un análisis somero de lo que denomina disposiciones legales internacionales y nacionales en materia de salud y en el apartado de disposiciones internacionales expresa lo siguiente:

*Un gran número de Tratados y Declaraciones Internacionales usan el lenguaje de derechos al referirse a asuntos de la salud. Por lo que se citan en esta sección solamente aquellos párrafos de los artículos que usan la terminología de derechos. Algunos de estos mismos artículos contienen párrafos adicionales que listan medidas a tomarse por los Estados Partes para asegurar el disfrute de tales derechos" .....*

---

<sup>25</sup> Kupfer Sierra Alfredo *El derecho a la Salud a la Luz de los Tratados Internacionales*. Tesis profesional de Licenciatura en Derecho. Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1970.

.....Aún cuando la declaración universal de los derechos humanos de 1948 no es un Tratado, la mayoría de sus disposiciones son consideradas por los estudiosos del derecho como constituyendo leyes internacionales consuetudinarias. El artículo 25 de la declaración dice: 1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2.- La maternidad y la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".....

.....La terminología de la constitución de la Organización Mundial de la Salud ha inspirado las disposiciones de varios Tratados:

- *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*

*El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*

- *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*

*Artículo 12. 1.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

- *Convención sobre los Derechos del Niño.*

*Artículo 24. 1.- Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto estándar posible de salud.*

- *Carta Africana de Derechos Humanos y de Gentes,*

*Artículo 16. Todo individuo debe tener el derecho a disfrutar el mayor estado posible de salud física y mental.*

*La declaración de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia, en la declaración de Alma-Ata adoptada en la*

*Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de la Salud en 1978, también usan un lenguaje similar:*

*1.- La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante para todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además de la salud.*

*Debe notarse que el uso de la terminología, el más alto estándar posible, en estos documentos presupone un estándar no absoluto, sino razonable. También, la terminología de la constitución de la Organización Mundial de la Salud enfatiza el elemento esencial implícito en la frase taquigráfica derecho a la salud al referirse a la no discriminación en base a raza, religión, creencias políticas, económicas, o condiciones sociales. Se reitera el énfasis de la no discriminación en relación a la salud en las siguientes Convenciones sobre discriminación.*

- *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.*

*Artículo 5. .... e) .... iv. Establece que los Estados Partes se comprometen a prohibir y a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y garantizar el derecho a la salud pública, a la asistencia médica y a la seguridad social y los servicios sociales.*

- *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres*

*Artículo 11. 1).... f) Establece que los Estados Partes deberán tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra las mujeres en el disfrute de el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluyendo la salvaguarda de las funciones de reproducción.*

*El Artículo 12 de la misma Convención establece que deben tomarse todas las medidas apropiadas por los Estados Partes para eliminar la discriminación contra las mujeres en el campo del cuidado de la salud para asegurar sobre la base de igualdad entre el hombre y la mujer, el acceso a los servicios de cuidado a la salud, incluyendo aquellos relacionados con la planeación familiar.*

*El protocolo adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) usa la terminología precisa **derecho a la salud**. El artículo 10 titulado Derecho a la Salud, dice: 1) Todo mundo debe tener el derecho a la salud, entendido que significa el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2) Para asegurar el ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes acuerdan reconocer la salud como un bien público.*

*La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre contiene el siguiente lenguaje similar:*

*Artículo XI: Toda persona tiene el derecho a la preservación de su salud a través de medidas sociales y sanitarias relacionadas con la alimentación, vestido, vivienda y cuidado médico, hasta el grado que lo permitan los recursos públicos y de la comunidad.*

*Como quedó establecido antes, estas disposiciones emplean una amplia variedad de terminología: Algunos usan derecho a la protección de la salud"o derecho a la preservación de la salud". Otros intercalan lenguaje adicional entre los términos de derecho y salud. Naturalmente, cuando un Tratado particular o Declaración se considera para aplicarse en un caso concreto, el lenguaje específico de la disposición involucrada debe ser referido así, más que al concepto general de derecho a la salud".<sup>26</sup>*

De lo hasta aquí analizado y congruentes con lo que establece el Artículo 133 Constitucional, que a la letra dice: "Esta Constitución, las Leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con la aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los Jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, Leyes y Tratados a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o Leyes de los Estados". México ha firmado Tratados Internacionales generales y particulares en materia de salud que constituyen lo que en Derecho Internacional Público conforma lo que se denomina el Derecho Internacional de la Salud; Alberto Székely en el Tomo I del Estudio Introdutorio sobre Instrumentos Fundamentales de Derecho Internacional Público, edición 1989,

---

<sup>26</sup> Leary Virginia J.D. *The Right to Health in International Human Rights Law*. Health and Human Rights, Vol. 1. No.1 Fall. Boston, Ma. E.U.A.

de la Universidad Nacional Autónoma de México, compila los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos dentro de los cuales está incluido el derecho a la salud, de los que México es Estado Parte y que por obviedad tomamos del capítulo de Virginia Leary arriba citada, y que desarrollaremos con más amplitud en el Capítulo 7 de Análisis de la Normatividad Internacional en Materia de Salud e Instituciones a Cargo de su Ejecución.

## **B) En México.**

Ana Teresa Ramírez Gaytán en Tesis Profesional para la Licenciatura en Derecho en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP) "Acatlán" de la Universidad Nacional Autónoma de México titulada "El Derecho a la Protección de la Salud en México como un Cometido Social", desarrolla este tema con profusión, iniciando desde la época Prehispánica, posteriormente analiza la época de la Colonia, luego el periodo de la Independencia, una siguiente etapa la de la Revolución y culmina su profuso análisis con lo que llama el Derecho Moderno a la Salud posterior a la culminación de la segunda guerra mundial.

De los datos desarrollados por Ana Teresa Ramírez Gaytán y con el propósito de apoyarnos en el trabajo por ella realizado, haremos un resumen a manera de listado de los hallazgos que en materia de desarrollo del derecho a la salud plasma en su trabajo, por lo que sólo se destacan los siguientes puntos:

### *"Epoca Prehispánica:*

- *"El deber moral del monarca Azteca de ayudar a los necesitados"*
- *"Había actos populares en los que la población ayudaba a satisfacer las necesidades de salud del grupo al que pertenecía".*
- *"Había hospitales para desahuciados".*
- *"Había asilos para niños".*
- *"Había asilos para guerreros".*

- *"Había asilos para ancianos".*
- *"La salud era una responsabilidad social y de la familia".*
- *La salud estaba centrada básicamente en prácticas de herbolaria mezclada con ritos mágicos".*

#### La Colonia:

- *El conquistador trajo enfermedades infectocontagiosas no existentes en América, como la viruela, sífilis y otras".*
- *El conquistador aportó legislación para autorizar la práctica de la medicina, boticarios, embalsamadores, curanderos y aficionados, herbolarios y parteros para regular el ejercicio de estas profesiones".*
- *Las órdenes religiosas construyen hospitales con diversas especialidades, tanto para los propios sacerdotes como para la población menesterosa".*
- *Los gremios de artesanos apoyados por organizaciones religiosas fundan instituciones de beneficencia para su socorro".*
- *En 1804 se introdujo la aplicación de la vacuna contra la viruela, encontrando por este medio una solución a un problema que diezmó en los tres siglos anteriores a poblaciones enteras de indígenas".*
- *La medicina social era practicada por órdenes monásticas al amparo del concepto de caridad cristiana, pero no como un derecho para los usuarios".*

#### Independencia:

- *El Decreto Constitucional para la libertad de la América Mexicana Constitución de Apatzingán de 1814"en su artículo 118 establece que: Que eran atribuciones del Supremo Congreso aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos".*
- *"La Constitución de 1824 no se ocupó de la salubridad".*

- *Las Constituciones centralistas de 1836 y 1843 asignaban al Ayuntamiento y a las Asambleas Departamentales, la materia de salubridad pública.*
- *"En 1846 se crea un Consejo Superior de Salubridad".*
- *"En 1855 se establece el primer hospital militar".*
- *En 1860 durante la intervención extranjera y el Imperio de Maximiliano, llegan a México gran cantidad de especialistas médicos franceses".*
- *"En 1866 Eduardo Huet crea una escuela para sordomudos".*
- *"En 1867 se establece un hospital de la infancia".*
- *"En 1870 se abre una escuela para ciegos".*
- *Los médicos mexicanos asistían al extranjero, en especial a Francia, para perfeccionar sus estudios y adquirir nuevas técnicas".*
- *En 1872 se crean las juntas de salubridad de las Entidades Federativas y juntas de sanidad de puertos".*
- *En la época de Porfirio Díaz se crea la Dirección de Beneficencia Pública para mejorar las instalaciones, programas, capacitación y nivel científico del personal de las Instituciones de Asistencia".*
- *"En 1881 se reglamenta el funcionamiento de las Instituciones de Asistencia Privada".*
- *"El 15 de julio de 1891 se promulga el primer Código Sanitario Federal".*
- *"En 1894 se expide el segundo Código Sanitario Federal".*
- *En 1899 se expide la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales".*
- *En 1902 se expide el tercer Código Sanitario Federal y se crea el Consejo Superior de Salubridad que desarrolla actividades de administración pública sanitaria y reglamentación de la misma".*

- *"En 1905 se crea el Hospital General".*
- *En 1908 se reforma la fracción XXI del Artículo 73 Constitucional para facultar al Congreso Federal en algunas materias que no eran de su competencia, entre las cuales se incluyó la de Salubridad General de la República, como un concepto opuesto por deducción al de Salubridad Local".*
- *En 1908 se distribuye a los Estados vacuna antivariolosa ante un brote de epidemia de alta mortalidad que provocó un descenso de la población, pues las muertes superaron a la natalidad hasta 1910".*

#### La Revolución:

- *Debido al conflicto bélico, las acciones de asistencia pública pasaron a un plano secundario padeciendo todo el territorio nacional hambre, miseria y epidemias de tifo, sarampión, paludismo y tos ferina entre otras".*

#### Post-Revolución:

- *En 1917 se expide la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado conteniendo la creación del Departamento de Salubridad, asignándole funciones de legislación sanitaria del País, política sanitaria de puertos, costas y fronteras; medidas contra el alcoholismo y epidemias; preparación de vacunas, sueros preventivos y curativos; vigilancia sobre uso y venta de sustancias venenosas; inspección sobre sustancias alimenticias, drogas, y realización de Congresos Sanitarios; depende del Ejecutivo Federal y por ende federaliza las materias de sus funciones. Se adiciona la fracción XVI del Artículo 73 que señala las funciones del Consejo de Salubridad General".*
- *"En 1926 se expide el cuarto Código Sanitario".*
- *En 1929 Emilio Portes Gil funda la Asociación Nacional de Protección a la Infancia para brindar protección y atención en casos de enfermedad, horfandad o mendicidad".*
- *En 1929 se funda la Asociación Privada denominada La Gota de Leche para proporcionar desayunos a niños desnutridos en la Ciudad de México".*
- *"En 1934 se expide el quinto Código Sanitario".*

- *En 1936 se establece el Servicio Médico Social obligatorio para los futuros profesionistas Médicos.*
- *En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública fusionando la Beneficencia Pública y el Departamento de Asistencia Social Infantil.*
- *"En 1949 se expide el sexto Código Sanitario".*
- *"En 1954 se expide el séptimo Código Sanitario".*
- *"En 1973 se expide el octavo Código Sanitario".*

*Protección a la Salud en el México Moderno:*

- *En 1925 se crea la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro para atender a los Trabajadores del Estado sin incluir seguro médico".*
- *En 1943 Manuel Avila Camacho crea por Decreto, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, fusionando la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad".*
- *"En 1943 se promulga la Ley que crea al Instituto Mexicano del Seguro Social".*
- *En 1947 se expide el Reglamento de la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, en el cual se otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad de organizar, administrar, dirigir y controlar la salud, asistencia y beneficencia pública, impartida tanto por el Estado como por las Instituciones Privadas".*
- *En 1954 se crea la Comisión Nacional de Hospitales y se encomienda a la Secretaría de Salubridad y Asistencia los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias con fondos del Gobierno Federal y de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública".*
- *En 1959 se expide la Ley que crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado abrogando la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, brindando también ya atención médica a los trabajadores".*

- *"En 1962 fué promulgada la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas".*
- *En 1977 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal establece el sector salud como una forma de agrupar bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia tanto las Instituciones que dependen del Poder Central en materia de salud, como las Entidades Paraestatales en el campo de la salud".*
- *En 1981 se crea por Acuerdo Presidencial la Coordinación de los Servicios de Salud como una unidad de asesoría y apoyo de la Presidencia de la República".*
- *En 1983 se agrega el párrafo cuarto del Artículo 4o. Constitucional que dice: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución".*
- *En 1983 se integra un gabinete de salud compuesto por los titulares de las Secretarías de Salubridad y Asistencia, de Programación y Presupuesto y de la Contraloría, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y el Desarrollo Integral de la Familia".*
- *En 1984 se publica la Ley General de Salud que deroga el Código Sanitario de 1973, excepto a lo relativo a disposiciones de salubridad local, hasta la expedición de las Leyes correspondientes de cada Estado, y abroga la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República de 1934, así como otras disposiciones de menor importancia".<sup>27</sup>*

Es de destacar, como se desprende de la investigación realizada por Ana Teresa Ramírez Gaytán, que a nivel Constitucional las primeras Cartas Magnas de corte federalista no se ocuparon de la salubridad y que son las Constituciones Centralistas las que primero consideran importancia a este rubro de Gobierno, asignando la atención del mismo a los Ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales. Asimismo, hasta fines del siglo pasado, es decir en 1891, se inicia el proceso de Centralización como materia federal al

<sup>27</sup> Ramírez Gaytán Ana Teresa. *El Derecho a La Protección de La Salud en México Como un Cometido Social del Estado*. Tesis Profesional de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.

promulgar el Primer Código Sanitario Federal, proceso que continúa a lo largo de todo el siglo XX y es hasta 1983 con la modificación de la Constitución, en el Párrafo Cuarto del Artículo 4o. Constitucional, en donde se establece la concurrencia entre Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general y a partir de ahí, se inicia el trámite de Federalización que es la terminología con que se designa el actual proceso de Descentralización Administrativa a los Estados de la materia de salubridad general.

Manuel Luis Junco Lavín en Tesis Profesional para la Licenciatura en Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México titulada "El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo", en el Capítulo 2o., Antecedentes Históricos, hace también un estudio de este tema, dividiendo en cuatro periodos: la Colonia, la Independencia, el Porfiriismo y la Constitución de 1917.<sup>28</sup>

En términos generales reproduce los antecedentes históricos considerados en el apartado anterior, destacando solamente el análisis que hace respecto a las Leyes de Reforma en donde destaca cómo en 1857 y en 1861 se secularizan los cementerios y camposantos, hospitales y establecimientos de beneficencia, quedando bajo la inspección de los Gobiernos locales, y en el Distrito Federal se encomienda al Consejo Superior de Salubridad dicha inspección, con la única intención de restar poder a la iglesia, ya que el asilo a los necesitados y la cura de enfermos no se afectó por estas Leyes, aunque observa que después de la revolución de Tuxtepec, muchos de los preceptos de las Leyes de Reforma pasaron a ser letra muerta.

A mi juicio, el análisis más interesante que plantea en el apartado de antecedentes Manuel Luis Junco Lavín, es el proceso de centralización que se va dando en la Legislación Sanitaria, en su opinión, al margen de la Constitución, pues los diversos Códigos van asignando a la Federación materias en las que el Gobierno Federal carecía de facultades al amparo del término "salubridad general" y hasta el Código de 1955 por primera vez se define explícitamente el término "salubridad general" en su Artículo 30, tema que analizaremos con más amplitud en el Capítulo 4 Análisis de las Obligaciones en Materia Sanitaria y de Salud Pública de los Niveles de Gobierno Federal, Estatal y Municipal, pero que desde luego contrasta con la

---

<sup>28</sup> Junco Lavín Manuel Luis. *El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo*. Tesis Profesional para la Licenciatura en Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México, México D.F. 1983

tendencia iniciada en la década de los 80's, en especial por lo que toca a la materia salud, de regresar a los Estados y a los Municipios la atención administrativa de los problemas de sanidad y salubridad conservando la Federación el proceso normativo y de coordinación de las acciones de atención a la salud pública.

## **CAPITULO 3**

### **ANALISIS DE LA NORMATIVIDAD JURIDICA DE LA SALUD EN MEXICO.**

## **A. Normatividad Constitucional:**

El Maestro José Francisco Ruiz Massieu en el estudio titulado "El Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado", publicado por la Organización Panamericana de la Salud y cuyos editores son Hernán L. Fuenzalida-Puelma/Susan Scholle Connor, en el Capítulo de Análisis de México proporciona una síntesis que denomina "Enfoque Histórico del Derecho a la Salud en las Constituciones y en la Legislación Mexicana", haciendo una revisión sumaria de las diversas disposiciones constitucionales en lo referente a la salud.

### *"Síntesis histórica de los antecedentes y revisiones Constitucionales*

*A pesar de que el Estado mexicano es aún muy joven, puesto que su vida independiente apenas alcanza a los 175 años, la historia constitucional mexicana es basta en su producción tanto cualitativa como cuantitativamente....*

### *Importancia de la Constitución vigente en el Sistema Legal:*

*A partir de 1917 el constitucionalismo mexicano rompe con los lineamientos clásicos del constitucionalismo moderno. Los derechos sociales contenidos en la Constitución misma, revitalizan la Ley máxima y el sistema jurídico, ofreciendo al poder público un nuevo ambiente de actuación. No se trata ya únicamente de la norma suprema y fundamental que sirve de referencia a todo el orden jurídico establecido, sino que la Constitución se instaura en la ordenadora social por excelencia, tratando de lograr la plena integración de los diversos elementos que conforman la sociedad civil y que coexisten en el marco del Estado. Asimismo, representa el crisol de los sentimientos del pueblo y es símbolo inequívoco del progreso social al consagrar los más caros anhelos de los nacionales, quienes ofrendaron lo mejor de ellos para la consecución del bien público por antonomasia: la patria.*

*Por todo lo anterior, podemos señalar que la Constitución es para un pueblo y en concreto para México, la estructura orgánica que representa las decisiones políticas del Estado. En ella se manifiesta el dogma político, la organización de los poderes públicos y los principios sociales que rigen la vida nacional. Todo esto, con el fin supremo de crear para el ser humano que vive bajo ella y bajo el sistema jurídico que de ella se desprende, un lugar digno en el cual pueda desarrollar al máximo sus capacidades en coexistencia con sus semejantes.*

*Aplicación de los preceptos constitucionales programáticos:.....*

*Las Constituciones de la mayoría de los Estados, sean socialistas, capitalistas o de economía mixta, ricos o en desarrollo, han añadido a los elementos constitucionales una dimensión programática que las acentúa como proyectos sociales. Esta adición se refuerza en la aparición de los derechos sociales.*

*Las disposiciones programáticas de una Constitución sirven de estímulo y guía a los poderes públicos en su diario accionar, y representan la viva esperanza para el pueblo de que algún día serán cumplidos en la práctica.*

*Por esa misma característica de las normas programáticas que en sí encierra un principio declarativo, conduce a que no puedan hacerse valer en juicio. Por lo tanto, el ciudadano no tiene derecho a hacerlas cumplir por la vía jurisdiccional, lo que impide que la autoridad realice el contenido de las mismas de manera coactiva.*

*Es por ello que el Estado mexicano, en presencia de un derecho constitucional de la magnitud de la protección de la salud, tuvo a bien cumplimentar dicha disposición y expedir un instrumento legislativo que le diera vida plena y articulación estructural, ya que permitir que quedara como una simple declaración constitucional podría considerarse atentatorio al ser humano. En tal virtud, el derecho a la protección de la salud quedó reglamentado en un moderno texto jurídico que permite ver realizada la expresión del poder reformador de la Constitución. Dicho texto se denominó la Ley General de Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación mexicana de fecha 7 de febrero de 1984 y que entró en vigor el 1o. de julio del mismo año.....*

### **III. LA SALUD EN EL MARCO CONSTITUCIONAL VIGENTE.**

*Análisis de las Disposiciones Constitucionales Referentes a la Salud*

*Como piedra angular de nuestro sistema jurídico en el campo del derecho a la protección a la salud, se encuentra la garantía constitucional consagrada en el Artículo 4o. mediante reforma del 3 de febrero de 1983. Este precepto tiene un relevante significado, ya que por su intermedio se otorga jerarquía constitucional a uno de los derechos contenidos en la declaración universal de derechos humanos y en la declaración americana de los derechos y deberes del hombre, ambas de 1948. Además se sientan las bases del derecho a la protección de la salud como una garantía social y, por ser ésta una garantía social esencialmente programática, se marca la*

*pauta para que se establezcan los mecanismos jurídicos que permitan su efectivo cumplimiento.*

*Como lo dispone el artículo 4o. el Artículo 73 también Constitucional, complementa las disposiciones jurídicas que hacen referencia directa a la salud. Ambas normas forman la piedra angular del marco jurídico de la salud en México.*

*Al respecto, el artículo 73 que detalla las facultades del Congreso, señala en su parte conducente que el mismo tendrá autoridad:.....*

*XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república:*

*1.- El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales serán obligatorias en todo el País.*

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

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

*Además de estos preceptos, a lo largo de nuestra Constitución encontramos varias disposiciones que de manera indirecta inciden en la protección de la salud, pudiendo mencionar los artículos 3, 11, 16, 38, 73, 115, 117 y 123.*

*El Artículo 3, hace referencia al analfabetismo al señalar:*

*La educación que imparta el Estado-Federación, Estados, Municipios-, tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria y la conciencia de solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia:*

*I. Garantizada por el Artículo 24 la libertad de creencias, el criterio que orientará a dicha educación se mantendrá por completo ajeno a cualquier doctrina religiosa y, basado en*

*los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, la servidumbre, los fanatismos y los prejuicios....*

*El Artículo 11, se refiere a las limitaciones a la libertad de tránsito que impongan las leyes por salubridad general de la república al señalar:*

*Todo hombre tiene derecho para entrar a la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto y otros requisitos semejantes. El ejercicio de este derecho estará subordinado a las facultades..... de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan a las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República.....*

*El Artículo 16, establece la facultad que tiene la autoridad administrativa para cerciorarse de que se han cumplido con los reglamentos sanitarios, al señalar:*

*Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento..... La autoridad administrativa podrá practicar visitas domiciliarias únicamente para cerciorarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios.....*

*El Artículo 38, hace referencia al alcoholismo cuando señala que los derechos o prerrogativas de los ciudadanos se suspenden: ..... IV. Por vagancia o hebridad consuetudinaria, declarada en los términos que prevengan las leyes.*

*El Artículo 73, que define las facultades del Congreso, hace referencia a la contaminación ambiental y al alcoholismo al señalar:.....*

*XVI..... 4. Las medidas que el Consejo de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;*

...

*XXIX. Para establecer contribuciones:*

...

**5. Especiales sobre:**

...

**e) Aguamiel y productos de su fermentación.**

...

**g) Producción y consumo de cerveza.**

*El Artículo 115. hace referencia al agua potable, alcantarillado, y servicio de limpieza al señalar lo siguiente:*

*Los Estados adoptarán para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa, el municipio libre, conforme a las bases siguientes:*

...

*III. Los Municipios, con el concurso de los Estados cuando así fuere necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos:*

**a) Agua potable y alcantarillado;**

...

**c) Limpia.**

...

**f) Rastro...**

*El Artículo 117 hace referencia al alcoholismo cuando señala que los Estados no pueden, en ningún caso,*

**IX. Gravar la producción, el acopio o la venta del tabajo en rama, en forma distinta o con cuotas mayores de las que el Congreso de la Unión autorice.**

*El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados dictarán, desde luego, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.*

*El Artículo 123, hace referencia a la salud ocupacional, siendo rico en disposiciones que tienden a la protección de la salud del individuo. Las pertinentes al respecto son:*

*Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil: Al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la Ley.*

*El Congreso de la Unión, sin contravenir a las bases siguientes, deberá expedir Leyes sobre el trabajo, las cuales regirán:*

*A. Entre los obreros, jornaleros, empleados, domésticos, artesanos, y de una manera general, todo contrato de trabajo:*

...

*V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de 6 semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y 6 semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieran adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de la lactancia, tendrán los descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos:*

...

*XII. Queda prohibido en todo centro de trabajo; el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juegos de azar;*

...

*XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la*

*indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las Leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario;*

*XV. El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y el producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las Leyes contendrán al efecto, las sanciones procedentes en cada caso;*

...

*XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares;*

...

*B) Entre los poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores:*

...

*XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:*

*a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.*

*b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la Ley.*

*c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y otros dos después del mismo, debiendo percibir su*

salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayuda para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

d) Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicina, en los casos y en la proporción que determine la Ley...

Concepto de la salud en la Constitución vigente....

Es preciso señalar que la Constitución como Ley fundamental no ha contemplado el concepto de salud, abordando el tema exclusivamente desde el ángulo de la salubridad. Es recién, por medio de la adición realizada a la Constitución vigente de 1917, publicada en el Diario Oficial de la Federación mexicana el 3 de febrero de 1983, que se incluye el derecho a la protección de la salud. Sin embargo, tampoco en este caso se precisa el concepto de salud. Esta omisión se debe a que, por una técnica constitucional propia de México, la Constitución no contiene en sí definiciones y, el derecho a la protección de la salud, no fué excepción.

Es en esta tesitura que no podemos hablar de un concepto de salud en el orden constitucional mexicano, limitándolo a la expresión del artículo correspondiente.

Al no encontrarse definiciones precisas respecto al concepto de salud en el texto de la Constitución, México optó por seguir de una manera doctrinal el concepto vertido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), suscrita en Nueva York el 22 de julio de 1946, en donde se expresa que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es así como este concepto ha sido mencionado en la exposición de motivos que el titular del Poder Ejecutivo Federal elevó al Congreso de la Unión, con el fin de articular el derecho a la protección de la salud. Es así también, como se llega a la conclusión de que:

La salud no es un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, ni acrecentar, ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular.

*Resulta interesante mencionar una última característica de la técnica constitucional mexicana. De acuerdo con la tendencia propia del constitucionalismo moderno, las normas constitucionales son de carácter muy general. Esto hace necesario desglosar y articular sus principios en leyes secundarias derivadas de las mismas.*

*Sin embargo, dentro de su generalidad es posible comentar los aspectos más relevantes del contenido del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que a la letra menciona:*

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.*

*De este Artículo es posible derivar los siguientes principios:*

- Se consagra un derecho social que sobrepasa del concepto de garantías individuales. Más aún, no se deja al arbitrio de la autonomía de la voluntad; su titular puede ejercerlo libremente, y el Estado tiene la obligación de hacerlo realidad ya en forma directa, ya en coordinación con el sector público, o concertadamente con los sectores social y privado.*
- El derecho a la protección de la salud encierra un principio integral en su cobertura; es universal y protege a todo ser humano por el mero hecho de serlo, sin necesidad de otro requisito.*
- Se trata del derecho a la protección de la salud y no de la simple expresión derecho a la salud, la cual es utópica e inaplicable, toda vez que en este caso no habría un posible obligado a otorgar la protección de la salud per se.*
- La parte central de la garantía consiste en el acceso a los servicios de salud, los cuales son prestados tanto por el Estado, como por las organizaciones particulares dentro del ámbito de la sociedad civil, bajo la dirección del poder público.*
- Se logra la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas, logrando que se descentralice la operación de los rubros de la salubridad general a estas últimas. Con esto se permite regresar al esquema sanitario original que nace como una materia típica municipal, y se trata de buscar soluciones a los problemas sanitarios en el mismo lugar donde se originan. Con esta visión federalista y descentralizadora, se abre en*

*México una nueva perspectiva en cuanto a los servicios de salud imponiéndoles nuevas pautas que fortalecerán tanto a la materia sanitaria como el pacto federal.*

*- Finalmente, no está de más mencionar que la articulación de materias y su desglose se hace con plenitud en la Ley reglamentaria del propio Artículo que es la Ley General de Salud.*

*En otro sentido, es a partir de la consagración del derecho a la protección de la salud que los mencionados principios fueron incorporados al régimen constitucional mexicano. En este momento histórico el Estado asume la rectoría de la política de salud, y su función de coordinador y proveedor de los servicios para la prevención, fomento y recuperación de la misma. Sin embargo debe puntualizarse que mucho antes de la inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución Federal Mexicana, el Estado prestó servicios de salud a la población, como política superveniente de los principios del derecho social que rigen al Estado mexicano y han sido consagrados en su carta magna.\*<sup>29</sup>*

El Doctor José Francisco Ruiz Massieu quien fuera funcionario de la Secretaría de Salud, tomó parte en el proceso de modificación legislativa tanto de la Constitución, como de la Ley General de Salud, pero por lo que compete en este apartado, se observa el esfuerzo realizado para analizar las diferentes disposiciones constitucionales que contienen normas relativas a la salud y se observa la dispersión y por ende la necesidad de reestructurar en congruencia con el Artículo 4o. Constitucional Párrafo Cuarto, las diversas disposiciones que tienen que ver con lo que puntualmente llama el Maestro Ruiz Massieu el Derecho a la Protección de la Salud; esta dispersión evidencia que a lo largo de la vida de la actual Constitución y merced a las múltiples disposiciones modificatorias de la misma, se han ido añadiendo nuevas normas relativas a la salud, pero en forma aislada y sin una visión integral y aunque hay quienes justifican la multitud de reformas sufridas por nuestra Carta Magna bajo el argumento de que como la sociedad a la que rige es un instrumento jurídico dinámico, también hay quienes como defensores de un documento más estable argumentan que la Constitución no debe contener disposiciones normativas de naturaleza muy dinámica, sino solamente la estructura básica de derechos y

<sup>29</sup> Ruiz Massieu José Francisco en: Organización Panamericana de la Salud, *El Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989

obligaciones de los integrantes de un Estado, es decir individuos, instituciones y organismos; y por ende critican el exagerado detalle y la constante modificación de documento tan crucial como es una Constitución de un País al amparo de nuevos proyectos, programas o normas de carácter jurídico que pretenden regular fenómenos de naturaleza dinámica que no alteran la esencia ni la sustancia jurídica a la que da forma como Estado una Constitución bien estructurada.

De la transcripción del análisis del Maestro Ruiz Massieu también apreciamos una actitud de defensa y justificación de la inclusión en la Constitución en forma expresa del **derecho a la protección de la salud** o la expresión taxonómica del **derecho a la salud**. Sin embargo, da pauta para el análisis de una reflexión que a partir de la década de los 70's culmina con la observación de la Organización Mundial de la Salud de que a pesar de los avances científicos y el control de enfermedades transmisibles y contagiosas, que tales avances han logrado, la pobreza, la desnutrición, el desempleo y otras variables no han logrado un nivel aceptable de salud de la población mundial y en especial en los Países no industrializados o en proceso de desarrollo, a pesar de la profusa Legislación constitucional y por eso el acuerdo mundial que culminó con la declaración de Alma-Ata en Rusia en 1978 en donde se reconoce la necesidad de un Programa que se denominó "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"<sup>30</sup> es necesario fortalecer la realización del derecho a la salud como un derecho de todo ser humano, que a pesar de los intensos procesos de legislación internacional manifiestos tanto en Tratados generales de la Organización de las Naciones Unidas o de los Organismos Regionales como la Organización Panamericana de la Salud, así como la constitucionalización en los Países miembros sobre todo los de tradición constitucional escrita continental, para abrir un apartado en las Constituciones e incluir este derecho programático. es mucho lo que falta por avanzar en materia de protección a la salud de los niños, de las mujeres, de los ancianos y de las poblaciones vulnerables en todos los Países y esto ha provocado también que en los foros de análisis académicos promovidos por la Organización Panamericana de la Salud y a partir de 1993 por la creación en la Universidad de Harvard, de un Centro Especializado en salud y derechos humanos, se haya despertado la inquietud de considerar meramente demagógico, la inclusión a nivel

---

<sup>30</sup> International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. *Alma Ata Primary Health Care*. Publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez. Geneva Zind. 1978.

constitucional del derecho a la salud, pues desde el punto de vista de la ciencia jurídica y apoyándose en las reflexiones del jurista internacional Hans Kelzen que en diversas obras sostiene que un derecho que no tiene un obligado específico en forma correlativa y una acción coactiva como derecho para lograr el cumplimiento del obligado directo, todo será, menos un derecho jurídicamente hablando.

Por lo anterior, los editores del "Estudio del Derecho a la Salud en las Américas" Estudio Constitucional Comparado, Hernán Fuenzalida Puelma/Susan Scholle-Connor<sup>11</sup> después de hacer el estudio de 30 Constituciones Latinoamericanas en 1989 reflexionan distinguiendo entre los Países de tradición constitucional continental basadas en el tradicional Derecho Civil Romano y las codificaciones de origen francés y los Países de tradición consuetudinaria o de Common Law en donde narran el hallazgo de que prácticamente todos los Países de tradición hispana y portuguesa en Iberoamérica que siguen el modelo constitucional continental o de codificación francesa, han incluido profusas declaraciones y artículos constitucionales destinados supuestamente a proteger el derecho constitucional a la salud, pero ni en la Constitución ni en la Legislación ordinaria ni reglamentaria se encuentra claramente especificado ni un obligado directo para este derecho ni en qué consistiría la obligación correlativa del derecho a la salud, por contraste con los Países de tradición de Common Law en donde en ninguno de ellos se incluyó en la Constitución algún artículo que establezca el derecho a la salud, dándose sin embargo el caso, como en Canadá, en donde toda la población tiene derecho, a través de legislación secundaria, a servicios que satisfagan sus necesidades de salud.

Ofrecí en un apartado anterior aclarar el concepto de derecho programático y queda aquí a mi manera de ver, explicitado por qué se entiende el derecho a la salud como un derecho programático, pues no es sino una noción o buen deseo plasmado en una legislación constitucional que sin tener definida la obligación, ni definido el obligado directo, dependerá de que el ejecutivo y en su caso, el órgano legislativo a través de la elaboración de programas y presupuestos anuales, disponga de los montos que dedica a la atención de las necesidades públicas de salud el alcance pragmático que se le da a dicho derecho.

---

<sup>11</sup> Fuenzalida Puelma Hernán y Scholle-Connor Susan en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

Reconocen Fuenzalida Puelma y Scholle-Connor que México fué el primer País en el mundo, en este siglo, en sustraerse de la tradición constitucionalista liberal y dió inicio a lo que hoy se denomina **el constitucionalismo social**. Ya que en la Constitución de 1917 se establecieron disposiciones dentro de este cuerpo normativo que garantizan derechos laborales, derechos agrarios, aunque critican la profusión de disposiciones y el detalle con que se regulan tales derechos sociales, meritorios más de una Legislación secundaria que de una Constitución y que sin embargo en materia de salud en forma incongruente no regulan el detalle de establecer con claridad y precisión al obligado directo y la naturaleza de la obligación.

De lo hasta aquí analizado se observa que México en materia de Legislación Constitucional de salud se ha nutrido de dos grandes fuentes. Por una parte las necesidades sociales de pobreza, epidemias, desnutrición y diversos factores que inciden en la salud de la población, han ido obligando a los diversos niveles de gobierno, es decir, Municipal, Estatal y Federal, a ir dando respuesta no sólo programática o presupuestaria, sino también a estatuir jurídicamente disposiciones normativas que garanticen la satisfacción coordinada de las necesidades de salud y la protección sanitaria de la población. Disposiciones que se han ido plasmando desde Reglamentos Municipales, Reglamentos Estatales, Leyes locales, hasta reglamentación por parte del Ejecutivo Federal (la más profusa de todas) o Leyes Federales, pero lo más conspicuo es la inclusión en 1983 del Derecho a la Salud en términos de derecho programático, es decir sin obligación precisa, ni obligado directo.

#### **B. Legislación ordinaria:**

En la diagnosis general del análisis que hacen Hernan Fuenzalida Puelma y Susan Scholle-Connor del derecho a la salud en la Legislación ordinaria de los Países Iberoamericanos, expresan lo siguiente:

*\* La Legislación sobre temas de salud es abundante en prácticamente todos los Países de la región: Leyes, Decretos de alcance Nacional, Leyes y Decretos Estaduales en los Países de estructura Federal, ordenanzas municipales y una variedad de disposiciones regulatorias dictadas por autoridades administrativas autorizadas por Ley al efecto, dictámenes y opiniones jurídicas interpretativas.*

ESTA TIPO NO DEBE  
SALIR DE LA LEGISLACIÓN

La Legislación sobre salud, por consiguiente comprende un vasto y complejo conjunto no necesariamente armónico, coherente, coordinado o sistemático, de normas de variado tipo y rango; Leyes, Decretos, Reglamentos, Ordenanzas, Resoluciones, destinadas a regular la actividad tanto colectiva como individual de las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas y mixtas y del propio Estado en torno a la salud pública y privada de la comunidad.

El análisis de la Legislación de salud con un sentido histórico que permite estudiarla como reflejo o respuesta del medio político social a los cambios en las concepciones sociales y, particularmente, de la función o papel del Estado, puede constituir una insospechada fuente de entendimiento de las soluciones político-institucionales reguladas jurídicamente respecto de un tema social fundamental. La evolución caridad-beneficencia-asistencia social-seguridad social-bienestar, posee suficiente riqueza conceptual, ideológica, normativa, institucional, de expresión de intereses económicos y sociales, que bien puede ser estimada como un mirador desde el cual observar con perspectiva histórica de las características sociales de desarrollo y del no-desarrollo. Este enfoque político-institucional y de economía política es necesariamente macro e interdisciplinario y considera la salud como condición del progreso social general y no como problema solamente sectorial. Ciertamente, como señala Borja (Brasil), entre la pléthora de palabras y expresiones no jurídicas y de contenido médico social, florece un nuevo concepto de responsabilidad colectiva, social y estatal por la salud de las personas y los grupos sociales y regionales que implican las ideas de bienestar, desarrollo y modernización que permean la sociedad en su conjunto.

Es posible que un análisis por País y comparado de la Legislación de Salud de los Países de la región, siguiendo un marco de referencia debidamente definido y con criterios de categorización y explícitos, traiga como consecuencia que en materia de salud es donde la actividad legislativa es más amplia, variada y dinámica. Ello no será sorprendente si se toma en consideración que para el legislador los aspectos de salud están presentes en casi la totalidad de las acciones públicas, privadas, colectivas e individuales. De allí que se encuentren normas sobre salud repartidas en la Legislación sobre diversos temas, educación, trabajo, industria, agricultura, etc. El tema de salud, en sus muy diversas manifestaciones, corta horizontalmente la actividad social en general, a veces de manera directa, como en el caso de salud de los trabajadores, normas de salud pública, salud animal y sanidad vegetal; o indirecta, como en la regulación de la industria, ciertas importaciones y exportaciones. Es más, la cobertura legislativa en materia de salud es mucho más amplia que la cobertura sectorial de salud. Muchas disposiciones regulatorias que tienen incidencia en salud se originan y dictan por autoridades administrativas distintas de las de salud, como es

*el caso de los Ministerios de Trabajo, Industria y Comercio, Vivienda y Urbanismo, Comercio Exterior, incluso autoridades deportivas, etc.*

*Para ilustrar debidamente este punto, es significativo el listado de temas que incluye el " Digesto Internacional de Legislación de Salud" , que publica la Organización Mundial de la Salud, a saber:*

*I. Disposiciones Generales: (a) Códigos Generales de Salud, Leyes, disposiciones constitucionales y otras disposiciones fundamentales; (b) Organización y administración de la salud pública; (c) Aspectos económicos de la atención de la salud; (d) Investigación sobre salud; (e) Educación sobre salud; (f) Tratados internacionales y otros instrumentos legales.*

*II. Recursos humanos de salud.*

*III. Establecimientos y servicios de atención de la salud: (a) Hospitales e instituciones conexas; (b) Servicios.*

*IV. Control de enfermedades y atención médica: (a) Enfermedades transmisibles; (b) Enfermedades no transmisibles; (c) Procedimientos.*

*V. Salud dental.*

*VI. Salud familiar: (a) Salud general; (b) Salud infantil.*

*VII. Reproducción humana y políticas sobre población.*

*VIII. Atención de los ancianos y rehabilitación: (a) Atención de los ancianos y geriatría; (b) Atención de los minusválidos.*

*IX. Salud Mental.*

*X. Control del consumo de tabaco, alcoholismo, y consumo abusivo de drogas: (a) Consumo de tabaco; (b) Alcoholismo; (c) Consumo abusivo de drogas (narcóticos, sustancias psicotrópicas y otras drogas que producen dependencia).*

*XI. Factores éticos y responsabilidad profesional: (a) Factores generales; (b) Factores profesionales y personales.*

*XII. Factores relacionados con defunciones y materias conexas: (a) Muertos y moribundos; (b) Exámenes post-mortem; (c) Disposición de cadáveres.*

*XIII. Nutrición e inocuidad de los alimentos: (a) Nutrición; (b) Inocuidad de los alimentos.*

*XIV. Protección de los consumidores.*

*XV. Productos farmacéuticos e instrumental médico: (a) Productos farmacéuticos y conexos; (b) Medicina tradicional; (c) Instrumental médico.*

*XVI. Venenos y otras sustancias peligrosas.*

*XVII. Salud y seguridad ocupacional.*

*XVIII. Protección ambiental.*

*XIX. Protección contra la radiación.*

*XX. Prevención de accidentes.*

*XXI. Deportes y recreación.*

*XXII. Información y estadísticas sobre salud. Digesto Internacional de Legislación de Salud. (Organización Mundial de la Salud, publicado en idioma inglés.)*

*De la categorización temática del listado que contiene el índice de dicho Digesto puede apreciarse con claridad el espectro económico y social que cubre la salud en la actividad social. La importancia de la Legislación de Salud es única. Resulta paradójico que esta importancia no sea reconocida en las Universidades, tanto en las escuelas de Derecho como en las de Salud Pública y de Medicina. En este último caso es aún más crítico el valor de lo normativo expresado en medidas legislativas o regulatorias. Sin el adecuado marco normativo dado por un ordenamiento jurídico-administrativo debidamente dimensionado en función de políticas generales de salud y en consonancia con los intereses del sector salud y del resto del sistema institucional nacional, la viabilidad político-institucional de la estructuración de servicios de salud, sea a nivel nacional o en un nivel local, será mínima. Téngase presente que, en el nivel local se está hablando, entre otros de la jurisdicción territorial municipal. Las municipalidades son entidades de derecho público que poseen personalidad jurídica y*

*patrimonios propios y las más de las veces cuentan con autoridades elegidas democráticamente. La descentralización y desconcentración territorial y administrativa, no necesariamente sinónimos de sistemas locales de salud, de los órganos y entidades centrales o nacionales y estatales o provinciales en las estructuras federales junto con las atribuciones y responsabilidades municipales en materia de salud, hace que el solo planteamiento de la coordinación e incluso integración de servicios a nivel local, presente importantes y serios problemas jurídico-administrativos, los que se solucionarán con la culminación legislativa de una amplia discusión que supera con creces el tradicional sector salud."*<sup>32</sup>

Se cita literalmente esta opinión de Fuenzalida Puelma y Scholle-Connor porque en el proceso de investigación de los ordenamientos legales de distinta naturaleza que rigen al sector salud se encontró en la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud lo que ellos denominan el catálogo de ordenamientos en materia de salud, sala de compilación y es un catálogo de 151 páginas en las que únicamente se citan los nombres de las disposiciones que en materia federal y en diversos ordenamientos están regulando o normando la materia de salud pública en alguna de las categorías que están incluidas en el Digesto Internacional de Legislación de Salud, un ejemplar de cuyo catálogo se encuentra en el Centro de Documentación de la Secretaría de Salud en las calles de Lieja y Reforma a disposición del público para consulta y que por lo pruljo de la cantidad de disposiciones, que solamente en materia tiene 26 páginas de los nombres de Leyes Federales que tienen ordenamientos en materia de salud y van desde la Ley Federal del Trabajo, por ejemplo, hasta la Ley de Vías Generales de Comunicaciones o la Ley General de Educación o la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, sólo para mencionar algunos ejemplos o en el apartado de Convenios Internacionales en 16 páginas lista aquellos Tratados Internacionales que conforme al Artículo 133 contienen ordenamientos en materia de salud que en virtud de su ratificación por el Senado constituyen legislación interna. Asimismo, en materia de Reglamentos desde los que regulan a la Ley General de Salud como los que regulan las disposiciones de otras Leyes como por ejemplo la Ley de Pesca o Reglamento de la Ley Aduanera, o Reglamento de la Ley Agraria, listados en 17 páginas entre otros, contienen también la profusión de ordenamientos reglamentarios en

<sup>32</sup> Fuenzalida Puelma Herman y Scholle-Connor Susan en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E. U. A. 1989.

materia de salud emitidos por el Ejecutivo Federal; y así hay también un apartado de Programas del Ejecutivo Federal para el sexenio 1995-2000 que al amparo de la Ley de Planeación y por disposición del Artículo 26 Constitucional debe expedir el Ejecutivo y que contienen ordenamientos en materia de salud. Lo mismo contiene Decretos y Acuerdos tanto del Secretario de Salud como Acuerdos de Coordinación con los Estados, Convenios en materia de apoyo logístico con los Estados y normas oficiales mexicanas que también rigen como ordenamientos en materia de salud; por ejemplo, la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA-1993 sobre Salud Ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente con respecto al plomo o por ejemplo la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA-1-1993 Bienes y Servicios. Productos de la Pesca. Pescados frescos-refrigerados congelados. Especificaciones sanitarias.<sup>33</sup>

Como puede observarse de lo arriba transcrito, el estudio de la Organización Panamericana de la Salud llevado a cabo por Fuenzalida Puelma y Scholle-Connor, pareciera como si se hubieran extraído sus conclusiones del análisis de las normas y disposiciones legales reglamentarias y en general de ordenamientos en materia de salud de dicho catálogo de la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.

Asimismo la Organización Panamericana de la Salud en el documento la Condición de la Salud en las Américas, edición de 1994, volumen I, en el párrafo titulado Parlamentos y Salud, página 324, dice lo siguiente:

*\* El comienzo de la década de 1990 estuvo marcado por la realización de cuatro encuentros subregionales de parlamentarios para debatir sobre desarrollo y salud. En los diferentes encuentros se acordó mejorar el bienestar social y reorientar el gasto público haciendo hincapie en las áreas sociales; promover disposiciones legales que regulen la adquisición y calidad de medicamentos e insumos básicos; propiciar acciones para la protección del medio ambiente, particularmente en lo que hace a la eliminación de los desechos tóxicos y a la prevención de la deforestación y la contaminación, y otorga especial atención a la formulación de políticas destinadas a grupos especiales de población (menores, mujeres, ancianos, discapacitados y enfermos mentales).*

<sup>33</sup> Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. *Catálogo de Ordenamientos en Materia de Salud*. Documento de trabajo interno de la dependencia. México, 1997.

*Otra prioridad considerada por los legisladores en las cuatro reuniones fué la identificación de alternativas flexibles y adecuadas para el desarrollo de los servicios de salud y su financiamiento, que atiendan equitativamente las necesidades de la población, en particular las de los grupos más vulnerables. Por último, se destacó la necesidad de establecer mecanismos interparlamentarios de consulta que dinamisen los procesos de actualización y armonización de la legislación, para hacer frente a las exigencias de la integración en curso. El desafío es superar la etapa de identificación de áreas problemáticas y posturas críticas y adentrarse en la construcción de instrumentos que puedan modificar progresivamente la situación. En los parlamentos son las comisiones especializadas quienes detentan la potestad de tratar los diferentes temas (salud, medio ambiente, seguridad social, familia, etc.). Por lo general las comisiones tienen una composición pluripartidaria y congregan principalmente a los parlamentarios con formación en ciencias biomédicas. Una de las mayores dificultades es la falta de apoyo técnico, asesoramiento y actualización de bases de datos bibliográficos. Son muy pocos los parlamentarios que cuentan con asesores técnicamente idóneos para apoyar la labor parlamentaria de manera sistemática. La mayoría de las veces esta necesidad se cubre por asesorías particulares que no alcanzan, salvo en raras excepciones, a completar más que un período, con lo que nunca se logra un seguimiento a fondo. Varios Países han comenzado la tarea de computadorizar los Centros de Información y las Bibliotecas, así como de facilitar el acceso a bases de datos internacionales sobre ciencias de la salud y legislación en salud. Por último, se debe tener presente que no hay continuidad en el trabajo de los parlamentarios y que los proyectos que no fueron aprobados, en general se pierden, ya que no son retomados en el período siguiente.\* <sup>34</sup>*

Como consecuencia de la modificación del Artículo 4o. Constitucional propuesta por el Ejecutivo Federal, a su vez en 1984 se publica la Ley General de Salud reglamentaria del párrafo 4o. del Artículo 4o. Constitucional que siguiendo la nomenclatura del Digesto Internacional de Legislación de Salud, organiza este cuerpo normativo en 18 Títulos y 59 Capítulos, los cuales considero importante transcribir para estar en posibilidad de hacer una comparación tanto con el contenido del Digesto Internacional como posteriormente con lo que considero una Ley congruente en materia de salud como es la Ley del Seguro Social que aunque como vimos en el Capítulo Primero ampara solamente a un sector importante de la población y a pesar de los Convenios Internacionales no se ha generalizado (ni se espera que en el

<sup>34</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*. edición 1994. Volúmenes Uno y Dos. Washington D. C. E. U. A.

futuro próximo se generalice) a toda la población, pero permite evaluar, como posteriormente se hará, la orientación que evita definiciones vinculatorias para el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales en materia de derecho a la protección de la salud a toda la población y así las disposiciones de esta Ley se enumeran como sigue:

**TITULO PRIMERO.- Disposiciones Generales.**  
Capítulo Unico

**TITULO SEGUNDO.- Sistema Nacional de Salud.**  
Capítulo I. Disposiciones Comunes  
Capítulo II. Distribución de Competencias

**TITULO TERCERO.- Prestación de los Servicios de Salud.**  
Capítulo I. Disposiciones Comunes  
Capítulo II. Atención Médica  
Capítulo III. Prestadores de Servicios de Salud  
Capítulo IV. Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la comunidad  
Capítulo V. Atención Materno-Infantil  
Capítulo VI. Servicios de Planificación Familiar  
Capítulo VII. Salud Mental

**TITULO CUARTO.- Recursos Humanos para los Servicios de Salud.**  
Capítulo I. Profesionales, Técnicos y Auxiliares  
Capítulo II. Servicio Social de Pasantes y Profesionales  
Capítulo III. Formación, Capacitación y Actualización del Personal

**TITULO QUINTO.- Investigación para la Salud.**  
Capítulo Unico

**TITULO SEXTO.- Información para la Salud.**  
Capítulo Unico

**TITULO SEPTIMO.- Promoción de la Salud.**  
Capítulo I. Disposiciones Generales  
Capítulo II. Educación para la Salud  
Capítulo III. Nutrición  
Capítulo IV. Efectos del ambiente en la salud

**Capítulo V. Salud Ocupacional.**

**TITULO OCTAVO.- Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes.**

**Capítulo I. Disposiciones Comunes**

**Capítulo II. Enfermedades Transmisibles**

**Capítulo III. Enfermedades no Transmisibles**

**Capítulo IV. Accidentes**

**TITULO NOVENO.- Asistencia Social, Prevención de Invalidez y Rehabilitación de Inválidos.**

**Capítulo Unico.**

**TITULO DECIMO.- Acción extraordinaria en materia de Salubridad General.**

**TITULO DECIMOPRIMERO.- Programas Contra las Adicciones.**

**Capítulo I. Consejo Nacional Contra las Adicciones**

**Capítulo II. Programa contra el Alcoholismo y el abuso de Bebidas Alcohólicas**

**Capítulo III. Programa contra el Tabaquismo**

**Capítulo IV. Programa contra la Farmacodependencia**

**TITULO DECIMOSEGUNDO.- Control Sanitario de Productos y Servicios y de su Importación y Exportación.**

**Capítulo I. Disposiciones Comunes**

**Capítulo II. Alimentos y Bebidas no Alcohólicas**

**Capítulo III. Bebidas Alcohólicas**

**Capítulo IV. Medicamentos**

**Capítulo V. Estupefacientes**

**Capítulo VI. Sustancias Psicotrópicas**

**Capítulo VII. Establecimientos destinados al proceso de Medicamentos**

**Capítulo VIII. Equipos Médicos, Prótesis, Ortesis, Ayudas Funcionales, Agente de Diagnóstico, Insumos de Uso Odontológico, Materiales Quirúrgicos, Depuración y Productos Higiénicos**

**Capítulo IX. Productos de Perfumería y Belleza**

**Capítulo X. Productos de Aseo**

**Capítulo XI. Tabaco**

**Capítulo XII. Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias Tóxicas Peligrosas**

**Capítulo XIII. Importación y Exportación**

**TITULO DECIMOTERCERO.- Publicidad**  
**Capítulo Único**

**TITULO DECIMOCUARTO.- Control Sanitario de la Disposición de**  
**Organos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos.**

- Capítulo I. Disposiciones Comunes
- Capítulo II. Organos, Tejidos y Células
- Capítulo III. Cadáveres

**TITULO DECIMOQUINTO.- Sanidad Internacional.**

- Capítulo I. Disposiciones Comunes
- Capítulo II. Sanidad en Materia de Migración
- Capítulo III. Sanidad Marítima, Aérea y Terrestre

**TITULO DECIMOSEXTO.- Autorizaciones y Certificados**

- Capítulo I. Autorizaciones
- Capítulo II. Revocación de Autorizaciones Sanitarias
- Capítulo III. Certificados

**TITULO DECIMOSEPTIMO.- Vigilancia Sanitaria**

**Capítulo Único**

**TITULO DECIMOCTAVO.- Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos**

- Capítulo I. Medidas de Seguridad Sanitaria
- Capítulo II. Sanciones Administrativas
- Capítulo III. Procedimiento para Aplicar las Medidas de Seguridad y Sanciones
- Capítulo IV. Recursos de Inconformidad
- Capítulo V. Prescripción
- Capítulo VI. Delitos

**TRANSITORIOS.**

Nuevamente con la intención de evaluar el cumplimiento del propósito reglamentario del Artículo 4o. Constitucional en materia del derecho de protección de la salud, acudimos al fascículo o artículo que el Doctor Francisco Ruiz Massieu elaboró para el documento de la Organización Panamericana de la Salud, titulado: "El Derecho a la Salud en las Américas", Estudio Constitucional Comparado, al cual los editores, Fuenzalida-Puelma/Scholle-Connors le conceden amplia importancia por lo siguiente: "*México, País*

*fundador del constitucionalismo social, fue uno de los últimos en incorporar el derecho de protección a la salud en su Constitución. La reforma, que data de 1984, fué fruto de considerable análisis en cuanto a su forma, naturaleza y ámbito.....Ruiz Massieu (México), que participó de cerca en la sanción de esta reforma,.....*<sup>25</sup>.

Por lo que citamos parte de su análisis: " Asi, para lograr el efectivo ejercicio del derecho consagrado, un sinúmero de reformas legales fueron necesarias para configurar el marco jurídico del derecho a la protección de la salud, que vino a regular de manera general los diferentes aspectos del vasto campo de la salud, y permitió contar con las bases y modalidades para el goce de ese derecho. Dicha ley define las finalidades del Derecho a la Protección de la Salud; señala los diferentes servicios de salud que alberga nuestra economía mixta; Especifica servicios básicos que contiene la mencionada garantía; ordena la integración de un Sistema Nacional de Salud que, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, coordina los servicios públicos de salud, sean estos Federales, Estatales o Municipales, así como los que presten los sectores social y privado y distribuye las competencias públicas en materia de salubridad general.

*Siguiendo las tendencias del Derecho Contemporáneo, la Ley General de Salud, se compone de normas jurídicas perfectas y de una buena dosis de normas programáticas, que aunque no tiene efectos vinculantes, comprometen la acción del Estado, de suerte que si ésta no se desencadena para que el ordenamiento sea acatado razonablemente en el más corto plazo, el poder público se arroja invariablemente al descrédito.*

### ***Función del Estado en la protección y promoción de la salud***

*La responsabilidad del Estado en cuanto a la salud de la población no sólo se limita a prestar servicios de salud . sino a crear actitudes y conductas que eviten la generación de las enfermedades.*

*Por ello la Ley General de Salud da a la promoción de la salud un lugar relevante pues las disposiciones que sobre el particular incorpora tienen por objeto, como señala dicha ley, crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.*

<sup>25</sup> Fuenzalida Puelma Hernán y Scholle-Connor Susan en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., E. U. A. 1989.

*La educación para la salud, la nutrición, el control de los efectos nocivos del ambiente en la salud y la salud ocupacional, son los cuatro grandes campos que la Ley General de Salud controla y define en su Título Séptimo para la promoción de la salud.*

*Sin descartar la importancia de los restantes factores, merece especial atención la relevancia que la Ley General de Salud confiere a la educación para la salud. De acuerdo con ella, la educación tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que permitan al individuo participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse contra los riesgos que pongan en peligro su salud; proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, así como orientarla y capacitarla en aquellas materias que repercutan sobre la misma.*

*En cuanto a la protección de la salud, ésta está relacionada con la prestación misma de los servicios. Al efecto es pertinente destacar que quedan sujetos a la regulación de la ley todos los servicios de salud que se proporcionan en el País, cualquiera que sea el carácter de los prestadores, sin perjuicio de los ordenamientos legales que rigen la organización y funcionamiento de las instituciones de salud respectivas. Por lo que a las modalidades de acceso se refiere, la Ley establece previsiones y principios generales que deberán regir la prestación de los servicios. Destacan al efecto los principios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones económicas de los usuarios. Estos criterios confirman el carácter social del Derecho a la Protección de la Salud, pues buscan quienes carezcan de recursos económicos tengan mejores posibilidades de acceder a los servicios de salud... las condiciones que propician mejores posibilidades de salud consideran a todos los miembros de la sociedad, por ello es que la Ley considera a los usuarios de los servicios de salud sujetos activos en la operación de los mismos y previene, además, la participación de la comunidad a través de diversas modalidades que, con carácter ejemplificativo se enuncian. para delimitar el contenido concreto del Derecho a la Protección de la Salud la Ley enumera los que se consideran servicios básicos de salud, es decir aquéllos que resultan imprescindibles para hacer efectiva la Garantía Social consagrada constitucionalmente. Estos servicios básicos comprenden, entre otras actividades, las de atención médica, salud pública, asistencia social y disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.*

*La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los minusválidos también han merecido un tratamiento significativo en la Ley General de Salud, que se pretende*

*garantizar una protección efectiva a quienes se encuentran por virtud de una afección fisiológica, somática o psicológica, en desventaja para lograr su desarrollo integral. La Ley dispone que la administración, bajo la normativa técnica de la Secretaría de Salud, de los servicios asistenciales y los relativos a la prevención de la invalidez y a la rehabilitación de los inválidos, estará a cargo de un organismo dependiente del Gobierno Federal a fin de garantizar la efectiva protección de dichos servicios y la uniformidad de las acciones que sobre esta materia se lleven a cabo.*

#### **Análisis de la responsabilidad del Estado como:**

##### **1. Organismo rector de la política sobre la salud**

*Entre uno de los especiales fenómenos que trae consigo el advenimiento del derecho social, se encuentra la acción positiva del Estado en ciertas materias prioritarias para las grandes masas populares en que él, por sí mismo, toma la responsabilidad directa de proporcionar, o en su defecto concertar con los diversos sectores afines, la prestación de servicios que lleven a la satisfacción de grandes demandas sociales. Entre estos rubros están los servicios de salud, ya que ellos entran dentro de lo que en la teoría Mexicana se conoce como derechos constitucionales de carácter social. Aún más, es posible afirmar que el quehacer del Estado en el sentido antes expuesto constituye la parte medular del Derecho a la Protección de la Salud.*

*Corresponde aquí recordar la diferencia entre las garantías individuales y las sociales. En lo que toca a las garantías individuales señaladas en nuestra Constitución -Libertad, Igualdad, Propiedad, Seguridad Jurídica- éstas únicamente entrañan la obligación de no hacer para el Estado. Las garantías sociales en cambio, determinan un mandato que lleva a la elaboración de un programa para el poder público en el empleo, la vivienda, la educación y demás. En el caso de la salud, la propia Constitución obliga al Gobierno y a los sectores coordinados por él a hacer los esfuerzos necesarios para lograr el efectivo cumplimiento de esta garantía.*

*Fué en tal virtud que el Estado Mexicano se abocó desde tiempos remotos, y con mayor precisión desde la revolución de 1910, a fijar los criterios rectores de la salud en México a través de diversos ordenamientos jurídicos, todos ellos emanados del artículo 73, fracción XVI de la Constitución de 1917, que fueron expedidos bajo el nombre de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.*

*Es entonces que los organismos rectores de la salud en México son dos: El Consejo de Salubridad General creado por la Constitución bajo la dependencia directa y*

*exclusiva del Presidente de la República (Artículo 73, fracción XVI, base 1), y que subsiste hasta el presente y el órgano dependiente del Poder Ejecutivo Federal, El Departamento de Salubridad, y con posterioridad la Secretaría de Salubridad y Asistencia denominada actualmente Secretaría de Salud, según consta en los Artículos Constitucionales 80 y 89, fracción II de la Ley Orgánica de La Administración Pública Federal.*

*Es en esa tesitura que la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal le encarga a la Secretaría de Salud en sus artículos 26 y 39, las funciones relativas a la organización, regulación y operación de los servicios de salud.*

*La Ley General de Salud, reglamentaria de la garantía constitucional del Derecho a la Protección de la Salud, al tenor de su Artículo 7, fracción primera, señala las atribuciones de la Secretaría de Salud a efecto de regir la política de salud en todo el territorio nacional. Es así como la Secretaría de Salud se instituye como el organismo rector de salud en México, lo que significa que el Estado Mexicano, a través del poder público y en este caso del Poder Ejecutivo Federal es en sí el primer órgano de actuación en la materia dentro del concierto del estado social de derecho.*

## **2. Coordinador del Sector Salud.**

*El derecho público mexicano no ha sido insensible a los cambios de la dinámica jurídica de nuestros días, en especial del derecho administrativo y, es por ello que el fenómeno novedoso de la división por sectores del quehacer público ha sido recibida con beneplácito en México. En esta tesitura, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en sus Artículos 50 y 51, ha previsto una estructuración por medio de la cual las Secretarías y Departamentos Administrativos funjan como coordinadores de los organismos afines a efecto de que aquélla conduzca la programación y coordinación, y evalúe la operación de las Entidades agrupadas en el Sector. Así resulta que la Secretaría de Salud es la cabeza del Sector Salud, para lo cual le ha sido encomendado coordinarlo en su ámbito de actuación.*

*Asimismo, la Ley General de Salud tuvo a bien crear, a efecto de dar una vigorosa homogeneidad al Sector Salud, un instrumento operativo denominado Sistema Nacional de Salud.*

*El mismo es el crisol que reúne a todos los servicios de esa índole y está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública tanto Federal como Local, por las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan*

*servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, siendo su cabeza operativa, rectora y coordinadora la Secretaría de Salud (Artículos 5 y 7).*

*Este Sistema Nacional de Salud tiene como fin genérico primordial dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud por medio de objetivos específicos tales como proporcionar servicios de salud a toda la población, apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida, y coadyuvar en la modificación de patrones culturales que inciden en la salud.*

*Tomando en cuenta que México es un Estado Federal, la declaratoria constitucional del derecho a la protección de la salud previó que la Ley fijara la concurrencia de la Federación y de los Estados en lo que a la materia de salubridad general se refiere, para lo cual la Ley General de Salud estableció las materias que la conforman al tenor del Artículo 3, y distribuyó las competencias tanto federal como concurrente de la Federación con las Entidades Federativas en su respectivo ámbito de acción (Artículo 13).*

*En base al carácter Federal del Estado mexicano y teniendo en cuenta que la coordinación del Sector Salud corresponde a la Secretaría de Salud, la Ley General de Salud previó la asistencia de las Entidades Federativas de la Unión en el funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud. Siguiendo estrictamente los lineamientos prescritos por la dinámica del derecho social entre las funciones más importantes del Estado mexicano en la coordinación y operación del Sector Salud, se encuentra la concertación de acciones entre el Estado y la Sociedad Civil a través de los diversos sectores que la integran, y que para este efecto se han dividido en dos: El Sector Social y el Sector Privado. El primero de ellos lo conforman las agrupaciones laborales y campesinas que actúan de manera integral en el quehacer nacional; el segundo, aquella parte de la población que desempeña sus actividades de manera personal y liberal.*

*Debemos precisar que los servicios de salud prestados por particulares de manera privada son importantes en cuanto a su cobertura, por lo que la Ley Reglamentaria los contempla como parte del mismo bajo la rectoría del Estado (Artículos 34, fracción III, y 38).*

*En consideración a la filosofía del derecho a la justicia social, la Ley General de Salud no quiso dejar fuera del marco de la actividad del Sistema Nacional de Salud a ninguno de los Sectores antes mencionados y menos aún al Sector Público. La Secretaría de*

*Salud tiene por objeto promover la participación en dicho Sistema de los Sectores aludidos, por medio de las acciones que considere pertinentes.*

*Asimismo la Ley define los mecanismos básicos para el desarrollo de acciones como las antes mencionadas, y que en particular son contratos y convenios públicos los cuales deben ajustarse a las bases establecidas en su Artículo 11, es decir, la definición de responsabilidades de cada Sector involucrado, la determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud, la especificación del carácter operativo de las funciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría y la expresión de estipulaciones contractuales.*

*Como uno de los puntos más importantes del desarrollo social que establece nuestra Carta Magna, tenemos la Rectoría del Desarrollo Nacional, la cual debe ser integral y democrática y el Sistema de Planeación Democrática (Artículos 25 y 26). Dentro de este marco de actuación, la salud entendida como función prioritaria del Estado mexicano no podía quedar fuera del Sistema Nacional de Planeación, y es en tal virtud que el Artículo 12 de la Ley General de Salud prevé que la planificación que en el Sector hagan las autoridades se rija por lo establecido en ella y en las demás disposiciones aplicables.*

*Es entonces que debemos mencionar que los ordenamientos aplicables al planeamiento derivados de los Artículos 25 y 26 Constitucionales son la Ley de Planeación, y dos instrumentos que de ella se desprenden: El Plan Nacional de Desarrollo, en donde se contempla de manera muy abstracta al Sector Salud, y el Programa Nacional de Salud, que es particular y propio de la materia salud.*

*La aplicación del procedimiento establecido para dar a conocer a la población las acciones que se lleven a cabo en el Sector Salud está a cargo de una Unidad de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Comunicación Social. Esta Dirección General es la encargada de transmitir con carácter operativo por medio de todos los medios masivos de comunicación, los mensajes que para un mejor funcionamiento de los servicios de salud deban ser dados a conocer por la Secretaría al público en su carácter de coordinadora del sector.*

### **3. Proveedor de Servicios de Salud: Estructura Institucional del Sector Salud**

*Tradicionalmente, la Secretaría de Salud ha sido la Institución encargada de prestar atención médica directa y servicios de salud a la población en base a los lineamientos del derecho social mexicano, según el cual el Estado es el principal prestador de*

*servicios a los grupos desamparados. Este principio ha sido instituido en la nueva Ley General de Salud al tenor de su Artículo 34 en donde se clasifica a los prestadores de los servicios de salud en:*

*I. Servicios públicos a la población en general,*

*II. Servicios a los derechohabientes de Instituciones Públicas de Seguridad Social o los que con sus propios recursos por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas Instituciones a otros grupos de usuarios,*

*III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y*

*IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.*

*Asimismo, se define que son servicios públicos de salud los que se presten a la población en general previéndose que se cobrará por ello una cantidad económica denominada cuota de recuperación (Artículos 35 y 36).*

*Por lo tanto, es de concluirse que la naturaleza jurídica de la prestación de servicios de salud por parte de la Secretaría del Ramo, es la de un servicio público que el Estado asume para garantizar a la población el efectivo goce de una de las garantías sociales del orden constitucional: El derecho a la protección de la salud.*

*Como ya se ha visto, la estructura institucional de la salud en México se compone de tres grandes sectores dentro del marco del Sistema Nacional de Salud: El Sector Público y las instituciones del sector, las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, y los mecanismos de coordinación de acciones de salud (artículo 5o. de la Ley General de Salud).*

*Cuantitativamente, tenemos que expresar que los servicios más importantes son los que prestan las instituciones del sector público al que denominamos sector salud, y que está integrado por las siguientes entidades:*

- Secretaría de Salud*
- Instituto Mexicano del Seguro Social*
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas*
- Sistema de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos*

*Debemos precisar que la segunda y la tercera de las Instituciones mencionadas son prestadoras de servicios por concepto de seguridad social, lo que constituyó el primer gran paso dado en México para atender la salud de los trabajadores. Ambas Instituciones cuentan con Leyes específicas que regulan su funcionamiento y la prestación de los servicios de salud que realizan.*

*En esta tesitura, la Ley General de Salud define en su Artículo 23 qué entiende por servicios de salud, mencionando que son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general y dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Las clasifica en tres tipos: De atención médica, de salud pública y de asistencia social.*

*Debe concluirse que la nueva Ley General de Salud ha logrado sistematizar, agrupar y definir los servicios de salud, así como sus efectivos prestadores dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.<sup>36</sup>*

Esta, para nosotros, interesante transcripción de que a manera de apología presentó el Doctor Ruiz Massieu en su fascículo a la Organización Panamericana de la Salud, hace ver que la Ley General de Salud contiene normas jurídicas denominadas perfectas, una buena dosis de normas programáticas que a la fecha de la elaboración de dicho documento consideraba el autor, el Doctor Francisco Ruiz Massieu, que aunque no eran normas vinculantes comprometían al Estado a efectuar la acción de protección al derecho a la salud y si ésta no se desencadenaba, se arrojaría el poder público al descrédito, pero hoy vemos que el Gobierno Federal utilizó la propia Ley como un esquema para desligarse del aspecto operativo de protección del derecho de la salud, trasladando a las Entidades Federativas, como se analiza en un Capítulo posterior, mediante Acuerdos con dichas instancias, la responsabilidad de la atención de este derecho de la población mexicana que como hemos señalado en diversos apartados muestra una incongruencia jurídica y administrativa de centralización normativa y descentralización operativa aduciendo razones de ineficiencia, corrupción, inequidad, derivados del proceso histórico de centralización en la atención del sector salud.

---

<sup>36</sup> Ruiz Massieu José Francisco en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

Del análisis de las consideraciones que hace el Doctor Ruiz Massieu uno de los artífices de esta legislación y a su vez del análisis de la propia Ley General de Salud, observamos que efectivamente es un documento no vinculante que provoca en la opinión de Fuenzalida Puelma y Scholle-Connor la frustración de no ver reglamentado el derecho de protección de la salud, pues es un documento de definiciones técnicas de conceptos de salud pública y es a su vez un reglamento orgánico de la división de funciones entre el Ejecutivo Federal y los Estados de la Federación, es también una apología de la regulación centralizada bajo la apariencia de una federalización que equivale a lo que se denomina descentralización y desconcentración en la que el Ejecutivo a través de reglamentos y normas técnicas y haciendo a un lado la facultad legislativa del Congreso de la Unión según lo establece el Artículo 73 fracción XVI de la Constitución se delega una facultad absoluta al Ejecutivo Federal para legislar al margen del Congreso de la Unión, es decir, del Poder Legislativo.

En ocasiones en este proceso duplica o triplica instancias para atender normativa y operativamente un mismo asunto, tomemos por ejemplo el caso de el Título Octavo Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes, Capítulo II, Enfermedades Transmisibles, en el Artículo 134 establece: "La Secretaría de Salud y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:..." Por otra parte, a través de un Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de enero de 1991, el entonces Presidente Carlos Salinas de Gortari crea el Consejo Nacional de Vacunación cuyas facultades están definidas en el Artículo 2o., y que entre otras comprenden las de: Proponer políticas, estrategias, proyectos y programas de vacunación, así como coordinar y evaluar la aplicación de tales programas contra las enfermedades transmisibles, prevenibles por vacunación.

Así pues las disposiciones relativas a la normatividad de la salud están reunidas en un Código Sanitario Federal que contiene una diversidad de Reglamentos, Decretos, Acuerdos, Normas Técnicas, que de nuevo quienes elaboraron estas disposiciones siempre tuvieron el cuidado de no darles naturaleza vinculante, estableciendo obligaciones para el Estado ni derechos exigibles por los ciudadanos, con lo cual se continúa con la idea de un asistencialismo social, pero no la de un derecho o garantía constitucional a la protección de la salud.

Algunos de tales Reglamentos son por ejemplo: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios, que en este documento con gran profusión, pues en 25 Títulos y 104 Capítulos, se regulan las obligaciones de quienes se dedican a actividades y servicios que impliquen un riesgo para la salud humana, así como los productos, establecimientos y vehículos utilizados en tales actividades.

Otros Reglamentos son por ejemplo: el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Reglamento de Ingeniería Sanitaria relativo a edificios, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de sanidad internacional, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

También se desprende tanto de la lectura de la Ley General de Salud como de las consideraciones arriba transcritas del Doctor Ruiz Massieu, la conexión entre la Ley General de Salud y otras Leyes Federales, por ejemplo: La Ley Orgánica de la Administración Pública, la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social con su Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en donde tanto a nivel Federal como en los Estados, se sustraen facultades de los órganos ejecutivos coordinados por el Sector Salud para transferirlos al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia bajo la coordinación de las "primeras damas", es decir, las esposas de los titulares de los Poderes Ejecutivos de la Unión y de los Estados.

Sin embargo, y como analizamos en el Capítulo 1, para efectos de evaluar la realidad en la cobertura de la atención al derecho a la protección de la salud, la actividad institucional organizada más numerosa corresponde al Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Instituto de Seguridad de Petróleos Mexicanos y los Institutos de Seguridad Social de los Estados de la Federación y de algunos Municipios importantes que también cuentan con este tipo de Instituciones, la mayoría de los cuales están conformados por disposiciones legales bajo el esquema del de la Ley del Seguro Social que es como sigue:

**TÍTULO PRIMERO. Disposiciones Generales.**  
**Capítulo Único.**

**TITULO SEGUNDO. Del Régimen Obligatorio.**  
**Capítulo I. Generalidades.**  
**Capítulo II. De las bases de cotización y de las cuotas.**  
**Capítulo III. Del Seguro de Riesgos de trabajo:**  
**Sección Primera. Generalidades**  
**Sección Segunda. De las prestaciones en especie.**  
**Sección Tercera. De las prestaciones en dinero.**  
**Sección Cuarta. Del incremento periódico de las funciones.**  
**Sección Quinta. Del régimen financiero.**  
**Sección Sexta. De la prevención de riesgos de trabajo.**  
**Capítulo IV. Del Seguro de enfermedades y maternidad:**  
**Sección Primera. Generalidades.**  
**Sección Segunda. De las prestaciones en especie.**  
**Sección Tercera. De las prestaciones en dinero.**  
**Sección Cuarta. Del régimen financiero.**  
**Sección Quinta. De la conservación de derechos.**  
**Sección Sexta. De la medicina preventiva.**  
**Capítulo V. Del Seguro de Invalidez y Vida:**  
**Sección Primera. Generalidades.**  
**Sección Segunda. Del Ramo de invalidez.**  
**Sección Tercera. Del Ramo de vida.**  
**Sección Cuarta. De las asignaciones familiares y ayuda existencial.**  
**Sección Quinta. De la Cuantía de las pensiones de invalidez y vida.**  
**Sección Sexta. Del Régimen financiero.**  
**Sección Séptima. De la Conservación y reconocimiento de derechos.**  
**Capítulo VI. Del Seguro de Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez:**  
**Sección Primera. Generalidades.**  
**Sección Segunda. Del ramo de Cesantía en edad avanzada.**  
**Sección Tercera. Del ramo de vejez.**  
**Sección Cuarta. De la ayuda para gastos de matrimonio.**  
**Sección Quinta. Del Régimen financiero.**  
**Sección Sexta. De la pensión garantizada.**  
**Sección Séptima. De la cuenta individual y de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro.**  
**Capítulo VII. Del Seguro de Guarderías y de las Prestaciones Sociales:**  
**Sección Primera. Del Ramo de Guarderías.**  
**Sección Segunda. Del Ramo de las Prestaciones Sociales.**  
**Sección Tercera. Del Régimen Financiero.**

Sección Cuarta. De las Prestaciones de Solidaridad Social.  
Capítulo VIII. De la Continuación Voluntaria en el Régimen Obligatorio.  
Capítulo IX. De la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio.  
Capítulo X. De la Seguridad Social en el Campo.

**TITULO TERCERO. Del Régimen Voluntario.**  
Capítulo I. Del seguro de salud para la familia.  
Capítulo II. De los seguros adicionales.

**TITULO CUARTO. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.**  
Capítulo I. De las atribuciones, recursos y órganos.  
Capítulo II. De la Asamblea General.  
Capítulo III. Del Consejo Técnico.  
Capítulo IV. De la Comisión de Vigilancia.  
Capítulo V. De la Dirección General.  
Capítulo VI. De los Organos Regionales y Delegacionales.  
Capítulo VII. De la Inversión de las Reservas.

**TITULO QUINTO. De los Procedimientos, de la caducidad y prescripción.**  
Capítulo I. Generalidades  
Capítulo II. De los Procedimientos.  
Capítulo III. De la Caducidad y Prescripción.

**TITULO SEXTO. De las Responsabilidades y Sanciones.**  
Capítulo Unico.

## **TRANSITORIOS.**

Es importante profundizar en el análisis de la normatividad de la Ley del Seguro Social en virtud de que es en esta Ley en donde históricamente primero se hizo realidad lo que hoy es el derecho constitucional a la protección de la salud, pero que en 1917 en la primera Constitución Social del mundo se estableció como derecho de los trabajadores en el Artículo 123, aunque México no fué el primer País en crear el beneficio del Seguro Social, sino que como lo dicen diversos tratadistas, fué el Canciller Alemán Bismarck en la Alemania de 1880's, quien contrarrestando la acción de los socialistas los cuales en oposición al descarnado liberalismo pretendían desestabilizar el sistema capitalista como reacción a ese sentimiento Alemania establece el sistema de protección de la salud de los trabajadores, pero sí fué México el primero en

incluirlo en la Constitución, aunque no fué sino hasta 1943, bajo la Presidencia del Lic. Manuel Avila Camacho, una administración conservadora, que se dictó la Ley que ordenó la creación de los Seguros Sociales de Vejez, Invalidez y Muerte, Enfermedad-Maternidad y Riesgos Profesionales, para teóricamente amparar a todos los empleados y obreros. A fin de ejecutar el mandato legal se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social que eventualmente desarrollaría el sistema general en todo el País, como lo analiza Carmelo Meza-Lago, Consultor de la División de Desarrollo Económico para la Comisión Económica para América Latina en un estudio que preparó y que publicó la Organización de las Naciones Unidas en enero de 1985, en donde en el Apartado 5. Prestaciones, Gastos y Costos, hace un análisis de este rubro como sigue:

*\*.....a) Prestaciones y condiciones de adquisición.*

*Además del sistema general, existen en México varios subsistemas con prestaciones y condiciones de adquisición diversas, lo que complica su análisis y comparaciones con otros programas del sistema general del IMSS que es el que tiene las condiciones más estrictas dentro del País.*

*En enfermedad-maternidad el trabajador asegurado tiene derecho al subsidio en sustitución del salario así como prestaciones de salud en especie y servicios, como atención médica hospitalaria, cirugía y medicinas. Los dependientes de los asegurados y pensionados tienen derecho a las mismas prestaciones no monetarias de salud. La trabajadora asegurada en caso de maternidad tiene derecho al subsidio correspondiente, atención obstétrica y subsidios de lactancia y para canastilla del infante, así como a los servicios de guarderías infantiles. En riesgos profesionales los asegurados tienen derecho a un subsidio en sustitución del salario, así como prótesis, ortopedia y rehabilitación y pensiones por invalidez; los dependientes tienen derecho a pensión de sobrevivientes y auxilio funerario. El Programa de Pensiones concede éstas por vejez, invalidez, cesantía en edad avanzada y muerte, además de auxilio funerario; los pensionados también tienen derecho a un subsidio por carga familiar. Las asignaciones familiares se limitan a los pensionados, así como a una ayuda para gastos de matrimonio y las guarderías infantiles. El programa de prestaciones sociales incluye servicios educativos, culturales, deportivos, recreativos, de vivienda, vacacionales y funerales.*

*Los asegurados voluntarios tienen derecho a todas las prestaciones anteriores menos las de riesgos profesionales y prestaciones sociales. El programa de Solidaridad*

*Social ofrece prestaciones de salud no monetarias así como servicios, preventivos, educativos y de detección. No hay un programa de protección al desempleo.*

*Dentro del contexto latinoamericano las condiciones legales del IMSS en enfermedad-maternidad son más flexibles que el promedio, con algunas excepciones. Por lo contrario las condiciones para adquirir el derecho a la pensión de vejez son las más estrictas de América Latina...; sin embargo, sólo unos pocos Países de la Región conceden Pensión por Cesantía y las condiciones de las otras Pensiones son promedio. Además se conceden prestaciones sociales que existen en pocos Países. Así pues, el conjunto de prestaciones del IMSS es similar o ligeramente más generoso que el promedio, con algunas excepciones, pero los subsistemas tienen mejores condiciones. Sin embargo, la tasa de cotización global de México es sólo menor en 7 Países de la Región, de los cuales 6 tienen una cobertura poblacional y conjuntos de prestaciones mucho más limitados que los de México.*

...

#### *b) Desigualdades en las prestaciones.*

*En las prestaciones de salud se aprecian desigualdades notables, tanto entre unidades geográficas como entre los grupos cubiertos. En 1979, el Distrito Federal tenía aproximadamente 6 veces más camas de hospital por habitante y 4 veces más Médicos por habitantes que los Estados de Chiapas y Oaxaca.... El Distrito Federal y los Estados más desarrollados tienen los mejores servicios y niveles más altos de salud, mientras que los Estados menos desarrollados tienen los peores servicios y niveles más bajos.*

...

*En cuanto a los diversos grupos cubiertos, los subsistemas tienen prestaciones más generosas y condiciones de adquisición más flexibles que en el IMSS. Por ejemplo, el ISSSTE ofrece además de las prestaciones disponibles bajo el IMSS, pensión por antigüedad, seguro de vida, indemnización cuando no hay derecho a pensión y programas más amplios de viviendas, préstamos y economatos. Para el retiro de vejez en el ISSSTE se requieren 10 años menos de edad que en el IMSS y si el asegurado*

*tiene 30 años de servicios puede retirarse con cualquier edad, por lo que es posible retirarse en el ISSSTE con 20 años de edad menos que en el IMSS....*<sup>37</sup>

En la actual Administración Pública Federal se continuó con la política de racionalización y modernización de la Administración Pública Federal, por lo que en 1995 y 1996 y en congruencia con la propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Presidente de la República ofreció la modernización y reforma del IMSS, pero como observa Odilia Ulloa Padilla en su Artículo Nueva Ley del Seguro Social: la Reforma previsional de fin de siglo, publicado en la revista El Cotidiano 78, de septiembre de 1996: *"Si bien es cierto que con la reforma a la Ley del Seguro Social no se vendió o desincorporó el IMSS, ni éste es en sentido estricto una empresa, sino un organismo que otorga prestaciones y beneficios de índole social en un marco jurídico-constitucional público y solidario, la naturaleza de los cambios introducidos, es esencialmente privatizadora y de mercado en una dinámica gradual-selectiva...."*<sup>38</sup>

María de Lourdes Fournier y Pedro Moreno S. en un Artículo titulado Saldos y Perspectivas de la Reforma de la Seguridad Social en México publicado en el Cotidiano 78, de septiembre de 1996, hacen una evaluación y una suerte de conclusión de esta reforma como sigue: *"La consideración general que debiera hacerse de entrada en relación con la reforma Zedillista, es preguntarse qué clase de soluciones proporciona a los problemas principales que padece el sistema de seguridad social.*

*En primer lugar, en relación con la cobertura, la solución que se desprendería de la reforma resulta sumamente limitada, pues se mantiene la condición de tener un empleo formal para ser asegurado, así que sólo hasta que la economía crezca y en consecuencia se incrementa el empleo se podrá avanzar en la cobertura. El supuesto de pleno empleo le es ajeno totalmente al modelo económico en que se inspira la política económica actual, lo que apoya nuestra afirmación en el sentido de que no se da una respuesta real al problema de la cobertura. Sólo se ofrecen débiles paliativos, pues como ya mencionamos, la reforma prevé la opción de un seguro médico voluntario familiar para trabajadores del sector informal. Si tomamos en cuenta que la figura del aseguramiento voluntario ya existía, se comprenderá que el avance es*

<sup>37</sup> Mesa Lago Carmelo. *El Desarrollo de la Seguridad Social en Latinoamérica y los Casos de Costa Rica, Chile, México, Perú y Uruguay.* Estudio preparado por la división de Desarrollo de la CEPAL y publicado por la Organización de las Naciones Unidas. 1985.

<sup>38</sup> Ulloa Padilla Odilia. *Nueva Ley del Seguro Social: La Reforma Previsional de Fin de Siglo.* Artículo Publicado en la Revista El Cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México, D.F.

*mínimo. El desempleo en cambio sí es una consecuencia -cuando no una premisa- del actual modelo de política económica, y sin embargo tampoco se ataca, pues tan sólo se plantean opciones como extender por una semana más la atención médica, una vez que el trabajador es separado de su trabajo, y se mantiene la posibilidad de que un trabajador desempleado pueda retirar hasta el 10% de su cuenta individual del SAR.*

*Con respecto al financiamiento, se optó por la opción más fácil y más riesgosa, pues se capitalizarán totalmente los fondos destinados a pensiones de Retiro, Vejez y Cesantía en Edad Avanzada, igual se hace respecto de los dedicados a pagar pensiones por Invalidez y Vida, aunque en estos casos se demora la decisión de inversión en los mercados de capitales. Contradictoriamente, se adopta una decisión de intervención a través de subsidio estatal permanente, como en el caso del seguro de Enfermedades y Maternidad, y Extraordinario, como en los casos de trabajadores que no alcancen la pensión mínima, lo que hay que reconocer no está mal. El Gobierno debe compensar y paliar desigualdades, pero lo que sí merece señalarse es el descuido del Gobierno con respecto al IMSS, durante los últimos 15 años y su negativa de elevar las cuotas tanto patronales como las propias hasta el punto del colapso insitucional, y mostrarse tan dispuesto a subvencionar a los patronos, adicionalmente a las exenciones fiscales, a través de fuertes aportaciones que obtendrá del tesoro público, una vez reformada la Ley que colocará alrededor de 24 mil millones de pesos anuales en el circuito financiero mexicano, altamente oligopolizado y especulativo. Parodiando a Dresser, se pretende resolver neopopulistamente problemas derivados de aplicar una lógica de mercado neoliberal.*

*Las proyecciones más optimistas prevén que un número alto de trabajadores no dispondrá de una cuenta suficiente para poder obtener una pensión mínima y que será necesaria una fuerte inyección de recursos estatales para garantizarla. Otras visiones más realistas, desde distintos ángulos políticos e ideológicos, coinciden en señalar que dados los niveles salariales tan bajos es imposible pensar que los futuros trabajadores dispondrán de remanentes para ahorrar y acumular lo suficiente para asegurar una pensión de retiro, que permita un nivel adecuado e independiente de vida una vez que el individuo pierde su capacidad productiva. Se requerirían incrementos reales de un 20% anual durante 10 ó 15 años a los salarios para que los asegurados pobres, que actualmente son un 70% del total, puedan ahorrar lo suficiente para obtener después de los 65 años y 1,250 semanas de cotización como mínimo, por ejemplo, una pensión que les garantice un nivel de vida al menos igual que el que tenían como trabajadores activos.*

*Por último, con respecto a la mala calidad de los servicios la reforma es insuficiente, pues sólo contempla ciertas innovaciones de dudosa efectividad en relación con la posibilidad de que el asegurado seleccione al Médico familiar que desea le atienda a él y a su familia. Además, con la reversión de cuotas, antes de la reorganización del IMSS, se inicia su disgregación y se le retiran recursos, lo que hará más penosa la producción y distribución de sus servicios, con consecuencias obvias en la ya baja calidad.*

*En el nuevo marco creado por la reforma y complicado por la situación de crisis en todos los órdenes que padecemos, las perspectivas de la seguridad social en México son poco alentadoras. Primero porque resulta punto menos que imposible proponerse que la seguridad social alcance a todos los mexicanos, al menos con un paquete mínimo como sería deseable y hemos propuesto en otros trabajos. También es difícil pensar que se establezca un seguro de desempleo, por el contubernio entre el poder económico y político, donde el Gobierno ha abdicado de sus responsabilidades sociales y no quiere obligar al sector privado a que asuma su parte del costo político y social que han acarreado los sucesivos programas de ajuste. La seguridad social tiende a ser reducida al mínimo, tanto en número de asegurados como en prestaciones de todo tipo que proporcione. Ello, debido a que los cotizantes ricos tenderán a ejercer su poder, pues aportan el 50% de los ingresos del IMSS, e intentarán canalizar sus cuotas a través de procedimientos de reversión, evasión y subdeclaración de ingresos, contratación de seguramientos privados, y demás. Por otro lado, es posible que con el tiempo disminuya el número de trabajadores que pueden jubilarse, dados los bajos niveles salariales y la precariedad del empleo, así como las nuevas y duras condiciones impuestas por la Ley para Pensionados (65 años y 1,250 semanas cotizadas como mínimo).*

*De una manera más propositiva, si visualizáramos un reencauzamiento de la reforma que implicara la reforma de la Ley incluso, debiéramos pensar en el aumento de los salarios a niveles razonables que estimulen la productividad; la creación de una sola Institución Nacional de Seguridad Social que evite la duplicidad de funciones y los privilegios de unos cuantos; la universalización de la cobertura en zonas rurales y urbanas a través de un paquete mínimo que incluya atención médica, asignaciones familiares y guarderías; la creación del seguro de desempleo, que estará ligado no sólo a la voluntad política sino a un genuino compromiso por parte de los empleadores; el incremento de las cuotas patronales a niveles justos, reales y rentables para todos los sectores; y la creación de una sola administradora de fondos de retiro de carácter público que invierta las reservas de acuerdo con el esquema ya mencionado (en ampliar las prestaciones, por ejemplo préstamos, creación de infraestructura y en*

*inversiones de riesgo). Todo esto entre otras medidas mínimas para intentar acercarnos a la garantía constitucional de protección a la salud y al bienestar de los mexicanos, pero sin abandonar la idea de que en la prestación de los servicios interviniere diversos agentes sociales y privados, pero a partir siempre del financiamiento público.*<sup>39</sup>

La importante cita que arriba transcribimos de estos investigadores nos revela el sentir de la comunidad académica con respecto a la orientación jurídica que se dió a la Ley del Seguro Social como una respuesta a una necesidad operativa financiera por la crisis que en esta materia atraviesa el Estado mexicano y que revela el distanciamiento revestido de formalidad legal a otro conjunto de disposiciones obligatorias contraídas en el ámbito internacional a través de Tratados Internacionales por el Estado mexicano en donde se compromete a otorgar seguridad social a toda la población y que incongruentemente y en una Ley modificada por el Congreso de la Unión, se orienta la acción de protección en un rumbo diametralmente opuesto que como veremos en el apartado de Mecanismos Internacionales de Defensa de los derechos humanos, podría dar pie a que cualquier interesado que se sienta lesionado con esta Ley, pueda acudir a los Organismos Internacionales de Defensa de los derechos humanos, opinión que más adelante fundamentamos en el apartado correspondiente.

### **Otras Leyes Ordinarias**

Otras Leyes ordinarias relacionadas con el tema de salud son: La Ley General de Planeación Reglamentaria de los Artículos 25 y 26 Constitucionales, la Ley General de Protección al Ambiente y como describimos en un párrafo anterior, una innumerable cantidad de leyes para lo cual remitimos al interesado al compendio de legislación y normatividad en materia de salud que elabora la Dirección General Jurídica de la Secretaría de Salud.

### **C. Tratados Internacionales.**

En el mes de octubre de 1996 en el órgano informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México bajo el título Salud y Derechos Humanos, este organismo en el apartado de legislación, página 409, analiza en

<sup>39</sup> Fournier María de Lourdes y Moreno Pedro. *Salud y Perspectivas de la Seguridad Social en México.* Artículo Publicado en la Revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México, D. F.

dos capítulos denominados: 1. Declaraciones y Códigos Internacionales sobre Ética Médica con los incisos a) Juramento Hipocrático; b) Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (Juramento de Fidelidad Profesional); c) Declaración de Derechos del Paciente; d) Código de las Enfermeras; Conceptos éticos aplicados a la enfermería; e) Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente; f) Código Internacional de Ética Médica; y, 2. La Salud como un Derecho Humano en la Normatividad Internacional.

En virtud de que el Capítulo 1 a pesar de la importancia teórica y académica y su relevancia para el estudio del Derecho Humano a la Salud, no constituyen materia legislativa, nos centramos en el análisis que hace dicha Comisión en el Capítulo 2, que dice:

*" Existen declaraciones y tratados internacionales sobre derechos humanos en los que se reconoce explícita o implícitamente a la salud como un derecho humano; tal es el caso de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y, la Convención Americana sobre Derechos Humanos; entre otras. Asimismo, también las Constituciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, reconocen a la salud como un derecho humano y las consiguientes responsabilidades que ello implica." <sup>40</sup>*

El Doctor Luis Díaz Müller en su libro "El Imperio de la Razón, Drogas, Salud y Derechos Humanos", publicado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1994 en el Capítulo I., en el Apartado I. El Marco Contextual dice:

*" La tesis central de este Capítulo plantea que el derecho a la salud forma parte del derecho al desarrollo.*

*En la evolución doctrinal de los derechos humanos, encontramos tres categorías históricas:*

---

<sup>40</sup> Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. *Salud y Derechos Humanos*. Publicado por el Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en Octubre de 1996.

a) *Los derechos individuales o derechos de libertad, propios del siglo de las luces y de los instrumentos en materia de derechos del hombre, elaborados por la revolución francesa;*

b) *Los derechos sociales, surgidos al amparo del constitucionalismo social y plasmados, primigeniamente, en la Constitución de Querétaro de 1927 y en el Texto Constitucional de Weimar de diciembre de 1919 y,*

c) *Los derechos de solidaridad, fruto del trabajo de las Naciones Unidas, y que empiezan a impactar a la sociedad internacional en la medida en que existe una obligación de hacer por parte de la comunidad internacional.*

*Tesis: Postulo que el derecho a la salud posee una doble dimensión doctrinal:*

a. *Estamos en presencia de un derecho a la salud como derecho social cuando nos referimos a este derecho en forma de protección de la salud, como se refleja, verbi gratia, en la carta de Querétaro (Artículo 4o.);*

b. *Estamos en presencia del derecho a la salud como un derecho de solidaridad cuando nos referimos a problemas de salud internacional que rebasan las fronteras meramente geográficas de los Estados nacionales. Es decir, cuando los problemas de salud nacional afectan a la comunidad internacional en su conjunto. Es el caso del cólera, el virus del SIDA, enfermedades y epidemias que operan transnacionalmente, que preocupan a las Instituciones Internacionales sobre la materia, a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a la Oficina Panamericana de la Salud (OPS). Estamos en presencia de un nuevo orden internacional de la salud.*

*Entonces, el derecho a la salud asume un carácter bifronte. Es derecho social y derecho de solidaridad (o de la Tercera Generación), al mismo tiempo. En este sentido, postulo que la tercera Revolución Industrial o Revolución del Conocimiento ha dado origen a una Cuarta Generación de Derechos; los derechos derivados de la ciencia y tecnología. Es el caso de los derechos de los países subdesarrollados a la transferencia, obtención y asimilación de tecnología." 41*

Esta interesante transcripción nos muestra ya una importante preocupación jurídica de un sector académico por ir centrando y encuadrando el derecho de

---

<sup>41</sup> Díaz Müller Luis. *Derecho a la Salud y Derechos Humanos*. Publicado por la Academia Mexicana de Derechos Humanos. México, 1997.

protección de la salud de nuestro Artículo 4o. Constitucional dentro de una teoría general de los derechos humanos que evidencian sus diferentes naturalezas y al definir las tres categorías históricas de derechos humanos, evalúa la ubicación del derecho a la salud como él mismo lo dice, como un “carácter bifronte”, pero a pesar de la importancia taxonómica desde el punto de vista jurídico, este análisis carece de una orientación pragmática en búsqueda de congruencia de la respuesta del Estado al derecho establecido en la Constitución para toda la población de nuestro País, área que está urgiendo del interés de académicos de la alta talla del citado investigador.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos en 1996 publicó un estudio titulado El Derecho a la Protección de la Salud de todos los Mexicanos, como un trabajo colectivo de investigación en el que participaron Fernando Cano Valle, Armando Cordera, Patricia Hernández, Laura Moreno, Luis Ponce de León Armenta, Fortunato Vargas y como Coordinador del trabajo de investigación Horacio García Romero. En el Capítulo titulado la Protección a la Salud como un Derecho Humano bajo el acápite Los Compromisos Nacionales e Internacionales dicen lo siguiente:

*“Escribe Lewinston en el prefacio del libro la Aldea Global de Marshall McLuhan:*

*Debido a que el presente es siempre un período de penoso cambio, cada generación tiene una visión del mundo en el pasado: Medusa es vista a través de un escudo lustrado: El espejo retrovisor.*

*Los romanos estaban obsesionados con el mundo de Grecia, los Griegos con los Tribalistas que los precedieron, pero esto es normal, la gente se pasa la vida imitando en forma razonable lo que se hizo en la era anterior. El hombre del renacimiento vivía en la edad media, con la mente y la imaginación, atravezando profundamente por un clasicismo incondicional. El hombre del siglo XIX vivía en el renacimiento.*

*Nosotros vivimos en el siglo XIX.*

*Sin embargo, qué hace que podamos identificar las diferentes etapas históricas a las que nos referimos. Al parecer existe una especie de discordancia entre los avances que la ciencia y la tecnología producen en el mundo; y la manera en que las sociedades interactúan, se comunican y llegan a acuerdos para asegurar las formas de convivencia social. Estos convenios son establecidos a nivel internacional mediante acuerdos, tratados, pactos y declaraciones, que no se llevan a la práctica en forma inmediata.*

*Existen una serie de valores distintos e intereses encontrados que se oponen a llevar a la práctica esos acuerdos. Es en general, una tendencia conservadora a mantener los privilegios, de un viejo orden, que por conocido y con ventajas indudables para algunos, se desea mantener a toda costa.”*<sup>42</sup>

Me parece que las ideas citadas en la anterior transcripción, se evidencia la actitud de todos los Estados integrantes de la Organización de las Naciones Unidas, que difirieron la reglamentación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales a través de un Tratado por más de 20 años y han diferido hasta la fecha la precisión y delimitación clara de los Derechos y Obligaciones tanto de los Estados Partes, como de sus poblaciones integrantes en materia del derecho a la salud. En algunos casos como Lewinston dice “por conservar o mantener privilegios de un viejo orden” y en otros por imposibilidad práctica de dar respuesta a una posible Legislación vinculatoria en Estados que han mostrado una ineficiencia e ineficacia gubernamental crónica para hacer frente al subdesarrollo y al estado permanente de necesidades derivados del mismo subdesarrollo y que a medida que los profesionales del importante ramo de la actividad social como lo son los Juristas, van dejando en manos de otras profesiones, menos se tiende hacia la congruencia de la respuesta del Estado a sus obligaciones y se incurre asimismo en contradicciones e incongruencias jurídicas, pues por un lado se firman compromisos internacionales en Tratados que la Legislación interna tanto Constitucional como Ordinaria no sólo no soportan, sino que son antagónicas a los compromisos contraídos.

Citamos las consideraciones hechas como proemio de este inciso c) pues como analizamos en el Capítulo 2. de esta tesis Antecedentes del Derecho a la Salud: a) En la Comunidad Internacional, desde 1851 en la Ciudad de Paris, está luchando por hacer realidad lo que el Doctor Luis Díaz Müller denomina Derechos Humanos de Segunda y Tercera Generación en lo que se refiere al derecho a la salud y como analiza la Comisión de Derechos Humanos, en el estudio supracitado en este inciso, se han celebrado una gran cantidad de Tratados y Convenios generales y entre Países en el Derecho Internacional a la Salud, pero muchos de ellos o no se aplican o solamente se aplican parcialmente con resultados que dejan mucho que desear con respecto a lo establecido tanto en la Constitución de los Organismos Internacionales de

---

<sup>42</sup> García Romero Horacio et all. *El Derecho a la Protección de la Salud de Todos los Mexicanos*. Publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Primera Edición. México, 1996.

Salud, como en las Declaraciones y Tratados Internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En 1978 la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud conjuntamente organizaron la Asamblea de las Naciones Unidas en Alma-Ata Rusia, en donde se hace una evaluación de lo logrado en el ámbito de las naciones en materia del derecho a la salud y lo que se propone lograr a futuro, plasmado en un documento denominado La Declaración de Alma-Ata, adoptada por la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud, en donde se enfatiza que la *"atención primaria es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social"* <sup>43</sup>

De la lectura de dicho documento se desprende que fué un proceso de evaluación en donde el concierto de las naciones reconoce que lo que se ha avanzado en materia de salud desde 1945 fecha de la creación de la Organización de las Naciones Unidas y 1946 fecha de la creación de la Organización Mundial de la Salud, pasando por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948 en donde como veremos más adelante el propósito era lograr la cobertura universal del derecho a la protección de la salud hasta 1978 fecha en que se celebra la Conferencia Internacional de Alma-Ata en la Declaración arriba citada en un documento de 10 Apartados, se reconoce que es mucho lo que falta por hacer a pesar de lo logrado, para hacer realidad las aspiraciones del derecho a la salud como derecho humano de toda la humanidad y en dicho documento en los diversos Apartados, se establecen los compromisos que los Gobiernos deben realizar para lograr el objetivo que formalmente se plantea esta Conferencia Internacional que es la alcanzar al menos, la *"Atención Primaria de la Salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu de justicia social"*. <sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. *Alma Ata Primary Health Care*. Publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez. Geneva Zind. 1978.

<sup>44</sup> International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. *Alma Ata Primary Health Care*. Publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez. Geneva Zind. 1978.

*Dicha atención primaria de la salud como establece el inciso 3) del Apartado VII comprende cuando menos las siguientes actividades: La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.*

*En su Apartado VIII dice: " Todos los Gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores..."*

*En su Apartado IX invita a la solidaridad internacional para poder lograr en todo el mundo dicho objetivo.*

*Y finalmente en el Apartado X establece que es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamentos y conflictos militares....<sup>45</sup>*

En 1986 de nuevo, se cita a una Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud en la Ciudad de Ottawa, Canadá,<sup>46</sup> como una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo y tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria. En esta Conferencia se da ahora relevancia al concepto de promocionar la salud que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de

---

<sup>45</sup> International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. *Alma Ata Primary Health Care*. Publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez. Geneva Zind. 1978.

<sup>46</sup> Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa*. Documento de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

bienestar físico, mental y social, y a que un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, por lo que las condiciones y requisitos para la salud son: La paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

En 1995 la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague emitió un documento de posición de la Organización Mundial de la Salud titulado La Salud en el Desarrollo y publicado por el Programa de Políticas Públicas y Salud División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud en donde en el Apartado de Resumen dice: " ....Se espera que los líderes políticos reunidos en Copenhague reconozcan la necesidad de nuevos enfoques del desarrollo social basados en la igualdad, la cooperación, el respeto mutuo y la solidaridad.

*La Cumbre se celebra en un contexto de profundos cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos que influyen mucho en la salud y en la calidad de la vida. La universalización del sistema económico está acompañada de tendencias hacia la privatización y hacia las economías del Estado. En muchos Países, la desintegración social relacionada con la pobreza y el desempleo ha llevado a un deterioro de la salud, que ha afectado a la salud familiar en general y a la salud de los niños, las mujeres y los ancianos en particular. La forma más eficaz de encarar la salud y el bienestar de los niños, las mujeres y los hombres consiste en la colaboración intersectorial orientada entre otras cosas al fortalecimiento de la capacidad de autogestión que conduzca a familias caracterizadas por el tratamiento equitativo de las personas de ambos sexos, la reducción constructiva de los conflictos y un auténtico apoyo mutuo.*

*A veces se sobreestima la capacidad del sector privado como fuerza impulsora del desarrollo tanto humano como económico. El desarrollo humano, incluida la salud, es una responsabilidad social que abarca los sectores público y privado, se debe garantizar la equidad con el financiamiento de servicios que beneficien a los segmentos más pobres y vulnerables de la sociedad. Asimismo, la atención de salud no se puede*

*comercializar libremente y vender al mejor postor o disponer según la capacidad de pago.*

*Concluye dicho documento con la proposición de lo que se denomina el Noveno Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, en el cual se define en el marco de la política sanitaria mundial de la Organización en cooperación con los Países y Organizaciones Internacionales que participan en la tarea de desarrollo, las funciones tanto de cooperación técnica como de dirección y coordinación de la OMS están orientadas hacia la mejora de la capacidad de los Países para formular y poner en práctica sus propias prioridades para el desarrollo sanitario y la acción pública en el campo de salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y establecer una infraestructura sanitaria sostenible.*

*Se establecen 4 orientaciones generales para la acción de la comunidad mundial:*

- a) Integrar la salud y desarrollo humano en la política pública.*
- b) Garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.*
- c) Promover y proteger la salud.*
- d) Prevenir y controlar problemas de salud específicos.*

*El desafío con que nos enfrentamos en los albores de un nuevo milenio es más urgente que nunca: Usar los decenios venideros para lograr mejoras persistentes en la vida de los que sufren y fortalecer la capacidad de las generaciones futuras para cerciorarse de que las mejoras continúen." <sup>47</sup>*

Este importante documento del cual transcribimos solamente algunos párrafos, muestra la preocupación que a nivel mundial se percibe por el abandono del espíritu social del constitucionalismo y la inmersión de la mayoría de las Naciones del Orbe en una corriente privatizadora de corte neoliberal en donde se ha sobrestimado, como se menciona en dicho documento, la capacidad del sector privado para dar respuesta a las necesidades económicas, sociales y

---

<sup>47</sup> Cumbre Mundial Sobre desarrollo Social, Copenhague, Marzo de 1995. *La Salud en el Desarrollo, Documento de Posición de la Organización Mundial de la Salud.* Documento Publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington D.C. E.U.A., 1995.

culturales y que como podemos contrastar con el documento “Informe del Banco Mundial de 1993”, la realidad es incongruente con este supuesto, pues hay una creciente depauperización de las Naciones y una notoria y creciente desatención de las necesidades económicas, sociales y culturales por parte del Estado, provocada entre otras razones por la crisis financiera y monetaria internacional que ha orillado a los Países a severos endeudamientos externos y a una enorme sangría de recursos por la vía de servicio a tal deuda que impide la atención de necesidades de amplios núcleos sociales por escasez de recursos y orilla a los Estados en esta situación a ir generando Programas “de parche” cuyo soporte requiere disposiciones legales y normativas que sustenten tales medidas aún cuando sean incongruentes con la propia normatividad Constitucional y con los compromisos internacionales como el del derecho de protección a la salud, pero que encuentran en una actitud clasificatoria una salida a dicha incongruencia como es la teoría de los derechos programáticos.

Antes de pasar a describir en detalle el conjunto de normas que integran lo que se conoce como Derecho Internacional de la Salud, consideremos algunas opiniones que se virtieron en una discusión interdisciplinaria sostenida en la Escuela de Leyes de Harvard, en Septiembre de 1993 denominada Derechos Económicos y Sociales y El Derecho a la Salud, que fué organizada por la Escuela de Leyes de Harvard en el Programa de Derechos Humanos, conjuntamente con el centro Françoise Xavier Bagnoud, para la Salud y los Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en donde en la tercera sesión que versó sobre “Institucionalización de los Derechos Económicos y Sociales”, que fué presidida por Philip Alston, quien es Profesor de Leyes y Director del Centro de Leyes Internacionales Públicas de la Universidad Nacional Australiana de Camberra, quien además ha escrito extensamente sobre el asunto de Derechos Humanos y ha jugado un papel activo con respecto a los Derechos Económicos y Sociales dentro del Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, pues fungió como Director del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

En esta sesión de discusiones el discurso introductorio corrió a cargo de Philip Alston, quien dijo lo siguiente

*“ El principal obstáculo para la realización del Pacto de Derechos Económicos , Sociales y Culturales ha sido siempre el debate sobre la naturaleza de las obligaciones del estado. En el caso de los derechos Civiles y Politicos, se asume que esta obligación es absoluta e inmediata. El país empobrecido y en mayor dificultad, como la Uganda*

*de hace diez años, o el Zaire de ahora, aún así deben respetar los derechos de sus prisioneros en condiciones de decencia, por supuesto, es inevitable que tales Países deben de tener esta obligación. Los cuerpos internacionales de Derechos Humanos insistirán en su formalidad, pero ninguno tomará en serio. en realidad esta es una balanza deslizando, que es la que se aplica.*

*En términos del pacto, los Derechos Sociales y Económicos no son ni absolutos ni inmediatos, sin embargo, no quiere decir que los Estados no estén en la obligación de satisfacerlos. La obligación está sujeta a tres palabras que son frecuentemente ignoradas: Los Estados partes deben "tomar los pasos" para realizar los Derechos enumerados en el Convenio. El deber está sujeto a los recursos disponibles por los Estados, pero aún así, la obligación de "tomar los pasos" permanece.*

*Hasta la fecha no ha habido forma internacional para discutir y debatir la naturaleza de la obligación y el contenido de los derechos particulares. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas dedica aproximadamente el cinco por ciento de su tiempo al asunto de Derechos Económicos y Sociales; otros cuerpos de Derechos Humanos generalmente lo ignoran. El único cuerpo que hace obligatoriamente trabajo en esta área, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fué apenas establecido en 1987 bajo la implícita condición de que no fuera efectivo y que estuviera inactivo, no ha sido sino hasta que la Unión Soviética se ha disuelto y la guerra fría ha terminado, que el Comité fué libre de realizar su trabajo.*

*Como Reportero especial del Comité estoy bastante consciente de este problema. En Primer lugar recibimos muy poco apoyo institucional, de cualquier tipo. El Secretariado de las Naciones Unidas provee solamente ayuda rudimentaria de ciertos empleados; pues yo mismo he tenido que transcribir casi la mitad de nuestros reportes recientes por falta de una secretaria con experiencia en procesador de palabras. La Organización Internacional del Trabajo y La Organización Mundial de la Salud acuden a las sesiones del Comité muy de vez en cuando, pero ninguna de las organizaciones ha hecho una contribución seria a los trabajos.*

*Al Comité le faltan Expertos. La membresía consiste de Abogados Generales o Ministros de Justicia, Antiguos Diplomáticos que son nominados y elegidos y llegan a su posición a través de un sistema en ruinas –el prestigio de un asiento en el Comité–, seis semanas al año en Génova (gastos pagados). De los dieciocho miembros electos sólo algunos son capaces de una contribución Real 95 % del producto escrito ha sido elaborado por mí mismo y por un abogado Aleman internacionalista, durante nuestro trabajo de tiempo parcial en el Comité.*

*El Comité utiliza 3 técnicas para promover los derechos económicos y sociales, todos ellos son un fracaso. El primero, las revisiones del Comité del Estado de los reportes periódicos, no llega a ninguna parte. El Comité no tiene recursos externos de información y debe confiar para su análisis en la probidad de los Estados que elaboran sus reportes; los Estados no están bajo presión para dar un reporte cuidadoso. Damas y Caballeros del Comité, ellos dirán, estamos complacidos de anunciar la colocación de 45,000 camas de hospital. Pero cuáles son las necesidades actuales del País, 40,000 o cuatro millones? nosotros nunca sabemos. Yo encuentro un contraste maravilloso ya que los Estados que en una junta privada con el Banco Mundial, juntarán sus manos y dirán 'Oh, el País se está derrumbando, las gentes están muriendo como moscas, ustedes tiene que darnos dinero', mientras que ante el Comité, ellos llegan con una gran sonrisa y dicen que todo está maravillosamente bien.*

*Los principales recursos del Comité en materia de información, son el economista y la red de computación Lexis/Nexis. Estamos en una desesperada necesidad de investigadores. La mayoría de los miembros tienen muy poco conocimiento independiente para desarrollar. Ah, Australia, ellos se dirigen al representante de este Estado, cuando presenta el reporte periódico. ¿Puede usted decirnos, si en su país hay algún problema social o económico?.*

*Sí el proceso de monitoreo es trabajar, en un nivel nacional o internacional, es necesario que los monitores estrechen su revisión de reportes periódicos a un número discreto de asuntos. Seleccionemos estos asuntos arbitrariamente, si es necesario, pero déjenos por lo menos estar de acuerdo que hay seis componentes fundamentales del Derecho a la Salud, y que los Estados deben proveer información en cada uno de ellos. La segunda técnica del comité es dedicar un día de su sesión anual a una discusión abierta con los participantes externos, es otra falla. Las Naciones Unidas no proveen recursos para cubrir los gastos de los participantes. Las agencias de las Naciones Unidas permanecen alejados en este terreno. Algunas veces ellos envían a un oficial de alguna de las agencias de enlace interno, para hablar algunas palabras acerca de los Derechos o de la implicación de la agencia en los Derechos. No hay intercambio de información entre las agencias, no hay intercambios de ideas.*

*La tercera técnica del Comité, la cual quizá ha sido la mas útil, es la emisión de comentarios generales sobre la naturaleza de las obligaciones del Estado. Estos documentos regulares son nuestras bulas papales, nuestras encíclicas, o cuando menos así lo intentamos. Las afirmaciones definitivas sobre la interpretación y aplicación coactiva de los convenios. En teoría, pasan a través del sistema de*

*Naciones Unidas con el mas alto " imprimatur" del comité. De hecho, hemos adoptado solamente cuatro de tales comentarios y yo he escrito virtualmente cada palabra a lo largo de varios solitarios fines de semana en Génova, desesperado porque otros participen.*

*A pesar de todos los problemas institucionales que nos afectan la abogacía de los Derechos Sociales y Económicos, el principal obstáculo ha sido nuestra dimisión de las genuinas diferencias entre las dos categorías de Derechos. uno puede presionar para que se establezcan estándares para los Derechos Civiles y Politicos, para reconocer la obscenidad de la tortura no importa dónde se practique, pero el estándar para el logro de los Derechos Económicos y Sociales variará significativamente entre los estados. En el desarrollo de un Derecho al cuidado adecuado de la Salud, los Estados Unidos y Haiti, requieren diferentes estándares.*

*Hemos pedido a los Estados que describan sus aspiraciones y establezcan programas para la realización de los derechos, pero tenemos menos poder que una pulga en el lomo de un perro. Las agencias de las Naciones Unidas con mayor autoridad, no llamarán nunca a los Estados para preguntarles o cuestionarlos sobre su pobre ejecución en materia de cumplimiento de Derechos Humanos ni respaldarán al Comité: ellos quieren mantener su distancia. Ninguna de las organizaciones internacionales no gubernamentales verdaderamente efectivas hacen mucho en materia de Derechos Económicos y Sociales. El Comité de Abogados y la Comisión Internacional de Juristas hacen muy poco. Los observadores de derechos humanos han tenido una ideología o filosofía que se opone a los Derechos Económicos y Sociales, no participan de ninguna manera. Cientos de Organizaciones No Gubernamentales envían representantes a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas a protestar por violaciones de derechos civiles y politicos. En nuestras sesiones, usted encontrará sí acaso a un representante , alguien de la Coalición Internacional para el Habitat, esta ahí sentado y más bien permanece quieto. La abogacía de las organizaciones no gubernamentales, acostumbradas a la argumentación legal tradicional, no se puede acomodar a los Derechos Económicos y Sociales dentro de un confortable marco.*

*El Comité ha hecho gestiones para mejorar la situación. Nuestra prioridad es un sistema de monitoreo efectivo, sin el cual la intervención de cualquier clase es imposible. Aun los Estados Unidos con su tecnología informática tan avanzada, no monitorea completamente la salud de su población. Obviamente los países en desarrollo están en una peor posición.*

*Nosotros también hemos sugerido que los países se ocupen en alguna clase de debate público en sus objetivos bajo el pacto. Todo lo que requeriría es un esfuerzo de buena fé, nosotros podemos al menos identificar instancias de mala fé y de total negligencia. Para coacción, uno puede usar la zanahoria o el palo. Los estados no desean usar el palo por violaciones a Derechos Económicos y Sociales: Cuando las naciones ricas los violan, como puede uno condenar a Haití y a Zaire?. El uso de la zanahoria, de condicionar la ayuda internacional al logro de los Derechos Económicos y Sociales es un anatema en el sistema de las Naciones Unidas y antitético a los programas de desarrollo de las Naciones Unidas.*

*Déjeme concluir mi intervención sobre el Comité con una sugerencia más interesante, el Comité ha observado que ni las corte de los Estados, ni las Legislaturas de los Estados solas pueden traer a los Derechos Económicos y Sociales dentro de un proceso que dé fruto; Son necesarias algunas instituciones intermedias. En esto, le cedo la palabra a Roberto Unger.”<sup>48</sup>*

Nos parece sumamente importante transcribir los párrafos del discurso introductorio de este funcionario del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, pues en él se destila con toda claridad la frustración que se ha empezado a hacer evidente en el ámbito académico internacional de los Derechos Humanos por la falta de delimitación y regulación vinculatoria de los derechos contenidos en el Pacto denominado “De los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y muestra la lucha que se está iniciando y que se avizora que se intensificará en los próximos años para continuar con la tarea que después de la segunda guerra mundial y a la luz de las grandes catástrofes y abusos de derechos humanos que constituyen abusos de lesa humanidad, cincuenta años después por motivos de acciones económicas y sociales vuelven a hacer evidentes injusticias e inequidades similares en su dimensión o en sus efectos a los de las devastadoras guerras mundiales.

Y compete a la profesión de los juristas retomar la importante labor de estudio, análisis, clarificación y congruencia en la elaboración, aplicación, difusión y actualización del campo del derecho a la salud o en forma más rigorigista del derecho a la protección de la salud.

---

<sup>48</sup> Harvard Law School. *Economic and Social Rights and the Right to Health. An Interdisciplinary Discussion Held at Law School in September, 1993.* Publicado por : Harvard Law School Human Rights Program. Boston, Ma. E. U. A. 1995.

En esta misma sesión participó Roberto Unger, quien es profesor de Leyes de la Escuela de Leyes de Harvard. su extensa obra escrita se ha concentrado sobre: Teoría Social, incluyendo la Política: un Trabajo en Teoría Social Constitutiva, Jurisprudencia y asuntos políticos y socioeconómicos del Brasil contemporáneo, quien dice :

*" En muchos países la discusión del Derecho a la Salud tiene lugar en una serie de debates que se intersectan. Uno: ¿debemos invertir recursos públicos en cuidado en hospitales terapéuticos o en programas preventivos de salud?. La desproporcionada inversión en cuidados en hospitales es ya en este momento embarazosa en las naciones más ricas, pero es un escandalo en los países más pobres. Dos: ¿debemos apoyar un programa mínimo tradicional de salud pública o una concepción mucho más amplia de salud pública como lo recomienda Jonhatan Mann? y en último caso un programa de salud debe enfatizar la educación de los niños. Tres: ¿qué esquema institucional es más conducente a la reforma de la salud : el esquema de redistribución tradicional, que es de impuestos y transferencias, o una reorganización estructural?.*

*Es importante que uno entienda la posición que toma en cada uno de estos debates. Los minimalistas, abogan por la primera posición en el debate de las tres cuestiones arriba planteadas, esperan una discusión tradicional de derechos discriminados de justicia. Los maximalistas abogan por la segunda posición, esperan más. esto permitirá a los derechos tradicionales un rol accesorio, quizá la definición de estándares mínimos, insisten en desdoblarlos en un marco más amplio de conflicto y controversia, podría imaginarse una escala internacional deslizante, la cual mencioné en una participación anterior. Las naciones empobrecidas que están ajenas a la equidad y exclusión tienen ahora una reclamación contra el mundo; Las naciones empobrecidas que están marcadas por la inequidad y la exclusión deben sufrir las demandas del mundo. Algo más los maximalistas del mundo, deben ganar ascendencia sobre los minimalistas.*

*Yo estoy de acuerdo con el punto de vista del comité (como lo ha descrito Phillip Alston) que son necesarias instituciones alternativas para realizar nuestras aspiraciones. Hay una relación íntima entre la definición de Derechos y la colocación institucional de su formulación y coacción. Consideramos el ejemplo del así llamado " Admoniciones Estructurales" empleadas en los Estados Unidos y en dondequiera que pueden fundamentarse en la violación de principios constitucionales por las instituciones que se amonestan. En los Estados Unidos están más familiarizados con tales Admoniciones Estructurales que se usaron para la integración de las escuelas*

*públicas. Esta práctica de intervención estructural y reconstrucción se ha truncado en varios aspectos. Las cortes se rehusan a seguir la actividad reconstructiva hasta sus fines lógicos, la erradicación de los demonios sociales más profundos que causan los aparentes; las cortes intervienen solamente en las instituciones sociales marginadas, tales como las prisiones y las instituciones de salud mental, más que en las instituciones centrales de producción y administración política, las cortes son por sí mismas inadecuadas para la tarea de intervención estructural, episódica, que requieren una alternativa legítima a la rama existente del Gobierno.*

*A medida que los maximalistas toman mas posición en el debate de la salud, es probable que estén menos satisfechos con el orden institucional de aplicación y coacción de los derechos.\* 49*

Nos parece de gran trascendencia el análisis de la cita transcrita de Roberto Unger y estimamos que la falla institucional por él advertida cuando se encarga al Estado Parte de un Convenio de definir, instrumentar y aplicar medidas normativas de derechos humanos como el del derecho a la salud, se está subsanando con la creación y proliferación de organismos no gubernamentales y grupos de presión que empiezan a tomar lo que él denomina una actitud maximalista, que aunque constitucionalmente y en términos de legislación ordinaria no son instancias jurídicas para el discernimiento del derecho a la salud, su formación y operación dentro de la Legislación Civil y al amparo del Derecho Constitucional de Asociación para la defensa de intereses comunes, han ido proliferando y empiezan a funcionar en nuestro País en el terreno de este difuso derecho como es el derecho a la protección de la salud.

Después de este preámbulo que ubica el estado de logro de las disposiciones que derivan del ámbito internacional entremos al análisis sustantivo del tema de este acápite. Las siguientes disposiciones constituyen el Derecho Internacional a la Salud vigente en la actualidad:

1.- La Carta de las Naciones Unidas, en su Artículo 25, establece:

**“ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el**

---

<sup>49</sup> Harvard Law School. *Economic and Social Rights and the Right to Health. An Interdisciplinary Discussion Held at Law School in September, 1993.* Publicado por : Harvard Law School Human Rights Program. Boston, Ma. E. U. A. 1995.

vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

## 2.- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre:

“Artículo I. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona....

Artículo VI. Toda persona tiene derecho a constituir familia, elemento fundamental de la sociedad y a recibir protección para ella.

Artículo VII. Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia así como todo niño tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales....

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad....

Artículo XVI. Toda persona tiene derecho al trabajo en condiciones dignas y a seguir libremente su vocación en cuanto lo permitan las oportunidades existenciales de empleo.

Artículo XV. Toda persona tiene derecho a descanso, a honesta recreación y a la oportunidad de emplear útilmente el tiempo libre en beneficio de su mejoramiento espiritual, cultural y físico.

Artículo XVI. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a la voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia....

Artículo XXVIII. Los derechos de cada hombre están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bienestar general y del progreso democrático.

**Artículo XXIX.** Toda persona tiene el deber de convivir con los demás de manera que todas y cada una puedan formar y desarrollar integralmente su personalidad.

**Artículo XXX.** Toda persona tiene el deber de asistir, alimentar, educar y amparar a sus hijos menores de edad, y los hijos tienen el deber de honrar a sus padres y el de asistirlos, alimentarlos y ampararlos cuando éstos lo necesiten....

**Artículo XXXV.** Toda persona tiene el deber de cooperar con el Estado y con la comunidad en la asistencia y seguridad sociales, de acuerdo con sus posibilidades y con las circunstancias”.

### 3.- Declaración Universal de Derechos Humanos:...

“Artículo XXV.:

1) Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad.

2) La maternidad y la infancia han de ser objeto de especial cuidado y asistencia. Todos los niños, nacidos o no de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

### 4.- Constitución de la Organización Mundial de la Salud:

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, como un organismo especializado de la Organización de las Naciones Unidas, contiene la definición moderna de salud, y reconoce como función del Estado la promoción de la salud física y mental de los pueblos. El preámbulo de dicha Constitución sienta 9 principios básicos. “Los Estados Partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos.

**La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**

**El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.**

**La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.**

**Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud, son valiosos para todos.**

**La desigualdad de los diversos Países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.**

**El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental, la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.**

**La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.**

**Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.**

**Los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.**

##### **5.- Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.**

**En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.**

La Organización Panamericana de la Salud funje como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública que goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

“Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son: Proveer las acciones y coordinar los esfuerzos de los Países del Continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la oficina colabora con los Gobiernos miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de la salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los Países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud. Desempeña además diversas funciones afines.

La Constitución de la Organización Panamericana de la Salud señala en su Artículo I:

La Organización Panamericana de la Salud... tendrá como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los Países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes”.

6.- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.

“El Artículo V, apartado e) de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, incluye ante los derechos económicos, sociales y culturales que los Estados partes se encuentran obligados a reconocer a toda persona, sin discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad u origen técnico: ...

IV. El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

**7.- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.**

“Artículo 11(1)(f) Establece que los Estados Partes deberán tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el disfrute del derecho a la protección de la salud y la seguridad en las condiciones de trabajo, incluyendo la seguridad o salvaguarda de la función de reproducción.

Artículo 12 de la misma Convención establece que todas las medidas apropiadas deberán tomarse por los Estados Partes para eliminar la discriminación contra la mujer en el campo del cuidado de la salud para asegurar sobre las bases de igualdad del hombre y la mujer, el acceso a los servicios de cuidado de salud, incluyendo aquellos relacionados a la planeación de la familia”.

**8.- Convención Sobre los Derechos de el Niño.**

“Artículo 24(1): Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto estándar logvable de salud”.

**9.- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

“El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en el Artículo 12 que:

1.- Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán los necesarios para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

#### 10.- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos.

En relación a la protección de la salud, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos establece en el artículo 6, primer párrafo, que:

“El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

Y en el artículo 7, agrega:

“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

#### 11.- Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).

La Convención Americana Sobre Derechos Humanos reconoce implícitamente, a través de los siguientes artículos, que la salud es un derecho humano:

##### “Artículo 4. Derecho a la vida

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

##### Artículo 5. Derecho a la integridad personal.

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano.

#### Artículo 17. Protección a la familia.

1. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado.

#### Artículo 19. Derechos del niño.

Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”.

12.- La Declaración de Alma-Ata y la meta de Salud para Todos en el año 2000.

“La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”.

13.- Declaración de los Pueblos de América que incluye el Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso.

Destaca entre las conclusiones de esta declaración que el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas del desarrollo de la región.

Ahí mismo se recomienda a los Gobiernos que al proclamar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, se incluyan los programas de salud pública que son esenciales y complementarios de los económicos.

14.- El Protocolo Adicional de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: “Protocolo de San Salvador”.

En su preámbulo se puede leer lo siguiente:

“Teniendo presente que si bien los derechos económicos, sociales y culturales fundamentales han sido reconocidos en anteriores instrumentos internacionales, tanto del ámbito universal como regional, resulta de gran importancia que éstos sean reafirmados, desarrollados, perfeccionados y protegidos en función de consolidar en América, sobre la base del respeto integral a los derechos de la persona, el régimen democrático representativo de Gobierno, así como el derecho de sus pueblos al desarrollo, a la libre determinación y a disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales.....

El Artículo 9o. destaca el derecho que tiene toda persona a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez mientras que el Artículo 10 se refiere a que:

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

Con el fin de hacer efectivo el derecho de la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho.

Dichas medidas son:

La atención primaria de la salud puesta al alcance de los individuos y de la comunidad; la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; la inmunización total; la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y profesionales; la educación de la población sobre la prevención, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

Destaca también un derecho que no se había consignado en otro documento y que es el derecho a un medio ambiente sano, ya que su Artículo 11 dice: “Toda persona tiene el derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.”

**De las lecturas de estas disposiciones que integran la Legislación Internacional de Salud se comprende la frustración y la preocupación de Phillip Alston, manifestada en párrafos arriba citados, debido a la imprecisión y vaguedad de los enunciados de esta Legislación, pues en los términos de lo que afirma Hans Kelsen en su libro Teoría Pura del Derecho, un Derecho que no tiene un obligado correlativo y una forma coactiva de hacerlo realidad, no es jurídicamente hablando, un derecho.**

## **CAPITULO 4**

**ANALISIS DE LAS OBLIGACIONES EN  
MATERIA SANITARIA Y DE SALUD PUBLICA  
DE LOS NIVELES DE GOBIERNO: FEDERAL,  
ESTATAL Y MUNICIPAL.**

## **El Federalismo y la Descentralización del Sector Salud en México.**

Para ubicar el análisis de los documentos en donde se plasman las supuestas obligaciones de los tres niveles de Gobierno en nuestro País, revisaremos primero los artículos Constitucionales que enmarcan y establecen las facultades y obligaciones de los niveles Federal, Estatal y Municipal.

El Artículo 4o. de la Constitución en el cuarto párrafo en su parte final dice:

“...La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución.”

En esta disposición se remite a una Ley reglamentaria con el propósito de regular en materia de salubridad general las obligaciones que ante la población deberán contraer ambos niveles de gobierno para poder hacer realidad la protección del derecho a la salud de la población, sujetando dicha concurrencia a lo que establece el Artículo 73 Constitucional.

Por su parte el Artículo 73 establece las facultades que tiene el Congreso de la Unión y en su fracción XVI dice:

“Para dictar leyes sobre nacionalidad y condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República:

1. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en todo el País”.

Como se verá más adelante no sólo no se respeta esta disposición Constitucional del Consejo de Salubridad General, sino que a través de un Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, se creó el Consejo Nacional de Salud que agrupa a los Servicios Estatales de Salud coordinados por la Secretaría de Salud.

**"2. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el País, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República".**

De nuevo aquí se evidencia la necesidad de revisión derivada de las permanentes modificaciones a la Constitución y como sostienen algunos Analistas Constitucionales, del exagerado detalle en que incurrir los Legisladores Constitucionales que en razón de la dinámica social, cuando estos documentos contienen un exagerado detalle devienen con el cambio social en obsolescencia y necesidad de modificación, pero que en virtud de la interrelación que originalmente se le da a la Carta Magna en sus diversas disposiciones, después al venir cambios orgánicos o de facultades y obligaciones, las mismas disposiciones en vigor, por falta de técnica legislativa, van deviniendo en obsoletos e inaplicables, pues como se verá más adelante en el análisis de los Acuerdos, entre los Ejecutivos Federal y de las Entidades con el propósito de normar la concurrencia establecida en el cuarto párrafo, contravienen disposiciones como la de este apartado 2 de la fracción XVI del Artículo 73 Constitucional.

**"3. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.**

**4. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Consejo de la Unión en los casos que le competan."**

El Artículo 124 de la Constitución establece que: "las facultades que no estén expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados".

Se considera que en virtud de este Artículo y relacionado con lo que la fracción XVI del Artículo 73 Constitucional establece, no es facultad de los Estados, legislar en materia de salubridad general, pues ésta está expresamente concedida al Congreso de la Unión y subrayo que es al Congreso de la Unión y no a los Funcionarios Federales, pues la fracción XVI ya mencionada es categóricamente expresa.

A su vez el Artículo 40 de la Constitución establece: “Es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República representativa, democrática, federal, compuesta de Estados libres y soberanos en todo lo concerniente a su régimen interior; pero unidos en una Federación establecida según los principios de esta Ley fundamental.”

Este Artículo Constitucional sobre todo en materia de salubridad general, debiera hacer innecesaria la tarea de celebración de Acuerdos y Convenios entre los Estados y la Federación como un mecanismo para establecer facultades y obligaciones, pues no debiera quedar en el ámbito de los órganos ejecutivos lo que está definido en términos constitucionales, pero como se verá más adelante en este Capítulo, este principio parece no observarse y el proceso de celebración de Acuerdos pareciera estar estableciendo compromisos, facultades, y atribuciones al margen de lo establecido en la Constitución por los órganos ejecutivos de los niveles Federal y Estatal de Gobierno.

Por otra parte, en el Artículo 41 de la Constitución también se define: “El pueblo ejerce su soberanía por medio de los Poderes de la Unión, en los casos de la competencia de éstos, y por los Estados, en lo que toca a sus regímenes interiores, en los términos respectivamente establecidos por la presente Constitución Federal y las particulares de los Estados, las que en ningún caso podrán contravenir las estipulaciones del Pacto Federal.....”

Si el comentario con respecto al Artículo 40 de la Constitución cuestiona el frecuente mecanismo de concertación de Acuerdos entre los representantes del órgano ejecutivo de los niveles de Gobierno, es más cuestionable en relación con este Artículo 41 de la Constitución, el que se dé participación en tales procesos de concertación a organismos del ámbito laboral como son el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud que violan flagrantemente esta disposición como se verá más adelante.

Por otra parte el Artículo 115 Constitucional dice: “Los Estados adoptarán, para su régimen interior, la forma de gobierno republicano, representativo, popular, teniendo como base de su división territorial y de su organización política y administrativa el Municipio Libre conforme a las bases siguientes:

**Fracción III. Los Municipios con el concurso de los Estados cuando así fuere necesario y lo determinen las leyes, tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos:**

- a) Agua potable y alcantarillado....
- c) Limpia.
- d) Mercado y Centrales de Abastos,
- e) Panteones.

**Y Los demás que las Legislaturas locales determinen según las condiciones territoriales y socio-económicas de los Municipios, así como su capacidad administrativa y financiera."**

Queda aún pendiente de hacer realidad lo plasmado en este Artículo Constitucional a pesar de ya haber transcurrido casi tres lustros de su modificación en la que se pretendía dar vida al Municipio como base de la organización política y administrativa de los Estados y no pasa de ser un mero enunciado de buen deseo y en materia de salud, como veremos más adelante, se evidencia la falta de autonomía en todos los órdenes, financiero, económico, político, pero en especial en el legislativo, pues son las legislaturas locales, como se establece aquí, a quienes compete determinar las condiciones territoriales y socioeconómicas de los Municipios, así como su capacidad administrativa y financiera y aunque en el discurso oficial se menciona este objetivo, la realidad, una vez instrumentados los mecanismos de concertación, es que en esta materia el Municipio no tiene ninguna ingerencia, relevancia y menos aún capacidad financiera, administrativa ni operativa, por lo cual al menos en la materia de salud, el espíritu que nutrió la modificación del Artículo 115 Constitucional, viene a ser letra muerta.

Estas disposiciones legales que hoy conceden a la Federación las facultades para legislar en materia de salubridad general en forma exclusiva pueden llevar a una disquisición sobre la procedencia o improcedencia de considerar que la Legislación General sea materia exclusiva del Congreso de la Unión y pensar que pudieran ser facultades concurrentes sobre todo cuando el propio Artículo 115 Constitucional delega a los Municipios las facultades arriba indicadas mediante el proceso de legislación por parte de las legislaturas locales que son

quienes determinan conforme a la fracción II del Artículo 115 en su párrafo 2o.: “Los Ayuntamientos poseerán facultades para expedir de acuerdo con las bases normativas que deberán establecer las Legislaturas de los Estados. ...” Y así por ejemplo es materia de salubridad general conforme al Artículo 3o. de la Ley General de Salud en su fracción XXVI en donde establece que es materia de salubridad general: “El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;” en tanto que el Artículo 115 de la Constitución fracción III establece: “Los Municipios, con el concurso de los Estados..... tendrán a su cargo los siguientes servicios públicos:

e) Panteones.”

Pero entrar en esta disquisición nos parece ocioso y en todo caso materia de un Tratado de Derecho Constitucional en donde se analizan las facultades exclusivas, las prohibiciones, las facultades coincidentes y concurrentes de los ámbitos de Gobiernos Federal, Estatal y Municipal y nos parece que el Artículo 3o. de la Ley General de Salud zanja esta discusión al establecer: “En los términos de esta Ley es materia de salubridad general:

I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracciones I, III y IV de esta Ley; (que definen los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos clasificándolos en: I. Servicios públicos a la población en general; III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.)

II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II;

IV. La atención materna-infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

**VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;**

**VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;**

**IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;**

**X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el País;**

**XI. La educación para la salud;**

**XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;**

**XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;**

**XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico;**

**XV. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles;**

**XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;**

**XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;**

**XVIII. La asistencia social;**

**XIX. El programa contra el alcoholismo;**

**XX. El programa contra el tabaquismo;**

**XXI. El programa contra la farmacodependencia;**

**XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;**

**XXIII.** El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumo de uso odontológico, materiales quirúrgicos de curación y productos higiénicos;

**XXIV.** El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII;

**XXV.** El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;

**XXVI.** El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;

**XXVII.** La sanidad internacional, y

**XXVIII.** Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.”

Como se puede apreciar de la lectura de este Artículo prácticamente cualquier actividad realizable en materia de salud cae en la clasificación de salubridad general y es por tanto facultad del Congreso de la Unión conforme al Artículo 73 de la Constitución General de la República, legislar en esta materia.

El Maestro José Francisco Ruiz Massieu en el fascículo sobre el Derecho a la Salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado en el Apartado de México, que publicó la Organización Panamericana de la Salud, varias veces citado en capítulos anteriores, hace un análisis histórico de la competencia en materia de salud en los diferentes ordenamientos constitucionales y dice: “...Las referencias a la salud que encontramos en nuestra historia constitucional son vagas, y las podemos señalar de la siguiente manera:

*El Decreto Constitucional para la libertad de la América mexicana promulgado en Apatzingan el 22 de octubre de 1814 hacía referencia a los asuntos sanitarios. En su Capítulo Octavo, relativo a las facultades del Supremo Congreso, el numeral 118 establecía que le correspondía ‘aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos’.*

*En la etapa del México independiente, la Constitución de 1824 de corte federalista, no hizo ninguna referencia a la materia sanitaria, que quedaba reservada a los Estados de la Unión. La Constitución centralista de 1836 a su vez, en el Artículo 25 de la Ley Sexta, establecía que la salud "estaría a cargo de los Ayuntamientos la policía de salubridad".*

*En el texto de las bases orgánicas de 1843, el Artículo 134 facultaba a las Asambleas Departamentales para "cuidar de la salud pública y reglamentar lo conveniente para conservarla".*

*La Constitución de 1857, también de corte federal, recogió el principio vertido en la Constitución de 1824 en materia sanitaria y reservó a los Estados la facultad de legislar sobre la misma.*

*En noviembre de 1908 el Ejecutivo envió al Congreso de la Unión una iniciativa para adicionar la fracción XXI del Artículo 72 Constitucional, a efecto de que se facultara al Poder Legislativo para legislar sobre la salud pública en las costas y fronteras. La fracción correspondiente contenía ya las atribuciones del Congreso en materia de ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración. La adición propuesta se basaba en la noción de que la salubridad pública de las costas y fronteras, constituía un capítulo de la regulación migratoria a que hacía referencia la propia fracción. Dicha iniciativa no prosperó, pero sirvió como antecedente inmediato a la fracción XVI del Artículo 73 de la Constitución de 1917 (que ya hemos analizado en un párrafo anterior)....*

*Es recién en 1983, por medio de la reforma del Artículo 4o. de nuestra Constitución, que el derecho a la protección de la salud adquiere jerarquía constitucional." <sup>50</sup>*

Por la razón anterior consideramos que queda suficientemente claro que es facultad del Congreso de la Unión legislar en esta materia y por eso en el Artículo 4o. de la Ley General de Salud el Congreso de la Unión define quienes son las Autoridades Sanitarias:

**"I. El Presidente de la República;**

---

<sup>50</sup> Ruiz Massieu José Francisco en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la -Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

II. El Consejo de Salubridad General;

III. La Secretaría de Salud; y

IV. Los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.”

A mayor abundamiento, para no incurrir en una disquisición inútil, la propia Ley en su Título Segundo establece un Sistema Nacional de Salud definiendo las disposiciones comunes en su Capítulo I y en su Artículo 5o. dice: “El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.”

Como se ve, la anterior disposición hace congruente nuestra reflexión de que la materia de salud es federal y agrupa a cualquier ente o entidad que se dedique a la prestación de servicios de salud, lo que si no nos parece muy congruente es centralizar la facultad de legislación en materia de salud en el Congreso de la Unión y luego en la propia Ley General de Salud hacer la distribución de competencias entre la Federación, los Estados y el Distrito Federal al amparo de consideraciones como las que el propio Gobierno Federal publica en el documento denominado “Hacia la Federalización de la Salud en México” publicado por el Consejo Nacional de Salud en 1996, documento que ya hemos citado en el apartado de antecedentes de la Legislación en donde en diversos párrafos se está justificando el proceso de regresar a los Estados la operación, vigilancia, generación de informes y la aportación de recursos para tales propósitos de los sistemas estatales de salud.

Dice por ejemplo el Dr. Juan Ramón de la Fuente, actual Secretario de Salud, en el capítulo introductorio de dicho documento:

*“A lo largo de este siglo, mucho es lo que México ha avanzado. Sin embargo, la realidad nos muestra que aún persiste una excesiva centralización, que ha distorsionado no sólo la práctica republicana del equilibrio entre los poderes del Estado, sino también las posibilidades mismas del desenvolvimiento de Estados y Municipios, limitando el desarrollo pleno de la Nación.*”

*El desarrollo democrático pleno es el más grande desafío al que se enfrenta México. Nuestro País tiene en el impulso del federalismo, la forma de organización política más adecuada para abrirle cauce productivo a la pluralidad, consolidando la unidad nacional y propiciando una Nación más soberana y justa.*

*.... Necesitamos hacer del federalismo el instrumento capaz de generar una mejor distribución de los recursos y de las oportunidades; de las funciones y de las responsabilidades.*

*En este contexto se inscriben los trabajos sobre el federalismo y la descentralización de los servicios de salud que se incluyen en este volumen. Apuntan hacia un compromiso fundamental en materia de desarrollo, ya que el federalismo constituye la gran palanca renovada de la unidad nacional para el siglo XXI, fundada a partir de la rica diversidad nacional que muestran las culturas y las economías de nuestro territorio".*<sup>51</sup>

Como se ve, el Maestro Ruiz Massieu analiza el proceso de centralizar las facultades en materia de salud que históricamente se han dado en México y por su parte el Dr. Juan Ramón de la Fuente analiza que el excesivo centralismo ha propiciado la falta de desarrollo de los Estados y Municipios para lo cual continúa diciendo:

*" Por ello, la Secretaría de Salud ha iniciado la descentralización de los servicios, con el fin de transferir decisiones y acciones al lugar de los hechos y de los actores. En consecuencia, se han fortalecido las instancias para una adecuada coordinación del Sistema: El Gabinete de Salud y el Consejo Nacional de Salud. Parte de esta tarea radica en lograr una mayor eficiencia mediante una mejor asignación de recursos y el aumento de la capacidad y oportunidad de acción de las unidades operativas, haciendo transparente la distribución y el cumplimiento de recursos y responsabilidades".*<sup>52</sup>

Dicho de otra manera, nuestro planteamiento es cuestionar el proceso de centralizar las facultades legislativas en el Congreso de la Unión para reconocer que el proceso de centralización es precisamente lo que frena el desarrollo en esta materia de los Estados y Municipios y aunque el discurso que se percibe a lo largo de toda la Ley General de Salud es que esto se hace con el propósito

---

<sup>51</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

<sup>52</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

de coordinar a todo el País, no nos parece necesario que sea a través de la concesión de la facultad exclusiva de legislar en esta materia al Congreso de la Unión.

Pero más aún, nos parece digno de análisis y de una mayor exigencia en materia de técnica legislativa, lo que está plasmado en la Ley General de Salud, y es que prácticamente la mayoría de las disposiciones que deben regular el Artículo 4o. Constitucional y por ende establecer los derechos de los habitantes de este País a la protección de dicho derecho, y las correlativas obligaciones del Estado, se dejen a la facultad reglamentaria y al establecimiento de normas técnicas, acuerdos y decretos de carácter ejecutivo, pues de los diversos títulos y capítulos de la Ley reglamentaria del Artículo 4o. Constitucional que es la Ley General de Salud, se desprende más bien la naturaleza de una Ley Orgánica que define facultades para las autoridades en materia de salud establecidas en el Artículo 4o. de dicha Ley.

Analizabamos en el Capítulo anterior la frustración manifestada por Phillip Alston quien fuera miembro del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, y que expresaba su rechazo al estado de imprecisión y falta de una verdadera reglamentación tanto a las obligaciones internacionales contraídas por los Estados en la Legislación Internacional de Salud, como en las Legislaciones Constitucionales de cada País y de la lectura de la Ley General de Salud y de su análisis, nos hacemos eco y entendemos su frustración, pues como decimos en un párrafo anterior, más parece una Ley de naturaleza orgánica o en su caso la definición técnica de los aspectos relacionados con el Sector Salud, más propias de un reglamento; por ejemplo, en el Capítulo II del Título Tercero se define lo que se entiende por atención médica en el Artículo 32 y en el Artículo 33 se clasifican y definen a su vez las actividades de atención médica y así de la lectura de cada uno de los capítulos, destaca que el texto de la Ley es profuso y abundante en materia de definiciones, pero en ningún caso se encuentra el establecimiento claro de una obligación para el Estado o las autoridades sanitarias, que pudiera ser exigible por el supuesto titular de una garantía individual o de un derecho social, siguiendo la terminología de la Organización de las Naciones Unidas, además congruente con la naturaleza de nuestra Constitución de 1917 que incorporó los derechos sociales en el ámbito constitucional. Así pues abundan disposiciones que facultan a las diversas autoridades creadas en el ordenamiento jurídico, pero se carece absolutamente de definición de

obligaciones que conformen y constituyan un verdadero derecho social a la protección de la salud.

Adicionalmente a la consideración de la profusión de disposiciones reglamentarias más de materia orgánica de las autoridades sanitarias, tiene también la Ley General de Salud un alto contenido de disposiciones de derecho administrativo al establecer mecanismos de coordinación como los Artículos 19, 20, 21 y 22 que definen la mecánica, contenido y formalidades que deben seguir las autoridades federales y las entidades federativas para operar el Sistema Nacional de Salud, ya que es finalmente a través de este tipo de acuerdos, que son instrumentos de naturaleza esencialmente ejecutivos, en donde se hace realidad el proceso que se denomina **federalización del Sector Salud**.

En el Diario Oficial de la Federación del miércoles 25 de septiembre de 1996 se publica el Acuerdo Nacional para la Descentralización de la Salud, que es un documento en el cual los Ejecutivos: Federal y de las Entidades Federativas de la República Mexicana y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, se comprometen a celebrar acuerdos de coordinación para concretar sus respectivas responsabilidades en la conducción y operación de los servicios de salud.

Es importante hacer un análisis de este documento pues es la prueba de una especie de abdicación del poder legislativo de la facultad que le otorga el Artículo 4o. Constitucional en el párrafo cuarto en donde dice: ".....La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución".

En cambio la Ley General de Salud en el Capítulo II de la Distribución de Competencias en sus Artículos 18, 19, 20, 21 y 22 sin definir lo establecido por el Artículo 4o. Constitucional, deja en la esfera de los ejecutivos Federal y Estatales las facultades, atribuciones y alcances de las prestaciones que harán efectivo el Derecho Constitucional a la Protección de la Salud; al Ejecutivo Federal a través de la expedición de reglamentos, acuerdos, normas técnicas y entre éste y los Ejecutivos de los Estados a la celebración de acuerdos de coordinación y además les establece las bases a las que se sujetarán para la celebración de tales convenios en términos muy generales prácticamente es

una definición académica o teórica de los puntos generales de forma que debe reunir un convenio entre estos dos ámbitos de gobierno.

Por principio de cuentas la Ley General de Salud no establece la necesidad ni obligación de elaborar un acuerdo nacional para la descentralización de los servicios de salud firmada por los representantes del Poder Ejecutivo de las Entidades y de la Federación en su conjunto y en los Artículos 18 y 21 de la Ley General de Salud se regula que las bases y modalidades del ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y de las Entidades Federativas en la prestación de servicios de salubridad general, se establecerán en los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los Gobiernos de las Entidades Federativas, en el marco de Convenio Unico de Desarrollo y define también que los acuerdos de coordinación: I. Establecerán el tipo y características operativas de los servicios de salubridad general que constituyan el objeto de la coordinación; II. Determinarán las funciones que corresponda desarrollar a las partes, con indicación de las obligaciones que por el acuerdo asuman; III. Describirán los bienes y recursos que aportan las partes, con la especificación del régimen a que quedarán sujetos; IV. Establecerán las estructuras administrativas a que se refiere el Artículo 19, determinando sus modalidades orgánicas y funcionales; V. Desarrollarán el procedimiento para la elaboración de los proyectos de programas y presupuestos anuales y determinarán los programas de actividades que vayan a desarrollarse; VI. Definirán, en su caso, las directrices de la descentralización de los Gobiernos de los Estados a los Municipios; VII. Establecerán que los ingresos que se obtengan por la prestación de servicios, se ajustarán a lo que disponga la Legislación Fiscal y los acuerdos que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas; VIII. Indicarán las medidas legales o administrativas que las partes se obliguen a adoptar o promover, para el mejor cumplimiento del acuerdo; IX. Establecerán las normas y procedimientos de control que corresponderán a la Secretaría de Salud; X. Establecerán la duración del acuerdo y las causas de terminación anticipada del mismo; XI. Indicarán el procedimiento para la resolución de las controversias que, en su caso, se susciten con relación al cumplimiento y ejecución del acuerdo, con sugerión a las disposiciones legales aplicables, y XII. Contendrán las demás estipulaciones que las partes consideren necesarias para la mejor prestación de los servicios.

Revisando estas disposiciones y comparándolas con el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud publicado en el Diario Oficial de

la Federación del miércoles 25 de septiembre de 1996, arriba mencionado, éste no se sujeta a lo dispuesto en los artículos analizados en el párrafo que antecede y es más un documento de naturaleza abstracta, general y permanente elaborado por representantes de los Poderes Ejecutivos Federal y Estatales, como si a ellos se les hubiera delegado la facultad reglamentaria del Artículo 4o. Constitucional que obviamente no es su función, pues las leyes reglamentarias de la Constitución tienen que ser expedidas por el Congreso de la Unión. Pero haciendo a un lado esta consideración de tipo formal y entrando a lo sustantivo del documento en siete apartados cuyos títulos son: I. Introducción; II. Antecedentes; III. La Descentralización; IV. Los órdenes de Gobierno en la Salud; V. Apoyo al Proceso de Descentralización; VI: La Participación Ciudadana; VII. El Desarrollo Regional. Y además con la participación no establecida por la Ley General de Salud, por cierto, interviene la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud que obviamente no tienen autoridad ni en la Constitución, ni en la Ley General de Salud, se les otorgan facultades para proceder a definir la realidad de el derecho a la protección de la salud y aunque es entendible que en un ámbito político se les involucre tanto a ellos como a la población en general, no es justificable delegar a estas instancias facultades reglamentarias de una disposición constitucional como lo es la garantía social del derecho a la protección de la salud.

En el apartado I de Introducción se justifica por qué se realiza este proceso de negociación en función del interés nacional y la necesidad de renovación del federalismo, la fortaleza democrática del País y reproduce las 4 estrategias nacionales del Gobierno 1995-2000 en materia de salud como son: 1. La descentralización a las Entidades Federativas de los servicios de salud para la población no asegurada. 2. La configuración de sistemas estatales. 3. La ampliación de la cobertura a través de un paquete básico de servicios. 4. El mejoramiento de la calidad y eficiencia de las Instituciones Nacionales mediante una mejor coordinación sectorial.

En el apartado II titulado Antecedentes se hace una descripción somera de lo que en materia de salud se ha realizado en el País en las etapas políticas de la historia de esta Nación concluyendo con la Reforma del Artículo 4o. Constitucional del año de 1983 y reconociendo que si bien el Sistema de Salud ha tenido avances importantes, aún no puede considerarse que esté plenamente desarrollado, dado que debe transformarse para atender los problemas de salud

que hoy enfrenta el País y sentar las bases para una estructura preventiva y de atención que resuelva eficazmente las necesidades del futuro. Esta realidad obliga a perfilar una nueva forma de organización del Sistema de Salud, a fin de fortalecer su capacidad y ampliar su cobertura para proporcionar más y mejores servicios a los mexicanos.

En su apartado III de Descentralización además de repetir las facultades establecidas por la Ley General de Salud en el Título Segundo, ratifica la creación de un órgano no comprendido en las disposiciones emitidas por el Congreso de la Unión en la Ley General de Salud, ya que el Ejecutivo de la Federación en Acuerdo Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación creó el Consejo Nacional de Salud que agrupa a los servicios estatales de salud asignándole funciones de coordinación y apoyo no comprendidas en las disposiciones legales. En este mismo apartado se justifica la participación del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud como una muestra de reconocimiento a la soberanía de las Entidades Federativas y por parte de éstas el respeto de la independencia de la agrupación gremial asuntos que desde luego están regulados en la Constitución General de la República y en la Ley Federal del Trabajo.

En el apartado IV abunda de nuevo este documento en reproducir disposiciones legales de la Ley General de Salud del Título Primero Artículo 4o. que define las autoridades sanitarias y del Título Segundo Capítulo II de la Distribución de Competencias; el final de este apartado sin precisar compromiso establece que: "La Autoridad Sanitaria Federal destinará mayores recursos a aquellas regiones que cuentan con núcleos de población más vulnerables y con carencias más acusadas. Ello, con el objeto de promover el desarrollo equitativo de todos los integrantes de la Federación. El proceso de descentralización operativa tiene el programa de ampliación de cobertura, su expresión más ambiciosa para llegar a los lugares donde todavía no se prestan los servicios regulares de salud". De nuevo conviene recordar, para evaluar la utilidad de este compromiso, la frustración manifestada por Phillip Alston miembro del Comité de Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, pues no hay ninguna precisión en los compromisos contra los cuales medir avances, cumplimientos, incumplimientos.

En el apartado V Apoyo al Proceso de Descentralización, sólo se define la necesidad de que en los ámbitos estatales se refuercen las estructuras

organizativas y la infraestructura material, laboral y administrativa, así como la evaluación permanente del proceso de descentralización.

El apartado VI habla de la Participación ciudadana, buscando un compromiso colectivo entre el Gobierno y las organizaciones sociales cuyo rasgo definitivo radica en su espíritu de colaboración y corresponsabilidad en la atención de problemas de la comunidad para conjuntar las acciones del Gobierno, la sociedad y sus organizaciones y fortalecer a los Gobiernos locales y al mismo tiempo un nuevo estilo de gestión pública.

Y en el apartado VII el Desarrollo Regional se establece que el acuerdo que se suscribe constituye una nueva forma de relación entre el Gobierno Federal y los Gobiernos de los Estados. Que comprende también a los Municipios con una visión integral que contempla a la Nación Mexicana como la Entidad compleja, plural y diversa que es, pero en toda su solidez y unidad.

Llama la atención que al margen de las disposiciones constitucionales y de la Ley Reglamentaria de Salud, el Ejecutivo proceda y reconozca como lo hace literalmente en este párrafo a constituir una nueva forma de relación entre el Gobierno Federal, los Gobiernos de los Estados y los Municipios y los Sindicatos Nacionales, pero para efectos de nuestro estudio de las obligaciones que los tres niveles de gobierno contraen en materia de salud, sigue siendo realidad la falta de una obligación precisa correlativa de un derecho social a la protección de la salud por medio de la cual el habitante de este País pueda ejercitar este derecho en forma concreta.

Tratando de ubicar si en dicho Acuerdo Nacional, se concretan y precisan las obligaciones de los ámbitos de gobierno revisemos de nuevo las disposiciones de la Ley General de salud. En el Título Tercero de la Prestación de los Servicios de Salud, Capítulo I. Disposiciones Comunes, en el Artículo 25 se percibe la intención clara de no establecer obligaciones con parámetros claros y concretos, pues al decir: "Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables."; no se está definiendo ninguna obligación y aún cuando en el Artículo 24 en forma consistente como se hace a lo largo de toda la Ley, se proporciona una definición de qué debe entenderse por el término Servicios de Salud, cuando dice que se clasifican en tres tipos:

**"I. De Atención Médica (definida en el Artículo 32 como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. y en el Artículo 33 la subdivide en preventivas, curativas y de rehabilitación, dando definiciones solamente).**

## **II. De Salud Pública.**

## **III. De Asistencia Social.**

De nuevo aquí es un proceso reiterativo de definiciones que más que auxiliar para definir la concreción de obligaciones y derechos en materia de la reglamentación del Derecho a la Protección de la Salud, lo que se percibe es una imprecisión y se adivina una intención de no dar un parámetro claro para la exigencia de este derecho, pues por ejemplo, en la fracción II del Artículo 24 de la Ley General de Salud al decir que la salud pública es un servicio de salud, ya no se es congruente con el término del Artículo 73 Constitucional fracción XVI que habla de salubridad general, poniendo en evidencia, una gran laxitud de técnica legislativa que es entendible, si uno recuerda la opinión vertida en el documento de la Organización Panamericana de la Salud, analizado en el Capítulo de Antecedentes, titulado Respuesta Social al Problema de la Salud, en donde se explica este fenómeno de deficiencia en la técnica legislativa, por la falta de parlamentarios de carrera, la falta de organismos asesores al Poder Legislativo en materias específicas como la de Salubridad General y se pone en evidencia también que la factura de las disposiciones legislativas es francamente tarea del Ejecutivo como una abdicación del Poder Legislativo.

En el Capítulo III de la Ley General de Salud en el Artículo 34 define los servicios de salud atendiendo a los prestadores de los mismos y los clasifica en:

**I. Servicios Públicos a la población en general;**

**II. Servicios a Derechohabientes de Instituciones Públicas de Seguridad Social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas Instituciones a otros grupos de usuarios;**

**III. Servicios Sociales y Privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y**

#### IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Y de nuevo procede en los artículos siguientes a dar definiciones de qué significa cada uno de ellos, podría esperarse como una forma deseable, que la Ley General de Salud procediera por analogía con lo que se establece en las Leyes respectivas que regulan la seguridad social tanto de los trabajadores comprendidos en el Apartado A del Artículo 123 Constitucional, como los del Apartado B del mismo Artículo, en donde se especifican con toda precisión los derechos y obligaciones tanto de los usuarios como de las Instituciones y de la parte patronal en materia de la protección de su salud y de otros temas que en términos del Artículo 2o. de la Ley General de la Salud integran el Derecho a la Protección de la Salud, como son bienestar físico y mental, calidad de vida, valores respecto a la salud y desarrollo social, servicios de salud, enseñanza e investigación científica. Pero lejos de establecer precisiones análogas a las disposiciones contenidas en las Leyes de Seguridad Social que además son un compromiso internacional para otorgar a toda la población como vimos en el Apartado de los Tratados Internacionales de los que México es Estado Parte, sólo establece fórmulas vagas como la del Artículo 35 de la Ley General de Salud que dice a manera de definición solamente: "Son servicios públicos a la población en general los que se prestan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del País que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios y en materia de servicios a derechohabientes de Instituciones públicas de seguridad social remite a sus leyes específicas y en cuanto a los servicios de salud privados y sociales remite para sus modalidades a los Convenios entre prestadores y usuarios los cuales estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, dejando en esta modalidad abierta, la posibilidad de que a través de reglamentos se pueda obligar a los establecimientos particulares de salud, para el internamiento de enfermos en forma gratuita en el Artículo 44 de la Ley General de Salud.

En el Artículo 60 de la Ley General de Salud se concede una acción popular que podrá ser ejecutada por cualquier persona, para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que presente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población. Es obvio la generalidad e imprecisión de esta disposición y más parece dirigida en contra de la población que como una obligación, pues es ilógico pensar que si dicha acción fuera por

el incumplimiento de una autoridad sanitaria o de una acción u omisión de la misma, se ejerza ante ella dicha acción popular.

De lo hasta aquí analizado, observamos la falta de precisión en materia de obligaciones de los ámbitos de Gobierno Federal, Estatal y Municipal en términos de la expectativa manifestada por Phillip Alston, para hacer realidad en cada uno de los Estados Parte, el derecho a la salud en la población respectiva, la cual es deseable que tenga parámetros claros en cuanto a sus derechos, y las correlativas obligaciones de los diversos ámbitos de gobierno de los Estados Parte y a su vez instancias y procedimientos adjetivos de coacción en caso de violaciones, omisiones o abstenciones en el cumplimiento de las obligaciones correlativas al derecho a la salud o al derecho a la protección de la salud como lo define nuestra Constitución de un derecho social tan importante; pero ni en la Constitución, ni en la Ley General de Salud, ni en el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, encontramos satisfecha esta expectativa.

En la investigación realizada y en la búsqueda de ver cubierta la expectativa de precisión de obligaciones de los ámbitos de Gobierno Federal, Estatal y Municipal correlativas al derecho social constitucional a la protección de la salud, acudimos a la Secretaría de Salud con el propósito de obtener un acuerdo de coordinación específico celebrado entre esa Secretaría como representante del Ejecutivo Federal y algún Ejecutivo de una Entidad Federativa, habiéndonos proporcionado copia de el Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, y el Estado de Oaxaca para la descentralización integral de los servicios de salud en la Entidad. Este documento aparece publicado en el Diario Oficial de la Federación el martes 22 de octubre de 1996.

De la lectura de este documento se observa un apartado de antecedentes que contiene 7 puntos a manera de resumen introductorio de carácter histórico y un proemio que fundamenta las disposiciones legales en base a las cuales se celebra el Acuerdo de Coordinación que contiene 47 cláusulas distribuidas en 8 Capítulos que son: Capítulo I. Disposiciones Generales. Destacando la cláusula tercera de este Capítulo en donde el Gobierno del Estado se compromete a promover una Iniciativa de Ley, o a expedir un Decreto, según proceda conforme a la Legislación Estatal aplicable, a fin de que en un plazo no mayor de 60 días naturales contados a partir de la firma del presente Acuerdo,

se cree el Organismo Descentralizado que ejercerá las funciones transferidas en este Acuerdo, así como aquellas otras que en materia de salud determine su instrumento de creación, entre otras, la de definir las políticas en materia de salud a seguir por el organismo y la de evaluar el debido cumplimiento de los programas técnicos aprobados así como la de vigilar la correcta aplicación de los recursos asignados. Todo ello con el propósito de asegurar a la sociedad el otorgamiento de servicios de salud oportunos y de la más alta calidad posible.

Se acuerda la sujeción de dicho organismo a lo dispuesto por la Ley General de Salud, y a la Legislación en materia de salud del Estado como si esta sujeción pudiera ser renunciable o ratificable por la voluntad de las partes, cosa que nos parece un acuerdo innecesario, pues una disposición legal es de carácter general abstracto y permanente y más aun es improcedente, dado que en el Artículo 1o. de la Ley General de Salud se establece la aplicabilidad en toda la República de sus disposiciones y además se le da la naturaleza de una Ley de orden público y de interés social.

Es de notar también el interés por precisar dentro de la cláusula tercera en el último párrafo, el acuerdo en el sentido de que: "En la Ley o Decreto de creación, deberá expresarse la obligación del organismo descentralizado de aplicar y respetar las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud y Asistencia y sus reformas futuras, así como los reglamentos de escalafón y capacitación; para controlar y estimular a personal de base de la Secretaría de Salud y Asistencia, por su asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo; para evaluar y estimular al personal de la Secretaría de Salud y Asistencia por su productividad en el trabajo, y el de becas, así como el reglamento y manual de seguridad e higiene, elaborados conforme a la normatividad federal aplicable en sus relaciones laborales con los trabajadores provenientes de la Secretaría de Salud y Asistencia, para que procedan a su registro ante los organismos jurisdiccionales correspondientes. Lo anterior con el propósito de que se apliquen en las controversias que se diriman por la autoridad jurisdiccional."

Es de notar en este Capítulo la falta de precisión del proceso de creación del organismo descentralizado pues no se define si en el Estado de Oaxaca se debe hacer por Ley o por Decreto del Ejecutivo, entendible desde luego pensando que es un acuerdo, "machote" o formato general, pero desde el punto de vista jurídico inaceptable en su imprecisión pues si fuere obligatorio el crearlo por medio de Ley, el Ejecutivo del Estado está contrayendo un compromiso de obligar al Organo Legislativo al plazo de 60 días en una clara violación de la

soberanía de el Poder Legislativo, pero haciendo a un lado la falta de apego a la juridicidad de esta cláusula, es más notorio todavía que siendo un instrumento que pretende concretar la realización del derecho a la protección de la salud de la población, no se sea tan específico en las obligaciones que conforme a una técnica jurídica adecuada debiera tener el organismo descentralizado como complementarias al derecho a la protección constitucional de la salud de la población, como si es específico en materia de la protección de los derechos de los trabajadores del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud y Asistencia, que como dijimos en un párrafo anterior, en materia de los Organismos Descentralizados que prestan los servicios de seguridad social, si están claramente especificados los derechos y obligaciones tanto de los usuarios como de los patrones y del organismo prestador del servicio de seguridad social.

El Capítulo II Atribuciones en Materia de Salubridad General, de nuevo contiene reproducciones enunciativas de las atribuciones que se descentralizan al organismo que se crea para este propósito, sin definir ninguna obligación hacia los potenciales usuarios o beneficiarios del derecho a la protección constitucional de la salud.

Los Capítulos III y IV contienen las cláusulas administrativas que regulan la transferencia de los recursos y las atribuciones en materia de servicios de apoyo y administrativos.

El Capítulo V vuelve de nuevo a especificar los derechos de los trabajadores de la Secretaría de Salud y Asistencia que se incorporan al Sistema Estatal en 10 cláusulas.

El Capítulo VI de la Transferencia de los Recursos Financieros del Gobierno Federal por conducto de la Secretaría de Salud y Asistencia al Gobierno del Estado de Oaxaca, carece de especificidad y se observa de nuevo el uso de un machote que inexplicablemente conserva en el quinto párrafo de la cláusula vigésimo sexta la siguiente redacción: "Las Entidades Federativas mantendrán su participación actual en el financiamiento de los servicios de salud y lo incrementarán en la medida de sus posibilidades". Lo inexplicable de esta cláusula es que es un acuerdo específico con el Estado de Oaxaca.

Vuelve de nuevo en la cláusula vigésimo séptima a regular con precisión el aspecto salarial de los trabajadores del organismo descentralizado.

El resto de este Capítulo contiene medidas de carácter administrativo-financiero del organismo descentralizado y el apoyo que le brinda en esta materia la Secretaría de Salud y Asistencia.

El Capítulo VII titulado Cuotas de Recuperación, de nuevo sujeta a acuerdo de los Ejecutivos de ambos ámbitos de Gobierno, la modificación de la Ley Orgánica Estatal obligándose el Estado de Oaxaca a crear la administración del patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal adscrita al organismo descentralizado, con atribuciones para normar y operar el sistema estatal de cuotas de recuperación, así como para vigilar su cumplimiento, función que es materia y facultad del Congreso del Estado de Oaxaca. En la cláusula trigésimo novena se faculta al Gobierno del Estado por conducto del organismo descentralizado a exentar a los usuarios del pago de cuotas a población abierta o usuarios de los servicios de primero y segundo nivel que carecen de recursos económicos.

El Capítulo VIII Disposiciones Finales, destaca la participación de la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo como órgano de vigilancia y control en el ejercicio del gasto público federal; asimismo, se establecen mecanismos de evaluación, prevención de desviaciones, la compatibilidad con Acuerdos anteriores y demás mecanismos de apoyo”.

Del análisis de este Acuerdo de Coordinación destacamos la falta de precisión de las obligaciones que en materia de realización del derecho a la protección de la salud para la población, deben acordar en términos de la fracción II del Artículo 21 de la Ley General de Salud, ambas instancias de gobierno.

En el documento denominado “Hacia la Federalización de la Salud en México” en el Capítulo introductorio signado por el Dr. Juan Ramón de la Fuente, actual Secretario de Salud, y titulado Federalismo y Descentralización del Sector Salud, establece que las principales acciones emanadas del Consejo Nacional de Salud, se han concentrado en las siguientes estrategias:

“....

*4. Programa Municipio Saludable. En el nuevo federalismo, la integración nacional depende de la participación de Ayuntamientos fuertes, como base de Gobiernos Estatales sólidos. El programa reconoce la diversidad municipal del País y promueve*

*al Municipio como espacio de Gobierno vinculado con las necesidades básicas de la población. Es un programa estrechamente relacionado con las estrategias de descentralización y ampliación de la cobertura, en el que se expresa de una manera práctica el federalismo. El Municipio es el lugar privilegiado para el desarrollo de las políticas de fomento y promoción de la salud, con la participación activa de la población; agua potable, construcción de letrinas y alcantarillado; recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales. Aquí también hay una eficaz y rica trama interinstitucional en la que las políticas de salud se articulan con otras como son las educativas, ambientales y de población.*

*El impacto a mediano plazo de la reforma otorgará mayores responsabilidades y recursos a las autoridades locales, concediendo al Gobierno Federal mayor amplitud en el desempeño de sus funciones rectoras. Esta serie de acciones fortalecerá las habilidades administrativas y de gestión de los Estados, así como el diseño de mecanismos e instrumentos; en síntesis, se logrará el compromiso de la Secretaría de Salud para cumplir con su nuevo papel de Institución normativa y de evaluación del trabajo efectuado por los Estados".*<sup>33</sup>

Como se ve, en el Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad, no sólo no se delega ni da participación al ámbito municipal de Gobierno en el Estado de Oaxaca por medio del Convenio mencionado, sino que se crea un Organismo Descentralizado que es en el Estado de Oaxaca paradójicamente un organismo que centraliza la atención de la salud y así, la estrategia de fortalecimiento al Municipio y democratización que menciona el Dr. De la Fuente, no aparece para efectos prácticos en los documentos analizados.

Concluimos este Capítulo con una consideración de tipo lateral pero fundamental en el cumplimiento de las obligaciones, que en el ámbito internacional ha contraído México en materia de derecho a la salud y que en virtud del acuerdo de descentralización del sector salud, ahora es materia operativa de los Estados o Entidades Federativas, y de los Municipios. pero sujetas a la disponibilidad de recursos, por la experiencia en el ámbito financiero público estatal, como Director de Ingresos de una Entidad Estatal, en el pasado reciente y como Director General de Educación de la misma Entidad, conozco el grave deterioro de las finanzas públicas de todas las entidades

---

<sup>33</sup> Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México*. Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

federativas y la trampa sin salida en que se encuentran inmersas, por la situación de imposibilidad de tener fuentes propias de ingresos, debido al Convenio Nacional de Coordinación fiscal en el que las Entidades, prácticamente renunciaron a su facultad impositiva y es sólo la Federación quien ejerce esa facultad en forma exclusiva y distribuye en forma secreta los recursos a los Estados, sin proporcionar información de captaciones fiscales de cada Estado y cuanto se les reintegra de esta captación, vía participaciones a las Entidades Estatales y a los Municipios, pues esta información es un secreto celosamente guardado y deja, como se ve en los acuerdos de descentralización que celebra con cada Estado, a la discreción del Ejecutivo Federal, el monto a descentralizar a cada organismo descentralizado que va a atender las necesidades de Salud.

Es también sabido el enorme problema financiero público que encara la Federación también de endeudamiento externo que actualmente rebasa los ciento cincuenta mil millones de Dólares Norteamericanos, y la enorme salida de recursos por servicio a la deuda que analizamos en el Capítulo Primero, por lo que se entiende la preocupación de Instituciones como el Banco Mundial, La Organización Panamericana de la Salud, y de la Propia Organización Mundial de la Salud, al advertir que Países como México, están prácticamente confiando en el sector privado que atiende el mercado de la Salud, como una forma de atender las necesidades de la población en esta materia, propiciando que aún a pesar de que en el sector de la seguridad social, en donde están definidas con precisión las obligaciones y los derechos de las Instituciones encargadas de atender este derecho Constitucional, como se observa en el análisis de la propia Secretaría de Salud, (ver Capítulo Primero de esta Tesis ), los derechohabientes y asegurados aún teniendo derecho a la prestación de servicios de salud, debido a la falta de insumos médicos, capacidad terapéutica, y eficiencia administrativa y operativa, obliguen a una gran parte de ellos a acudir al mercado privado de la salud, como queda demostrado con las propias cifras oficiales. y así sin reconocerlo formalmente, que para todos los efectos en la práctica se está privatizando el proceso de atención del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, con la desatención y abandono de quienes no pueden pagar y dada la previsiblemente prolongada crisis financiera pública, tampoco gozarán de la atención por parte de los Estados y de los Municipios, pues en algunos Estados dado el proceso previo de Federalización del sector Educativo, ahora no tienen recursos discrecionales para nada, pues el sector Educativo se lleva en algunos casos hasta el 90 % de sus presupuestos anuales, y se ven imposibilitados a

**acudir a empréstitos, por la enorme deuda atrazada que todos los Estados de la Federación padecen conjuntamente con la misma Federación.**

## **CAPITULO 5**

### **ANALISIS DE POLITICAS Y PROGRAMAS SANITARIOS Y DE SALUD PUBLICA.**

**El Artículo 26 Constitucional establece: “El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la Nación.**

**Los fines del proyecto nacional contenidos en esta Constitución determinarán los objetivos de la planeación. La planeación será democrática. Mediante la participación de los diversos sectores sociales recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlos al Plan y los Programas de Desarrollo. Habrá un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los Programas de la Administración Pública Federal.**

**La Ley facultará al Ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular en el Sistema Nacional de Planeación Democrática, y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del plan y los programas de desarrollo. Asimismo determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los Gobiernos de las Entidades Federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución. En el Sistema de Planeación Democrática, el Congreso de la Unión tendrá la intervención que señale la Ley”.**

**El día 5 de enero de 1983 en el Diario Oficial de la Federación se publica la Ley de Planeación que decreta el Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. En el Artículo 16 de dicha Ley se establece: “A las dependencias de la Administración Pública Federal les corresponde:**

**I. Intervenir respecto de las materias que les competen, en la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo.**

**II. Coordinar el desempeño de las actividades que en materia de planeación correspondan a las Entidades Paraestatales que se agrupen en el sector que, conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, determine el Presidente de la República.**

**III. Elaborar programas sectoriales tomando en cuenta las propuestas que presenten las Entidades del sector y los Gobiernos de los Estados, así como las opiniones de los grupos sociales interesados;**

**IV. Asegurar la congruencia de los programas sectoriales con el plan y los programas regionales y especiales que determine el Presidente de la República;**

**V. Elaborar los programas anuales para la ejecución de los programas sectoriales correspondientes;**

**VI. Considerar el ámbito territorial de las acciones previstas en su programa, procurando su congruencia con los objetivos y prioridades de los planes y programas de los Gobiernos de los Estados;**

**VII. Vigilar que las Entidades del sector que coordinen conduzcan sus actividades conforme al Plan Nacional de Desarrollo y al Programa Sectorial correspondiente, y cumplan con lo previsto en el programa institucional a que se refiere el Artículo 17, fracción II; y**

**VIII. Verificar periódicamente la relación que guarden los programas y presupuestos de las Entidades Paraestatales del Sector que coordinen, así como los resultados de su ejecución, con los objetivos y prioridades de los programas sectoriales, a fin de adoptar las medidas necesarias para corregir las desviaciones detectadas y reformar, en su caso, los programas respectivos.**

**Artículo 17.- Las Entidades Paraestatales deberán:**

...

**Fracción II. Cuando expresamente lo determine el Ejecutivo Federal, elaborar su respectivo programa institucional, atendiendo a las previsiones contenidas en el Programa Sectorial correspondiente.**

**Artículo 21.- El Plan Nacional de Desarrollo deberá elaborarse, aprobarse y publicarse dentro de un plazo de seis meses contados a partir de la fecha en que toma posesión el Presidente de la República, y su vigencia no excederá del periodo constitucional que le corresponda, aunque podrá contener consideraciones y proyecciones de más largo plazo.**

**El Plan Nacional de Desarrollo precisará los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral del País, contendrá previsiones sobre los recursos que serán asignados a tales fines; determinará los instrumentos y responsables de su ejecución, establecerá los lineamientos de política de carácter global, sectorial y regional; sus previsiones se referirán al conjunto de la actividad económica y social, y regirá el contenido de los programas que se generen en el Sistema Nacional de Planeación Democrática.**

...

**Artículo 23.- Los Programas Sectoriales se sujetarán a las previsiones contenidas en el Plan y especificarán los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades del sector administrativo de que se trate. Contendrán asimismo, estimaciones de recursos y determinaciones sobre instrumentos y responsables de su ejecución.**

**Artículo 27.- Para la ejecución del Plan y los Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales, las dependencias y entidades elaborarán programas anuales, que incluirán los aspectos administrativos y de política económica y social correspondiente. Estos programas anuales, que deberán ser congruentes entre sí, regirán, durante el año de que se trate, las actividades de la Administración Pública Federal en su conjunto y servirán de base para la integración de los anteproyectos de presupuestos anuales que las propias dependencias y entidades deberán elaborar conforme a la legislación aplicable”.**

**Además de las disposiciones arriba citadas literalmente, la Ley contiene en sus 7 Capítulos, más el apartado de Transitorios, otras disposiciones que hacen factible la coordinación y la participación democrática de los sectores privado y social tanto en el Plan Nacional como en los Programas Sectoriales, Regionales y Especiales.**

**Conforme a las disposiciones arriba señaladas que establecen la obligación de las dependencias centrales del Gobierno Federal y sus Entidades, de elaborar un Plan Nacional de Desarrollo y Programas Sectoriales para todo el sexenio, que contengan especificados los objetivos, prioridades y políticas que regirán el desempeño de las actividades nacionales y del sector, estimaciones de recursos y determinación de instrumentos y responsables de su ejecución; procedimos a la localización de tales instrumentos con el propósito de analizar,**

como establece el título de este Capítulo de la Tesis, las Políticas y Programas Sanitarios y de Salud Pública del Sistema Nacional de Salud.

Del catálogo de ordenamientos y disposiciones en materia de salud que elabora la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, en el apartado de programas se observa un listado de 33 Programas tanto del sector salud que son específicos, como el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de marzo de 1996 o de otros sectores pero que repercuten directamente en la salud como es el Programa del Medio Ambiente 1995-2000 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de abril de 1996, el Programa de Vivienda 1995-2000 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de septiembre de 1996, el Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 21 de agosto de 1996, el Programa para el Control de las Drogas publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de enero de 1992 y otros más, por lo cual seleccionamos para análisis específicamente en la materia que nos ocupa para esta Tesis, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y un documento titulado Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades publicado por la Secretaría de Salud en el mes de junio de 1997 que contiene una síntesis de 10 Programas sustantivos y desarrolla consideraciones sobre líneas estratégicas, mecanismos de apoyo, organización y conducción de los Programas y coordinación e interacción con otras áreas de la Secretaría de Salud. Analizamos también el Programa Nacional de Financiamiento al Desarrollo 1997-2000 publicado por el Gobierno Federal en junio de 1997.

#### **- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.**

En el Plan Nacional de Desarrollo el Apartado 4 titulado Desarrollo Social en 5 subincisos que son: 4.1 Aspiración por la justicia social, 4.2 Diagnóstico, 4.3 El desafío demográfico, 4.4 Objetivo de la política de desarrollo social y 4.5 Estrategias y líneas de acción; están incluidos los aspectos relativos al renglón salud, que conjuntamente con la educación conforman este apartado.

En la diagnosis del renglón salud describe lo siguiente: *" La esperanza de vida al nacer aumentó de 45 años, en la década de los 40's a alrededor de 72 años en 1994. Las tasas de mortalidad infantil y materna han descendido cerca del 50% en los últimos*

25 y 15 años respectivamente, y la cobertura de vacunación alcanzó en 1994 casi 95% de la población que pretendía alcanzar. En lo que toca a la creación de infraestructura social, entre 1970 y 1994 la disponibilidad de agua potable pasó de 61 a 84%; el drenaje de 42 a 77%, y en electricidad de 59 a 91% del total de las viviendas.

Después de haber disminuído sensiblemente durante los años 80's, el gasto social ha recuperado su dinamismo, hasta representar actualmente alrededor del 10% del PIB. Estos resultados reflejan la determinación de los mexicanos para elevar su calidad de vida; sin embargo, pese a los avances, persisten la desigualdad y la pobreza.

....

En relación con la salud, a pesar de que la esperanza de vida se ha incrementado, el acceso regular a los servicios no es todavía una realidad para diez millones de mexicanos, quienes se encuentran al margen de los requerimientos básicos de salubridad e higiene. Además prevalecen importantes desigualdades regionales en los principales indicadores de salud. Las dificultades en el acceso y la calidad de estos servicios se suman a los problemas de desnutrición y malnutrición. El mayor desafío en este renglón es que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, y elevar la calidad de éstos. En nuestro país, trastornos propios de la pobreza, como las infecciones gastrointestinales, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales, que afectan especialmente a los grupos de menores ingresos, coexisten con problemas relacionados con el envejecimiento de la población, el crecimiento económico y los cambios en los estilos de vida, que se traducen en una mayor incidencia relativa de enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos mentales, adicciones y lesiones .

Después de cincuenta años de haberse instaurado la seguridad social, los derechohabientes sólo representan el 56% de la población total; amplios grupos de la población que podrían cubrir su costo no encuentran cabida en ella porque el diseño original del sistema se orientó, casi exclusivamente a la población asalariada. Existe la necesidad de establecer esquemas de financiamiento para atender una creciente población de pensionados y jubilados que aumenta a una tasa mayor que la población económicamente activa, e incluso que los nacimientos: en 1994 creció a 6.4%, y se espera que crezca 7.5% en 1995.

.....

El problema social más urgente es la pobreza extrema. Cerca de 14 millones de mexicanos no pueden satisfacer sus necesidades más elementales. El sector rural

*concentra tres cuartas partes de la población con pobreza más aguda. los pobladores rurales del semidesierto y las zonas de baja productividad padecen los efectos de la exclusión social. En las colonias populares también se reproduce la marginación. En ellas reside gran parte de quienes emigran del campo, lo que aumenta las presiones sobre los servicios públicos y la vivienda.*

#### **4.3 El desafío demográfico.**

*La población de México alcanzará 91 millones de habitantes en 1995, creciendo, una vez considerados los flujos migratorios internacionales a un ritmo de 1.8 % anual.*

*La disminución de la mortalidad. México atraviesa por una rápida y profunda transición demográfica, caracterizada por cambios muy acentuados en la mortalidad y la fecundidad. La disminución de la mortalidad ha ocurrido de manera sostenida desde 1930, con marcados avances entre 1945 y 1960. La esperanza de vida en 1995 asciende a 72 años lo que significa el doble de los 36 años de vida que se tenían en 1930, uno de los componentes más importantes del aumento de la sobrevivencia es la disminución de la mortalidad infantil. Mientras que en 1930 el 18% de los niños fallecía antes de cumplir un año, en 1994 esta proporción disminuyó a 3% . Algo similar en cuanto a la sobrevivencia hasta las edades adultas. en 1930 el 77% de las personas fallecía antes de alcanzar los 65 años; en 1994 esta proporción disminuyó al 24%.*

.....

*Persisten las desigualdades regionales y por grupos socioeconómicos. Por ejemplo, 60% de las defunciones infantiles ocurren en las familias cuyas madres no tienen instrucción o no completaron la primaria. en este grupo, por cada mil nacidos vivos ocurren 52 muertes infantiles, mientras que entre las madres con instrucción secundaria o superior esta proporción disminuye a 18 por mil.*

.....

*Gran parte del rezago de la mortalidad puede y debe ser evitado, pues resulta de enfermedades infecciosas y parasitarias, que son susceptibles de tratar mediante intervenciones adecuadas de salud y nutrición.*

*La reducción de la fecundidad. La disminución de la fecundidad que ha tenido lugar desde mediados de los años 60's, gradualmente primero y más marcadamente entre 1972 y 1982, es el principal determinante del crecimiento de la población y de los*

*cambios recientes en su composición por edad. En 1964 la tasa global de fecundidad era de poco más de 7 hijos; en 1974 disminuyó a 6, en 1984 a cuatro y en 1994 a tres hijos por mujer.*

#### **4.4 Objetivo de la política de desarrollo social.**

*La política de desarrollo social que asume el Gobierno de la República para el período 1995-2000 tiene el objetivo de propiciar la igualdad de oportunidades y de condiciones que aseguren a la población el disfrute de los derechos individuales y sociales consagrados en la Constitución; elevar los niveles de bienestar y la calidad de vida de los mexicanos; y, de manera prioritaria, disminuir la pobreza y la exclusión social. Para ello se ampliarán y mejorarán la educación, la salud y la vivienda; se armonizará el ritmo de crecimiento de la población y su distribución geográfica; se promoverá el desarrollo equilibrado de las regiones; se abatirán las desigualdades y se impulsará un amplio proceso para la integración social y productiva para los mexicanos que hasta ahora no han tenido opciones de bienestar*

#### **4.5 Estrategias y líneas de acción**

##### **Salud**

*El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del Sistema Nacional de Salud adquiere entonces un doble compromiso: Mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, y ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de salud de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos. Nuestro país ha recorrido en las últimas décadas un arduo camino para proteger y mejorar la salud de la población; El esfuerzo realizado ha dado resultados positivos en diversas áreas.*

*No obstante los avances innegables en la salud de los mexicanos no han sido uniformes. Alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene. Prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la nutrición y a la reproducción sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.*

*El sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las prácticas sexuales poco seguras, constituyen nuevos factores de riesgo.*

*Coexisten en nuestro país enfermedades propias de la pobreza como el cólera, las infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales que afectan sobre todo a los grupos de menores ingresos, con nuevos problemas de salud, relacionados con los cambios en los estilos de vida que se traducen en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenerativas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones y lesiones.*

*A esta compleja situación epidemiológica se añade que el perfil demográfico del País está sufriendo una transformación radical debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar y el buen éxito creciente de los programas preventivos de salud. De esta forma se presenta un crecimiento relativo de los grupos de edad avanzada que, paradójicamente, se vinculan con problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención.*

*Si bien el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros indiscutibles, es poco probable que, bajo su forma actual de operación y organización, puedan superar los rezagos acumulados, hacer frente a los nuevos retos y atender al legítimo reclamo de los usuarios de que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.*

*Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médica en las instituciones públicas existen dos grandes grupos de usuarios: Los afiliados a la seguridad social que son unos 45 millones, y los no asegurados, que representan alrededor de 35 millones, los primeros incluyen sobre todo a la población trabajadora del sector formal. El grupo de no asegurados incluye a quienes no participan en el sector formal de la economía, principalmente en el medio rural y a las clases medias autoempleadas que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado. En su mayoría este grupo hace uso de los servicios públicos que ofrece la Secretaría de Salud, el programa IMSS-Solidaridad y los Servicios Estatales y Municipales. Hay un tercer grupo que tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de la medicina privada.*

*Las instituciones de nuestro sistema de salud están segmentadas y operan de manera centralizada, sin líneas bien definidas para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una realiza por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la*

*duplicidad. Esta operación segmentada descentralizada de los servicios públicos de salud reduce las posibilidades de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidades y resulta cada vez más costosa e inoperante.*

*La necesidad de renovación de nuestro sistema de salud no es un caso aislado. Las iniciativas de reforma a los sistemas de salud han adquirido una importancia creciente en Países con los más diversos niveles de desarrollo económico. Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios y evitar dispendios.*

#### *Hacia una nueva organización del Sistema Nacional de Salud*

*En este Gobierno se trabajará para alcanzar un sistema que incorpore a más población, que garantice un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos, para reforzar el principio de equidad con los que menos tienen. Este nuevo sistema considerará los desequilibrios regionales para poner fin al rezago que afecta a amplios grupos de la población.*

*Para superar las actuales limitaciones, se deberá reorganizar el gasto en salud y establecer los criterios generales para hacer más eficientes los servicios de salud de las instituciones. En el marco legal que corresponde a cada uno de ellos se reforzarán los recursos destinados al fomento de una vida saludable, los programas de medicina preventiva y a garantizar el abasto de los medicamentos e insumos esenciales, así como de los recursos humanos para la adecuada administración de los servicios. Los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.*

*El nuevo sistema formulará esquemas de financiamiento que sean coherentes con la capacidad de selección del usuario y la responsabilidad administrativa del Gobierno; procurando que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social. Los servicios de atención a la población no asegurada operarán en forma descentralizada, buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos.*

*Para asegurar la utilidad del esfuerzo colectivo en materia de salud debemos garantizar un nivel óptimo de preparación de quienes prestan estos servicios; alentar la vocación*

*médica y la de enfermera; fortalecer las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios de esas especialidades y aumentar también la posibilidad de que los especialistas mejoren sus condiciones de vida y de trabajo. El desarrollo de los recursos humanos se articulará con la innovación tecnológica y la investigación científica.*

*Descentralización de los servicios de atención a la población no asegurada. Si bien la seguridad social irá protegiendo a un sector cada vez mayor de la población, particularmente en el medio urbano, es previsible que los servicios de atención a la población no asegurada subsistan por un largo periodo, sobre todo en el medio rural, donde deben ampliar su cobertura.*

*Será necesario mejorar los servicios y solucionar los problemas existentes en las catorce entidades donde se haya efectuado el proceso de descentralización. En su primer fase de la descentralización, terminarán de delegarse a todos los Estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación del uso de los recursos que permita a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal forma, serán transferidos a los Gobiernos Estatales los servicios de la Secretaría de Salud y del IMSS-Solidaridad junto con los recursos de apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su operación. Para mantener la efectividad y la cobertura territorial de la Política Nacional de Salud, los servicios Estatales se agruparán en el Consejo Nacional de Salud, cuyo acuerdo de creación fué publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de enero del presente año.*

*En la integración de los Sistemas Estatales y Municipales de Salud podrá estimularse la participación activa de la población. Para acercar los servicios públicos de salud a cada comunidad es necesaria su descentralización total. La participación municipal será también fundamental. El programa Municipio Saludable alentará la participación de los Ayuntamientos en acciones tales como instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales. De esta forma, la descentralización de los servicios de salud será una expresión concreta del federalismo.*

### **Seguridad Social**

*El Sistema de Seguridad Social constituye un valioso instrumento para dar acceso a la población a niveles superiores de bienestar, al asegurar a los trabajadores un conjunto de prestaciones que complementan sus ingresos salariales y que permiten un*

*desarrollo pleno del individuo y la familia, tales como una atención sistemática de la salud, el acceso a los servicios médicos especializados la protección contra riesgos laborales y no laborales, un sistema de pensiones para el retiro, y el funcionamiento de guarderías en apoyo de las madres trabajadoras.*

*En el período que abarca el presente Plan Nacional de Desarrollo, en armonía con la estrategia del desarrollo económico de este Plan, se promoverá la incorporación de la fuerza de trabajo que ahora no goza de las prestaciones de seguridad social al mercado laboral formal, de modo que tenga derecho a esos beneficios.*

*Asimismo, se analizarán y modificarán los actuales sistemas de financiamiento de la Seguridad Social con el propósito de asegurar su viabilidad en el mediano plazo y, al mismo tiempo, eliminar las distorsiones que limitan la contratación de la mano de obra. La fortaleza financiera de las instituciones de seguridad social constituye la mejor garantía de que éstas podrán hacer frente al pago de las pensiones cuando los trabajadores alcancen la edad del retiro. Las acciones aquí propuestas tendrán un mayor efecto en las pequeñas y medianas empresas que son la fuente más importante de empleo en nuestro país".*<sup>54</sup>

Para quienes hemos laborado largo tiempo en el Sector Público, nos es bastante familiar el discurso contenido en documentos como el arriba transcrito y en el que con una gran profusión verbal se repiten diagnósticos elaborados a partir de los mismos documentos, pero para diferente presentación, y en donde parece existir una norma no escrita de elaboración de estos documentos, de tal manera que no establezcan ningún compromiso cuantificable, medible y por ende evaluable para definir si se cumplió o nó lo establecido como es de esperarse en rigurosa técnica administrativa como contenido de un documento programático y si en algún párrafo anterior definimos el derecho a la protección de la salud como un derecho programático, lo deseable sería que un documento como el Plan Nacional de Desarrollo en el Sector Salud, definiera las acciones programáticas que como compromisos de Legislación Constitucional y compromisos derivados de Tratados Internacionales debiera especificar claramente el Gobierno Federal hacia su población, pero de la lectura íntegra del Plan Nacional de Desarrollo y en especial del apartado relativo a la salud que debiera ser de salubridad general en estricta técnica legislativa, lo único que se encuentra es lo que normalmente se le critica a este tipo de documentos, una extraordinaria "verbosidad" y una repetición de antecedentes, diagnósticos

<sup>54</sup> Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*.

y manifestaciones de desecho político, cuidando exageradamente no precisar ningún compromiso.

#### **- Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000**

El Capítulo Primero de este documento oficial hace un análisis histórico de la evolución del sistema de salud, y de cómo ha evolucionado, pero lo que llama la atención, es las referencias un tanto laterales y poco manifiestas que hace el Programa acerca del sector privado, por lo que llaman el mercado privado de la salud desde su nacimiento, su crecimiento y la proporción que actualmente desempeña en materia de atención a las necesidades de salud, aunque, a diferencia de lo que analizamos en el Capítulo Primero, como posición numérica que la Organización Panamericana de la Salud, elabora con respecto al análisis de la atención de salud en México, aquí la Secretaría acepta solamente que el mercado privado atiende una tercera parte de las necesidades de salud, lo que contrasta con la posición de análisis de la Organización Panamericana de la Salud en donde el Gobierno Federal solamente atiende una pequeña porción del gasto total y de este programa, hace el reconocimiento la Secretaría de Salud de que existen dobles y hasta triples pagos, porque los asegurados que en ocasiones cotizan en los dos grandes sistemas de seguridad social es decir el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, aún así acuden al mercado privado de salud por razones de falta de calidad en el servicio, falta de eficiencia, exceso de tiempos de espera, por la falta de insumos para la atención de las necesidades terapéuticas etc. y eso que es visto como un problema por la propia autoridad, llamándole ella misma doble tributación, pero que en realidad es de triple tributación para la atención del sistema de salud.

En el Capítulo Segundo titulado Propósitos, Objetivos y Lineamientos de la Reforma del Sector Salud; vuelve de nuevo a una pequeña introducción histórica del sector salud, para pasar después a definir cuáles son los principales problemas que enfrenta este sector, es decir:

- 1.- Insuficiente calidad y limitada eficiencia
- 2.- Segmentación e insuficiente coordinación
- 3.-Centralismo

#### **4.- Cobertura insuficiente**

Como hemos analizado estos aspectos en otros apartados de capitulos anteriores no entramos en mayor profundidad de esta autodiagnosís de la propia Secretaría de Salud, por lo que aquí enfocamos más los objetivos dentro de este programa:

Los objetivos del programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 son los siguientes :

- 1.- Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de servicios.
- 2.- Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social facilitando la afiliación de la población no asalariada y de la economía informal.
- 3.- Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aun centralizadas y profundizarla en las restantes.
- 4.- Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población marginada, residente en áreas rurales y urbanas que actualmente tienen acceso limitado o nulo.

Del análisis del primer objetivo establecido arriba, se encuentra una intención clara por parte del Gobierno Federal, para abrir los esquemas de seguridad social a un crecimiento del mercado privado de la salud, y la autoridad pone el ejemplo de otros países en donde el usuario tiene posibilidad de elegir quién será el proveedor de su servicio de salud a través de mecanismos de seguros privados. Este esquema como se analizó en un apartado anterior en donde se cita uno de los artículos de la revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996 , en donde María de Lourdes Fournier y Pedro Moreno S. en su artículo Saldos y Perspectivas de la Reforma de la Seguridad Social en México, analizan la gran oposición que tuvo la iniciativa del Ejecutivo Federal, a fines de 1995, de reformar a la Ley del Seguro Social, y que se manifestó en todos los sectores de la población, cuando se percibió la intención de abrir al mercado privado de la salud la prestación del servicio de seguridad social, por lo que el Gobierno tuvo que dar marcha atrás y evitar este esquema de privatización de la atención

al derecho de protección a la salud, no sólo de la población abierta, sino de los afiliados a los sistemas de seguridad social.

La Secretaría de Salud justifica y fundamenta el incremento de la calidad y la eficiencia haciendo un parangón con otros Países, al decir que se eleva la calidad cuando se introduce la competencia, por la prestación del servicio de salud, fundando el origen de la ineficiencia y la baja calidad en que existe solamente la opción establecida como única por el Gobierno, para la atención o protección del derecho a la salud, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social o a la institución que le corresponda según sea trabajador de empresa privada o trabajador gubernamental y se da por supuesto que si es el Gobierno el que sigue atendiendo la obligación de protección de la salud, no existe más alternativa que la ineficiencia y el derroche burocrático y baja calidad en la prestación del servicio, sin mayor fundamentación y sin una más profunda investigación de las causas del problema que se manifiesta en el enorme tamaño del aparato burocrático, y por otra la falta de compromiso de los operadores del sistema actual de salud.

En el segundo objetivo que es el de la ampliación de la cobertura, éste se pretende lograr a través del fortalecimiento de la opción del seguro social voluntario para quienes teniendo posibilidad de hacerlo, no lo han podido hacer, aunque esto se considera como una innovación, la verdad es que la anterior Ley del Seguro Social ya contemplaba esta posibilidad, en la práctica después de dos años de modificada la Ley, no ha evidenciado su viabilidad, hasta hoy todos los análisis publicados por el Gobierno Federal evidencian la preocupación de la recuperación de los asegurados que obligatoriamente deben estar afiliados al sistema de seguro social, que debido a la crisis y a la pérdida de empleos de los cinco años anteriores, propiciaron la disminución de cientos de miles de afiliados al Seguro Social. Sin embargo no ha habido crecimiento ni afiliación como producto de la incorporación del sector informal de la economía al Seguro Social, en la modalidad del seguro voluntario.

El tercer objetivo del programa ya fué analizado en el capítulo anterior en donde se advirtieron los graves riesgos que desde el ángulo financiero significan, para las economías y los erarios estatales, el recibir un paquete de una carga adicional sin el soporte de los recursos suficientes para atender esa necesidad, debido a la falta de capacidad tributaria, analizado en el Capítulo anterior, como resultado del Convenio de Coordinación Fiscal entre la Federación y los Estados, en donde sólo la Federación conserva la facultad de

cobrar los impuestos que producen la mayor captación de ingresos tributararios, además de que por disposición constitucional del Artículo 28 conserva el manejo de recursos estratégicos, a través de los cuales y mediante el mecanismo de precios de bienes y servicios públicos obtiene también recursos, que no son posibilidades para los Estados y menos aún los Municipios, ya que en una segunda parte de este objetivo de descentralización vuelve a plantearse la devolución de la atención del derecho a la protección de la salud a esta instancia gubernamental.

Por lo que se refiere al objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población marginada, se pretende lograr a través del establecimiento de un paquete básico de servicios de salud.

Detrás de este concepto se encuentra la idea planteada por el Banco Mundial, al analizar que el modelo que priva en general en todos los países, para la protección del derecho a la salud, es lo que denomina el modelo médico-hegemónico, en donde se prioriza la atención o curación de las enfermedades, cuando éstas se manifiestan, por lo que el programa define el objetivo prioritario de dedicar la mayor parte posible de los recursos de los ámbitos de Gobierno Federal, Estatal y Municipal hacia proceso de promoción y prevención de la salud, por medio de este paquete básico de prevención y promoción de la salud e incluye aspectos como: Saneamiento básico a nivel familiar, es decir, desinfección del agua domiciliaria, disposición sanitaria de excretas, educación para la salud, planificación familiar, atención prenatal del parto y del puerperio, vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil, inmunizaciones, manejo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario en las familias, manejo de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de la tuberculosis pulmonar, prevención y control de hipertensión arterial y la diabetes mellitus, prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones y capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud, lo que significa que detrás de esta estrategia está la filosofía planteada por organizaciones internacionales de la salud, de que es más económico y eficiente promover y prevenir las enfermedades, que curarlas o remediarlas, congruente con estos objetivos, la Secretaría de Salud, dentro del Programa de Reforma del Sector Salud, genera una serie de programas específicos, diciendo:

Con el propósito de contender con los retos demográfico, epidemiológico, y social que enfrenta el sector salud, es necesario que las acciones sustantivas queden enmarcadas dentro de la nueva orientación que la reforma propone para

el sector salud; por ello, a continuación se detallan las líneas programáticas prioritarias que las instituciones del sector salud instrumentarán durante la presente administración.

**Programa de promoción y fomento a la salud**

- Salud familiar
- Ejercicio para la salud
- Nutrición y salud

**Programa de salud infantil y escolar**

- Prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunación
- Prevención y control de las enfermedades diarreicas
- Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas
- Salud en la escuela

**Programa de salud reproductiva**

- Planificación familiar
- La salud reproductiva en los adolescentes
- La salud de la madre y el recién nacido
- La disminución del riesgo preconcepcional
- Detección y control de cánceres cervico-uterino y mamario
- Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida

**Programa de salud de las poblaciones adulta y anciana**

- Prevención y control de la tuberculosis
- Detección y control de la hipertensión arterial
- Detección y control de la diabetes mellitus

**Otros programas para la salud de la población en general**

- Programa de salud mental
- Programa de salud ambiental
  - Evaluación y supervisión
  - Saneamiento básico y apoyo municipal
  - Cuidado del ambiente y participación comunitaria
  - Educación, capacitación e investigación
- Programa de prevención de accidentes y lesiones
- Programa de salud Bucodental
- Programa contra las adicciones
  - Consumo de bebidas alcohólicas

Tabaquismo  
Farmacodependencia  
Programa para la disposición de sangre segura  
Programa de transplantes

**Programas regionales**

Programa de prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector:

Dengue  
Paludismo  
Enfermedad de Chagas  
Oncocercosis  
Leishmaniasis

Programa para la prevención y control del cólera  
Programa para la prevención y control de la rabia  
Programa para la prevención y control de la brucelosis  
Programa para la prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis  
Programa de control de la lepra  
Programa de vigilancia y control de las enfermedades por deficiencia endémica de yodo  
Programa de prevención y control de intoxicación por picadura de alacrán

**Programa especial de Fomento Sanitario**

Programa de control sanitario de bienes y servicios  
Actualización y complementación de los instrumentos legales y normativos  
Ampliación de la cobertura de los sistemas de vigilancia  
Formación y desarrollo de recursos humanos  
Mecanismos de control y vigilancia de productos importados  
Procedimientos de apoyo a las exportaciones  
Procesos de regulación y simplificación administrativas  
Modelo administrativo de regulación sanitaria  
Participación del sector privado y del sector social en las acciones de certificación de cumplimiento y puesta en marcha de los mecanismos de aprobación y de auditoría  
Programa de control y vigilancia de medicamentos  
Revisión y formulación de medicamentos  
Simplificación de licencias sanitarias

**Regulación de medicamentos herbolarios, homeopáticos y vitamínicos**  
**Control de establecimientos productores de medicamentos**  
**Control de productos biológicos**  
**Normalización**  
**Farmacovigilancia**

**Programa de control y vigilancia de dispositivos médicos**

**Programa de control sanitario de la publicidad**

**Programa de asistencia social llevado a cabo por el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia**

El Capítulo Cuarto desarrolla lo que se denomina Programa de Apoyo a las Tareas Sustantivas, y en él se define la mejoría de los sistemas administrativos de planeación, programación, presupuestación y evaluación, así como la modernización de los sistemas de información, estadística y epidemiológica, el desarrollo de recursos humanos; y en términos muy generales se describe la necesidad de mejorar la calidad, cantidad y oportunidad con que se ofrecen los servicios de salud, ya que dependen de la cantidad de recursos humanos, materiales y tecnológicos con que se cuenta. Con miras a garantizar un abasto adecuado de los insumos necesarios para proporcionar dichos servicios, el cuadro básico de insumos del sector salud, que por acuerdo presidencial se instituyó y que define los insumos esenciales del sector, los medicamentos, las materias primas para elaborarlos, los productos biológicos, los reactivos, el equipo e instrumental médico, el material de curación y la información científica.

En este apartado se percibe la intención de aplicar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, en el sentido de que los Gobiernos racionalicen la adquisición de insumos para el sector salud, con el propósito de que en un proceso de consolidación de las adquisiciones, y a través del uso de mecanismos de concurso público, se coloque a los oferentes en el mercado de insumos en condiciones de competir, para garantizar una mejor calidad, oportunidad y un menor costo en la provisión de estos insumos.

Se reconoce sin embargo, en el Programa de Reforma del Sector Salud, la dificultad que ha habido en el pasado y que es necesario corregir a través de una mayor racionalización en este proceso, lo difícil, es cómo a través del

proceso de descentralización, es decir multiplicando por 32, o sea las Entidades que reciben la atención de los procesos de adquisición, se pueda lograr esto.

Otro aspecto analizado en ese Capítulo es el de la investigación en la salud. Los objetivos de este programa son:

- Disponer de un marco jurídico que regule esta actividad, para porteger a la población.
- Fortalecer el funcionamiento de la instancia administrativa responsable de la aplicación de las disposiciones jurídicas, normativas y programáticas.
- Definir y aplicar criterios para calidad y pertinencia de la investigación
- Vigilar las disposiciones que pretenden racionalizar el desarrollo de esta actividad.

Consideramos que ni el Plan Nacional de Desarrollo, ni el Programa de Reforma del Sector Salud, cumplen con las disposiciones de la Ley Federal de Planeación en lo realtivo a la claridad y especificidad de los objetivos, para su medición y verificación, pero en especial, ninguno de los dos cuantifica expresamente, ni informa previsiones sobre los recursos necesarios para poder realizar las actividades, que aquí se enuncian en términos muy generales.

Consideramos que es una repetición a manera de catálogo de actividades de salud, que ya vimos que el Digesto Internacional de la Organización Mundial de la Salud establece y que la ley General de Salud reproduce, y de nuevo en el Programa de Reforma del Sector Salud, vuelve a enunciar sin el establecimiento de compromisos y definiciones regulatorias de la obligación internacional, ni constitucional que el Gobierno Mexicano ha contraído al signar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de lo establecido en el Artículo Cuarto de la Constitución General de la República, pues no hay especificaciones de objetivos, recursos, responsables de su realización, características que por Ley deben contener los documentos programáticos que conforme a la Ley Federal de Planeación, tiene la obligación de elaborar el sector salud, por lo que, de nuevo traemos a la memoria el reclamo de Philip Alston, tantas veces mencionado en los capítulos anteriores, la necesidad urgente de instrumentar la realización de los compromisos de los Estados Parte en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales .

**- Documento de Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades, 1997.**

En el mes de junio de 1997 la Secretaría de Salud publicó un documento titulado "Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades" en dicho documento, vuelve a hacer una mención a manera de catálogo de las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades en donde vuelve a definir cada uno de los programas y subprogramas mencionados en el Programa de Reforma del Sector Salud, aunque en dicho documento llega a un nivel más cuantitativo de los objetivos para cada uno de los programas tanto específicos como regionales y de apoyo al sector salud, estableciendo en cada uno de dichos programas los objetivos de reducción o eliminación de enfermedades en términos porcentuales; por ejemplo, en el Programa de Salud Reproductiva en sus diferentes componentes establece:

1. Reducir la tasa global de fecundidad a 2.4 hijos por mujer.
2. Elevar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil a 70.2%.
3. Mantener la cobertura de mujeres del área en cifras superior a 70%.

Y así, en cada uno de los programas y subprogramas va definiendo tales objetivos porcentuales.

Y en cada subprograma establece un listado de Entidades, Organismos, Dependencias, que deben coordinarse bajo los siguientes apartados, tomando el caso del Programa de Salud Reproductiva:

1. Coordinación institucional; PAC, PABSS, el Programa de Capacitación al Personal de Salud, Conasida, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, la Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección General de Estadística e Informática.
2. Coordinación territorial con los servicios estatales de salud.

3. Interinstitucional con las Instituciones del Sector Salud a través del grupo técnico asesor.

4. Intersectorial.- Requiere reforzarse el grupo interinstitucional de salud reproductiva, integrado con representantes del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Gobernación, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Educación Pública, el Programa Nacional de la Mujer y las Organizaciones no Gubernamentales.

Esto mismo se reproduce en todos los Programas, lo importante, como novedad de este documento, está contenido en el capítulo denominado Introducción, en donde la Secretaría de Salud establece:

*" La operación de las funciones prioritarias estará a cargo de los servicios estatales de salud, acorde con el Modelo de Atención a la Salud de la Población abierta (MASPA) establecido en cada Entidad Federativa. Es importante señalar, que las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades no requieren de cambios en la manera como se viene otorgando la prestación de los servicios, sobre todo a nivel local, por el contrario, se sustentan en la forma de operar de los servicios estatales de salud y privilegian la horizontalización de los programas, favoreciendo la vinculación en la operación rutinaria de los mismos, tanto en las unidades de atención médica, como en las acciones de extensión de cobertura".*<sup>55</sup>

Lo mencionado en este párrafo da escaso significado a todo el proceso de reforma del sector salud, más bien da la impresión de que todos los planes, programas y documentos elaborados con este propósito, son más bien ejercicios taxonómicos literarios, pues lo que este párrafo parece indicar, es que no existe ningún problema ni necesidades desatendidas en forma creciente en el Sector Salud, y parece ser que lo que se está haciendo, se está haciendo bien y que desde el punto de vista jurídico, toda la normatividad y reglamentación del derecho a la protección de la salud, goza de plena congruencia, pero nada más lejos de la realidad como lo hemos precisado en diversos apartados y no sólo a nivel nacional se ha detectado este problema, sino como pretendemos clarificarlo en el Capítulo I de esta Tesis en el Apartado de Diagnóstico, en donde con profusión de cifras los Organismos Internacionales perciben a México como uno de los Países Latinoamericanos con menor nivel de respuesta en materia del derecho a la salud hacia su

<sup>55</sup> Secretaría de Salud, *Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades*. México. 1997.

población. Asimismo, hemos advertido el grave riesgo de deterioro que implica el traspaso a los Servicios Estatales de Salud de la población abierta formal, aumentada por los derecho-habientes del sistema de seguridad social que por la ineficiencia de tales sistemas, deciden concurrir a otras alternativas de atención a la salud.

En el penúltimo párrafo de dicho capítulo dice lo siguiente:

*" Por otra parte, para el buen desarrollo de las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades, se requiere disponer de los recursos necesarios suficientes, y es con esa condicionante, y en el marco de la descentralización de los servicios de salud, que en el presente documento se señalan aquellas funciones prioritarias que deberán ser cubiertas con los presupuestos de operación de los servicios estatales de salud, otorgados y administrados por los organismos públicos descentralizados. Los recursos financieros para el desarrollo de estos programas, pueden ser: a) Recursos exclusivamente estatales; b) Recursos mixtos, conformados por fondos estatales y federales; y, c) Recursos de apoyo del nivel central nacional. Por parte del nivel central nacional, no se contempla incremento a los apoyos financieros otorgados para el desarrollo de estas funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades, por lo que se requiere para su cabal logro, de una adecuada reorientación y adecuación de la asignación de recursos otorgados, por parte de los servicios estatales de salud y sus organismos públicos descentralizados".* <sup>56</sup>

Como se ve, aquí queda dicho en forma expresa lo que hemos apuntado en varios párrafos anteriores como un riesgo de sobrecarga financiera a los de por sí merendados erarios estatales y por ende queda en riesgo la no realización de acciones de concreción del derecho constitucional de protección a la salud, pues si en todos los documentos oficiales se reconoce la ineficiencia, la baja calidad en la prestación del servicio, la falta de insumos y tantas acciones diagnosticadas como carentes, lo que aquí se está diciendo es que con solo transferir a los Estados lo que ya se está haciendo y con los recursos que se está haciendo, será suficiente para que las cosas cambien para mejoría.

#### **- Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 1997-2000**

---

<sup>56</sup> Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.*

En el mes de Junio de 1997, el Gobierno Federal dió a conocer el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo, este Programa sustenta la tesis gubernamental manifestada en diversos documentos y foros por el Presidente de la República, Dr. Ernesto Zedillo Ponce de Leon, ante el reclamo generalizado de las clases proletarias y las diversa fuerzas sociales y políticas del País, por el modelo económico seguido por el gobierno, calificado como neo-liberal, por el que supuestamente se ha incrementado la pobreza y la marginación al lado de una gran concentración de riqueza en unas cuantas manos. El Gobierno ha manifestado que la única vía para un mejor reparto depende de una fórmula cuyo razonamiento es el siguiente: Para que pueda haber reparto de riqueza, primero es imprescindible que haya mayor riqueza, para que haya mayor riqueza es necesario que exista crecimiento de la economía del País, para que haya crecimiento de la economía del País es necesaria una mayor inversión de todos los sectores, público, privado y social y a su vez para que haya una mayor inversión se requiere una mayor cantidad de ahorro, tanto interno como externo que fluya a la economía.

La formula a la que hasta ahora había acudido el Gobierno Federal para financiar ya no el crecimiento sino sólo la operación de los sistemas, era la del financiamiento externo, esto provocó el círculo vicioso financiero en el que se encuentra inmerso México, como el resto de los Países Latinoamericanos subdesarrollados, como se analizó en el primer Capítulo de esta Tesis, en el cual, a un mayor financiamiento externo para soportar tanto el gasto corriente, como la exigua inversión nueva, crece el costo del servicio de la deuda, y a un mayor crecimiento del costo del servicio de la deuda, se provoca una reducción en el producto interno bruto disponible para gasto corriente, y no hay recursos para la inversión de crecimiento, provocando recorte de gastos en aquellos segmentos en donde hay menos riesgo de estallido social, y para evitar éste, se incurre en nuevos endeudamientos externos, lo que hace crecer mas la carga del costo del servicio de la deuda, provocando un mayor drenaje de recursos financieros en los últimos veinte años hacia los Países desarrollados, que provoca menos recursos disponibles para el gasto social menos riesgoso.

En el Programa Nacional de Financiamiento al Desarrollo se presenta este diagnóstico en forma mas extensa, por lo que aquí sólo hemos hecho un esfuerzo de resumen, al presentar en un apartado las estrategias de financiamiento al desarrollo, se pretende entrar en un círculo virtuoso en donde el ahorro, genere inversión, esa inversión genere empleos, los empleos generen

mayor capacidad de consumo y ahorro en la población, que a su vez genere nuevas inversiones y ahorro.

Destaca para los efectos de este trabajo, en especial, lo que el Programa denomina la estrategia para promover el ahorro a través del mecanismo de puesta en marcha del nuevo sistema de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social, a partir de la página 49 de dicho documento se lee lo siguiente:

*" La reforma al sistema de pensiones constituye uno de los principales elementos que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 contempla para fortalecer el ahorro interno. El nuevo sistema de pensiones está basado en un esquema de cuentas de capitalización individual pertenecientes a cada trabajador y manejadas por nuestras instituciones financieras denominadas Administradoras de Fondos Para el Retiro (AFORE's). Estas últimas invertirán los recursos de los trabajadores en Sociedades de Inversión Especializadas en Fondos Para el Retiro (SIEFORE's). Cada administradora podrá manejar una o varias SIEFORE's con distintas características de riesgo rendimiento. En este sistema, los trabajadores elegirán la AFORE que manejará su cuenta individual y la composición de sus ahorros entre distintas SEFORE's.*

*La reforma reconoce los derechos de los trabajadores que cotizaban en el sistema anterior. Los trabajadores pensionados seguirán recibiendo la pensión que les correspondía, mientras que los trabajadores que están activos, pero que cotizaron en el sistema anterior podrán escoger al momento de su retiro, entre los beneficios del sistema antiguo y los de su cuenta individual. Las pensiones vigentes serán financiadas por las reservas que tiene el Instituto Mexicano del Seguro Social y por recurso del Gobierno Federal. En el caso que un trabajador escoja los beneficios del antiguo sistema, la pensión será financiada con los recursos de su cuenta individual y con recursos del Gobierno Federal.*

*Esto implica que la transición al nuevo sistema tendrá un costo fiscal. El sistema será autofinanciable cuando los recursos acumulados en las cuentas individuales sean mayores a las pensiones del antiguo sistema. Así el nuevo sistema de pensiones representará gradualmente un menor costo fiscal y mayores beneficios para la sociedad. De hecho, con la reforma se establece un esquema más eficaz de financiamiento de las pensiones, en la medida en que los beneficios recibidos dependen directamente de los recursos acumulados en las cuentas individuales. Con esto se resuelve un problema de insolvencia que empezaba a perfilarse, ya que en el sistema anterior los compromisos de pago de pensiones se desalinearon gradualmente*

de las aportaciones, derivando en un déficit actuarial que cuestionó su viabilidad financiera de largo plazo.

Existen varias razones para esperar que el cambio al nuevo sistema propicie mayores niveles de ahorro privado:

a) En el sistema anterior, la pensión era un derecho definido de antemano para todos los asegurados que cumplían requisitos de antigüedad o de edad. No se reconocía el esfuerzo de aportación del trabajadores y patrones, y no existía una relación entre aportaciones y beneficios. En cambio el nuevo sistema establece una clara relación entre aportaciones y beneficios futuros. Las aportaciones quedan claramente registradas, y se reconoce el esfuerzo de aportación de los trabajadores y patrones. Por ello, y si bien en un principio este sistema funcionará como un ahorro obligatorio, se prevé un crecimiento adicional en la generación de ahorro en la medida que trabajadores y patrones decidan incrementar voluntariamente sus cuotas a fin de obtener mayores beneficios en el momento de hacerse efectiva la pensión. Esto se logrará de manera gradual, a medida que se comprenda el funcionamiento del sistema y se gane credibilidad, al quedar cada aportación claramente registrada y se observen rendimientos atractivos en la cuenta individual.

b) En el nuevo sistema se conoce periódicamente el monto acumulado del ahorro para fines de retiro, por lo que el interés del trabajador sobre su ahorro hace que las contribuciones dejen de verse como impuesto. Con ello se tiende a eliminar los incentivos a la evasión y subdeclaración de salarios, aumentar las contribuciones y generar una base más amplia de ahorro de largo plazo. Al dejarse de percibir como un impuesto, el nuevo sistema dejará de propiciar que el sector informal se incremente respecto al formal, lo que bajo el sistema anterior también afectaba al ahorro público debido a las menores contribuciones e impuestos al ingreso que esto generaba.

c) El sistema anterior no generaba ahorro neto sino que, por el contrario lo reducía, ya que el trabajador sabía que recibiría una pensión a cargo de los trabajadores que realizarían contribuciones en el futuro, lo que desmotivaba su propio esfuerzo de ahorro. Además, el sector público no generaba ningún ahorro debido a que utilizaba los recursos cobrados a la fuerza laboral para cubrir las pensiones. En cambio, al crear fondos que se cobrarán muchos años después de su depósito, el nuevo sistema si registrará un mayor ahorro privado. Por su parte, a pesar del costo que implica la transición al nuevo sistema, el ahorro público no se verá afectado en la medida que se mantendrá una posición financiera equilibrada.

**Además de lo anterior, el nuevo sistema de pensiones favorecerá un mayor crecimiento económico por medio de efectos asociados con el mercado financiero con el laboral.**

*En cuanto a los efectos asociados con el mercado financiero, destaca lo siguiente: Con la participación de las AFORE's y las SIEFORE's como nuevos inversionistas institucionales se incrementa la oferta de fondos prestables, se promueve la innovación e incorporación de instrumentos financieros, y se amplía su variedad en términos de riesgo, rendimiento y liquidez. además, la actividad de las AFORE's y las SIEFORE's tenderá a incidir favorablemente en la competitividad y eficiencia del mercado financiero, creando condiciones para que los costos de operación y las comisiones adquieran niveles más eficientes. Por su parte, la canalización de los fondos de retiro a títulos y valores financieros fortalecerá la demanda por instrumentos de inversión a largo plazo, por lo que se puede esperar que con el nuevo sistema aumente el plazo promedio de los recursos generados por el ahorro interno.*

*La mayor profundización e innovación financiera que se genera promueve una mayor productividad y, por tanto, un mayor crecimiento económico. En particular, la creación del nuevo sistema de pensiones canalizará un mayor ahorro interno a inversiones productivas generadoras de empleo. Por otro lado al propiciar que las contribuciones dejen de verse como un impuesto se fomentará una mayor participación del sector formal dentro de la economía y se reducirán distorsiones en el mercado de trabajo. Todo ello promoverá una asignación más eficiente de recursos y una mayor productividad global de la economía.*

*Conclusión, el nuevo sistema de pensiones creará por primera vez un fondo estable de recursos de largo plazo de gran potencial para ser empleado en el financiamiento de proyectos de larga maduración. Asimismo, apoyará la modernización del Sistema Financiero Mexicano a través de la participación de nuevos inversionistas institucionales que, con visión de largo plazo, fortalezcan la intermediación financiera y promuevan la canalización de recursos a la inversión productiva.”<sup>57</sup>*

En este documento se observa la clara intención de convencer al lector de los beneficios de extraer recursos del sector salud, para financiar el desarrollo de otros sectores, además de que se soslaya que la crisis del sistema antigüo de pensiones, fué debido principalmente a las devaluaciones de la moneda que hicieron que los fondos acumulados en los ramos de pensiones no sirvieran para hacer frente a las pensiones una vez llegado el tiempo de hacer frente al

<sup>57</sup> Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 1997-2000.*

desembolso, además de que se usaron los fondos de pensiones para financiar la infraestructura física de las instituciones de seguridad social, en lugar de constituir verdaderas reservas de inversión.

Si la función de la normatividad jurídica es ordenar la conducta tanto de los órganos gubernamentales como de la población, para lograr los objetivos de desarrollo en sus diferentes ámbitos, es decir, fisiológico, económico, político, cultural y social, es necesario que dicha normatividad sea congruente con tales propósitos. En el ámbito de la salud y a la luz de la enorme cantidad de necesidades insatisfechas que tanto los diagnósticos oficiales como de investigadores y académicos del Sector Salud detectan, hacen suponer que se requiere una mayor cantidad de recursos para poder incrementar las acciones de respuesta en el Sector Salud a la población y por ende, es de esperarse que tanto el Órgano Ejecutivo como el Legislativo congruentes con su discurso en los Planes y Programa de Desarrollo debieran legislar tanto en materia presupuestal, como en otros ámbitos para fortalecer la generación y uso de los recursos del propio Sector Salud, así como apoyar con recursos provenientes de otros Sectores superabitararios para fortalecer a este menguado Sector, como quedó demostrado en los cuadros estadísticos del Capítulo I, pero lo que aquí se observa es precisamente lo contrario, un acto de incongruencia gubernamental entre lo que por una parte se dice que se pretende lograr de incremento en la atención de necesidades, pero por otra se le sustraen los exiguos recursos para financiar el crecimiento de la economía en sectores diversos al de la salud y lo más notorio es que el órgano legislativo sin ningún tipo de análisis de congruencia autoriza y legisla la modificación del Sistema de Seguridad Social de la clase trabajadora no gubernamental, drenándole recursos a otros Sectores y en forma inequitativa no hace lo mismo con los Sistemas de Seguridad Social del Estado, pues si la "medicina económica" fuera buena, no hay ninguna explicación de por qué no se aplicó también en los Sistemas de Seguridad Social Estatal, y se plegó el ánimo del Gobierno ante las amenazas de los Sindicatos Gubernamentales y la exigencia de mantener intocada la Legislación de Seguridad Social Estatal en este terreno.

## **CAPITULO 6**

### **ANALISIS DE DERECHO DE LA POBLACION MEXICANA EN MATERIA SANITARIA Y DE SALUD PUBLICA.**

El siglo XX ha sido un siglo de grandes experimentos en todos los órdenes, técnico, científico, económico, pero en especial en el ámbito social y político esos experimentos han evolucionado, yendo desde principios de siglo como una salida del liberalismo individualista, la propia Constitución de 1917 se considera como la primera Constitución social del mundo. En 1917 asimismo triunfa la Revolución Socialista en Rusia y sobreviene un cambio en donde el experimento a nivel de todo el orbe, porque finalmente afectó a la mayoría de los Países, a unos porque fueron parte del experimento socialista y a otros porque se resistieron a este experimento, ya prácticamente a fines de siglo hemos visto fenecer a este movimiento y cómo se desintegró todo ese gran experimento social que significó la unión de Repúblicas Socialistas y Soviéticas en donde finalmente ante un estrepitoso fracaso, no se sabe si lo que fracasó fué el capitalismo de estado o el comunismo o el socialismo, dado que la conformación que tomó este movimiento político y social tiene una gran carga de capitalismo estatal y sobre todo represión y si en un principio se pensó en que sería la dictadura del proletariado como una etapa más dentro de la evolución social que prepararía a una sociedad sin clases, lo que sucedió fué exactamente lo contrario, una sociedad clasista en donde el proletariado siguió siendo explotado por una dictadura de tipo militar.

Ha habido evoluciones en el ámbito tecnológico que llevan a una reflexión social e individual, como producto de los avances en materia aeroespacial y astronómica, se presenta al planeta tierra como una nave espacial, que tiene una vida limitada debido a que la evolución de nuestra galaxia, como el estudio científico de el universo ha revelado, al igual que las demás galaxias tienen un inicio, una evolución, pero culmina finalmente con la terminación de ese sistema solar o esa galaxia. Pero esa reflexión poco se ha traducido en un cambio de fondo en los sistemas internacionales de solidaridad para el desarrollo integral de todos los Países y no ha habido tampoco una conjunción de esfuerzos en todo el orbe para remodelar la Institución-Estado, pues a dos siglos, prácticamente, de la instauración del estado moderno, con la Revolución Francesa, el Estado moderno sigue variando y este siglo ha sido la muestra clara de ese cambio pendular, pues ha evolucionado de un sistema individualista, en el que el Estado juega el papel de guardián; pasa por un socialismo de estado, atravesando toda una filosofía de estado benefactor y llega de nuevo al proceso de neoliberalismo, en donde después de haber tenido una evolución hacia una meta que apuntaba como la propia Constitución lo

establece, como un Estado social o un Estado benefactor, tiene un retorno hacia una economía privatizadora.

En México, el experimento social, si así consideramos lo que ha sucedido en este siglo, ha tenido una significación que hoy conviene analizar brevemente, en principio, a raíz de la independencia y todo el siglo pasado, el Estado y quien representaba al Estado, es decir el Gobierno de la República, vivió una serie de cuestionamientos y fué un siglo de convulsiones, de revoluciones y levantamientos armados y pugnas entre grupos que provocaron retrasos, pero en especial lo que se pretendía definir y esa fué la pugna, si era un Estado Federalista o un Estado Centralista, de hecho, como vimos en nuestro estudio, las Constituciones variaron de una posición federalista a una posición centralista, tuvimos un imperio extranjero, pero al culminar este siglo y con la revolución de 1910, se fué consolidando un Estado, cuya ambición del Gobierno, era constituir más que un Estado un Gobierno fuerte y a pesar de que se conservó en la Constitución de 1917 la filosofía de un federalismo de Estado, en la práctica fué evolucionando y en el caso de la salud no lo es menos, hacia una centralización de funciones que en lugar de constituir un Estado fuerte lo que muchos analistas definen, constituyó un Estado grande y obeso, no un Estado fuerte, con la hipertrofia consecuente para dar respuesta a las funciones que el Estado debe realizar. Todo nuestro sistema normativo empezando por la propia Constitución define que la función del Estado es precisamente una función cuya misión es el desarrollo de la población, la protección del territorio, en suma el desarrollo del Estado y ese proceso de crecimiento llegó hasta la década de los 80's en donde una gran parte de la actividad económica era desempeñada directamente por el Estado sin haber caído precisamente en un capitalismo de Estado o un comunismo o en un socialismo, pues el discurso político siempre fué el de un Estado federalista con tres grandes sectores: Público, Privado y Social, que eran los encargados de atender a las grandes necesidades de la población.

Se hicieron Planes y Programas en donde se definía que las prioridades eran: educación, alimentación, salud, vivienda; sin embargo, el Estado adquirió funciones y realizó tareas de naturaleza totalmente suntuaria como la propiedad de cines, de teatros, llegó a tal, la naturaleza de su crecimiento, que en un momento determinado tuvo más de 1,500 empresas, pero en especial a través de una modalidad que fué modificando la idea original del constitucionalismo, es decir, la creación de empresas descentralizadas, en donde se suponía que el aparato central burocrático tenía la incapacidad para manejar todo tipo de

empresas, pero se pretendía que creando organismos que no estuvieran inmersos dentro de la estructura centralista, sino precisamente como su nombre lo indica, empresas descentralizadas, tendrían un funcionamiento más eficiente, más ordenado y en especial todo aquello que significa la necesidad de bienes y servicios públicos, sería atendido en una forma eficiente y de alta calidad.

Al cerrar el siglo, se observa el enorme cambio en la percepción oficial, y a lo largo de esta tesis hemos observado que precisamente el sector salud es una de las manifestaciones en donde se reconoce expresamente el fracaso de ese modelo, se creó por ejemplo, para atención de la seguridad social una Institución descentralizada, el Instituto Mexicano del Seguro Social y aunque esto significa solamente la atención de una parte de la necesidad nacional y del compromiso y obligación constitucional del Gobierno, pues atiende únicamente a quien disfruta de un empleo, pero un empleo en el sector que, obligatoriamente y en forma cautiva, tiene que tributar y cumplir con esta obligación. En todos los análisis que se han hecho se ha observado que la intención del Gobierno ha sido precisamente privatizar también este sector.

Por otra parte en el ámbito internacional hemos visto la evolución que va desde el nacimiento de la sociedad de las naciones que significó la agrupación de un gran número de países tratando de encontrar mecanismos, sistemas que en esa visión holística de el mundo como una nave espacial, se tuviera un desarrollo equilibrado, integral, sano y como también en este siglo a pesar de sus esfuerzos, se han vivido ya, dos guerras mundiales, que esto también es una experiencia precisamente de este siglo en donde todo un conjunto de naciones dentro del orbe participan en una conflagración mundial.

A raíz de la segunda guerra mundial se observa el fortalecimiento de esta tendencia a agruparse y fortalecer un organismo supranacional y en 1945 se crea la Organización de las Naciones Unidas y como, a medio siglo, su evolución, prácticamente la pone en riesgo de desaparición, como hemos sido testigos en este año en especial, en el que el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, Koffi Annan, ha hecho un planteamiento a todos aquellos Países que tiene un gran adeudo y que han manifestado una total pérdida de interés del apoyo de una organización como la Organización de las Naciones Unidas, sobre todo cuanto ha sobrevenido lo que se ha denominado el fin de la guerra fría, es decir la desaparición de la potencia que ha representado un grave peligro para los intereses de los Países industrializados no comunistas. Asimismo, este decaimiento en el interés a fin

de siglo en los organismos internacionales, ha afectado no solamente los mecanismos de paz internacional sino a otro tipo de organizaciones que realizan y han venido realizando funciones de desarrollo en beneficio de toda la humanidad. Y así, los que se llaman organismos especializados como la UNESCO que es la Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Niñez, o la Organización para la Alimentación y la Agricultura o FAO, o la propia Organización Mundial de la Salud, pierden perfil una vez que el fenómeno de la guerra fría prácticamente desaparece y se conjura el peligro vivido cuando la segunda guerra mundial, en donde una gran parte de la humanidad desapareció bajo esquemas de exterminio, con una absoluta dilación de cualquier tipo de derecho, civil, político, económico, social o de cualquier naturaleza. Sin embargo, el nacimiento de estas organizaciones generó en la mayoría de los países del orbe y lo hemos analizado en nuestro estudio, la creación dentro de los propios Estados, de nuevos órdenes y disposiciones de tipo jurídico que pretenden proteger los derechos de su población, como en el caso que analizamos en esta Tesis, el derecho a la salud y hemos visto como en las diversas Constituciones por lo que interesa al hemisferio latinoamericano, la mayoría de países de Constituciones escritas y muchos de los del sistema del Common Law se han apropiado de ese orden internacional en materia de derecho a la salud y en algunos casos se ha llevado como ejemplo Canadá a una protección a toda la población de ese País, como una obligación del Estado.

Pero regresando nuestro caso a México y después de haber hecho todo un periplo de análisis por la Legislación Internacional en una forma comparada pero en especial por la Legislación de nuestro País en un análisis histórico, la conclusión a la que llegamos es la de un paralelismo con la propia evolución acerca de la filosofía y la percepción de la misión que debe cumplir el Estado.

Cuando en 1917 nuestra Constitución adquiere el carácter que hoy se le da, de la Primera Constitución Social del Orbe, se tenía la intención, y esto fué la dinámica que hizo y provocó el crecimiento y fortalecimiento del Estado para ir atendiendo funciones que habían sido dejadas en la filosofía liberal del siglo XIX, a la atención de la mano invisible del mercado y el caso de la salud era manifiesto y si no era la mano invisible del mercado, en el mejor de los casos se tenía a un asistencialismo social rayano en la caridad.

Cuando se presenta la segunda crisis económica mundial de este siglo, al inicio de los años 70's, en donde se empieza a cuestionar el grado, la velocidad, y el

nivel de avance en materia de atención a las necesidades sociales, se apura el proceso de participación del estado y es cuando éste, en una década, la de los 70's, tiene un inusitado crecimiento y para esto los países pobres o países en desarrollo, se ven obligados a endeudarse en el Sistema Financiero Internacional, con el propósito de dar respuesta social a esta problemática que se ve agravada al inicio de la década de los 70's, pero esto constituyó lo que denominamos el "síndrome de la bola de nieve", pues cada nuevo Gobierno de cada uno de estos Países, hereda del anterior una serie de carencias sociales, y un grave problema financiero, económico, y social, por lo que tiene que acudir a la ayuda externa, para mantenerse en el corto plazo en el poder, con el lema, de: "el que venga atrás que empuje"; con los exiguos resultados logrados, se va normando la conducta del Estado.

A mediados de la década de los 80's se gesta una concepción internacional nueva que hoy se denomina la corriente del neo-liberalismo, pretendiendo abandonar la tesis keynesiana del estado benefactor, que fué la propuesta para salir de la primera crisis mundial de este siglo, y que se dió al final de los años 20's y al inicio de los 30's, es decir, la primera gran recesión de este siglo, hoy estamos viviendo los efectos de una segunda gran recesión, sin embargo para enfrentar esta crisis, se sustenta, por la mayoría de los Gobiernos, una filosofía contraria a la del Estado benefactor, y es el retorno a la filosofía política liberal, en donde el análisis de los estudiosos de las esferas política, económica y social, refleja la convicción de que el crecimiento de los aparatos estatales, con la intención de dar respuesta a la población en diversas áreas de necesidades sociales, como servicios y bienes, no necesariamente crea un estado fuerte, sino que se cree que el resultado es más bien un estado obeso, atrofiado.

Todo este análisis conduce a precisar el título de este Capítulo, es decir, cuales son en la realidad actual los derechos de los mexicanos a la protección de la salud, pues como paradoja obligada, se retorna a una de las reflexiones que motivaron nuestra inquietud para la realización de esta investigación, la frase del Doctor Ignacio Burgoa Orihuela, en su libro "Garantías Individuales y Sociales", en donde menciona que el derecho a la protección de la salud en México, es una mención onírica o quimérica.<sup>58</sup>

Percibimos que en este momento existe en México, como lo reconoce el propio Gobierno Federal en los análisis que hemos descrito en diversos apartados, tres

<sup>58</sup> Burgoa O. Ignacio. *Las garantías Individuales y Sociales*. Editorial Porrúa. 27a. Edición México.

grandes sectores que constituyen el universo del Derecho a la Protección de la Salud, el primero de ellos, por su notoriedad, es el del sector de empleados y beneficiarios, que goza de la fortuna de contar con la afiliación a alguno de los Sistemas de Seguridad Social, ya sea a través del Instituto Mexicano del Seguro Social o a través de los Sistemas de Seguridad Social de Gobiernos Federal, Estatales, Municipales o de empresas descentralizadas como Petróleos Mexicanos, que proporcionan la garantía de la salud, entendida como los diversos Países definimos la salud, a través de la Organización Mundial de la Salud. El segundo gran segmento es de la población abierta que es atendido actualmente por el Sistema Descentralizado de Salud, que corresponde operativamente a la jurisdicción de las Entidades Federativas, y que está integrado por la población que no tiene medios para concurrir al mercado privado de los servicios de salud, y que por no cumplir con los requisitos marcados por las leyes, para gozar de la protección de los sistemas de seguridad social, no están afiliados por ninguno de tales sistemas. El tercer segmento es de la población que no está afiliado a sistemas de seguridad social, pero dispone de recursos suficientes para acudir al mercado privado de la salud, no sólo nacional sino a mercado internacional de este satisfactor, o tiene mecanismos de protección de seguros privados de salud.

De las cada vez más frecuentes reflexiones que en el plano internacional se están llevando a cabo en materia del derecho a la salud, que en esta década de los 90's ha tenido una gran evolución, podemos observar, que la Legislación Internacional, a pesar de las mejores intenciones, ha tenido escasa concreción en las Legislaciones Nacionales, como resultado de una doble intención de los Gobiernos, por una parte dar forma a la inclusión de disposiciones legales tanto constitucionales, como ordinarias, de normas regulatorias del derecho a la salud, y por otra no contraer obligaciones precisas, ni mecanismos de coerción o de cumplimiento coactivo de tal derecho, ante la dificultad de contraer nuevos compromisos internos, con escasez de recursos, en parte derivados del drenaje de recursos financieros por causa de los gravosos servicios financieros a la deuda externa y a su vez; los propios organismos internacionales, encargados de vigilar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en materia de Derechos Humanos, no establecieron ni solicitaron la celebración de convenios internacionales que definan mecanismos de control, vigilancia y coerción de su cumplimiento, sino al contrario como vimos en un Capítulo previo, la

afirmación de Phillip Alston<sup>59</sup>, en el caso del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, nació con la promesa de no hacer nada, pues el conflicto de la guerra fría, por la filosofía política de los Países en conflicto, no permitía ninguna potencia ni organismo supraordinado, y esta política se siguió para evitar fricciones que pudieran desencadenar otra conflagración mundial de consecuencias devastadoras, pues se conocía del estado de violación permanente de los derechos humanos por ambas potencias bélicas, así pues quienes hoy tienen en forma más precisa, el goce del derecho a la salud en los términos definidos por la Organización Mundial de la Salud, es decir el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, es el segmento de la población que goza de la afiliación del seguro social obligatorio, pero aún ese segmento, debido a la mala calidad e ineficiencia en la prestación del servicio de protección a la salud, específicamente en el renglón de atención a las enfermedades, en los ámbitos de curación y tratamientos terapéuticos, una gran porción de este segmento se ve obligado a doble tributación por tener que acudir al mercado privado de la salud. Sin embargo dentro de la definición integral de salud, sigue conservando la garantía de esa protección y así en los mecanismos de seguros sociales mencionados arriba, se recibe la protección contra las enfermedades profesionales, las enfermedades no profesionales, la maternidad, la protección en caso de invalidez o en caso de incapacidad en el trabajo, se protege también a los beneficiarios que llegada la vejez, pierden la capacidad de generar ingresos, se protege también de forma temporal a quienes han cesado en el trabajo, por cuestiones ajenas a su voluntad en el trabajo del cual derivan el ingreso, se protegen a los hijos menores y viuda o viudo de quien fue el generador de ingreso en el núcleo familiar, así como otra serie de prestaciones de bienestar social, cultural, recreativo, etc, como guarderías, cursos, deporte, y otros, que contribuyen al bienestar físico, mental, social.

Sin embargo las cifras estadísticas, proporcionadas por el propio Gobierno, revelan que el grueso de la población, más del 50% no dispone de estos mecanismos de protección y una cifra cercana a los 30 millones de habitantes de la población, no tiene ni para acudir al mercado privado de salud, cifra que se incrementa con aquellos que teniendo la garantía de la protección del seguro

---

<sup>59</sup> Harvard Law School. *Economic and Social Rights and the Right to Health. An Interdisciplinary Discussion Held at Law School in September, 1993.* Publicado por : Harvard Law School Human Rights Program. Boston, Ma. E. U. A. 1995.

social, tienen, por baja calidad y deficiencia en la protección de las instituciones que acudir al mercado privado de la salud.

La ley General de Salud refiriéndose en forma muy general a todo el sistema de salud en su Artículo 52 establece: “Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnico y auxiliares”. que como se ve, no define ninguna obligación especial, correlativa por parte del Estado, para el derecho constitucional de protección de la salud, y más parece un artículo reglamentario del Artículo Quinto Constitucional, es decir de las profesiones de salud.

El Artículo 60 establece: “Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias todo hecho, acto u omisión que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población.

La acción popular podrá ejercitarse por cualquier persona, bastando para darle curso el señalamiento de los datos que permitan localizar la causa del riesgo”.

Como puede observarse estas generalidades no ofrecen un marco de garantía para el derecho de protección de la salud, pues en el caso del Artículo 60 no se hace sino establecer formalmente un recurso de queja ante la propia autoridad que debiera ser la obligada a prestar el servicio, que hoy, al haber descentralizado el servicio, a cargo de las entidades federativas, tiene menos significado esta disposición en virtud de la soberanía de los Estados, en donde la federación no tiene facultades de coacción y el acuerdo de descentralización no le da facultades de coerción para lograr en beneficio de la población la realización de servicios de protección del derecho a la salud.

En toda la ley abundan disposiciones que otorgan facultades a las autoridades pero no existen disposiciones que den facultades a los usuarios, que se concreten en derechos ya sea de goce o disfrute o de ejercicio, no existen tampoco artículos en la Ley o apartado de disposiciones adjetivas que fijen los procedimientos para que el usuario pueda ejercer coacción hacia los órganos del sistema de salud y obtener de ellos la prestación de protección de su derecho constitucional, o en caso de omisión o falla, una indemnización correspondiente, ni por acciones, ni por omisiones del Estado o los Organismos encargados o facultados para prestar los servicios de salud.

Los Títulos Decimoséptimo: Vigilancia Sanitaria, y Décimooctavo: Medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos, acuden de nuevo a delegar y definir más facultades a las autoridades y sólo en forma tímida, como una medida de control del usuario hacia las autoridades, establece en el Capítulo IV, el recurso de inconformidad, pero sólo por actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, y nunca por omisiones, como es el caso mas urgente dentro de la situación general de concesión del derecho de protección de la salud.

Es pues de esperarse, que lejos de establecer con precisión los mecanismos y sistemas de prestación de servicios que hagan realidad el derecho de la población que establece el Artículo Cuarto Constitucional, se continúe la política de falta de definición de obligaciones hacia el Estado y además se vaya tendiendo a la privatización del mercado de la salud y el fortalecimiento de sistemas de seguros privados de protección de la salud.

Por otra parte, la descentralización ya ha empezado a mostrar sus efectos en los servicios que antes operaba la Federación, los que se evidencian en la dificultad financiera por la que atraviesan las Instituciones de Salud del Distrito Federal como ha quedado manifiesto en la queja que es generalizada de los usuarios y del personal de dichas instituciones de falta de insumos médicos y de material de curación, que en la comparecencia del Secretario de Desarrollo Social del Distrito Federal, ante la Asamblea Legislativa del Distrito federal, tuvo en el mes de Septiembre de 1997, en la que representantes de los trabajadores se manifestaron públicamente, por la falta de apoyo a las Instituciones, como quedó evidenciado por los medios de comunicación de masas, es decir , radio, prensa escrita y televisión. Ya en el apartado de descentralización de esta Tesis, advertimos la situación financiera critica de endeudamiento de todos los Estados de la Federación.

## **CAPITULO 7**

### **ANALISIS DE LA NORMATIVIDAD INTERNACIONAL EN LA MATERIA DE SALUD E INSTITUCIONES A CARGO DE SU EJECUCION**

En este Capítulo analizaremos las instituciones e instancias internacionales encargadas de la vigilancia, control y protección del derecho a la salud, como parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como también parte de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y demás disposiciones que para evitar duplicidades y repeticiones innecesarias, remitimos al Capítulo de Legislación Internacional en Materia de Salud.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su parte IV dice:

“Artículo 16.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a presentar, en conformidad con esta parte del Pacto, informes sobre las medidas que hayan adoptado, y los progresos realizados, con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el mismo.

2. a) Todos los informes serán presentados al Secretario General de las Naciones Unidas, quien transmitirá copias al Consejo Económico y Social para que las examine conforme a lo dispuesto en el presente Pacto;

b) El Secretario General de las Naciones Unidas transmitirá también a los Organismos especializados copias de los informes, o de las partes pertinentes de éstos, enviados por los Estados Partes en el presente Pacto que además sean miembros de esos organismos especializados, en la medida en que tales informes o partes de ellos tengan relación con materias que sean de la competencia de dichos organismos conforme a los instrumentos constitutivos.

Artículo 17. Los Estados Partes en el presente Pacto presentarán sus informes por etapas, con arreglo al programa que establecerá el Consejo Económico y Social.....

2. Los informes podrán señalar las circunstancias y dificultades que afecten el grado de cumplimiento de las obligaciones previstas en este Pacto.

Artículo 19. El Consejo Económico y Social podrá transmitir a la Comisión de Derechos Humanos, para su estudio y recomendación de carácter general, o

para información según proceda, los informes sobre derechos humanos que presenten los Estados conforme a los Artículo 16 y 17.....

Artículo 20. Los Estados Partes en el presente Pacto..... Podrán presentar al Consejo Económico y Social observaciones sobre toda recomendación de carácter general hecha en virtud de Artículo 19 o toda referencia a tal recomendación general que conste en un informe de la Comisión de Derechos Humanos, o en un documento allí mencionado.

Artículo 21. El Consejo Económico y Social podrá presentar de vez en cuando a la Asamblea General informes que contengan recomendaciones de carácter general así como un resumen de la información recibida de los Estados Partes en el presente Pacto..... Y los progresos realizados para lograr el respeto general de los derechos reconocidos en el presente Pacto”.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el mismo tema establece lo siguiente:

## “PARTE II

### MEDIOS DE PROTECCIÓN.

#### CAPÍTULO VI

#### DE LOS ORGANOS COMPETENTES

##### Artículo 33

Son competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes en esta Convención:

- a) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Comisión, y
- b) La Corte Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Corte.

**CAPITULO VII**  
**LA COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS**

**SECCION 1**

**ORGANIZACION**

**Artículo 34**

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos se compondrá de 7 miembros, que deberán ser personas de alta autoridad moral y reconocida versación en materia de derechos humanos.

**Artículo 35**

La Comisión representa a todos los miembros que integran la Organización de Estados Americanos.

**SECCION 2**

**FUNCIONES**

**Artículo 41**

La Comisión tiene la función principal de promover la observancia y la defensa de los Derechos Humanos, y en el ejercicio de su mandato tiene las siguientes funciones y atribuciones:

- a) Estimular la conciencia de los derechos humanos en los pueblos de América;
- b) Formular recomendaciones, cuando lo estime conveniente, a los Gobiernos de los Estados Miembros para que adopten medidas progresivas en favor de los derechos humanos dentro del marco de sus Leyes internas y sus preceptos constitucionales, al igual que disposiciones apropiadas para fomentar el debido respeto a estos derechos;

c) Preparar los estudios o informes que considere convenientes para el desempeño de sus funciones;

d) Solicitar de los Gobiernos de los Estados miembros que le proporcionen informes sobre las medidas que adopten en materia de derechos humanos;

.....

f) Actuar respecto de las peticiones y otras comunicaciones en ejercicio de su autoridad, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 44 al 51 de esta Convención.

#### Artículo 42

Los Estados Partes deben remitir a la Comisión copia de los informes y estudios que en sus respectivos campos someten anualmente a las Comisiones Ejecutivas del Consejo Interamericano Económico y Social y del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, a fin de que aquélla vele porque se promuevan los derechos de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires.

#### Artículo 43

Los Estados partes se obligan a proporcionar a la Comisión las informaciones que ésta les solicite sobre la manera en que su derecho interno asegura la aplicación efectiva de cualesquiera disposiciones de esta Convención.

### SECCION 3

### COMPETENCIA

#### Artículo 44

Cualquier persona o grupo de personas, o entidad no gubernamental legalmente reconocida en uno o más Estados miembros de la Organización, puede

presentar a la Comisión peticiones que contengan denuncias o quejas de violación de esta Convención por un Estado Parte.

#### Artículo 45

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce la competencia de la Comisión para recibir y examinar las comunicaciones en que un Estado Parte alegue que otro Estado Parte ha incurrido en violaciones de los derechos humanos establecidos en esta Convención.

2. Las comunicaciones hechas en virtud del presente Artículo sólo se pueden admitir y examinar si son presentadas por un Estado Parte que haya hecho una declaración por la cual reconozca la referida competencia de la Comisión. La Comisión no admitirá ninguna comunicación contra un Estado Parte que no haya hecho tal declaración.

3. Las declaraciones sobre reconocimiento de competencia pueden hacerse para que ésta rija por tiempo indefinido, por un período determinado o para casos específicos.

4. Las declaraciones se depositarán en la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, la que transmitirá copia de las mismas a los Estados miembros de dicha Organización.

#### Artículo 46

1. Para que una petición o comunicación presentada conforme a los Artículos 44 y 45 sea admitida por la Comisión se requerirá:

a) Que se hayan interpuesto y agotado los recursos de jurisdicción interna, conforme a los principios de derecho internacional generalmente reconocidos;

b) Que sea presentada dentro del plazo de seis meses, a partir de la fecha en que el presunto lesionado en sus derechos haya sido notificado de la decisión definitiva;

c) Que la materia de la petición o comunicación no esté pendiente de otro procedimiento de arreglo internacional, y

d) Que en el caso del Artículo 44 la petición contenga el nombre, la nacionalidad, la profesión, el domicilio y la firma de la persona o personas o del representante legal de la Entidad que somete la petición o comunicación.

2. Las disposiciones de los incisos 1.a) y 1.b) del presente Artículo no se aplicarán cuando:

a) No exista en la Legislación interna del Estado de que se trata el debido proceso legal para la protección del derecho o derechos que se alega han sido violados;

b) No se haya permitido al presunto lesionado en sus derechos el acceso a los recursos de la jurisdicción interna, o haya sido impedido de agotarlos, y

c) Haya retardo injustificado en la decisión sobre los mencionados recursos.

#### Artículo 47

La Comisión declarará inadmisibles toda petición o comunicación presentada de acuerdo con los Artículos 44 ó 45 cuando:

a) Falta alguno de los requisitos indicados en el Artículo 46;

b) No exponga hechos que caracterizan una violación de los derechos garantizados por esta Convención;

c) Resulte de la exposición del propio peticionario manifiestamente infundada la petición o comunicación sea evidente su total improcedencia, y

d) Sea sustancialmente la reproducción de petición o comunicación anterior ya examinada por la Comisión u otro organismo internacional.

#### SECCION 4

#### PROCEDIMIENTO

## Artículo 48

1. La Comisión al recibir una petición o comunicación en la que se alegue la violación de cualquiera de los derechos que consagra esta Convención, procederá en los siguientes términos:

a) Si reconoce la admisibilidad de la petición o comunicación solicitará informaciones al Gobierno del Estado al cual pertenezca la autoridad señalada como responsable de la violación alegada, transcribiendo las partes pertinentes de la petición o comunicación. Dichas informaciones deben ser enviadas dentro de un plazo razonable, fijado por la Comisión al considerar las circunstancias de cada caso;

b) Recibidas las informaciones o transcurrido el plazo fijado sin que sean recibidas, verificará si existen o subsisten los motivos de la petición o comunicación. De no existir o subsistir, mandará a archivar el expediente;

c) Podrá también declarar la inadmisibilidad o la improcedencia de la petición o comunicación, sobre la base de una información o prueba sobrevenientes;

d) Si el expediente no se ha archivado y con el fin de comprobar los hechos, la Comisión realizará, con conocimiento de las partes, un examen del asunto planteado en la petición o comunicación. Si fuere necesario y conveniente, la Comisión realizará una investigación para cuyo eficaz cumplimiento solicitará, y los Estados interesados le proporcionarán, todas las facilidades necesarias;

e) Podrá pedir a los Estados interesados cualquier información pertinente y recibirá, si así se le solicita, las exposiciones verbales o escritas que presenten los interesados;

f) Se pondrá a disposición de las partes interesadas, a fin de llegar a una solución amistosa del asunto fundada en el respeto a los derechos humanos reconocidos en esta Convención.

2. Sin embargo, en casos graves y urgentes, puede realizarse una investigación previo consentimiento del Estado en cuyo territorio se alegue haberse cometido la violación, tan sólo con la presentación de una petición o comunicación que reúna todos los requisitos formales de admisibilidad.

#### Artículo 49

Si se ha llegado a una solución amistosa con arreglo a las disposiciones del inciso f) del Artículo 48 la Comisión redactará un informe que será transmitido al peticionario y a los Estados Partes en esta Convención y comunicado después, para su publicación, al Secretario de la Organización de los Estados Americanos. Este informe contendrá una breve exposición de los hechos y de la solución lograda. Si cualquiera de las partes en el caso lo solicitan, se les suministrará la más amplia información posible.

#### Artículo 50

1. De no llegar a una solución, y dentro del plazo que fije el Estatuto de la Comisión, ésta redactará un informe en el que expondrá los hechos y sus conclusiones. Si el informe no representa, en todo o en parte, la opinión unánime de los miembros de la comisión, cualquiera de ellos podrá agregar a dicho informe su opinión por separado. También se agregará al informe las exposiciones verbales o escritas que hayan hecho los interesados en virtud del inciso 1.e) del Artículo 48.

2. El informe será transmitido a los Estados interesados, quienes no estarán facultados para publicarlo.

3. Al transmitir el informe, la Comisión puede formular las proposiciones y recomendaciones que juzgue adecuadas.

#### Artículo 51

1. Si en el plazo de tres meses, a partir de la remisión a los Estados interesados del informe de la Comisión, el asunto no ha sido solucionado o sometido a la decisión de la Corte por la Comisión o por el Estado interesado, aceptando su competencia, la Comisión podrá emitir, por mayoría absoluta de votos de sus miembros, su opinión y conclusiones sobre la cuestión sometida a su consideración.

2. La Comisión hará recomendaciones pertinentes y fijará un plazo dentro del cual el Estado debe tomar las medidas que le competan para remediar la situación examinada.
3. Transcurrido el periodo fijado, la Comisión decidirá, por la mayoría absoluta de votos de sus miembros, si el Estado ha tomado o no medidas adecuadas y si publica o no su informe.

## CAPITULO VII

### LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

#### SECCION 1

#### ORGANIZACION

##### Artículo 52

1. La Corte se compondrá de siete jueces, nacionales de los Estados miembros de la Organización, elegidos a título personal entre juristas de la más alta autoridad moral, de reconocida competencia en materia de derechos humanos, que reúnan las condiciones requeridas para el ejercicio de las más elevadas funciones judiciales conforme a la Ley del País del cual sean nacionales o del Estado que los proponga como candidatos.
2. No debe haber dos jueces de la misma nacionalidad.

##### Artículo 53

1. Los jueces de la Corte serán elegidos, en votación secreta y por mayoría absoluta de votos de los Estados Partes en la Convención en la Asamblea General de la Organización, de una lista de candidatos propuestos por esos mismos Estados.
2. Cada uno de los Estados Partes pueden proponer hasta tres candidatos, nacionales del Estado que los propone o de cualquier otro Estado miembro de la Organización de los Estados Americanos. Cuando se proponga una terna, por lo menos uno de los candidatos deberá ser nacional de un Estado distinto del proponente.

#### Artículo 54

1. Los jueces de la Corte serán elegidos para un período de seis años y sólo podrán ser reelegidos una vez. El mandato de tres de los jueces designados en la primera elección, expirará al cabo de tres años. Inmediatamente después de dicha elección, se determinarán por sorteo en la Asamblea General los nombres de estos tres jueces.
2. El juez elegido para reemplazar a otro cuyo mandato no ha expirado, completará el período de éste.
3. Los jueces permanecerán en funciones hasta el término de su mandato. Sin embargo, seguirán conociendo de los casos a que ya se hubieran abocado y que se encuentren en estado de sentencia, a cuyos efectos no serán sustituidos por los nuevos jueces elegidos.

#### Artículo 55

1. El juez que sea nacional de alguno de los Estados Partes en el caso sometido a la Corte, conservará su derecho a conocer del mismo.
2. Si uno de los jueces llamados a conocer del caso fuera de la nacionalidad de uno de los Estados Partes, otro Estado Parte en el caso podrá designar a una persona de su elección para que integre la Corte en calidad de juez adhoc.
3. Si entre los jueces llamados a conocer del caso ninguno fuere de la nacionalidad de los Estados Partes, cada uno de éstos podrá designar un juez adhoc.
4. El juez adhoc debe reunir las calidades señaladas en el Artículo 52.
5. Si varios Estados Partes en la Convención tuvieran un mismo interés en el caso, se considerarán como una sola parte para los fines de las disposiciones precedentes. En caso de duda, la Corte decidirá.

#### Artículo 56

El quórum de las deliberaciones de la Corte es de cinco jueces.

La Comisión comparecerá en todos los casos ante la Corte.

#### Artículo 58

1. La Corte tendrá su sede en el lugar que determinen, en la Asamblea General de la Organización, los Estados Partes en la Convención, pero podrá celebrar reuniones en el territorio de cualquier Estado miembro de la Organización de los Estados Americanos en que lo consideren conveniente por mayoría de sus miembros y previa aquiescencia del Estado respectivo.
2. Los Estados Partes en la Convención pueden, en la Asamblea General por dos tercios de sus votos, cambiar la sede de la Corte.
3. El Secretario residirá en la sede de la Corte y deberá asistir a las reuniones que ella celebre fuera de la misma.

#### Artículo 59

La Secretaría de la Corte será establecida por ésta y funcionará bajo la dirección del Secretario de la Corte, de acuerdo con las normas administrativas de la Secretaría General de la Organización en todo lo que no sea incompatible con la independencia de la Corte. Sus funcionarios serán nombrados por el Secretario General de la Organización, en consulta con el Secretario de la Corte.

#### Artículo 60

La Corte preparará su Estatuto y lo someterá a la aprobación de la Asamblea General, y dictará su Reglamento.

### SECCION 2

### COMPETENCIAS Y FUNCIONES

#### Artículo 61

1. Sólo los Estados partes y la Comisión tienen derecho a someter un caso a la decisión de la Corte.
2. Para que la Corte pueda conocer de cualquier caso, es necesario que sean agotados los procedimientos previstos en los Artículo 48 a 51.

#### Artículo 62

1. Todo Estado Parte puede, en el momento del depósito de su instrumento de ratificación o adhesión de esta Convención, o en cualquier momento posterior, declarar que reconoce como obligatoria de pleno derecho y sin convención especial, la competencia de la Corte sobre todos los casos relativos a la interpretación o aplicación de esta Convención.
2. La declaración puede ser hecha incondicionalmente o bajo condición de reciprocidad, por un plazo determinado o para casos específicos. Deberá ser presentada al Secretario General de la Organización, quien transmitirá copias de las mismas a los otros Estados miembros de la Organización, quien transmitirá copias de la misma a los otros Estados miembros de la Organización y al Secretario de la Corte.
3. La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, ora por declaración especial como se explica en los incisos anteriores, ora por convención especial.

#### Artículo 63

1. En casos de extrema gravedad y urgencia, y cuando se haga necesario evitar daños irreparables a las personas, la Corte, en los asuntos que está conociendo, podrá tomar las medidas provisionales que considere pertinentes. Si se tratare de asuntos que aún no estén sometidos a su conocimiento, podrá actuar a solicitud de la Comisión.
2. Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertades protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de

su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada.

#### Artículo 64

Los Estados miembros de la Organización podrán consultar a la Corte acerca de la interpretación de esta Convención o de otros Tratados concernientes a la protección de los derechos humanos en los Estados americanos. Asimismo, podrán consultarla, en lo que les compete, los órganos enumerados en el Capítulo X de la Carta de la Organización de los Estados americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires.

La Corte, a solicitud de un Estado miembro de la Organización, podrá darle opiniones acerca de la compatibilidad entre cualquiera de sus leyes internas y los mencionados instrumentos internacionales.

#### Artículo 65

La Corte someterá a la consideración de la Asamblea General de la Organización en cada período ordinario de sesiones un informe sobre su labor en el año anterior. De manera especial y con las recomendaciones pertinentes, señalará los casos en que un Estado no haya dado cumplimiento a sus fallos.

### SECCION 3

#### PROCEDIMIENTO

#### Artículo 66

1. El fallo de la Corte será motivado.
2. Si el fallo no expresare en todo o en parte la opinión unánime de los jueces, cualquiera de éstos tendrá derecho a que se agregue al fallo su opinión dicidente o individual.

#### Artículo 67

El fallo de la Corte será definitivo e inapelable. En caso de desacuerdo sobre el sentido o alcance del fallo, la Corte lo interpretará a solicitud de cualquiera de las partes, siempre que dicha solicitud se presente dentro de los noventa días a partir de la fecha de la notificación del fallo.

#### Artículo 68

1. Los Estados Partes en la Convención se comprometen a cumplir la decisión de la Corte en todo caso que sean partes.
2. La parte del fallo que disponga indemnización compensatoria se podrá ejecutar en el respectivo País por el procedimiento interno vigente para la ejecución de sentencias contra el Estado.

#### Artículo 69

El fallo de la Corte será notificado a las partes en el caso y transmitido a los Estados Partes en la Convención."

Como se desprende de todas las disposiciones arriba transcritas, cualquier persona que considere que el Estado Mexicano no está dando cumplimiento a la obligación constitucional del derecho de protección de la salud, teóricamente podría acudir primero a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, pues conforme al Artículo 46, Apartado 2, no tendría obligación de interponer y agotar ningún recurso de jurisdicción interna, pues conforme al inciso a) de dicho Apartado 2 no existe en la Legislación interna del Estado Mexicano el debido proceso legal para la protección del derecho a la salud.

Sin embargo, no encontramos antecedentes en la investigación tanto en el ámbito nacional, como en el ámbito internacional, de alguna demanda ni ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ni ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, de alguna persona, grupo o institución mexicanos que reclamen el incumplimiento de tal obligación por parte del Estado Mexicano.

Por otra parte, se reconoce en los foros internacionales, como lo expresa en la revista *Health and Human Rights*, Vol. 1, No. 1, Otoño, 1994, en un artículo titulado "Violaciones a los derechos en el Amazonas Ecuatoriano", el Centro para Derechos Sociales y Económicos, fundado recientemente, que proclama que los derechos civiles y políticos y los derechos económicos y sociales son

igualmente fundamentales a la cuestión de la dignidad humana y narra como “desde 1972, varias compañías petroleras han extraído casi dos billones de barriles de petróleo crudo en el Amazonas Ecuatoriano, durante este proceso se han liberado billones de galones de desechos tóxicos crudos y petróleo directamente en el medio ambiente. Las Federaciones Indígenas y los Grupos Ambientales en el Ecuador se han organizado en oposición al desarrollo no regulado del petróleo, acusándole de que la contaminación ha causado un gran daño a la gente y al medio ambiente. Enfrentándose aún con una pobre economía y a la presión de los acreedores extranjeros, el Gobierno está procediendo rápidamente con planes para incrementar la producción de petróleo..... El artículo resulta uno de los primeros intentos en aplicar el derecho a la salud y a un ambiente saludable al evaluar las consecuencias humanas de las políticas de desarrollo de un País”.

Si recordamos también la experiencia narrada por Phillip Alston entenderemos por qué no ha proliferado y está apenas aún en su inicio el proceso de conocimiento, comprensión, aceptación, y de presión a los Estados Partes de los Tratados Internacionales en materia del derecho a la salud para hacer realidad tales disposiciones.

Es comprensible también la falta de desarrollo académico y en la práctica profesional de defensoría de los derechos humanos, pues ni en el ámbito nacional ni internacional, han tenido una clara delimitación los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en los siguientes 20 años de la segunda post-guerra mundial, las Naciones aún impactadas por las graves violaciones de los derechos humanos infringidas antes, durante y después de esta conflagración, tenían en un alto nivel de conciencia y urgían su reglamentación y la precisión de las obligaciones de los Estados para con sus poblaciones, pero a medida que se fué enfriando el sentimiento que tales violaciones provocaba y se evaluaban las magnitudes de los compromisos que podría implicar el proporcionar salud a todas las poblaciones de los Estados, éstos se fueron resistiendo a tal precisión y sobre todo a la elaboración de documentos internacionales de carácter vinculante, de ahí que tardó 2 decenios el proceso de elaboración del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros 2 decenios la elaboración de la normatividad que a nivel internacional estableciera mecanismos jurisdiccionales o arbitrales de defensa de los derechos como los planteados en este Capítulo.

Ha influido también en la escasa acción defensiva a nivel internacional, la falta de conocimiento aún en los propios profesionales del derecho, pues como ha quedado demostrado en la documentación del proceso de investigación para esta Tesis, el estudio del derecho a la protección de la salud en todas sus implicaciones, empieza apenas a ser materia de estudio, análisis e investigación por parte de la comunidad jurídica internacional y dicha inquietud ha escurrido de ahí a las comunidades académicas de los ámbitos jurídicos nacionales de los Estados, que empieza a estudiar en forma seria este importante derecho económico y que a veces con consideraciones más de tipo justificativo, explican la tardanza de su estudio dándole denominaciones a tal derecho como derecho programático que en concreción significa que no le reconocen a la población el derecho a gozar de la protección de su salud, ni al Estado le atribuyen la obligación de atender dicho derecho y si en el ámbito profesional empieza a ser apenas conocido y estudiado con mayor detalle, este derecho social, en el ámbito del ciudadano común, de la población general, persiste aún la percepción de que la atención por parte del Estado a las necesidades de salud, más que un derecho social es una acción de beneficencia y asistencialismo social por parte del Estado hacia su población.

## **CAPITULO 8**

### **DEFINICION DE ZONAS DE VACIO JURIDICO O DE INOPERANCIA DE LA NORMATIVIDAD, POLITICAS Y PROGRAMAS EXISTENTES**

En el desarrollo de este Capítulo, nos basamos en el interesante análisis elaborado por el Doctor Hector Fix Zamudio, en un estudio publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos , en Mayo de 1993. Titulado "La Justicia Constitucional, Ombudsman y Derechos Humanos", En el Capítulo de El Papel del Ombudsman en la protección de los intereses difusos, hace las siguientes consideraciones:

*"1. El tema de los intereses difusos es uno de los más novedosos tanto en la doctrina como en la jurisprudencia y la legislación de nuestra época, ya que la cuestión se ha originado con motivo del desarrollo extraordinariamente dinámico de la tecnología contemporánea y que afecta no sólo a las naciones altamente industrializadas , sino también en los países en vías de desarrollo e inclusive subdesarrollados, que sufren los efectos del entorno ecológico.*

*2.....el término.....es bastante gráfico para describir la afectación de la esfera jurídica de personas que no se encuentran organizadas, sino dispersas en grupos sociales, y por lo tanto deben considerarse indeterminadas.*

*3. En realidad, los mencionados intereses difusos pertenecen al género de los intereses colectivos, en contraste con los de carácter individual que corresponden a las personas físicas. En efecto, frente a los clásicos derechos individuales que se han calificado también de 'derechos de primera generación', empezaron a surgir en la segunda mitad del siglo XIX los derechos e intereses de los grupos sociales organizados, que ahora se definen como económicos, sociales y culturales, denominados de la 'segunda generación', pero que pertenecen a personas que se han asociado para la defensa de los mismos, .....*

*4. Es en este campo de los intereses colectivos en los que han surgido, según se ha dicho, en particular a partir de la segunda posguerra, nuevos tipos de derechos e intereses legítimos que no se pueden atribuir a grupos sociales determinados, sino a un número impreciso de personas, que resultan afectadas en cuanto al consumo, al medio ambiente, en los asentamientos urbanos, en el patrimonio artístico y cultural, entre otros, y que debido a su aparición de hace pocos años, apenas se inicia una evolución para encontrar los medios para protegerlos, entre ellos los de carácter jurídico.*

.....

## II. CONCEPTO DE INTERESES DIFUSOS, INTERPERSONALES O TRANSPERSONALES

.....

9. *Por ese motivo, como un punto de partida podemos intentar una descripción provisional de los intereses difusos, como aquellos derechos subjetivos e intereses legítimos que corresponden a personas indeterminadas, pertenecientes a diversos grupos sociales, que se encuentran distribuidos en amplios sectores, de manera que no resulta fácil el establecimiento de los instrumentos adecuados para la tutela de los propios intereses, que se refieren esencialmente como se ha reiterado, al consumo, al medio ambiente, a los problemas urbanos, y al patrimonio artístico y cultural entre los más importantes.*

.....

## V. DESARROLLO DE INSTRUMENTOS JURIDICOS PARA LA TUTELA DE DICHOS INTERESES

26. *La doctrina que se ha elaborado en cuanto a la tutela jurídica de los derechos e intereses difusos ha sido muy abundante en los últimos años, debido a la necesidad de encontrar instrumentos eficaces para resolver los problemas que plantea la resolución de este tipo de conflictos, cada vez más abundantes.*

.....

31. *Por otra parte, desde el punto de vista de la jurisprudencia y la legislación más relevantes, se han establecido tres soluciones esenciales: a) la primera, que se puede calificar de tradicional, confiere al ministerio público la facultad de promover la defensa procesal de los intereses colectivos de carácter social, que incluyen aquellos que no corresponden a grupos o asociaciones determinadas; b) el otorgamiento de legitimación a personas o asociaciones privadas otorgándoles la facultad de acudir al proceso en representación de los intereses difusos con la previa autorización del propio ministerio público (Attorney General), por conducto de lo que se ha calificado como relator actions, reguladas en los ordenamientos de Inglaterra y de otros países de la commonwealth, como Australia y Nueva Zelanda; c) el acceso directo de las propias personas o asociaciones en representación de los mencionados intereses transpersonales, de acuerdo con las llamadas class o public interest actions, que se han desarrollado particularmente en los Estados Unidos, pero que también ha dado*

*lugar a reformas legislativas y desarrollo jurisprudencial en varios países de Europa Continental.*

## **VI. LA EVOLUCION EN LATINOAMERICA**

*32. El interés por las cuestiones relativas a la protección jurídica de los intereses difusos o transpersonales ha sido mucho menos intensa entre los juristas latinoamericanos, como resulta explicable por nuestro menor grado de evolución industrial y tecnológico en relación con los países altamente desarrollados, pero como el fenómeno se ha presentado también en nuestros países y cada vez con mayor intensidad, en época reciente también han surgido estudios, se han organizado congresos y se han intentado soluciones a este problema, inclusive, a nivel de textos de carácter constitucional.*

.....

## **VII. LOS INTERESES DIFUSOS EN EL DERECHO MEXICANO**

*38. La doctrina mexicana sólo hasta muy recientemente, como ha ocurrido generalmente en Latinoamérica ..... , se ha ocupado y en forma muy restringida de este problema que ya requiere de una solución en el ordenamiento jurídico de nuestro país.*

.....

*40. En el campo legislativo, como se ha dicho en el párrafo anterior, sólo ha existido preocupación por tutelar lo derechos de los consumidores frente a los prestadores de bienes y servicios, en especial por medio de la Ley Federal de Protección al consumidor del 5 de Febrero de 1976, que creó la Procuraduría Federal de la Defensa del Consumidor, como un organismo descentralizado encargado esencialmente de los procedimientos de conciliación y en caso de acuerdo de las partes, de arbitraje, entre los citados consumidores y los proveedores, pero sin llegar a una solución procesal y menos aún admitir la intervención de representantes de consumidores no identificados.*

.....

*42. Por lo que respecta al procedimiento administrativo, que es uno de los sectores en los cuales se ha observado un mayor dinamismo en el reconocimiento de los derechos e intereses difusos, como señalamos con anterioridad....., todavía subsiste en nuestro ordenamiento, además de una gran dispersión, por ausencia de leyes federales y*

*locales de procedimiento administrativo, el principio histórico del interés actual y directo para participar en el mismo.*

43. Sin embargo, ya se advierte la inquietud para incorporar la tutela de los mencionados derechos e intereses difusos o transpersonales, como lo demuestra el Artículo 16 del anteproyecto de la Ley del Procedimiento Administrativo para el Distrito Federal, publicado en mayo de 1991 por la Coordinación General Jurídica del propio Departamento .....

44. No ocurre lo mismo en relación con nuestro juicio de amparo, en el cual podrían plantearse cuestiones directamente constitucionales en relación a los mencionados intereses difusos, en virtud de que nuestra Carta Federal establece lineamientos y disposiciones en los cuales se puede apoyar la tutela de los propios derechos e intereses pertenecientes a sectores indeterminados, y sólo en vía de ejemplo, podemos citar la ordenación de los asentamientos humanos; la preservación y restauración del equilibrio ecológico; la regulación del uso del agua y de los recursos naturales, todos ellos consagrados por el artículo 27 constitucional, pero también algunos otros que tienen la categoría de derechos subjetivos públicos, como ocurre respecto a los de protección de salud y la vivienda digna y decorosa ( artículo 4o. constitucional); y el de información (artículo 6o.), entre otros.

45. La jurisprudencia todavía aplicable a la Suprema Corte de Justicia, con apoyo en el artículo 4o. de la Ley de amparo, mantiene el principio de que para interponer dicho juicio se requiere de la afectación personal, actual y directa, a fin de que pueda demostrarse el interés jurídico necesario para iniciar y promover dicha instancia, de acuerdo con el propio criterio histórico de la legitimación procesal.....

46. Sin embargo, así sea en forma incipiente, se advierte una tendencia todavía incierta para tutelar algunos intereses legítimos de personas indeterminadas, por parte de algunos tribunales colegiados de circuito en relación con problemas de carácter urbano o de protección del patrimonio artístico y cultural. Sin embargo se requeriría de una reforma procesal substancial para establecer con claridad la procedencia de la tutela judicial, inclusive por medio del juicio de amparo, de los derechos e intereses difusos o transpersonales de mayor importancia, por supuesto siempre que se reúnan requisitos mínimos de admisibilidad y seriedad de los representantes que pueden acudir ante las instancias judiciales, para evitar el planteamiento de reclamaciones frívolas, notoriamente infundadas o improcedentes.<sup>60</sup>

<sup>60</sup> Fix Zamudio Hector. *Justicia Constitucional Ombudsman y Derechos Humanos*. Publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Primera edición. México, 1993.

De la transcripción de este análisis del Doctor Fix Zamudio la conclusión brota prístina, el vacío jurídico, con relación al derecho a la protección de la salud, considerado como derecho difuso, en México, se da en los tres órdenes de Gobierno, el Legislativo, el Administrativo y el Judicial.

En el ámbito legislativo consideramos que se da entre otras razones por la falta de especialización parlamentaria de los integrantes de nuestras Cámaras Legislativas que por disposición Constitucional no pueden ser reelectos y en el pasado se ha dado además por la subordinación del Poder Legislativo al Ejecutivo quien era el que presentaba las iniciativas, pero dicho Organó poco profundizó en el análisis de la congruencia de las diferentes disposiciones regulatorias de la normatividad contenida en el Artículo 4o. Constitucional párrafo cuarto del derecho a la protección de la salud, y así como encontramos en nuestra investigación la enorme profusión de Leyes, Reglamentos, Acuerdos, Normas Técnicas, Tratados, que contienen disposiciones todas ellas relacionadas con la salud de la población, han sido el producto de las iniciativas de Ley que las diferentes dependencias del Ejecutivo Federal han propuesto por su conducto al Congreso de la Unión y la mayoría de ellas han pasado sin ese filtro unificador y dador de congruencia legislativa que debiera ser el Congreso de la Unión, pero si la difusión y dispersión legislativa de esta materia son reprobables, más aún lo es que el propio Organó Legislativo a través de la promulgación de leyes haya auspiciado la falta de definición de compromisos y obligaciones tanto programáticos como operativos a los Organos Gubernamentales encargados de la atención al Sector Salud, de compromisos y obligaciones concretas, medibles y sobre todo evaluables del logro congruente de realización del derecho de protección a la salud. Esto desde luego es una paradoja jurídica, pues existe una gran cantidad de Leyes relativas a la salud y al derecho a la protección de la salud, pero existe un vacío jurídico de definición de acciones y medidas de coacción por parte del ciudadano para lograr hacer realidad este derecho.

En el ámbito administrativo, como vimos en varios apartados anteriores, los Organos Ejecutivos se han asignado a través de las Leyes que el Congreso ha autorizado a sus iniciativas y formalizado como Leyes, un ámbito muy amplio de facultades y atribuciones, cuidando de no establecer obligaciones concretas y menos establecer derechos a toda la población para exigir el cumplimiento

general de este derecho de protección a la salud y como analizamos en el apartado correspondiente, no existe un derecho procesal que rijan mecanismos de exigencia por parte de la población al Gobierno para que le dé respuesta obligatoria a este derecho.

En el ámbito judicial, y como consecuencia de los 2 vacíos anteriores, no dispone el Sistema Judicial de nuestro País, de parámetros, ni normas para funcionar como mecanismo de revisión y menos aún de protección al ciudadano en materia de incumplimiento por parte del Estado a este derecho y en su caso la protección judicial existirá sólo cuando se dé alguna violación o al orden civil o al orden penal en materia de contratos de prestación de servicios o en la realización de alguna acción tipificada como delito por los Códigos Penales en materia de delitos contra la salud; pero como atinadamente analiza el Doctor Fix Zamudio, ni el mismo juicio de amparo que exige para su procedencia una afectación personal, actual y directa, a fin de que pueda demostrarse el interés jurídico necesario para iniciar y promover dicha instancia, permite acudir a este mecanismo de defensa en contra del incumplimiento por parte del Gobierno de este derecho que con justa razón se ha empezado a denominar como derecho difuso.

## **CAPITULO 9**

## **CONCLUSIONES**

1.- Con quince años de antigüedad, El Derecho Constitucional a la protección de la salud en México, es aún un derecho novedoso y sin la adecuada reglamentación legal.

2.- La inclusión de este derecho en la Constitución fué por iniciativa del Poder Ejecutivo Federal, y todo indica que fué más, como una medida formal de respuesta a los compromisos internacionales derivados de Convenios, Tratados, Pactos y Declaraciones multilaterales celebrados por México en los ámbitos de Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, que por un auténtico compromiso social y político con las masas desprotegidas de la población, pues coincidió con el inicio de la instrumentación de la filosofía política y económica neoliberal.

3.- La mayoría de la población desconoce la existencia y alcances de este derecho y percibe la prestación de servicios de salud por parte del Gobierno, como una función de asistencialismo estatal, que fué por muchas décadas la actitud con la que el Gobierno prestó este servicio, más que una obligación Constitucional, tanto por estar expresamente contenida en el artículo 4o. Constitucional, como por lo establecido en el Artículo 133 Constitucional, por las obligaciones del Gobierno, derivadas de los Tratados Internacionales celebrados y ratificados por México y aprobados por el Senado .

4.- El medio académico y de investigación jurídica Nacional e Internacional, no se ha interesado mucho en este derecho y empieza apenas a analizarlo, a pesar de su enorme importancia y necesidad, para el desarrollo integral de el país.

5.- La política gubernamental en materia de salud es el reflejo de las variaciones en la filosofía política de la clase gobernante en el Poder Ejecutivo, pues ha variado desde la reglamentación y atención local , desde la época de la colonia y en el primer siglo de independencia, al centralismo y fortalecimiento del Ejecutivo en la era del constitucionalismo social posrevolucionario, hasta la descentralización y reprivatización del neoliberalismo de fines del siglo XX

6.- El poder legislativo no ha ejercido la función de soberanía popular en esta materia, pues la falta de especialización de los legisladores y la carencia de asesoría especializada en salud pública, por el incipiente avance de conocimiento, investigación y difusión de este derecho por los académicos y litigantes.

7.- El ámbito de la jurisdicción no ha evolucionado para promover en la legislación nacional las instituciones necesarias para la incorporación de medidas protectivas de estas garantías constitucionales de "segunda y tercera generación", y sigue el paradigma de protección solamente para los derechos humanos de primera generación.

8.- La prolongada segunda gran recesión económica del siglo, que ha provocado también la profunda y larga crisis financiera de estado, de los Países subdesarrollados y el empeño de seguir con el paradigma monetarista, como guía de acción gubernamental y el abandono de la filosofía económica Keynesiana de estado benefactor, impide la concreción de este derecho constitucional a la protección de la salud.

9.- El manifiesto abandono a la "mano invisible del mercado", de la necesidad de protección de la salud de la población, y la falta de justicia distributiva del modelo neo-liberal empieza a manifestar riesgos de estallidos sociales, por el retorno de fenómenos de exagerada concentración de riqueza y aumento de la pobreza extrema, y esto empieza a ser advertido por las organizaciones internacionales de la salud, que urgen a los sectores legislativo y de salud, para que tomen el liderazgo político e intenten el retorno a la actitud de protección de la salud y otros derechos humanos como fué el interés después de la posguerra de fines de los años 40's.

10.- La ignorancia y la falta de mecanismos populares de presión en defensa de los derechos humanos, no sujetos al control del poder ejecutivo de los gobiernos, ha propiciado el nacimiento de organizaciones no gubernamentales, dedicadas a la defensa de los derechos humanos, aunque en materia del derecho a la protección de la salud apenas empiezan a organizarse, mientras que en los derechos humanos de primera generación, tienen ya décadas de experiencia en la abogacía y lucha por su protección.

11.- El desarrollo en materia de definición, investigación, regulación y difusión de este derecho es tarea multidisciplinaria de juristas, especialistas en salud, (no sólo médicos), comunicadores sociales, pedagogos, políticos y economistas, con la actitud de búsqueda de alternativas no convencionales de solución al problema, pues un país con la riqueza humana potencial, la riqueza de recursos naturales y de todo orden, en su extenso territorio, como México, (comparado con otros países industrializados de Europa y Asia) merece otro

destino y el esfuerzo de un pensamiento colectivo lateral de mayor creatividad, que abandone paradigmas que han probado su fracaso.

12.- La oportunidad de cambio que esta viviendo México en todos los órdenes, pero en especial en el político, ofrece las condiciones para la recuperación del liderazgo social de los juristas, como conocedores del campo normativo de la conducta individual y social, como una forma de obtener, que el Estado, como institución moderna garantice su función de dirección y rectoría del comportamiento individual y social, con propósitos de integración del esfuerzo de todos los mexicanos, para lograr el proyecto social de desarrollo armónico general, que es nuestra Constitución General de la República.

## **CAPITULO 10**

# **P R O P U E S T A**

El trabajo de investigación realizado para la elaboración de esta Tesis ha significado apenas el asomo a un interesantísimo campo, pleno de oportunidades para el desarrollo con justicia social de este País, que puede significar el derecho constitucional de protección de la salud, pero cuya realización, tiene, como premisa fundamental, la creación de conciencia social tanto en el profesionista del derecho, en el profesionista del campo de la salud, como en la población en general y lograr eso, es precisamente la importantísima misión triple, que compete a la institución social de la Universidad, es decir , la Investigación, la Docencia y el extensionismo hacia la comunidad, de los hallazgos y avances del conocimiento en esta materia y en todas las áreas del conocimiento.

Considerando que la enorme e importante infraestructura y el rico potencial humano de que dispone la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México en su planta docente y de investigación, así como en su alumnado, y en las facilidades logísticas, ofrece la oportunidad de un proyecto de largo alcance en materia de derecho constitucional de protección de la salud.

Considerando el papel de liderazgo social y político que históricamente ha desempeñado el profesionista del Derecho en nuestro País, por su manejo de la normatividad individual y social de la conducta que significa el derecho.

Considerando la crisis de credibilidad social que los experimentos políticos y económicos han provocado en la población de nuestro País, que está, desesperadamente, buscando un oasis de reafirmación y confianza en nuestras instituciones y en un liderazgo experto, que le permita hacer realidad su aspiración de felicidad en un marco de respeto al derecho individual y social.

### **Proponemos:**

- 1.- La inclusión en el plan de estudios de la Licenciatura en Derecho, de la Facultad de Derecho, de la Universidad Nacional Autónoma de México, de una materia denominada Derecho de la Salud, ya sea sustituyendo y absorbiendo en su contenido, la actual asignatura de Derecho de la Seguridad Social, o además de esta asignatura.
- 2.- La celebración, con la Organización Panamericana de la Salud, de un Convenio para la realización de un Proyecto de Investigación de amplio

espectro, para la precisión, clarificación y proposición de un proyecto legislativo reglamentario multidisciplinario del derecho a la salud, en principio con propósitos nacionales, pero extrapolable a otros Países de Latinoamérica, coordinado por el Seminario de Derecho Constitucional de la Facultad y que sume esfuerzos de varios pasantes no sólo de la Licenciatura en Derecho, sino de un equipo multidisciplinario de pasantes de diversas profesiones relacionadas con el ramo de la salud pública, que además de permitirles su titulación profesional, deje como producto la contribución social trascendente aquí propuesta.

3.- La celebración por la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, en coordinación con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, de tareas de difusión a través de conferencias, mesas redondas, programas de difusión en prensa, radio, televisión y otras, dentro de un convenio para la realización de un programa de largo alcance, en beneficio de toda la población, que de a conocer los avances en la realización de este derecho en todo el mundo, y por comparación, el avance en nuestro país; como una forma de ir concientizando, a todas las fuerzas vivas del país en el enorme potencial en todos los órdenes, económico, social, político, tecnológico que significa la satisfacción de este derecho humano de segunda generación, en la población de un país como México, con la enorme riqueza potencial que tiene en todos los órdenes, como una vía de salida y escape de la pobreza y el subdesarrollo crónico que padecemos como país.

## BIBLIOGRAFIA

## LIBROS

Aguilar Lujan Jorge Alberto. *El Problema de la Existencia del Derecho Municipal en el Sistema Jurídico Mexicano*. Tesis Profesional de Licenciatura en Derecho. Universidad Autónoma de Chihuahua. México, 1985.

Briceno Ruiz Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Editorial Harla, Mexico, 1995.

Burgoa O. Ignacio. *Las garantías Individuales y Sociales*. Editorial Porrúa , 27a. Edición México.

Diaz Müller Luis. *Derecho a la Salud y Derechos Humanos*. Publicado por la Academia Mexicana de Derechos Humanos. México, 1997.

Diaz Müller Luis. *EL IMPERIO DE LA RAZON. Drogas, Salud y Derechos Humanos*. Publicado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 1994.

Feather Frank. *G. Forces, The 35 Global Forces Restructuring Our Future*. William Morrow and Company, Inc, New York, 1989.

Fix Zamudio Hector. *Justicia Constitucional Ombudsman y Derechos Humanos*. Publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Primera edición. México, 1993.

Fix Zamudio Hector. *Protección Jurídica de los Derechos Humanos, Estudios Comparativos*. Comisión Nacional de Derechos Humanos, Colección Manuales, México, 1991

Frenk Julio et all. *Salud y Derechos Humanos*. Publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.

García Romero Horacio et all. *El Derecho a la Protección de la Salud de Todos los Mexicanos*. Publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Primera Edición. México, 1996.

Green Rosario. *La Promoción y Protección de los Derechos Humanos en el Ambito Internacional*. Publicado por la Academia Mexicana de Derechos Humanos. México, 1997

Mesa Lago Carmelo. *El Desarrollo de la Seguridad Social en Latinoamérica y los Casos de Costa Rica, Chile, México, Perú y Uruguay*. Estudio preparado por la división de Desarrollo de la CEPAL y publicado por la Organización de las Naciones Unidas. 1985.

Moreno Padilla Javier. *Régimen Fiscal de la Seguridad Social y SAR*. Editorial Temis, Segunda edición. México 1994.

Rendón Huerta Barrera Teresita. *Derecho Municipal*. Editorial Porrúa, S. A. México 1985.

Robles Martinez Reynaldo. *El Municipio*. Editorial Porrúa, S. A. México 1993.

Rodriguez Tovar José Jesús. *Derecho Mexicano de la Seguridad Social*. Escuela Libre de Derecho, Fondo para la Difusión del Derecho. Primera Edición. México, 1989

Sepúlveda César. *Derecho Internacional*. Editorial Porrúa. Décima Edición. México, 1979.

Soberón Acevedo Guillermo et all. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Segunda Edición, México, 1995.

Szekely Alberto *Instrumentos Fundamentales de Derecho Internacional Público*. (compilador). Publicado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. editado por la Dirección General de Publicaciones de la UNAM. México, 1989.

Tena Suck Rafael, Italo Hugo. *Derecho de la Seguridad Social*. Editorial Pac, S. A. de C. V. México.

## **TESIS PROFESIONALES**

Aguilar Lujan Jorge Alberto. *El Problema de la Existencia del Derecho Municipal en el Sistema Jurídico Mexicano*. Tesis Profesional de Licenciatura en Derecho. Universidad Autónoma de Chihuahua. México, 1985.

Junco Lavin Manuel Luis. *El Derecho a la Protección de la Salud y el Federalismo*. Tesis Profesional para la Licenciatura en Derecho del Instituto Tecnológico Autónomo de México, México D.F. 1985

Kupfer Sierra Alfredo *El derecho a la Salud a la Luz de los Tratados Internacionales*. Tesis profesional de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, México. 1970.

Ramirez Gaytan Ana Teresa. *El Derecho a La Protección de La Salud en México Como un Cometido Social del Estado*. Tesis Profesional de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1995.

## **DICCIONARIOS**

García Pelayo Ramon, *Larousse, Diccionario Usual* Ediciones Larousse, 1993

## **LEGISLACION**

Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, Ediciones Delma, Cuadragésimotercera Edición 1997.

Ley General de Salud y Disposiciones Complementarias. Editorial Porrúa, Décimotercera Edición, México 1996.

Ley del Seguro Social y sus Reglamentos. Editorial Sista , Agosto de 1997, México.

Ley de planeación. Diario Oficial de la Federación del 5 de Enero de 1983.

Decreto Por el que se reforma la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación del 7 de Mayo de 1997.

Acuerdo Nacional Para la Descentralización de los Servicios de Salud. Diario Oficial de la Federación del 25 de Septiembre de 1996.

Acuerdo de Coordinación que celebran la Secretaría de Salud, La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo y El Estado de Oaxaca, para la descentralización Integral de los Servicios de Salud en la Entidad. Diario Oficial de la Federación del 22 de Octubre de 1996.

## **DOCUMENTOS**

Banco Mundial *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud.* Publicado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial. E.U.A. 1993.

Center For Economics and Social Rights. *Rights Violations in the Ecuadorian Amazonia; The Human Consequences of Oil Development.* Health and Human Rights, Vol. 1. No.1 Fall. Boston, Ma. E.U.A.

Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria, O.P: *Curso Básico de Derechos Humanos, Tema 15: El Derecho a la Protección de la Salud.* Artículo publicado en la revista de Derechos Humanos del Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria, O.P., A.C. Año V, Abril Junio 1990.

Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. *Salud y Derechos Humanos.* Publicado por el Organismo Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, en Octubre de 1996.

Comisión Nacional de Derechos Humanos *Memoria del Seminario de Salud y Derechos Humanos.* México 1991.

Consejo Nacional de Salud. *Hacia la Federalización de la Salud en México.* Publicado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, México, 1996.

Cumbre Mundial Sobre desarrollo Social, Copenhague, Marzo de 1995. *La Salud en el Desarrollo, Documento de Posición de la Organización Mundial de la Salud*. Documento Publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington D.C. E.U.A., 1995.

Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. *Catálogo de Ordenamientos en Materia de Salud*. Documento de trabajo interno de la dependencia. México, 1997.

Fournier Maria de Lourdes y Moreno Pedro. *Saldos y Perspectivas de la Seguridad Social en México*. Artículo Publicado en la Revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México. D. F.

Fuenzalida Puelma Hernán y Scholle-Connor Susan en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la -Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

Harvard Law School. *Economic and Social Rights and the Right to Health. An Interdisciplinary Discussion Held at Law School in September, 1993*. Publicado por : Harvard Law School Human Rights Program. Boston, Ma. E. U. A. 1995.

Harvard School Of Public Health. *Health and Human Rights, Vol. 1. No.1 Fall 1994, vol. 1 No. 2, 1995*. Boston, Ma. E.U.A.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. *Bibliografía General Sobre Derechos Humanos*. Publicado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México 1992.

International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. *Alma Ata Primary Health Care*. Publicado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y El Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez. Geneva Zlnd. 1978.

Laurell Asa Cristina *La Reforma del IMSS: Pieza Clave del Proyecto Neoliberal*. Artículo Publicado en la Revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México. D. F.

Leary Virginia, J.D. *The Right to Health in International Human Rights Law*. Health and Human Rights, Vol. 1. No.1 Fall. Boston, Ma. E.U.A.

Lopez Chavez Alejandro et all. *Derecho de la Seguridad Social, Instrumento Metodológico*. Publicado por la División de Universidad Abierta de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma De México. 1992.

Menéndez eduardo L. *Derechos Humanos a la Salud. Cometarios Introdutorios al Problema*. Documento para el Segundo Curso Interdisciplinario En Derechos Humanos. Academia Mexicana de Derechos Humanos. México D.F. 1986.

Menéndez Eduardo L. *La Salud como Derecho Humano, Acotaciones Sobre la Posibilidad de una Práctica Diferenciada* Documento de trabajo de la Academia Mexicana de Derechos Humanos, Comisión Internacional de Profesionales de la Salud, México, D. F. 1986.

Mussot Luisa. *IMSS, Reforma Social y Democracia: Un Retroceso*. Artículo Publicado en la Revista El cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México. D. F.

Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa*. Documento de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986.

Organización Panamericana de la Salud *La política de Salud y Bienestar (Gouvernement du Quebec Ministère de la Santé et des Services Sociaux)*. Publicado por el Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, D.C. E.U.A. 1995.

Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la -Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

Organización Panamericana de la Salud. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones Para el Debate*. Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas, edición 1994, Volúmenes Uno y Dos.* Washington D. C., E. U. A.

Partido Revolucionario Institucional. *El Derecho a la Salud Segunda Jornada.* memoria del evento dentro de las Jornadas de Análisis de la Política de la Política Social del Gobierno de la República Avances y Retos, Publicada por la Secretaría de Divulgación Ideológica del Partido Revolucionario Institucional, México, 1987.

Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.*

Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.*

Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo 1997-2000.*

Promoción de Servicio de Salud y Educación Popular, A.C. *El Derecho a la Salud en México: una Mirada de la Sociedad Civil.* Artículo publicado en la revista de Derechos Humanos del Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria, O.P., A.C. Año V, Abril Junio 1990.

Rodríguez Ajenjo Carlos. *Salud, Trabajo y Derechos Humanos.* Documento Presentado en el Primer Encuentro sobre " Viejos y Nuevos Problemas en Salud y Derechos Humanos" 12-III-1986, Maestría en Salud y Trabajo, UAM, Xochimilco.

Ruiz Massieu José Francisco en: Organización Panamericana de la Salud. *El Derecho a la -Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado.* Publicado por la Oficina Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., E.U.A. 1989.

Secretaría de Salud, *Prioridades en Prevención y Control de Enfermedades.* México. 1997.

Secretaría de Salud. *Informe de Labores 1995-1996.*

Ulloa Padilla Odilia. *Nueva Ley del Seguro Social: La Reforma Previsional de Fin de Siglo.* Artículo Publicado en la Revista El Cotidiano 78 de Septiembre de 1996. México, D.F.