

00781

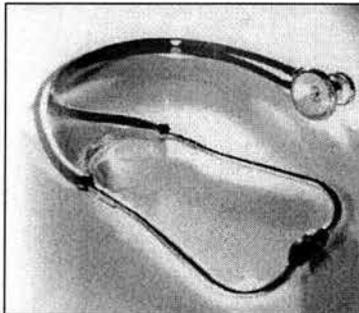
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Derecho:

División de Estudios de Posgrado

**EI EJERCICIO DE LOS DERECHOS SOCIALES EN
MÉXICO:**

**El problema de efectividad del derecho a la protección de
la salud**



**Tesis que para obtener el
grado de Doctora en Derecho presenta:**

Odalinda Chávez Sánchez

México, D.F.

2004



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.

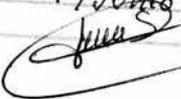
18903

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Odalinda Chávez Sanchez

FECHA: 11/ Junio /04

FIRMA: 

**Tesis doctoral realizada bajo la dirección
del Dr. RUSSELL CERÓN GRAJALES.**

Ciudad Universitaria, junio del 2004.

A mi madre Odalinda Sánchez Chávez

A mi padre Jorge S. Chávez Esparza.
In memoriam

AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi más profunda gratitud a la Universidad de Colima, muy especialmente al Lic. Fernando Moreno Peña; al señor Rector, y a la Maestra Genoveva Amador Fierros. A mis queridos maestros de ésta Facultad de Derecho, por motivarme e iniciarme en la travesía del maravilloso y complejo mundo del derecho.

Quiero rendir homenaje a la Universidad Nacional Autónoma de México y con ello a mis profesores, directivos, personal administrativo y compañeros de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho; en particular a los del área de Derecho Internacional Público. Al Comité de Derechos Fundamentales: Dra. Mireille Roccatti Velázquez, Dr. David Vega Vera y Dr. Carlos Quintana Roldán, por sus observaciones, sugerencias y toda su ayuda brindada para la culminación de este trabajo.

A los demás entrañables compañeros, quienes conocí a lo largo de mi vida estudiantil y compartí en algún momento las aulas, gracias por su grata compañía y las palabras de apoyo en los momentos que más los necesitaba; a mis amigos por haberme brindado su generosa amistad.

Al Dr. Russell Cerón Grajales, por sus consejos y amistad; de igual manera a los Doctores Manuel Becerra Ramírez, Sergio García Ramírez, René González de la Vega y Dra. Araceli Mangas Martín. Así mismo; agradezco al Dr. Carlos Arellano García, al Dr. Leonel Alejandro Armenta López y al Dr. Rafael Quintana Miranda, quienes en su carácter de jurado me hicieron señalamientos y oportunos comentarios para complementar y enriquecer este trabajo de investigación; pero sobre todo, por distinguirme con su afecto.

Por supuesto, no quiero dejar pasar este espacio sin renombrar mi inmenso cariño y agradecimiento a mi madre y a mi finado padre, por haberme apoyado y caminado a mi lado, por ser mi guía y apoyo incondicional.

Finalmente, sin ánimo de dejar nombres significativos en mi memoria, incluyo a todos aquellos que de alguna u otra manera han hecho posible la concreción de éste sueño.

TABLA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

apx.	aproximadamente
Art./arts.	Artículo/ artículos
ASA	Aeropuertos y Servicios Auxiliares
BM	Banco Mundial
CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CANIFARMA	Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
cap.	Capítulo
CAPUFE	Caminos y Puentes Federales de Ingresos y Servicios Conexos
CCDF	Código Civil para el D.F.
CCF	Código Civil Federal
CDH	Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CDT	Convención sobre el Derecho de los Tratados
CFE	Comisión Federal de Electricidad
<i>Cfr.</i>	Confróntese
CGADH	Coordinación General de Atención al Derechohabiente
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIJ	Comisión Internacional de Juristas
Cit. por	citado por
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
COMISA	Comisión Mexicana de Investigaciones en Salud
Comité	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico

CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASIDA	Consejo Nacional para la prevención y el control del SIDA
CONASUPO	Compañía Nacional de Subsistencias Populares
Corte	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CPCDF	Código de Procedimientos Civiles para el D.F.
CPDF	Código Penal para el D.F.
CPEUM	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
CPF	Código Penal Federal
D.F.	Distrito Federal
D.O.F.	Diario Oficial de la Federación
DADDH	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
DESC	Derechos económicos, sociales y culturales
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIP	Derecho Internacional Público
DPS	Derecho a la protección de la salud
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
<i>e.g.</i>	por ejemplo, especialmente
<i>ed.</i>	edición
<i>Ed.</i>	Editorial
<i>et al.</i>	Y otros
EUA	Estados Unidos de América del Norte
FMI	Fondo Monetario Internacional
FNM	Ferrocarriles Nacionales de México
FNUAP	Fondo de la Población de Naciones Unidas.
<i>fr.</i>	fracción
FSTSE	Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado

Funsalud	Fundación Mexicana para la Salud
hrs.	horas
<i>i.e.</i>	esto es
<i>ibid.</i>	en el mismo lugar, allí
<i>Id.</i>	el mismo, lo mismo
IJJ-UNAM	Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-COPLAMAR	Coordinación del Plan Nacional de Apoyo a Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INAPLEN	Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
INI	Instituto Nacional Indigenista
INM	Instituto Nacional de las Mujeres
INSEN	Instituto Nacional de la Senectud
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<i>item</i>	del mismo modo, también
LA	Ley de Amparo
LCNDH	Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos
LDPAM	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
LFMN	Ley Federal de Metrología y Normalización
LFPA	Ley Federal de Procedimiento Administrativo

LFPC	Ley Federal de Protección al Consumidor
LFRASP	Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
LFT	Ley Federal del Trabajo
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGS	Ley General de Salud
LISSSTE	Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
LOAPF	Ley Orgánica de la Administración Pública Federal
LOPJF	Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación
LP	Ley de Profesiones (La Ley Reglamentaria del artículo 5º. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el D.F.)
LPDNA	Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
LSS	Ley del Seguro Social
MASDA	Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta
n.	número
<i>n. b.</i>	nótese bien
NOM	Norma Oficial Mexicana
OEA	Organización de Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
<i>op. cit.</i>	obra citada
OPS	Organización Panamericana de la Salud
p./pp.	página/páginas
PAN	Partido Acción Nacional
<i>passim</i>	aquí y allá, en varias partes

PEMEX	Sistema de Seguridad Social de Petróleos Mexicanos
PGR	Procuraduría General de la República
PIB	Producto Interno Bruto
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNS	Programa Nacional de Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
pr.	párrafo
PRD	Partido de la Revolución Democrática
PREVERDIS	Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades
PRI	Partido Revolucionario Institucional
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación
PRONAVI	Programa Nacional de Combate a la Violencia Doméstica
Ref.	referencia
Reg.	Reglamento
RLGSPSAM	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
RTRQA	Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas
S.A.	Sociedad Anónima
S/t	Sin tema
SAGARPA	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
SAM	Sistema Alimentario Mexicano

SCJ	Suprema Corte de Justicia de la Nación
Sec.	sección
SECODAM	Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo
SECOFI	Secretaría de Comercio y Fomento Industrial
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina - Armada de México
SEP	Secretaría de Educación Pública
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
<i>sic</i>	así, de esta manera, léase como está
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNTSS	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SS	Secretaría de Salud
ss.	siguientes
SSA	Secretaría de Salubridad y Asistencia
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TCC	Tribunales Colegiados de Circuito
TELECOM	Telecomunicaciones de México
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
	Trabajadores del Estado
TRIPS	Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UNAIDS	Programa de Naciones Unidas contra el VIH/ SIDA
UNCTAD	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo

UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
URSS	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas
<i>v.g.</i>	por ejemplo
<i>vid.</i>	véase
<i>vid. infra</i>	vea adelante o abajo
<i>vid. supra</i>	vea atrás o arriba
Vol.	Volumen
vs.	Versus
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

INTRODUCCIÓN

I. El amplísimo tema de los derechos humanos en sus diversas facetas ha sido abordado desde varios enfoques: sociológico, económico, filosófico, jurídico; situación que no es gratuita, ya que sigue siendo un asunto de actualidad, tanto en la agenda internacional como en las políticas nacionales.

La puesta en práctica de los derechos humanos es uno de los mayores retos en nuestra sociedad; la intervención del Estado en el ámbito de protección de la esfera del gobernado se hace cada vez más ineludible para el goce efectivo de estos derechos, especialmente de los económicos, sociales y culturales. De esta suerte, consideramos que el tema no ha sido abordado con la misma intensidad y precisión con la que se ha estudiado a los derechos civiles y políticos.

La protección eficaz de los derechos humanos sigue siendo el principal desafío de las sociedades contemporáneas. Exigencia que se vuelve más aguda en tratándose de los derechos económicos, sociales y culturales, porque a pesar de los distintos instrumentos jurídicos que reconocen su existencia, no han sido instituidos, hasta ahora, los mecanismos suficientes que permitan su verdadera vigencia; debido al hecho de que en muchos casos, el desconocimiento sobre su existencia y operatividad por parte del gobernado o autoridades, hace más difícil su exigencia, materialización y en consecuencia, limitan su eficacia. De ahí que los derechos económicos, sociales y culturales sean el tema central de nuestra preocupación, estudio y reflexión, con propósito de contribuir a su evolución y mejora.



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.

Lo anterior nos ha llevado a plantear un análisis profundo sobre la tutela jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales. Sin embargo; dada la variedad de temas que pueden ser incluidos bajo este rubro, como es el caso del derecho al trabajo, derechos sindicales, derecho a la cultura, derecho a un nivel de vida adecuado, derecho a la vivienda, derecho a la protección de la salud o educación, entre otros; consideramos que el derecho a la protección de la salud se distingue dentro de este grupo, por ser un derecho básico y un bien estratégico para el desarrollo social y económico de cualquier nación.

La salud es, a nuestro juicio, el primero de los grandes temas fundamentales de los derechos económicos, sociales y culturales, ya que sin salud todos los demás esfuerzos, llámese educación o trabajo, difícilmente logran dar fruto; por lo que su arribo a un nivel de reconocimiento jurídico eficaz para otorgarle vigencia y viabilidad, se hace indispensable.

Planteadas así las cosas, el problema de la eficacia del derecho a la protección de la salud nos parece un imperativo particularmente interesante para las diversas disciplinas, y muy en especial, para el universo del Derecho.

A pesar de ello y con valiosas excepciones, como los trabajos de Fernando Cano Valle, José Francisco Ruiz Massieu, Octavio Rivero Serrano, Diego Valadés Ríos, Gonzalo Moctezuma Barragán, José Antonio González Fernández, Guillermo Soberón Acevedo o Jesús Kumate Rodríguez, entre otros; en México no abundan los trabajos científicos sobre esta temática; menos aún existen investigaciones recientes que se encaucen hacia el estudio empírico, objetivo y riguroso sobre la realización

del derecho a la protección de la salud. Si bien es cierto que el Estado, las organizaciones no gubernamentales, así como las diferentes organizaciones internacionales vinculadas con el tema presentan informes periódicos que dan cuenta de los progresos y desaciertos en materia de salud; son casi inexistentes las investigaciones que conjuntan los datos estadísticos con un análisis serio y propositivo desde la óptica propia del Derecho Internacional. Ésa es precisamente la dirección que se persigue en este estudio, y donde radica su pertinencia y relevancia; ya que en la proporción en que precisemos los aciertos y desaciertos de las medidas adoptadas, estaremos en mejor aptitud y oportunidad de participar activa y conscientemente en la búsqueda de formas efectivas para su protección. De manera que es necesario insistir y dejar claro que el objetivo del trabajo es el análisis empírico-jurídico del derecho a la protección de la salud. Justificada nuestra motivación, el título de nuestro trabajo: "El ejercicio de los derechos sociales en México: el problema de efectividad del derecho a la protección de la salud", incorpora de modo bien delimitado los propósitos de la investigación. Bajo este epígrafe circunscribimos el estudio, material y espacialmente, al análisis de los esfuerzos progresivos o en su caso, a las lagunas, faltas o francas violaciones del Estado mexicano, en términos de su compromiso de dar vigencia al derecho a la protección de la salud; a partir de y sirviendo como norte, la entrada en vigor en México, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; por lo que no pretendemos analizar todos los instrumentos jurídicos tocantes al tema de la salud. Esta acotación material responde a la necesidad de demarcar un tema que resultaría extremadamente amplio, dada la proliferación de instrumentos internacionales que lo refieren; y cuya pertinencia se resuelve al haber sido aquel, el primer instrumento internacional obligatorio y

específico al que México se adhiere, obligándolo expresamente a la protección del derecho a la salud de sus habitantes.

No obstante la advertencia anterior, la dimensión del derecho a la protección de la salud ofrece por sí una multiplicidad de ámbitos que pueden resultar desbordantes en el análisis pretendido. De suerte que un segundo límite material, responde al interés personal de la autora de esta tesis, el cual, con el propósito de concentrar el estudio en un núcleo debidamente cercado e irreducible, propuesto con base y referencia capitalmente en el consenso de la Declaración de Alma-Ata, es identificado como la atención estrictamente primaria de la salud. Y dentro de este núcleo nos abocaremos exclusivamente a algunos aspectos contenidos en los rubros de *actividades preventivas, actividades curativas y de asistencia a grupos vulnerables*; para luego, a partir de ellos, analizar los avances o violaciones al derecho en comento.

Ya así visualizados nuestros objetivos y a manera de formulación del problema que permean el conjunto de la tesis, podríamos decir que la integridad de nuestro trabajo se encamina a esclarecer la siguiente interrogante: ¿A partir de la vigencia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha establecido México mecanismos efectivos y suficientes para garantizar el derecho a la protección de la salud, al menos en sus niveles esenciales?

De ahí que nuestra hipótesis de trabajo parta de la idea estructural de que la ratificación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en México, el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y su desarrollo jurídico posterior significaron un gran avance para la protección del derecho. Aunque hay

logros significativos en algunos renglones que conforman el derecho a la protección de la salud; la atención primaria de la salud, como operación en el nivel más fundamental de los servicios de salud, a partir de los elementos de análisis ya señalados, ha sido inequitativa y desarticulada.

Las obligaciones del Estado, en su compromiso de dar vigencia a derecho a la protección de la salud, se han enfocado más a la planeación que a la cristalización y continuidad de objetivos, ello limita la protección efectiva; que se traduce en una vigencia incompleta del derecho.

II. El buscar una respuesta al cuestionamiento que promueve la realización de nuestra investigación, explica el por qué decidimos organizar el trabajo en cuatro grandes capítulos, orientados bajo la consiguiente estructura lógica y metodológica:

El capítulo primero nos introduce, de manera general, en el marco dentro del cual quedan histórica y doctrinalmente establecidos los derechos económicos, sociales y culturales, ofreciendo los conceptos esenciales y sus características diferenciadoras respecto de otras familias o grupos de derechos humanos.

Ubicados ya conceptual, histórica y doctrinalmente aquellos, haremos una breve referencia sobre la influencia del contexto político-económico internacional en el desarrollo de la segunda generación de derechos humanos en México.

Y una vez fijado el marco antecedente, observaremos algunos de los instrumentos jurídicos internacionales más autoritativos en relación con el derecho a la protección de la salud, tanto en el ámbito universal como regional. Ello nos conminará a repasar el problema de recepción del

Derecho Internacional en el Derecho interno mexicano, sin dejar de señalar el protagonismo social que tuvo la Constitución Mexicana de 1917.

Incorporada la norma internacional al orden jurídico interno, el segundo capítulo examina el desarrollo del marco legislativo e institucional mexicano que da vigencia al derecho a la protección de la salud, y de cómo se organiza la distribución de competencias en el Sistema Nacional de Salud.

Definida la dimensión objetiva de la estructura formal del derecho en cuestión; en el capítulo tercero abordaremos el problema de su efectividad, a partir del estudio empírico de su evolución; desde que la protección y tutela del derecho a la salud fuera jurídicamente imperativa para el gobierno mexicano; propiciada por el Pacto Internacional de Económicos, Sociales y Culturales.

Siempre dentro de este capítulo y con el objeto de apreciar el progreso de México en la materia, bajo la perspectiva de los compromisos internacionales asumidos, ofrecemos alternativas de medición como propuesta para establecer un parámetro más definido y factible de dar seguimiento a la actuación del Estado, a partir del cumplimiento de sus obligaciones mínimas.

Este capítulo tercero viene a constituir, conjuntamente con el siguiente, el gran capítulo de investigación, con un carácter fundamentalmente empírico (cercano a la realidad). El estudio de algunas condiciones en éste apartado, habrán de dar sentido a las propuestas más concretas del trabajo.

Y para complementar el tema de la eficacia, en el capítulo cuarto estudiaremos el asunto de la justiciabilidad, ya que la vigencia real del derecho a la protección de la salud se resuelve, en última instancia, en caso

de verse conculcado, con la existencia de medios de impugnación efectivos que garanticen su protección. Aquí analizaremos tanto los mecanismos jurisdiccionales como los no jurisdiccionales de protección.

Finalmente, apuntamos una serie de conclusiones estructuradas de conformidad con los puntos críticos y analíticos tratados en el cuerpo de la investigación. Consecuentemente, se vierten las propuestas que pretenden contribuir a subsanar algunas de las lagunas y deficiencias que hemos observado. Parte de las propuestas más relevantes son: dar mayor claridad al contenido del derecho de protección a la salud contenido en el art. 4º. constitucional; también se proponen los parámetros establecidos en este trabajo, como una posible alternativa de evaluación sobre el desarrollo progresivo del derecho; así como conceder prioridad en la Ley General de Salud a las acciones preventivas; contribuir a la mayor transparencia en las responsabilidades del médico y el paciente e incentivar a la participación de éstos en la exigencia de sus derechos.

III. Para el desarrollo y respaldo de nuestro trabajo de investigación y para la acreditación de nuestra hipótesis, hemos recurrido a los métodos: deductivo, pues se requirió llegar a la reducción de variables, a fin de obtener consecuencias verificables a partir de la hipótesis teórica, *i.e.* la abstracción del derecho a la protección de la salud llevada al plano fáctico de la realidad mexicana, para buscar los referentes; método inductivo, pues una vez lograda la conexión de los conceptos con los datos particulares (muestras = indicadores), nos enfocamos a la comprobación de las relaciones intermedias y de los conceptos teóricos; así mismo, por razón del método dialéctico, a partir de conocimientos teóricos, nos acercamos a los hechos (información empírica) con los instrumentos adecuados para captar

los datos necesarios; el método histórico, nos permitió revisar los hechos del pasado y estudiar los antecedentes teóricos relativos al problema; con el método analítico, pudimos descomponer y acotar los elementos eje de la investigación, partiéndose de un conocimiento complejo; basados en el método sintético y con el estudio específico de los elementos del derecho a la protección de la salud, mediante la evidencia de datos concretos, reconstruimos un conocimiento conciso del problema inicial y pudimos comprobar la hipótesis planteada.

Al efecto, hemos recurrido a diversas fuentes y trabajos como manuales, obras colectivas; monografías, y artículos científicos nacionales y extranjeros, publicados en diversas revistas especializadas; prensa; así como revisión de numerosos documentos emitidos por órganos de naturaleza judicial y no jurisdiccional, tanto internacionales como nacionales; buscándose en todo momento su actualidad y pertinencia.

En el ámbito de la Organización de las Naciones Unidas, nos resultaron de gran ayuda los documentos y estudios que ha venido elaborando el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En el ámbito regional, los trabajos y la doctrina sentada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos nos aportan elementos obligados para desentrañar el espíritu de la Convención Americana, y su Protocolo Adicional relativo a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Por otra parte, las resoluciones de los tribunales internos resultaron necesarias para el esclarecimiento del tema.

Además de la investigación documental, también recurrimos a investigación de campo, a fin de obtener datos complementarios que nos sirvieran para dar mayor objetividad al trabajo.

CAPÍTULO I

EL ESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: MARCO ANTECEDENTAL Y CONTEXTUAL

Aquí nos ocuparemos de los conceptos básicos que giran en torno al tema de tesis; también indicaremos cual es marco teórico e histórico en el cual aparecen los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), para posteriormente referirnos a su desarrollo.

A. LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS: PERFILES CONCEPTUALES PARA UNA CORRECTA DELIMITACIÓN

Como se expone en el epígrafe, en este apartado nos avocaremos a exponer aquellos conceptos que serán necesarios para abordar con claridad el tema que nos atañe.

1 CONTEXTO HISTÓRICO

Los derechos humanos en general son una consecuencia histórica-racional para proteger a los seres humanos de las constantes transgresiones en todos los órdenes, que atentan contra su dignidad.



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.

Inicialmente, las garantías individuales surgen con el afán de frenar el poder absoluto del Estado¹⁹, pero al mismo tiempo se gestaban los DESC,²⁰ que luego limitarían los abusos de la burguesía.

El contexto detonador de los DESC, surge por el auge de la ideología capitalista,²¹ alentada en el siglo XVII tanto por el pensamiento de los fisiócratas como por la doctrina de Adam Smith. Ello influyó para dar el tránsito de una economía moral a una economía política, en que la fuerza de trabajo del individuo se compara a un simple medio para la obtención de la riqueza. Esto, junto con la naciente burguesía, conformarían los rasgos distintivos de la sociedad moderna.²²

El esplendor del capitalismo²³ produjo cambios eminentes en cuanto a la alta competitividad y prósperos niveles de producción, pero no así en lo que refiere a justicia distributiva.²⁴ Otra reacción en cadena es el hecho de que el Estado justifica su política racional de autodeterminación bajo el concepto

¹⁸ La referencia completa de las citas e.g. edición, editorial y año, se hará por apellido del autor al final del trabajo; únicamente en las fuentes citadas por primera vez, aparecen el nombre del autor y el título completos.

¹⁹ Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Garantía internacional de los derechos sociales*, pp.10 y 20.

²⁰ Peces-Barba Martínez, Gregorio, "Los derechos económicos, sociales y culturales: Apuntes para su formación histórica", *Política social internacional y europea*, pp.16 y 47.

²¹ Ollero Tasara, Andrés, *Derechos humanos y metodología jurídica*, pp. 140 y 141.

²² Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Curso de derechos fundamentales*, pp.115 y 116.

²³ Llamamos capitalismo a un sistema que la humanidad ha adoptado para intentar resolver de la manera más eficaz posible sus problemas económicos dentro de los determinados valores políticos, sociales y culturales. Matilla Quiza, María de Jesús, *Máquinas y Capitalismo*, p.125.

²⁴ Peces-Barba, "Los derechos económicos, sociales y culturales..." , p. 53.

de soberanía²⁵ y utiliza al Derecho como un instrumento monopolizador de la fuerza legítima (*instrumentum regni*).²⁶ En contrapartida, se produce una repulsión contra las desigualdades sociales, incrementadas por el creciente capitalismo sin límites.²⁷ Consideramos es en éste momento histórico donde se comienzan a delimitar las características que diferenciarán, al menos filosóficamente, a los DESC²⁸ de las otras etapas históricas de derechos humanos.

Evidentemente el detonante de la filosofía social²⁹ se da cuando el capitalismo se convierte en tema central y desplaza al hombre como fin de la justicia. El derecho al sufragio universal, el derecho de asociación,³⁰ junto con la participación en las instituciones públicas fueron las principales decisiones que reivindicaron la dignidad de los trabajadores.³¹ Desde las instituciones se visualiza mayor posibilidad de éxito en la emancipación del gobernado, al obligar al Estado a brindar su apoyo a los más desprotegidos. Esta dialéctica natural de los movimientos sociales fortalece la ideología en favor del beneficio social,³² i.e. el “estado de bienestar” supone el

²⁵ Juan Bodino (1571), “Los seis libros de la República”. Cit. por Peces-Barba, *Curso de derechos fundamentales*, p. 127.

²⁶ Peces-Barba, *Garantía internacional de los derechos sociales*, p. 31 y ss.

²⁷ Peces-Barba, “Los derechos económicos, sociales y culturales...”, pp.15 a 17.

²⁸ Entendidos como el conjunto de principios, normas e instrumentos destinados a consagrar, promover, regular, proteger y aplicar en el ámbito internacional los derechos humanos de contenido económico, social y cultural,” Peces-Barba, *Garantía internacional de los derechos sociales*, p. 31.

²⁹ *Ibid.* p. 23.

³⁰ *Ibid.* p. 55.

³¹ *Ibid.* p. 42.

³² González Amuchastegui, José, “La justificación del estado de bienestar: ¿una nueva concepción de los derechos humanos?”, *Los derechos económicos, sociales y culturales, y la crisis del estado de bienestar*, pp. 70 y 71.

reconocimiento de la responsabilidad colectiva para hacer frente a las necesidades básicas de la sociedad.³³

El movimiento social incitado por la revolución industrial del siglo XIX y la corriente filosófica social-demócrata trajo la afirmación de los DESC;³⁴ también conocidos, como veremos más adelante, simplemente derechos sociales;³⁵ y la consolidación de las garantías individuales.³⁶

Pese al concierto y afirmación de los DESC por la gente; la discusión de entre incluir o no estos derechos como derechos humanos continuó durante los siglos XIX y XX con argumentos a favor como: Rousseau,³⁷ Campanella,³⁸ Hume³⁹ y Locke⁴⁰ entre otros, para despejar el paso hacia una conciencia social de las necesidades de los trabajadores.⁴¹

³³ Uno de los elementos del estado de bienestar es la libertad real, concepto surgido en el siglo XIX, que señala la necesidad de eliminar todo lo que obstaculice la igualdad económica y social. *Id.*

³⁴ Marx, Hegel, Cot y Pellet resaltaban como: “*dans le creuset des Nations Unies se fondent l’inspiration liberale, héritée des revolutions bourgeoises des XVème et XIXème siècles et l’apport socialiste en une dialectique à la fois généreuse et réaliste, dont le progrès économique et social de tous les peuples*”. Cit por Peces-Barba, “*Los derechos económicos, sociales y culturales...*” p. 39. En la sede de las Naciones Unidas se funda la inspiración liberal, heredada de la Revolución Burguesa del siglo XV y XIX y el aporte socialista en una dialéctica a la vez generosa y realista, en la que convive el progreso económico y social de todos los pueblos. Traducción propia.

³⁵ *Vid. infra*, p. 42.

³⁶ Entiéndase derechos civiles y políticos.

³⁷ Rousseau. “*Du Contrat Social*”, Peces-Barba, “*Los derechos económicos, sociales y culturales...*”, pp. 29 y 31.

³⁸ Campanella, Tomasso, *Id.*

³⁹ Hume. Cit por Peces-Barba, *Curso de derechos fundamentales*, p. 388.

⁴⁰ Locke. Cit por Meron, Theodor, *Human Rights in International Law*, p.78.

⁴¹ Peces-Barba, *Curso de derechos fundamentales*, p. 160 y ss.

Pero no fue sino hasta después de la Primera Guerra Mundial cuando se abre paso a las corrientes liberales más progresistas⁴² y a la vigencia constitucional de los DESC instituyendo principalmente condiciones de trabajo y derecho a la educación. Primero en la Constitución Mexicana de 1917,⁴³ seguida la Constitución de Weimar de 1919, la del Reino Servio Croata-Esloveno de 1921, la Monárquica de Rumania de 1923 y la Constitución Española de 1931; como medios de lograr una autonomía moral y con ello la justicia social de los pueblos.⁴⁴

Seguido a ese proceso de reconocimiento e incorporación de derechos humanos al derecho positivo nacional, continúa una etapa de proyección a nivel Internacional; lo que abre la posibilidad de que los derechos humanos, admitidos inicialmente de manera local, sean disfrutados ya por todos los hombres. En efecto, el apoyo explícito de la Sociedad de Naciones contribuyó decisivamente para dar a conocer los DESC internacionalmente. Los primeros logros substanciales conseguidos en la comunidad internacional fueron también la libertad de asociación y sufragio.⁴⁵

Luego estalló la Segunda Guerra Mundial, lo que afianza el reconocimiento constitucional y logra el impulso requerido de los DESC para formar parte de una política de Estado que robusteciere el ámbito internacional.

⁴² Peces-Barba, "Los derechos económicos, sociales y culturales...", p. 8.

⁴³ Fix-Zamudio, "La Evolución del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en las Constituciones Latinoamericanas", *Derechos y Libertades*, p. 226.

⁴⁴ Vasak, Karel, *Les dimensions internationales des droits de l'homme*, p. 20.

⁴⁵ Matilla Quiza, pp. 26 y 27. Peces-Barba, *Garantía internacional de los derechos sociales*, p.12.

Una vez terminada la Segunda Guerra Mundial, y conscientes de la necesidad de construir un proyecto de desarrollo firme que asegurara la paz, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) urgió una serie de acciones en favor de los derechos de las víctimas de las atrocidades de la guerra, y para proteger la humanidad y asegurar la paz; así que acogió expresamente el compromiso de protección de los estándares sociales mínimos internacionales⁴⁶ mediante normas universales o regionales,⁴⁷ de carácter general o específico,⁴⁸ convencionales⁴⁹ o no;⁵⁰ dando vida propia

⁴⁶ Internacionalización que se corrobora con el nutrido grupo de Estados que han adoptado el compromiso del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, convencidos de aceptar expresamente su contenido; lo que favorece en gran medida el ánimo de su cumplimiento. Cfr. Fernández Liesa, Carlos, "Los derechos económicos, sociales y culturales en el orden internacional", *Política social internacional y Europea*, p. 66.

⁴⁷ v.g. Convención Americana sobre Derechos Humanos o La Carta de Estados Americanos. En el mismo sentido, la Corte Interamericana ha señalado que en caso de que coexistan dos o más disposiciones relativas a una situación, ya sean en tratándose de derechos humanos de tratados internacionales generales, específicos o regionales, prevalecerá la norma más favorable para la persona humana.

⁴⁸ v.g. Convenio sobre los Derechos del Niño. Sobre el particular se recomienda la lectura de Mangas Martín, Araceli, "La Protección Internacional de los Derechos del Niño", *Boletín Europeo de la Universidad de la Rioja*, pp. 7-15.

⁴⁹ Las normas sobre derechos humanos no tienen el elemento sinalagmático de los demás convenios o acuerdos: *i.e.* no necesariamente se reportan beneficios para ambas partes.

⁵⁰ Normas no convencionales son aquellas aceptadas tácitamente por la comunidad internacional, sin que requieran reconocimiento expreso (art. 53 de la Convención sobre el Derecho de los Tratados, 1969 [CDT]) v.g. las normas *Jus Cogens*. Muchas de estas normas son recogidas por acuerdos ulteriores como un derecho a desarrollar, v.g. la Declaración Universal de Derechos Humanos. Uribe Vargas, Diego, *La tercera generación de los derechos humanos y la paz*, pp. 16 y 17.

al "Derecho Internacional de los Derechos Humanos", que juega un papel integrador y complementario del derecho nacional.⁵¹

Al adentrarnos al proceso de internacionalización, vemos que América fue pionera en ese transcurso con la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), suscrita en Bogotá, Colombia en mayo de 1948.⁵² Después vino la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH),⁵³ firmada en Costa Rica en noviembre de 1969.

En el ámbito mundial, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) del 10 de diciembre 1948,⁵⁴ fue el primer instrumento de carácter

⁵¹ Entiéndase como el conjunto de normas con una fisonomía específica con una forma de creación, aplicación y control propios, como rama del Derecho Internacional Público. *cf.* A.H. Robertson and J.C. Merrills, *Human Rights in the world: An introduction to the study of the international protection of human rights*, p.1 y ss. Peces-Barba, "Los derechos económicos, sociales y culturales...", pp. 47, 54 y 55. Vasak, Karel, *Les dimensions internationales des droits de l'homme*, p. 709.

⁵² Similar en contenido a la DUDH, pero en un ámbito más reducido, aunque no menos influyente, ya que durante 1960-1968 la Comisión Interamericana de Derecho Humanos estuvo aplicando ésta como herramienta de trabajo con fundamento en el art. 2 de su estatuto. Le Blanc, J.L., *The OAS and promotion and protection of Human Rights*, 1973. Cit por Sepúlveda, César, "México y los Derechos Humanos", *Grandes temas de Política Exterior*, nota al pie 7, p.19.

⁵³ Insiste en la tesis socialista de bienestar económico y social, al tiempo que fortalece la Declaración que le sirvió de base. Un aspecto interesante es el hecho de que el art. 26 (relativo a los DESC) señala la obligación que el Estado adherente tiene, de tomar las medidas necesarias en el ámbito interno e internacional (v.g. la cooperación económica y técnica), para el logro de estos derechos consagrados en la Carta de la Organización de Estados Americanos, y prevé la supervisión de ésta medida a través de informes anuales, art. 42, *Ibid.* p. 21.

⁵⁴ Incluye tanto los derechos civiles y políticos como los DESC; la DUDH estaba concebida como "un ideal común en el cual todos los pueblos y naciones deben esforzarse"; permeando entre los Estados la concepción de que los derechos humanos son interés de la comunidad internacional. Sepúlveda, "México y los

universal, relativo a los derechos humanos, que contiene disposiciones sobre DESC. La DUDH innovó en introducir el concepto de “derechos económicos, sociales y culturales”,⁵⁵ como veremos más adelante.

Más tarde se firmaron los pactos gemelos de las Naciones Unidas de 1966. Uno de ellos fue el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC),⁵⁶ así como otros tratados específicos sobre derechos humanos.⁵⁷

Una vez establecidas ciertas condiciones mínimas para la protección de los derechos humanos en ordenamientos jurídicos internacionales, se hizo

Derechos Humanos”, pp. 18 y 19. Hervada y José M. Zumaquero, *Textos Internacionales de Derechos Humanos*, p. 135.

⁵⁵ Jacquart, M., “Droits économiques, sociaux et culturels”. Cit por Fernández Liesa, p. 65.

⁵⁶ Adoptado y abierto a firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966 en su resolución 2200 A; vigente desde el 30 de enero de 1976, el cual será de capital importancia en nuestro trabajo, por ser el primer instrumento internacional de carácter obligatorio y específico en materia de DESC al que México se compromete.

⁵⁷ La particularidad de situaciones económico-sociales de cada país, ha provocado que la proliferación de las normas sea más específica. Piénsese por ejemplo en la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales de 1948, en la Carta Africana sobre los Derechos del Hombre y de los Pueblos, vigente desde 1986 o en el Convenio de la OIT n. 87, sobre la Libertad Sindical y Protección del Derecho de Sindicación, vigente desde 1950. Sin embargo, la complejidad de los sistemas internacionales de protección de derechos humanos no es suficiente para garantizar la aplicabilidad de todas las normas; las deficiencias más agudas son: las presiones políticas, falta de órganos de supervisión y de control en la presentación de informes, y los métodos para hacer cumplir las obligaciones derivadas de las normas no son del todo confiables. Opina el César Sepúlveda, la presencia de dos sistemas de protección (v.g. regional americano y universal onusiano) hacen más difícil la tutela, ya que una denuncia es admitida sólo si, no existe otro procedimiento pendiente de arreglo judicial; y por operar cada uno de éstos sistemas con reglas distintas, un Estado a conveniencia puede iniciar el procedimiento jurisdiccional que más le acomode, para escapar de la esfera de competencia del sistema que sea menos ventajoso a sus intereses. Sepúlveda, “México y los Derechos Humanos”, pp. 22, 33 y 34.

indispensable la creación de instituciones destinadas a su control y supervisión; en el caso del PIDESC, surge el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (de aquí en adelante simplemente Comité).⁵⁸

Cabe hacer mención que antes del nacimiento del actual Sistema de la ONU, la protección internacional de los DESC concernía a la Organización Internacional del Trabajo (OIT);⁵⁹ sin duda uno de los sistemas más perfeccionados para la tutela de esta familia de derechos.⁶⁰

Internacionalmente la OIT dio el primer gran empuje a la protección de los DESC. Desde 1919, cuando la OIT fue creada por el Tratado de Versalles, hasta la fecha, no ha cesado de contribuir con logros a favor de los DESC, ejemplo de ello fueron las ya conocidas razones históricas: "Declaración de Filadelfia del 10 de mayo de 1944", que después del abatimiento de la Segunda Guerra Mundial, fija las bases en su documento constitutivo para una política económica y social: "La justicia social es el fundamento de la paz".⁶¹ Mismas razones que fueron propulsadas mediante acciones

⁵⁸ En 1985, el Consejo Económico y Social estableció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité) para asistir en la supervisión del PIDESC. El Comité está conformado por 18 expertos que se renuevan cada 4 años; su función es examinar la aplicación del PIDESC por medio de los informes periódicos que entregan cada lustro los Estados Parte. Los reportes deben señalar las medidas adoptadas y los progresos en materia de DESC. Peces-Barba, "Los derechos económicos, sociales y culturales...", p. 44 y Uribe Vargas, p. 40.

⁵⁹ Organismo asociado a ONU desde 1947; su objetivo es promover la justicia social con el fin de mejorar las condiciones de vida y de trabajo en el mundo.

⁶⁰ Dhommeaux, J., "La contribution du Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies á la protection des droits économiques, sociaux et culturels," *Annuaire Français de Droit International*, *passim*.

⁶¹ Casas Baamonde, Emilia, "La política social y el sistema normativo de la organización del trabajo; y su contribución al desarrollo de derecho social de la unión europea", *Política social internacional y europea*, p.105.

privadas,⁶² quizás consecuencia de una evolución tanto intelectual⁶³ como social de derechos internos y como un intento por estrechar lazos entre los pueblos, con el ánimo de combatir conjuntamente algunos problemas comunes.⁶⁴

2. PERFILES CONCEPTUALES

Independientemente del grupo de derechos al que nos enfoquemos, el concepto derechos humanos hace referencia a la noción ontológica relativa a la dignidad. Las teorías iusnaturalista y positivista concurren en que el concepto de derechos humanos resguarda un ámbito de acción propio del individuo,⁶⁵ que debe ser respetado por todos y protegido por el Estado.⁶⁶

⁶² Como sucedió con las asociaciones obreras socialistas y católicas de 1897 en Zurich o el Congreso de París de 1900, que creó la asociación internacional para la protección legal de los trabajadores y en 1901, la Oficina Internacional del Trabajo. Cit. por Fernández Liesa, pp. 61 y 62.

⁶³ La positivación de los derechos fundamentales produjo un interés, tanto en la filosofía como en otras ramas del conocimiento, en especial el Derecho; v.g. Duguit, Politis, Jitta, Bourquin, Gurtvich, Scott, Buerke, entre otros. Cit. por Fernández Liesa, p. 60 y Peces-Barba, *Curso de derechos fundamentales*, p. 160.

⁶⁴ Un antecedente importante lo encontramos en la preocupación de la comunidad internacional por el DPS para combatir enfermedades tanto epidémicas como de adicción y tráfico de estupefacientes; así el 3 de diciembre de 1903, se llevó a cabo la Conferencia sobre la puesta en marcha de un Código Sanitario Internacional; mismo que fue substituido cuatro años más tarde, por la Oficina Internacional de la Salud. Cfr. Gramain, "Les droits internationaux de l'homme". p. 128 y ss. Cit por Fernández Liesa, p. 61.

⁶⁵ Cuando se habla de un ámbito de acción del individuo, inmediatamente se asocia la idea de limitar la actuación del Estado en la esfera del gobernado; así, el término más preciso se antoja sea libertades, en vez de derechos humanos. Pero las libertades están mas bien relacionadas con privilegios o franquicias, originalmente concedidas en la Carta Magna y retomadas posteriormente en la Constitución Francesa de 1793. Colliard, Albert-Claude, *Libertés publiques*, p. 19.

⁶⁶ Peces-Barba, *Curso de derechos fundamentales*, p. 26.

Hablar de las características que identifican a los DESC del resto no es sencillo, sobre todo cuando se insiste en su carácter indivisible, interdependiente⁶⁷ y de inderogabilidad⁶⁸ que distingue a los derechos humanos.

Pese a la afirmación constante sobre la indivisibilidad, tenemos el hecho evidente que hay dos pactos distintos que obedecen a una lógica, sea en relación con los sujetos a quien van dirigidos o bien por la forma de su cumplimiento. Mientras los derechos civiles y políticos son facultades que pueden ejercerse generalmente de forma inmediata, los DESC son obligaciones que en su mayoría, deben cumplimentarse paulatinamente por parte del Estado hacia los ciudadanos.⁶⁹ En éste caso, estamos ante obligaciones de carácter específico, ya que dependen de situaciones concretas; v.g. la disponibilidad económica. Ello no significa que se trate de buenas intenciones,⁷⁰ más que un verdadero derecho-obligación.⁷¹

Para efectos de este estudio, la característica diferenciadora de los DESC será la existencia de una *obligación de resultado*⁷² que recae principalmente a cargo del Estado. Lo que de ninguna manera supone que los ciudadanos y demás sujetos nacionales carezcan de función y trascendencia en la realización de los DESC.

⁶⁷ Fernández Liesa, p. 71 y Dhommeaux, p.364.

⁶⁸ Vasak, Karel, *Les dimensions internationales des droits de l'homme*, p. 45.

⁶⁹ Dhommeaux, p.635.

⁷⁰ Cfr. Hausermann, J. *The Realization and Implementation of economic, social and cultural rights*. Cit por Fernández Liesa, pp. 69 y 70.

⁷¹ *Ibid.* p.71.

⁷² Eide, Asbjørn, "Realización de los derechos económicos y sociales, estrategia de nivel mínimo", *la Revista*, pp. 47-51.

Vale la pena mencionar las tres facetas propias de la actividad del Estado en lo relativo a DESC y de las cuales nos ocuparemos a continuación: 1. *La obligación de respetarlos*: las autoridades e instituciones públicas estatales deben abstenerse de hacer cualquier acto que perjudique la libertad del gobernado a usar los medios que considere adecuados para suplir sus necesidades.⁷³ 2. *La obligación de protegerlos*: los organismos y agentes tienen que establecer mecanismos que garanticen el goce de esa libertad para accionarlos contra cualquiera que pretenda limitar o violar sus derechos.⁷⁴ 3. *Obligación de cumplirlos*: precisa una acción positiva por parte del Estado, para hacer o dar a cada persona oportunidades que le permitan obtener la satisfacción de las necesidades reconocidas por los instrumentos internacionales en la materia, que de lo contrario no podrían ser aseguradas por esfuerzo propio.⁷⁵ Mientras las dos primeras son obligaciones de conducta, la última es una obligación de resultado; esto no debe interpretarse como que el Estado tiene la obligación de convertirse en proveedor activo de bienes materiales,⁷⁶ ni que todos los DESC implican obligaciones de resultado o de carácter prestacional, ejemplo claro es el derecho a huelga o libertad sindical.⁷⁷

⁷³ v.g. Pensemos por ejemplo en las tierras de los indígenas como recursos donde obtendrían la satisfacción de sus necesidades; aquí los derechos de las colectividades o grupos adquieren mayor importancia. *Ibid.* p. 50.

⁷⁴ v.g. Protección contra el fraude, la especulación, comercio desleal, prohibición de productos peligrosos. *Id.*

⁷⁵ Obligación que puede ser realizada en forma indirecta a través de asistencia o apoyo a la comunidad como la capacitación para el trabajo o directamente por medio del otorgamiento de los recursos: ayuda social, despensas, en casos de desastres, apoyo a personas de edad avanzada o con deficiencias. *Id.*

⁷⁶ *Ibid.* pp. 48 y 49.

⁷⁷ Schmitt, *Teoría de la Constitución*, p. 174, Cossio, *Estado social y derechos de prestación*, p. 45. Cascajo, *La tutela constitucional de los derechos sociales*, y

También es primordial tener en cuenta que las prestaciones (bienes o servicios) deben tener una base económicamente valuable para evitar incluir *lato sensu*, todas las formas de prestación estatal v.g. protección administrativa y la defensa judicial: tutela al voto, libertad religiosa, etc., y tener en cuenta que algunos derechos-prestaciones se presentan bajo la forma de principios-directriz.⁷⁸

La pretensión de este estudio no es diferenciar entre cuáles derechos son sociales, económicos o culturales, porque no hay un documento que establezca una distinción nítida y precisa sobre el particular. Al menos doce derechos entran bajo el rubro de DESC interconectados unos con otros, de manera que la distinción dependerá del enfoque y apreciación del estudioso. Además, dicho cometido rebasa el propósito de este trabajo, el cuál es el de delimitar esta familia del resto de derechos humanos, para una vez identificados, comenzar el análisis específico sobre el derecho a la protección de la salud (DPS).

Entre los rasgos que permiten identificar los DESC del resto de las familias de derechos humanos está la *historicidad*: derechos que responden a situaciones de carencia específica⁷⁹ es decir, concretos, particulares y

Bockenforde, *Escritos sobre derechos fundamentales*, p. 75. Cit por Prieto Sanchís, Luis, "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial", *La Revista*, p.12, nota al pie 15.

⁷⁸ *Ibid.* p.15.

⁷⁹ Lo que Bobbio llamo en su obra, el proceso de especificación de los diversos *status* sociales. *Cfr. El tiempo de los derechos*, traducción de R. de Asis, Sistema, Madrid, 1991, pp. 109 y 114. Cit por Prieto Sanchís, *Estudios sobre derechos fundamentales*, p. 16. "Hasta el punto de que sería concebible la desaparición de los derechos sociales una vez desapareciesen las situaciones de necesidad material y de desigualdad en el reparto de los recursos que hoy constituyen su justificación". Prieto Sanchís, "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial", p. 14.

relativos, del hombre trabajador, del joven, del anciano y de quien precisa asistencia;⁸⁰ de ahí que se traduzcan como derechos de *igualdad sustancial* o material.⁸¹ Una característica, sino privativa ni común a todos los DESC, es la *juridicidad*: que sujeta al derecho a una base moral para garantizarle un contenido mínimo de justicia.⁸² Se ambiciona que los principios y exigencias del derecho sean reconocidos y establecidos por normas jurídico-positivas que conformen el esquema social. Otro elemento de distinción "deseable" es la *efectividad*, entendida como la posibilidad de satisfacer una necesidad garantizándose el cumplimiento del derecho o resarciéndolo cuando se vea violentado;⁸³ en el caso del DPS, la efectividad constituye el reconocimiento de la progresividad del derecho en relación con su efecto en la situación de la salud existente.⁸⁴ Pero independientemente de la insuficiencia en la justiciabilidad, reparación y puesta en práctica que pudiera darse hasta el momento, los DESC existen.⁸⁵ Hoy el desafío de su efectividad depende de la creatividad jurídica.

El Estado debe garantizar por todos los medios posibles; llamémosles políticos, administrativos, judiciales; el goce de los derechos económicos

⁸⁰ Los intereses de los derechos sociales se conectan a necesidades de grupos o personas, cuya satisfacción es desigual en el conglomerado social, de ahí parte su conformación como derechos de igualdad material. Prieto Sanchís, *Estudios sobre derechos fundamentales*, pp. 16 y 17.

⁸¹ A fin de equilibrar la desigualdad de hecho de algunos a través de reglas jurídicas diferenciadas (discriminación positiva). Sin que ello se traduzca en una pugna con la libertad o igualdad jurídica que debe ser protegida en abstracto a todos sin distinción. *Id.*

⁸² Ollero Tasara, pp. 101, 124 y 159.

⁸³ Beetham, David, *What future for economics and social rights?*, p. 51.

⁸⁴ Soberón Acevedo, Guillermo, *et al.*, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, p. 93.

⁸⁵ Beetham, p. 210.

sociales y culturales. Empezar por ofrecer iguales recursos y oportunidades al alcance de todos y en su caso permitir la defensa directa del derecho violado. En otras palabras, además de la estructura estatal mínima para la protección de los derechos humanos, los DESC requieren una organización más compleja de servicios y prestaciones públicas,⁸⁶ conocidas también como normas secundarias o de organización que permitan regular artificialmente la satisfacción de necesidades,⁸⁷ éste es a nuestro juicio el rasgo más distintivo: el *carácter prestacional*,⁸⁸ que separa a los DESC del resto de derechos humanos.

En relación con la clasificación de DESC existen tantas versiones como estudiosos del tema. Castro de Cid tiene una de las más socorridas: la relativa al trabajo, a la seguridad social y al desarrollo cultural.⁸⁹ Burdeau establece la seguridad económica, las condiciones adecuadas de trabajo y demás prerrogativas que garanticen el ejercicio de otros derechos humanos a partir de la percepción económica.

De cualquier modo, se observa que el vínculo fundamental es la *actividad laboral* orientada a asegurar una autosuficiencia económica digna a partir del trabajo: la remuneración equitativa y suficiente, vacaciones retribuidas, beneficios de la producción, el derecho a ejercer cualquier actividad lucrativa, la propiedad privada y la herencia.

⁸⁶ Prieto Sanchís, *Estudios sobre derechos fundamentales*, p. 14. y Peces-Barba, *Garantía Internacional de los derechos sociales*, p. 207. *Vid. item* Beetham. p. 19.

⁸⁷ Ollero Tasara, p.141.

⁸⁸ *Vid. supra*, niveles de responsabilidad del Estado: *obligación de cumplimiento*, p. 38.

⁸⁹ De Castro Cid, Benito, *Los derechos económicos, sociales y culturales: análisis a la luz de la teoría general de los derechos humanos*, pp.145, 146 y 160.

Los criterios para delimitar los contornos de los DESC son variados e imprecisos;⁹⁰ empero, hay una mayoría de autores que coincide en la exigencia por parte de las instituciones públicas de una acción positiva que interfiere en el libre actuar entre sujetos privados, para pasar a tutelar un interés colectivo. De ahí que usemos indistintamente en lo sucesivo, el sustantivo *derechos sociales*⁹¹ como sinónimo de DESC, a sabiendas de que muchos no tienen técnicamente sólo ese carácter.

Entre los derechos sociales, consideramos el DPS como un derecho básico, indispensable para sustentar el pleno desarrollo de las capacidades para el trabajo, educación o cualquier otra actividad, incluso la vida cultural. El nivel de salud de la población es el indicador más importante de los que dan cuenta del desarrollo social de un país; además, plantea mayores problemas de protección efectiva, pues las medidas para llevarlo a cabo están directamente relacionadas con la justicia social.

Creemos que casi hemos dejado dispuesto el terreno para abordar con mayor acuciosidad el tema; únicamente y para cerrar debidamente el marco teórico daremos el concepto de lo que entenderemos, para los efectos de esta investigación, por derechos sociales: *serán aquellas prestaciones en sentido estricto que obligan al Estado desde su Constitución,*⁹² *sin perjuicio*

⁹⁰ Porque la determinación depende en gran medida del grado del desarrollo de las fuerzas productivas, de riqueza social, de la facilidad para utilizar ciertos recursos, del nivel cultural que convierte en urgente la satisfacción de ciertas necesidades. *Vid.* Sauca, "Los derechos humanos y el problema de la escasez". Cit por Prieto Sanchís, *Estudios sobre derechos fundamentales*, pp.13, 14 y ss.

⁹¹ Prieto Sanchís, "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial", pp.11, 12, 20 y 21. Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías*, p. 16. Cruz Percero, Juan Antonio, "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica", *Derechos sociales y derechos de las minorías*, p.93.

⁹² Gomes Canotilho, José Joaquín, "Tomemos en serio los derechos económicos, sociales y culturales", *La Revista*, pp. 239-260.

de desarrollo normativo posterior, a dar o hacer bienes o servicios medidos en valor económico, tendientes a asegurar el bienestar social, económico y cultural del individuo y la sociedad, que en principio, el titular podría allegarse si tuviera los medios suficientes para ello.⁹³

De esta definición podemos desmenuzar algunos elementos: que los derechos sociales intentan redistribuir la riqueza, que son obligaciones positivas y que generan derechos a las minorías. Como vemos, estamos ante garantías, constitucionales en el menor de los casos, exigibles al poder público, capaces de cimentar derechos subjetivos oponibles a las mayorías. Pues su virtud estriba en proteger a los sectores sociales con más carencias; cuyas limitaciones no les permite hacer frente a sus necesidades.

B. LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN MÉXICO, Y EL IMPACTO DEL MODELO ECONÓMICO NEOLIBERAL

Hablar de la sociedad mexicana implica desigualdad social, pobreza y marginación.⁹⁴ A menudo, los estudios sociales se limitan a proporcionar información estadística sobre la desigualdad social, sin considerar su origen o función social ligada a factores políticos, económicos, culturales e ideológicos de la población.

⁹³ Prieto Sanchís, "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial", p. 21.

⁹⁴ Más de la mitad de la población mexicana tiene un ingreso menor a dos salarios mínimos mensuales; un poco menos de la mitad vive en condiciones de hacinamiento; el 27.8% de la población mayor de 15 años no ha concluido la educación básica. INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

El proceso evolutivo de los DESC en México en las últimas décadas debe explicarse sobre la base de dos ejes: las circunstancias singulares de país y el impacto económico mundial.⁹⁵

1. LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN EL CONTEXTO POLÍTICO Y ECONÓMICO DE MÉXICO

Las instituciones estatales y agentes del poder público, al ser constreñidos por las obligaciones adquiridas en los compromisos internacionales, deben actuar conforme a una planeación orientada a la realización de los derechos reconocidos.⁹⁶ Sin olvidar que en toda relación de actores de poder estatal, incluso en la sociedad civil, existen intrínsecamente el factor político y el económico, que de ninguna manera deben soslayarse en el análisis sobre la puesta en práctica de los derechos humanos. Huelga decir que la activa participación política del gobernado y

⁹⁵ Pereda Olarte, Carlos, "Evaluación de las clases o grupos sociales en la participación del bienestar social: la nueva estructura social", *Bienestar social y desarrollo de los derechos humanos*, p. 142.

⁹⁶ El conocimiento en el ámbito gubernamental de las obligaciones internacionales, ratificación y entrada en vigor es indispensable para la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. Informe Sr. Danilo Türk. Cit por Gustavo Gallón Giraldo, "América Latina: Desafíos frente a los derechos económicos, sociales y culturales", *La Revista*, p. 39.

una democracia estable,⁹⁷ como ingredientes de la actividad política, favorecen al logro efectivo de los derechos sociales.⁹⁸

Así, creemos obligado un breve repaso sobre algunos pasajes de la historia, con un enfoque político-económico, para apreciar el rumbo tomado.

El estallido de la Segunda Guerra Mundial trajo a México ventajas en el intercambio bancario, acumulación de capital y nacimiento de empresas. Se inicia la etapa de esplendor económico basado en la estabilidad cambiaria e inflacionaria. El crecimiento financiero se mantuvo en un 22% en 1940 y en 25% en 1960. A partir de 1960 hacia 1970, el crecimiento económico se aceleró, lo que permitió el ahorro interno y a la vez financiar actividades productivas, lográndose una considerable estabilidad en precios desde 1958 hasta 1970. Sin embargo, es de notar que paradójicamente al desarrollo del capitalismo en México, socialmente había un permanente rezago, *i.e.* daños evitables en la salud; incluso debilitamiento en las condiciones de vida de los sectores populares. La tasa de desarrollo apenas llegó al 3% y se frenó la reforma agraria.⁹⁹

Como consecuencia del capitalismo al fin de la guerra en 1946, la política nacional fomentó la industria; se crearon autopistas; plantas de riego; generación de energía eléctrica; obras suntuarias para la burguesía, con explotación al máximo de la producción agrícola para favorecer a una

⁹⁷ *v.g.* transparencia en la rendición de cuentas; mayor control sobre la responsabilidad de las autoridades en el ejercicio de sus funciones; la ponderación de objetivos sociales en las políticas de gobierno.

⁹⁸ Gallón Giraldo, p. 54 y Dimitrijevic, Vojin, "Protección de los derechos humanos internacionalmente garantizados en un Estado Federal," *Revista política internacional*, p. 19.

⁹⁹ García Nava, Francisco, *Bases históricas de la economía mexicana 1810-1982*, pp. 185 y 186.

minoría; se reforma la Ley Agraria y el artículo (art.) 27 constitucional con el propósito de ayudar a los propietarios de grandes extensiones de tierra; se dan facilidades de crédito agrícola para generar abundante riqueza con la intención de que al tocarles a todos algo, traería en algún momento progreso social. Al agotarse el reparto de tierras, la agricultura quedó semiabandonada, excepto la de los pequeños latifundios.¹⁰⁰

La base del modelo de desarrollo de 1946–1952, procura grandes beneficios a los inversionistas con énfasis en las inversiones extranjeras; beneficios como: excepciones fiscales, liberalización de controles, pero congelamiento de salarios; pleno empleo, pero con reparto inequitativo de beneficios y debilitamiento de los grupos sindicales, ya que aun con derecho, en la práctica se había prohibido la huelga gestada por el reclamo generalizado de mejores condiciones de vida. Para tener mayor control sobre los sindicatos, se les recluyó a las centrales obreras bajo ciertos límites, y a los campesinos se les orilló a abandonar la idea de "tierra y libertad"; lo que propició que muchos de ellos emigraran a las ciudades en busca de trabajo. Para 1951, estas políticas de franca desatención social, hicieron que los grandes consorcios internacionales se apoderaran del comercio e industria nacional y estaban deseosos de explotar el negocio más rentable, la petroquímica.

En suma, las políticas de desarrollo aplicadas por el gobierno mexicano en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial condujeron una etapa irregular de desarrollo no articulado, ajeno e incluso represor de las causas populares.¹⁰¹

¹⁰⁰ *Ibid.* pp. 185-189.

¹⁰¹ Vernon, Raymond, *El dilema del desarrollo económico de México*, pp. 124 y 125. Cit por Nava García, p. 194.

El siguiente periodo que comprendido de 1952 a 1958, el Jefe del Ejecutivo en turno busca revertir los daños del despilfarro con una política de restricción económica. Durante el conflicto Estados Unidos de América del Norte (EUA) vs. Corea, México tuvo un corto periodo de bonanza económica. El Banco de México logra apoyos de las instituciones públicas crediticias internacionales como Eximbank y Banco Mundial (BM), que se tradujeron en inversión pública. Lamentablemente con el reajuste de la economía norteamericana al final del conflicto en 1954, el déficit en la balanza de pagos obligó a la devaluación del peso mexicano con un tipo de cambio de \$8.65 a \$12.50 (=45%+). Los efectos fueron inmediatos: aumentó el volumen de las exportaciones, pero el precio real bajó y provocó disparidad en el intercambio comercial y disminución de la reserva federal.

Se procuró el crecimiento de la inversión estatal en obras productivas que dieran altos rendimientos como fueron: obras de beneficio colectivo v.g. a favor de la educación: dotándose a las primarias de libros de texto gratuitos, y desayunos a los niños más pobres, y además se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia; la Unidad de Escuelas Profesionales de Ingeniería del Instituto Politécnico Nacional. En apoyo a la salud: la infraestructura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creció vertiginosamente, con casi 60 hospitales y 300 clínicas.¹⁰² Vivienda: se construyó en América Latina el sistema habitacional más grande de entonces, denominado "Adolfo López Mateos".¹⁰³ Otros: se construyó el

¹⁰²Rojas Arreola, Gonzalo y Odilia Ulloa Padilla, "Seguridad Social en México: presente y futuro", *Temas selectos de salud y derecho*, p. 36.

¹⁰³El sistema multifamiliar ha sido criticado aparte de la mala calidad de los materiales, por las condiciones en que se realizó la dotación de habitaciones; los ocupantes no poseen título de propiedad y el uso del inmueble prescribe en favor de las instituciones bancarias a los 99 años. Nava García, p. 199.

anillo periférico en la Cd. de México; se edificó el Museo Nacional de Antropología e Historia; se puso en marcha una amplia red de ferrocarriles; se repartieron grandes extensiones de tierra¹⁰⁴ — en ocasiones a favor de empresas transnacionales a través de prestanombres—;¹⁰⁵ se desarrolló la avicultura; se aprovecharon mejor los recursos pesqueros; y se impulsó el crecimiento de empresas mexicanas v.g. Teléfonos de México.

No obstante, el desarrollo económico fue indiferente con los sectores marginados. Continuaba el desempleo y el incremento salarial no tuvo beneficios considerables, los precios de los productos se fueron a la alza y se redujo el poder adquisitivo. Había grupos inconformes con el modelo capitalista de dependencia externa que acumuló la riqueza en un polo y la pobreza en otro;¹⁰⁶ arquetipo que continuó hasta 1970 con la industrialización. Bajo ésta línea se detuvo la actividad agrícola para respaldar la industria, que entonces era mayormente de capital extranjero. Como podemos apreciar, el modelo de regulación estatal en favor de las causas sociales —iniciado por la mayoría de países industrializados después de 1945 hasta la década de los sesenta— no se consolidó en México.

¹⁰⁴ Casi 10 000 000 de hectáreas, pero muchos campesinos, obreros, maestros y ferrocarrileros padecieron represión. *Id.*

¹⁰⁵ Para 1960, gracias a la política proteccionista de "latifundios familiares", un puñado de empresas extranjeras (Claydon, Purina, Anderson, entre otras) controlaba el agro mexicano. 70 000 000 de hectáreas en poder de 4 000 propietarios, cerca de 17 500 por persona, en tanto 1 000 000 de verdaderos campesinos poseía la misma cantidad de hectáreas. *Ibid.* p. 205.

¹⁰⁶ Prueba de esa inconformidad social fue el movimiento estudiantil de 1968, considerada por muchos, la crisis política más aguda de los últimos tiempos en el país. *Ibid.* p. 212.

Enseguida, a mediados de década de los setenta, el debilitamiento de la economía internacional intervencionista pone en crisis al pacto social (capital—trabajo—gobierno); por lo que se optó por privilegiar la acumulación del capital a costa de la fuerza de trabajo y salarios. En ese momento en México comienza la puesta en práctica de un nuevo modelo económico: “desarrollo compartido” que trata de conciliar los intereses de todos los sectores de la población *i.e.* se crea la Comisión Nacional Tripartita, como mecanismo para hacer viables los postulados de justicia social, y armonizar los intereses entre trabajadores y empresarios, sin quebranto del interés del Estado.¹⁰⁷ A nuestro juicio, ésta es la primera apertura democrática que se da en México para el dialogo y la reorganización.

Vemos que mientras los países más prósperos se ayudaban para favorecer e impulsar a las clases trabajadoras, así como compartir el avance tecnológico; en México se vivió represión. Y cuando el modelo intervencionista globalmente se agota y se vuelve restrictivo, México resurge como un Estado intervencionista, al parecer preocupado por el desarrollo social.¹⁰⁸

En el marco de la justicia social, la política salarial busca rescatar el poder adquisitivo de los trabajadores, pero el incremento en los precios de artículos básicos detuvo las buenas intenciones; desde entonces, esta situación se ha repetido una y otra vez. También se procuró mayor captación de recursos para destinarlos a la modernización de la producción agrícola (agricultura y ganadería) con el propósito de generar primeramente autosuficiencia alimentaria; después el excedente se destinaría a la

¹⁰⁷ *Ibid.* pp. 215-218.

¹⁰⁸ De Rivero, Oswaldo, *El mito del desarrollo*, pp. 39 y 40.

exportación, lo que sería fuente de riqueza dentro de la clase media. Asimismo se reorganizó a los grupos de campesinos para facilitar el uso de maquinaria, fertilizantes y otros insumos que hubiesen sido imposibles adquirieran sin subsidios. A pesar de los continuos y urgentes programas que, sobre el particular ha formulado el gobierno mexicano; hasta hoy, la limitada producción agrícola para satisfacer los requerimientos de la población mexicana, sigue sin resolverse. Uno de los problemas que actualmente enfrentan cerca de 3 300 000 pequeños productores mexicanos es la baja rentabilidad del maíz –grano básico en la alimentación del mexicano–, los altos costos de producción, falta de créditos oportunos, intermediarismo y la inconsistencia del mercado nacional resultado de la competencia de productos extranjeros con fuertes subsidios, especialmente estadounidenses.¹⁰⁹ En la actualidad se requieren programas de desarrollo dirigidos al campo y a otras áreas estratégicas de la economía de considerable impacto social, siempre con una redistribución más justa y equitativa que asegure las necesidades de las familias.

Por lo que se refiere a los recursos económicos se hicieron adecuaciones fiscales que permitieron un aumento al presupuesto,¹¹⁰ lo que sirvió para descentralizar la actividad económica por medio de la creación de corredores industriales. Actualmente las zonas de mayor auge económico se localizan en Cd. de México, Jalisco y Nuevo León. La reforma fiscal también sirvió para destinar mayor subsidio a las universidades estatales;

¹⁰⁹ Hernández, Ángel, "Maíz, otra víctima del TLCAN", *Vértigo*, pp. 32-34.

¹¹⁰ En 1972 se publican: la Ley sobre el Registro de Transferencia de Tecnología, el Uso y Explotación de Patentes y Marcas; y un año más tarde, la Ley para Promover la Inversión Mexicana y Regular la Inversión Extranjera.

se crearon Institutos tecnológicos, escuelas agropecuarias¹¹¹ y de pesca. Se apoyó a las maquiladoras ubicadas en las franjas fronterizas del norte del territorio mexicano para aprovechar la mano de obra abundante y lograr empleo pleno;¹¹² se construyeron cerca de 930 000 kilómetros de red de caminos; se modernizaron la red de ferrocarriles y rehabilitaron los puertos. Se abrieron 61 nuevos planteles que a escala nacional representaban el 27% del sistema educativo, lo que consolidó la reforma educativa en su totalidad. Los beneficiarios de la seguridad social se incrementaron a 14 000 000; el sistema de salud se trasladó a comunidades rurales y se mejoró la atención médica en zonas urbanas; y se construyeron cerca de 30 000 unidades habitacionales.

Cabe destacar que, pese a las reformas fiscales, todavía de forma sistemática se aprecia la deficiente e insuficiente captación fiscal, no únicamente en comparación con países desarrollados, incluso con países subdesarrollados del mismo continente.

La inversión pública en ese periodo se logró, reiteramos, merced al incremento en la carga fiscal y a la oferta de crédito originada por el alza del petróleo que facilitó la contratación de préstamos internacionales. Oferta

¹¹¹ Un ejemplo notable fue el Colegio de Posgraduados de la Escuela Nacional de Agricultura, que impulsó enormemente la educación superior en materia agrícola; más adelante (1974) se convertiría en la actual Universidad Autónoma de Chapingo, distinguida por sus méritos académicos, gran calidad docente y de investigación para el aprovechamiento racional, económico y social de los recursos agropecuarios, forestales y otros recursos naturales que contribuyen al desarrollo sustentable. Universidad Autónoma de Chapingo, *Historia*, [on line] México, available from http://www.chapingo.mx/mod.php?mod=userpage&page_id=8 [accessed 15/01/04].

¹¹² Nava García, p. 217.

que seguidamente causó una grave crisis por la deuda¹¹³ y los altos intereses fijados por las instituciones bancarias amparadas por el Fondo Monetario Internacional (FMI).¹¹⁴ Tal vicisitud, destruyó mas o menos una década de adelanto social. El Producto Interno Bruto (PIB ¹¹⁵) promedio fue del 7.5% anual con signos de estancamiento, la producción industrial apenas llegó al 5.9%. La inestabilidad de la moneda mexicana, aunada a las presiones internacionales entre otros factores, provocó la desconfianza de los inversionistas. Esto produjo una devaluación monetaria en 1976, y más tarde en 1994, dejando al país en la insolvencia, con la economía devastada y el peso devaluado de una manera desproporcionada.¹¹⁶

Ante la situación imperante, la estrategia fue utilizar la potencialidad del petróleo para sobrepasar la crisis; recurso que todavía es una táctica prevaleciente, pero esta cediendo ante la revolución tecnológica. En consecuencia, la producción ascendió a 2 500 000 de barriles diarios, ganancia que se reinvertiría en desarrollo de la economía.

¹¹³ En 1976, la deuda externa ascendía en 19 600 millones de dólares; para la primera mitad de 1996, los intereses pagados fueron de casi 18 000 millones de dólares. Cfr. Informe anual 1975, Banco de México, S.A., México D.F. 1976 e Informe de Gobierno de Luis Echeverría Álvarez, 1976. Cit por Nava García, p. 224.

¹¹⁴ La diplomacia internacional de las potencias mundiales, movida por los intereses de las más poderosas empresas transnacionales, hizo que el FMI se convirtiera en una agencia de cobros de la deuda de países latinoamericanos, garantizando el pago a los bancos acreedores; y que la Ronda Uruguay del GATT sirviera para que las grandes empresas transnacionales penetraran a los mercados nacionales; además de cuidar celosamente las patentes de tecnología de punta de dichas empresas, con una severa regulación en la propiedad intelectual. Vid. Richard, J. Barnet and John Cavanagh, *Global Dreams*, Touchstone Book, pp. 369-373. Cit por De Rivero, pp. 64, 114 y 115.

¹¹⁵ Valor del coste total de la producción, al cual se le suman los impuestos indirectos y se restan los subsidios. García-Pelayo y Gross, Ramón, *Pequeño Larousse ilustrado*, p. 841.

¹¹⁶ De Rivero, pp. 108 y 109.

Ésta, junto con otras políticas administrativas formó lo que sería el “Plan Global de Desarrollo de 1980-1982”. Una medida de las más atrevidas fue la que desalentaba el consumo superfluo y la importación, para implantarlo se impusieron fuertes gravámenes al consumo suntuario. Se promovió la producción nacional con subsidios y se comprometió a tener precios estables en productos básicos. De igual manera, se prometió apoyar al Sistema Alimentario Mexicano (SAM), pero se olvidó de resolver la causa del problema agrario, pues los cultivos se orientaron a los requerimientos de exportación y producción ganadera. En 1982, se realizó la declaración moratoria para el pago de servicios de la deuda externa, que de acuerdo con M.H. Bouchet,¹¹⁷ los intereses ascendían a 1 300 000 de dólares. Evidentemente el problema pasaba a las esferas de lo político y lo social. Dada la insuficiencia de recursos presupuestarios para los servicios sociales básicos —recursos en su mayoría destinados a aliviar las crisis— y la distribución poco equitativa de la riqueza nacional, la precaria situación de los grupos vulnerables se agravó, lo que ha influido grandemente en la migración de los conacionales hacia los EUA¹¹⁸

Para 1982, ya se constataba un deterioro del nivel de vida inducido por la escasez y la baja calidad de productos; el desempleo y subempleo crecientes, estimulado por el apocamiento en la producción agrícola. Ello fomenta la práctica de renta de tierras, gracias a la abundancia de recursos y la constante demanda alimentaria; también se acrecentó la práctica de sumisión del agricultor al capital estatal o privado. En definitiva, podemos

¹¹⁷ Bouchet Michel, Henri, *La deuda de las naciones y la pregunta de los 1 300 000 millones de dólares*, Bogotá, Federación Latinoamericana de Bancos, 1989, p. 284. Cit por Moyano Bonilla, César y Loretta Ortiz Ahlf, *La deuda externa y la responsabilidad internacional del Estado*, p. 17.

¹¹⁸ E/C.12/1993/15 pr. 5 y E/C.12/1/Add. 41 pr. 34.

resumir el contexto económico y social prevaleciente hasta fines de la década de los ochenta como: beneficio al capital y privilegio a grupos minoritarios (burgueses e inversionistas extranjeros) en perjuicio de la clase trabajadora, a quienes se dañó seriamente con la inflación, el desempleo, la carestía y la devaluación.¹¹⁹

Hacia 1990; al final del conflicto este-oeste (Guerra Fría) y ante las mismas sentidas condiciones sociales y económicas ya señaladas — las cuales imperan hasta nuestros días —, pero sin el apoyo estratégico de ninguno de los bandos (EUA vs. URSS) y fruto del descontento perenne del grueso de la población; se alzan movimientos sociales: el Ejército Zapatista de Liberación Nacional¹²⁰ y otro político-intelectual¹²¹ que ponían en entredicho la legitimidad de un partido que por décadas había detentado el poder.

Con todo lo anterior, podemos decir que la política social mexicana ha sido desigual, desarticulada, contradictoria y hasta anárquica, orientada al crecimiento económico con una grave desatención a las demandas

¹¹⁹ Moyano Bonilla, César y Loretta Ortiz Ahlf, p. 8.

¹²⁰ El 1 de enero de 1994, se subleva un grupo de indígenas chiapanecos que sacan a la luz pública la realidad social. "Los más pobres entre los pobres" hacen un llamado de atención sobre sus condiciones semif feudales, de racismo, explotación y abuso del gobierno. Monsiváis, Carlos, "El contrapunto, la sociedad a falta de opciones", *Proceso*, p. 20 y ss.

¹²¹ El 6 de julio de 1988, se inicia un conflicto postelectoral sin precedentes: primero se retrasa con excusas pueriles los resultados preliminares, y los finales dieron una victoria opuesta a la voluntad del electorado; lo cuál significó el hundimiento del partido hegemónico y la posibilidad de que la rebelión electoral desatara toda clase de fuerzas violentas. Cfr. Molinar Horcasitas, *El tiempo de la legitimidad, elecciones, autoritarismo y democracia en México*, Cal y Arena 1991 p. 217, y Centeno Miguel A. *Democracy within reason. Technocratic revolution in Mexico*, University Park, Pen, The Pennsylvania State University Press, 1994, p. 15-20. Cit por Meyer, Lorenzo, "La Brega por el poder: un giro inesperado", *Proceso*, p. 40.

sociales.¹²² Dicho desmantelamiento social se inició con la apertura irresponsable al capital extranjero; medidas que el gobierno de México ha tomado con la asesoría del BM y FMI, ambos portavoces de las teorías sobre el mito del desarrollo. Su último pronóstico milagroso, cuando el país se puso de moda, fue hacer de México una potencia económica mundial; pero nunca vaticinaron las duras crisis económicas sufridas en el siglo XX.¹²³ Al contrario, cuando se evaporó el capital financiero especulativo, el FMI prestó casi 200 mil billones de dólares para salvar a los inversionistas y trasladó con insensibles ajustes el costo de la imprudencia de los empresarios a los mexicanos.¹²⁴ Esto es, las instituciones internacionales de crédito apoyaron el rescate bancario antes que el social. Testimonio de lo antes dicho fue el porcentaje de renta *per cápita* promedio de 1960-1995 = 1.8%;¹²⁵ aunado al limitado ingreso promedio de los mexicanos (el 44.5% aprox., vive con menos de 2 dólares diarios), ubicándose México en el cuarto lugar en desigualdad social en el mundo.

¹²² Nava García, pp. 231-241.

¹²³ De Rivero, pp. 139-148.

¹²⁴ Estos son algunos ejemplos del impacto que tuvo el ajuste estructural intensificados tras el derrumbe del peso mexicano en diciembre de 1994: se desplomaron las ventas en un 75%; recorte de servicios y subsidios a los pobres; aumento de impuestos y subvenciones a ricos, v.g. 2 000 millones de pesos en ayudas a contratistas privados para construcción de carreteras; el 60% de reducción de personal en los negocios; en los primeros 9 meses de 1995, más de 2 millones de personas cayeron en extrema pobreza; en ese mismo año, el mismo número de personas perdieron el empleo = 26% de la población activa. Werner, "Un ejemplo de México", *De la atención de salud comunitaria a la lucha por la tierra y la justicia social, passim* y De Rivero, p. 185.

¹²⁵ El crecimiento mínimo indispensable para no llegar al umbral de la pobreza es de 3% anual. De Rivero, p. 193. United Nations, *World Investment Report*, 1995, pp.7-15.

El 58.2% de la riqueza nacional lo concentra el 20% de la población más rica, mientras el 20% de la más pobre apenas tiene el 3.6% del ingreso total, *i.e.* familias marginadas que dependen de lo que el gobierno mexicano pueda hacer para aliviar su situación social. Sin mencionar la polaridad entre las familias conectadas con la economía norteamericana.¹²⁶

Vemos pues que la crisis económica que caracteriza a Latinoamérica ha obligado a los gobiernos a establecer políticas de austeridad que repercuten en el nivel de vida de la población.

Al inicio del nuevo siglo, sin haber consolidado el proyecto económico estatal, después de 182 años del surgimiento del país, para hacer frente a los problemas nacionales (desempleo, sobrepoblación,¹²⁷ falta de capital nacional, insuficiencia científico-tecnológica, desigualdad, pobreza, sublevaciones, etc.), México busca insistentemente atraer la atención de las poderosas transnacionales para mitigar algunos de los problemas sociales. Dichas corporaciones podrían estar interesadas no en el mercado mexicano marginado, sino en la minoría conformada por los consumidores con altos ingresos y patrones de consumo similares a los de países desarrollados. Sólo que para estas empresas, México se encuentra apenas en la tercera prioridad para invertir.¹²⁸ La ventaja es que por la vecindad con EUA,

¹²⁶ Cfr. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre desarrollo humano*, 2000, p. 82 y World Bank, *World Development Report*, 2000, De Rivero, pp. 163 y 164.

¹²⁷ Las familias numerosas tienen menos posibilidades de sobrevivencia infantil, oportunidades en la educación, atención médica, nutricional y en general acceso a mejores niveles de vida. Estado de la Población Mundial, 1992, Fondo de la Población de Naciones Unidas (FNUAP). De Rivero, p. 230.

¹²⁸ Simplemente; cualquiera de las 100 empresas más poderosas en el mundo tienen ventas mayores a las exportaciones de los países en desarrollo con economías más grandes como México, United Nations, *World Investment Report*, 1995, De Rivero, pp. 21-23, 64, 232 y 233.

México tiene una renta estratégica por la exportación de petróleo y materia prima; ventaja instituida por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN).¹²⁹

Otra ventaja de la vecindad con EUA, podría ser el apoyo para mantener la estabilidad económica del país, supuesto esencial para resguardar los intereses de los norteamericanos en territorio mexicano.¹³⁰ Además de ser un país tapón de las oleadas de inmigrantes ilegales y refugiados de toda América Latina que quiere vivir el sueño americano. Por esto se comprende el enorme préstamo que concedió EUA a México ante la última devaluación en 1994. Beneficio que a fin de cuentas no alivió la pobreza, ni redujo la migración clandestina.¹³¹

Por otra parte, en oposición a la política nacional marcada por sus deficiencias más que aciertos, la política exterior mexicana se condujo con cierto éxito.

Al fin de la Segunda Guerra Mundial, México participó de manera destacada por los derechos humanos, junto con otros Estados medianos que anhelaban asegurar la paz, en la DUDH y DADDH, así como en los organismos establecidos por éstas.¹³² Otro de los aciertos de la política

¹²⁹ A inicio de los noventas, la política mexicana fue decidida hacia la apertura económica, primero con EUA y luego con Canadá, hasta que finalmente en 1994 se firma el Tratado de Libre Comercio de América del Norte. Bendesky, Leon, "Esperanza Devaluada", *Proceso*, p. 89.

¹³⁰ Robert Hase, Emily Hill, Paul Kennedy. *Pivotal States*, Foreign Affairs, Jan/feb, 1996, p. 33. Cit por De Rivero, *passim*.

¹³¹ *Ibid.* pp. 234 y 235.

¹³² El gobierno mexicano se ha sido cauto en emplear el tema como instrumento de presión a gobiernos extranjeros. Más bien, ha dejado el resguardo a los organismos creados al efecto, traduciéndose en una simpatía por México en el ámbito internacional. Sepúlveda, César, "México y los Derechos Humanos" pp. 17-

exterior mexicana fue la Doctrina Estrada¹³³ que favoreció las relaciones internacionales, v.g. con Cuba¹³⁴ y la recuperación del Chamizal en 1963.

Nos parece discrepante la diligente participación internacional que México muestra en cuestiones de derechos humanos¹³⁵ y la tardía ratificación de los instrumentos internacionales, proceder reflejado en el abandono de las causas populares en su política interna.¹³⁶

2. INFLUENCIA DE LA ECONOMÍA INTERNACIONAL¹³⁷

Desde la revolución industrial han nacido en el mundo nuevos Estados-Nación; los movimientos armados en el siglo XIX condujeron a la

49 y del mismo autor *Política Exterior de México: 175 años de Historia*, pp. 412-415.

¹³³Promulgada oficialmente el 27 de septiembre de 1930 por Genaro Estrada; en ese entonces titular de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México. La doctrina sustenta la política exterior en el respeto a la autodeterminación de los pueblos, la no-intervención y la igualdad jurídica de los Estados; producto de la necesidad histórica de respeto entre las naciones, contenidos actualmente en el art. 89 constitucional, mediante reforma D.O.F. 11/05/88. Cfr. Rabasa, Emilio, *Constitución y Política exterior*, pp. 31-36.

¹³⁴ Si bien no se puede hablar de ruptura, hay indicios de contrariedades entre ambos países, un ejemplo fue la suspensión de los festejos de aniversario "100" de relaciones diplomáticas México-Cuba a partir del 21 de Mayo de 2002.

¹³⁵ Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Políticos de la Mujer, Convención sobre Asilo Territorial, Convención Americana sobre los Derechos Humanos, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), y por supuesto, PIDESC.

¹³⁶Sepúlveda, César, "El panorama de los derechos Humanos en la América Latina: actualidad y perspectiva", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, *passim*.

¹³⁷ Entendida como las actividades económico-políticas mundiales orientadas por los intereses de las grandes corporaciones.

independencia en Latinoamérica que irrumpía con fuerza y colmada de recursos naturales; más tarde en el siglo XX, siguieron los países asiáticos y africanos.

La mayoría de aquellos Estados soberanos latinoamericanos siguen sin consolidarse, con economías débiles y en constante dependencia de las grandes potencias. Estados superados ya por países que en el siglo XIX eran colonias británicas no-florecientes o países pobres semif feudales; porque mientras en las urbes industrializadas la unidad nacional precedió la autoridad estatal, en los subdesarrollados sucedió lo opuesto. La autoridad llega fruto del entusiasmo, sin formar una próspera burguesía en el mercado nacional y sin alcanzar un florecimiento científico y tecnológico.¹³⁸

Después de la depresión en EUA y la Segunda Guerra Mundial en Europa, se inició a escala internacional un modelo de acumulación de capital que ha causado una fuerte polarización social. Como ya señalamos, la política económica de la posguerra permitió la intervención del Estado para regular las esferas del ámbito privado. Aquellos países se apoyaron entre sí para lograr la estabilidad social: pleno empleo, garantías laborales, bienestar entre sus ciudadanos. Apoyo que se hizo más notorio entre grandes empresas de países industrializados, pero la disparidad entre estratos sociales en general seguían en aumento. Más tarde el modelo de intervención estatal perdía fuerza debido a la incompatibilidad entre el crecimiento en la producción, gasto público y quizá también, al debilitamiento de las agrupaciones sindicales —la fuerza laboral se encontraba cada vez más fraccionada—. Así que en 1973, se tomó la crisis del petróleo como pretexto para iniciar medidas restrictivas protectoras de la acumulación del capital a expensas de la fuerza de trabajo. La política

¹³⁸ De Rivero, pp.13-16.

intervencionista de redistribución se transformó en impulsora de la inversión privada: investigación, tecnología de punta, etc. Por último, se internacionalizan todos los procesos de la economía: gestión, mercados, capital, excepto mano de obra y transferencia de tecnología restringida hasta hoy, para países en vías de desarrollo. Este señalamiento pretende traer a la crítica, no los beneficios de concierto económico y desarrollo científico-tecnológico de la apertura comercial; sino a la apertura económica a la que muchos Estados se ven forzados a entrar sin estar preparados, seguido del reparto desproporcionado de las ganancias y pérdidas resultantes.

Ahora la soberanía nacional se ha ajustado a la realidad de un libre tránsito de mercancías, capital y patrones de consumo internacional.¹³⁹ Se ha restringido la política migratoria y de propiedad intelectual; se ha acentuado el intercambio desigual en el comercio internacional, que ha repercutido en las condiciones de vida de los trabajadores de países ricos y pobres.¹⁴⁰ En 1960, el 20% de los habitantes del planeta tenían 30 veces los ingresos de los pobres; para 1997, esta relación creció a 74 veces. La brecha se abre no sólo entre naciones, sino entre personas de los mismos países altamente desarrollados.¹⁴¹

Durante la Guerra Fría muchos de los nuevos Estados, que todavía hoy no consolidan su independencia, recibieron financiamiento por parte de alguno de los bandos, lo cual permitió disparatadas políticas económicas

¹³⁹ *Ibid.* pp. 61-64

¹⁴⁰ Pereda Olarte, p.143.

¹⁴¹ PNUD, *Informe sobre el desarrollo humano*, 1996 y *Cumbre Social*, Ginebra, 2000.

con la esperanza del desarrollo milagroso.¹⁴² Al término de las hostilidades, todos los países fueron obligados por el FMI y el BM a adherirse a la economía global sin estar en condiciones de competir, excepto por la mano de obra barata, descalificada y la abundancia de materia prima.¹⁴³

El intervencionismo mal dirigido del BM y FMI, dice el Dr. José Luis Calvo:¹⁴⁴ “han ocasionado que el PIDESC en México sea letra muerta”; pues hoy se cuentan 20 000 000 más de pobres y casi 11 000 000 que se suman a la lista de indigentes, cuyo número va rápidamente en aumento.

C. VÍNCULO ENTRE LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES EN LA MATERIA Y LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA MEXICANA

En la actualidad los derechos humanos ya no son incumbencia única del ámbito nacional. Las malas experiencias sufridas en regímenes totalitarios como en Italia y Alemania, desataron movimientos que demandaban la necesidad de llevar los derechos humanos al terreno internacional para reforzar su tutela.

Sabemos que el contenido, importancia y alcance de los sistemas regional o universal de protección de derechos humanos han sido ampliamente discutidos, tanto por la doctrina científica como por la

¹⁴² Gestado desde el siglo XVII con Adam Smith quien proponía a la riqueza como base de la felicidad. Otro propulsor fue en 1960 el profesor del Instituto Tecnológico de Massachussets Walter Rostow, quien promulga la teoría del desarrollo sobre el consumo masivo. De Rivero, pp. 141 y 142.

¹⁴³ *Ibid.* pp. 17-19.

¹⁴⁴ Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Participó en: *Los Derechos Humanos y la Globalización*, Mesa Redonda organizada por la CNDH en la Facultad de Derecho de la UNAM, 16 de mayo del 2002, Cd. de México.

jurisprudencia internacional, razón por la que nos limitaremos en este trabajo a tocarlos brevemente cuando sea oportuno. No obstante; por ahora nos referiremos a algunas de las normas internacionales más destacadas y representativas en materia de derechos sociales generadas en esos sistemas y que están vinculadas a la legislación nacional, claro sin restar importancia a otros instrumentos internacionales. De éste modo, el Derecho Internacional se fortalece y complementa los preceptos de contenido social de la Constitución mexicana vigente, para permitir una protección más eficiente.

1. DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

La DUDH fue el primer documento elaborado por la Comisión de Derechos Humanos (CDH), comisión orgánica dependiente del Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas.

Al ser el primer instrumento de tal magnitud, su mérito consiste en elevar en el ámbito internacional la protección de los derechos humanos; convirtiéndose en punto de partida y en el eje rector de la evolución y codificación de los instrumentos internacionales en la materia; pues constituye un punto fundamental para la lucha por la libertad y la dignidad humana.

“Art. 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”

“Art. 28. Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamadas en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.

Al ser la primera declaración pública, solemne y completa de los derechos humanos en el ámbito internacional; comprendidos tanto derechos civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales; tiene un gran significado político, filosófico, moral e incluso jurídico.¹⁴⁵

Hay autores que sostienen que la DUDH puede generar obligaciones jurídicas de conformidad con el Derecho Internacional. En caso de controversia, la Declaración establecerá con autoridad interpretativa las condiciones de exigibilidad o lo que proceda, sobre las obligaciones de derechos humanos.¹⁴⁶ Podremos coincidir con esta postura, si tomamos en cuenta que los pactos internacionales estuvieron detenidos durante mucho tiempo y la DUDH, mientras tanto, era la referencia obligada de los derechos humanos.

Desde otro punto de vista estrictamente jurídico, el respeto a los derechos humanos forma parte de uno de los compromisos contraídos en la Carta de las Naciones Unidas. Por lo cual, si un gobierno negase los derechos que la Declaración proclama, incumpliría con una de sus obligaciones previstas en la Carta.

No obstante la obligación jurídica de cumplir los compromisos internacionales, no debemos olvidar que el ejercicio de éstos derechos depende de la prosperidad y capacidad de cada Estado, así como de la prioridad dada a esa finalidad.¹⁴⁷

¹⁴⁵ Buergenthal, Thomas, "Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos", *El derecho a la salud en las Américas*, p. 5.

¹⁴⁶ *Ibid.* p. 6.

¹⁴⁷ *Ibid.* p. 7 y Vierdag, E.W., "The legal nature of the rights granted by the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", *Netherlands Yearbook of International Law*, p. 82.

Los DESC establecidos en la Declaración parten del art. 22.

"Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho (...) a obtener mediante esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

El DPS encuentra sus bases en el art. 25.

"1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, *la salud*¹⁴⁸ 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 a su voluntad".

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

También hay otros artículos que no transcribimos, pero tienen incidencia: art. 5 y 24.

De la lectura de los párrafos anteriores podemos observar que en un principio, el DPS se tomaba como parte del derecho de un nivel adecuado de vida. Podría considerarse incluso, que se reconocía mucho antes de la Segunda Guerra Mundial como resultante del derecho a la vida y de un valor fundamental,¹⁴⁹ su protección se daba en forma implícita por medio de

¹⁴⁸ La *itálica* es agregada.

¹⁴⁹ Muñóz de Alba Medrano, Marcia y Fernando Cano Valle, *Derechos de las personas con síndrome de Inmunodeficiencia adquirida: SIDA-VIH*, pp. 20 y 21. Sabemos que el derecho a la vida está protegido expresamente por casi todos los instrumentos internacionales sobre derechos humanos de acuerdo al art. 6° del PIDCP, el derecho a la vida es inherente a la persona humana; d) de conformidad a lo establecido por el art. 4° numeral 1° de la Convención Americana sobre

las actividades tradicionales que el Estado hacía para la higiene pública. Incluso desde antes del siglo pasado podemos encontrar acciones internacionales relacionadas con la salud: la Conferencia Sanitaria Internacional de 1851; la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1902; la creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública de 1903; etc.¹⁵⁰

Sin embargo, el DPS como derecho autónomo se produjo con el interés de cambiar las políticas internacionales de desarrollo iniciadas por la OIT en la década de los setenta y secundada por el BM en 1981.¹⁵¹ Con ese cambio, la salud se volvió un elemento para el desarrollo social muy importante a considerar. El desarrollo debía ser consecuente con la inversión directa en servicios sociales v.g. salud, es decir; atención de necesidades básicas.

A pesar de reconocer que los derechos proclamados en la Declaración Universal no son absolutos y formalmente no es un tratado, sino una resolución que carece de fuerza de ley para crear obligaciones jurídicas vinculantes, el objetivo de la Declaración Universal fue establecer “una concepción común (...) como ideal (...) por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse...”¹⁵²

Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a que se respete su vida y, este derecho, estará protegido por las leyes nacionales, comenzando por la Ley Suprema.

¹⁵⁰ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor (Coordinadores), “Análisis y Reflexiones”, *El derecho a la salud en las Américas*, p. 544.

¹⁵¹ La salud tenía entonces un rango igual a los derechos que conforman un nivel de vida adecuado, es decir; como un mero indicador. La mayor importancia al tema de la salud vino como modificación estratégica a la noción del desarrollo: el desarrollo económico sin la atención de necesidades básicas no conduce al desarrollo social. *Cfr.* Informe del BM en 1981 que sintetiza esta nueva visión liderada originalmente por la OIT. *Ibid.* p. 546.

¹⁵² *Cfr.* Preámbulo de la DUDH.

2. PACTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

El PIDESC busca satisfacer ciertas necesidades humanas básicas; recordemos que *per se* el PIDESC establece condiciones mínimas de observancia.

A pesar de la formulación de sus preceptos a modo de aspiraciones — como algunos consideran—, el PIDESC significó un gran progreso en la introducción de una nueva familia de derechos.

Los derechos consagrados aquí son: 1. El derecho al trabajo, art. 6; 2. El derecho a justas y favorables condiciones de trabajo, art. 7; 3. El derecho a salario regular, igual pago por igual trabajo, art. 7; 4. Vacaciones pagadas, art. 7; 5. A formar y pertenecer a sindicatos, art. 8; 6. Derecho de huelga, art. 8; 7. De seguridad social, art. 9; 8. Protección de la familia,¹⁵³ art. 10; 9. Protección especial para madres e hijos, art. 10; 10. Derecho a un nivel de vida adecuado, (vestido, alimento, vivienda) y la mejora continúa de las condiciones de vida, art. 11; 11. El derecho a la salud física y mental más alta posible, art. 12; 12. Derecho a la educación primaria obligatoria y gratuita para todos, art. 14; 13. La educación secundaria y superior generalmente accesible para todos, art. 13; 14. El derecho a participar en la vida cultural, y 15. Gozar del beneficio del progreso científico art. 15.

La alusión que hace el art. 12 del PIDESC sobre la salud física y mental, había sido tomada de una propuesta hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951. Ante la carencia de precisión sobre qué se entiende por derecho a la salud —problema que es común a la mayoría de

¹⁵³ Los arts. 10 y 14, no establecen expresamente un derecho como sucede con los demás preceptos. Vierdag, p. 80.

los DESC—, los textos internacionales se han inclinado por dar algunos indicadores como referente; indicadores que, previamente aprobados por la OMS, intentan configurar una acepción más objetiva del concepto.¹⁵⁴

Podemos deducir de la lectura integral del art. 12, que en aquel momento la evolución del concepto de salud se mostraba como un propósito escalonado de Estado dirigido a grupos concretos *i.e.* niños: reducción de la mortinatalidad, mortalidad infantil y el sano desarrollo.

En cuanto a su afirmación como derecho incondicional es menos categórico que otros derechos *v.g.* la educación.¹⁵⁵

Existe un proyecto para fortalecer el disfrute de los DESC establecidos en el PIDESC y la DUDH.¹⁵⁶ El Protocolo facultativo del PIDESC pretende conferir derecho a los particulares o grupos para presentar denuncias relativas al incumplimiento del PIDESC. Este proyecto se elaboró en atención a una recomendación de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. El Protocolo fue presentado por el Comité ante la Comisión de Derechos Humanos para su examen desde el 25 de abril de 1997.¹⁵⁷ Todavía está abierto a comentarios, recomendaciones y observaciones,¹⁵⁸ esperemos pronto sea aprobado definitivamente y abierto a firma.

¹⁵⁴ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, pp. 544 y 545.

¹⁵⁵ El art. 13 sec. 2 a) del PIDESC declara que la educación debe ser obligatoria y gratuita para todos, *ibid.* pp. 541, 542 y 545 y ss. *vid. Infra*, p. 94.

¹⁵⁶ Proyecto presentado por la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos del 13 del 23 de agosto de 1996. *Vid.* E/CN.2/SUB.2/RES/2001/6

¹⁵⁷ E/CN.4/1997/105

¹⁵⁸ Entre las consideraciones preliminares tenemos que el protocolo sería expresamente facultativo: aquellos Estados que lo hayan aceptado mediante ratificación. Lo interesante del protocolo es la prestación de denuncias, éste no es un procedimiento nuevo en los instrumentos internacionales relativos a los

3. DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE

La DADDH tampoco es propiamente un tratado, es una resolución de la Organización de Estados Americanos (OEA) adoptada en la IX Conferencia Internacional Americana conjuntamente con la Carta de la OEA. La Declaración no tuvo la intención de ser jurídicamente obligatoria, sin embargo, con el correr de los años se afianzó como el decálogo más autoritativo de derechos humanos de la organización¹⁵⁹ y por lo tanto, los Estados Parte están obligados por la Carta de la OEA a promover los derechos establecidos en la DADDH.¹⁶⁰

La DADDH contiene asimismo tanto derechos civiles y políticos, como los DESC, y además incluye innovadoramente las obligaciones que corresponden al gobernado sobre tales derechos.¹⁶¹

El art. XI de la DAD establece el derecho a la salud en los siguientes términos:

derechos económicos, sociales y culturales (v.g. OIT, UNESCO, Resolución 1503 del Consejo Económico y Social). Además se considera que esta medida no necesariamente inundaría de denuncias al Comité. El Comité no tendrá facultades coercitivas, únicamente dependerá de su influencia político-moral para proponer determinadas medidas. Para conocer más detalles del proceso de proyecto del protocolo opcional *vid*: anexo IV del documento de UN. E/1993/22, pp. 90-96, *vid. Item E/CN.4/2004/WG.23/CRP.5*.

¹⁵⁹ La Corte Interamericana ha establecido que "la Declaración [Americana de los Derechos y Deberes del Hombre] contiene y define los derechos humanos contenidos en la Carta, de manera que no se puede interpretar ésta sin integrar aquella y (...) constituye para los Estados Miembros una fuente de obligaciones internacionales", García Ramírez, Sergio, *La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, p. 3 nota al pie 5.

¹⁶⁰ Buergenthal, "The Revised OAS Charter and the Protection of Human Rights", *American Journal of International Law*, n. 69, 1973, p. 828. Cit por el mismo autor en "Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos", p.11.

¹⁶¹ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 545.

“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”.

Subraya como factores estrechos la alimentación y vivienda, además de establecer la obligación compartida de los miembros de la sociedad en la protección de la salud.

Al ser formulados con vaguedad los DESC contenidos en la DADDH, se hizo necesario establecer un documento que les diera mayor claridad; razón por la que se adoptó el protocolo anexo a la CADH sobre DESC.

4. CONVENCIÓN AMERICANA Y PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

La Convención Americana de Derechos Humanos, conocida igualmente como Pacto de San José de Costa Rica, se firmó en aquél lugar durante la Conferencia especializada sobre derechos humanos, realizada del 7 al 22 de noviembre de 1969. La CADH también se refiere a las cuestiones DESC en su art. 26 e implícitamente señala el DPS en su concurrencia de artículos: art. 4. Derecho a la vida; art. 5. Derecho a la integridad física; art. 17. Protección a la familia; art. 19. Derechos del niño; art. 24. Igualdad ante la ley; y art. 32. Correlación entre derechos y deberes.¹⁶²

¹⁶² OEA/Ser.A/16.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como Protocolo de San Salvador, fue aprobado el 17 de noviembre de 1988 en San Salvador, República de El Salvador, por la Asamblea General de Estados Americanos.

El Protocolo de San Salvador es un esfuerzo por esclarecer los conceptos de esta familia de derechos y dar efecto a lo previsto en el art. 26 de la Convención.¹⁶³ Además, intenta definir con mayor exactitud el derecho y responsabilidad del Estado. El art. 10 emplea ya el término *derecho a la salud*, pretende colmar el contenido del mismo y destaca que toda persona tiene derecho a la salud y para ello, los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas, v.g: atención primaria de la salud o paquete básico¹⁶⁴ al alcance de todos los habitantes sujetos a la jurisdicción del Estado, i.e. cobertura universal. México ratificó este protocolo el 16 de abril de 1996;¹⁶⁵ actualmente está vigente desde el depósito número undécimo de la ratificación que realizó Costa Rica ante la OEA, el 16 de noviembre de 1999.

Al tenor de las ideas fundamentales antes expuestas, se podría resaltar que hay un consenso de que la salud, como derecho humano básico,¹⁶⁶ es

¹⁶³ OEA/Ser.P/XVI.0.2

¹⁶⁴ v.g. 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 grupos vulnerables por sus condiciones de pobreza y riesgo.

¹⁶⁵ Gómez-Robledo Verduzco, Alonso, *Derechos Humanos en el sistema interamericano*, p. 303 y García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 3, nota al pie 7.

¹⁶⁶ Theo Van Boven, *the right to health*, pp. 54 y 55. Cit por Leary, p. 93 y Roemer, pp. 16 y 634.

un elemento imprescindible del bienestar social. Desde un inicio se ha centrado el interés en proteger a los más desfavorecidos, así se percibe en la mayoría de los instrumentos internacionales sobre la materia.

Previo a cerrar este apartado correspondiente al vínculo entre los instrumentos internacionales en la materia, tocaremos el problema de la prevalencia entre el Derecho Internacional y el Derecho interno.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos al adquirir mayor fuerza por la adhesión de cada vez más países, orillaron a éstos a plantearse la cuestión de la prevalencia entre el ordenamiento constitucional o el acatamiento de la nueva norma internacional en casos de conflicto.

La mayoría de los países de América Latina resolvieron el punto con la referencia del modelo norteamericano. El art. VI inciso 2 de la Constitución Norteamericana dice: los tratados ratificados y aprobados por el Senado federal serán Ley Suprema.¹⁶⁷ México no fue la excepción; dicho precepto fue incorporado en el art. 126 de la Constitución de 1857, que señalaba:

“Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanan de ella y todos los tratados hechos y que se hicieren por el presidente de la República, con *aprobación del Congreso*,¹⁶⁸ 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.”¹⁶⁹

De la lectura del precepto se desprende que se usa acertadamente el término común *tratados*, para hacer alusión a todo tipo de acuerdos

¹⁶⁷ Art. VI de la Carta Federal de los Estados Unidos de Norte América de 1787.

¹⁶⁸ La *itálica* es agregada.

¹⁶⁹ Malpica de Lamadrid, Luis, “Revisión del régimen constitucional de los tratados”, *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, p. 357.

celebrados entre sujetos de derecho internacional (Estados, Organismos Internacionales, protectorados, mandatos, territorios internacionalizados, etc.¹⁷⁰), con el objeto de crear, modificar o extinguir una relación jurídica entre ellos, independientemente de su denominación, como más tarde se asienta en la Convención sobre el Derecho de los Tratados (CDT)¹⁷¹ En el precepto transcrito, no se señala que los tratados deban estar conforme a la Constitución y sí deben ser aprobados – término propio para este acto jurídico nacional — por el Congreso.

Enseguida, un proyecto de reforma del ejecutivo federal presentado a la Cámara de Senadores solicita la modificación, entre otros, del art. 133 constitucional. En la iniciativa no se explicaba la razón de la modificación, tan solo se mencionó en un dictamen de la Cámara de Senadores,¹⁷² que para evitar conflictos era conveniente hacer la salvedad que los tratados internacionales estén de acuerdo con la Constitución, sin hacer referencia alguna a la facultad exclusiva del Senado. De esta manera el 18 de enero de 1934, se modifica el texto del art. 133 para quedar como se conoce en la actualidad:

“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 [ratificados por éste art. 89 fr. X CPEUM], con aprobación del Senado [único órgano competente según art. 76 fr. I CPEUM], serán la Ley Suprema de toda la Unión...”

De ahí se derivaron varios problemas. En lo que corresponde a la jerarquía normativa el precepto sigue ambiguo. La Suprema Corte de

¹⁷⁰ Seara Vázquez, Modesto, *Derecho Internacional Público*, pp. 79-131.

¹⁷¹ UN Doc A/CONF.39/27 (1969), Firmada en Viena el 23 de mayo de 1969, México se adhiere en 1975.

¹⁷² Malpica de Lamadrid, pp. 357 y 358.

Justicia de la Nación (SCJ) y los Tribunales Colegiados de Circuitos (TCC) se han pronunciado con criterios distintos.¹⁷³ Recientemente la SCJ manifestó en una tesis aislada la conveniencia de que los tratados estén por encima de las leyes federales,¹⁷⁴ para evitar que una ley secundaria derogue a un tratado previo. Empero sabemos que ésta sola tesis, ni aun la jurisprudencia obligatoria, garantizan un criterio definido y por mucho tiempo estable. Por lo que se propone que se esclarezca la jerarquía normativa desde la redacción del art. 133 en comentario, señalando expresamente que los tratados internacionales tienen un rango mayor que las leyes federales y locales, y menor que la Constitución.

En lo que atañe al marco normativo constitucional que regula el Derecho Internacional, se observa falta de uniformidad en los términos y eso crea confusión, por ejemplo el art. 15 habla de convenios y tratados; el art. 76.I, se refiere a tratados internacionales y convenciones diplomáticas; el art. 18, art. 89.X, art. 94, art. 104, art. 105, art. 107 y art. 119 dice tratados

¹⁷³ Tribunales Colegiados de Circuito, "Tratados internacionales y leyes del Congreso de la Unión emanadas de la Constitución Federal. Su rango constitucional es de igual jerarquía", Amparo en revisión 256/81 y "Leyes Federales y Tratados Internacionales, tienen la misma jerarquía normativa", Amparo en revisión 2069/91, novena época, materia constitucional, fuente Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, Parte: VI Segunda Parte-1, p. 236. "Los tratados tienen igualdad jerárquica que las leyes federales". PC/92, Gaceta del Seminario Judicial de la Federación, octava época, diciembre 1992, p. 23. Cit por Palacios Treviño, Jorge, "Propuestas de Reforma a la Constitución Mexicana en materia de tratados", *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, p. 470 y Suprema Corte de Justicia (Pleno), "El tratado es superior a una ley federal", novena época, materia constitucional, fuente Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo X, noviembre 1999, tesis aislada LXXVII/1999. Malpica de Lamadrid, p. 362.

¹⁷⁴ Cfr. Suprema Corte de Justicia (Pleno), "Tratados Internacionales se ubican jerárquicamente por encima de las leyes federales y en un segundo plano respecto de la Constitución Federal", novena época, materia constitucional. fuente Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo X, noviembre de 1999.

internacionales; finalmente el art. 117 se refiere a alianza y coalición. A efecto de dar unidad a la terminología usada para referirse a los acuerdos jurídicos internacionales que producen obligaciones jurídicas, se propone colateralmente a las pretensiones cardinales de la investigación, se estandaricen los preceptos correspondientes con el término tratados internacionales.

Por último, el actual art. 133 presenta la criticada desventaja en relación con su precedente, de que únicamente el Senado puede aprobar los tratados internacionales; sin que al parecer se diera oficialmente algún argumento que justificara el cambio de facultades que inicialmente tenía el Congreso.

Una posible justificación estaría en razón de que el tema de los tratados internacionales es competencia de la federación, y el Senado es el representante de la voluntad de los estados federados. Ello puede entenderse dependiendo de la materia objeto del tratado e.g. cuando los tratados se refieren a asuntos diplomáticos o consulares, de salida de tropas o aquellas otras materias en las cuales los individuos no sean destinatarios directos de la norma. Pero el proceso de evolución del Derecho Internacional Público (DIP) ha modificado los paradigmas tradicionales e incluye a los individuos como sujetos de derecho; tal es el caso de los tratados sobre derechos humanos, donde el individuo es destinatario de los preceptos. De ahí que juzguemos necesario que el Congreso: Cámaras de Senadores y Diputados – representantes de la voluntad del pueblo—, intervengan en la aprobación de tales instrumentos, cuyas consecuencias jurídicas se equiparan a normas de derecho interno. Además, si el Congreso conforma el poder legislativo y un tratado aprobado adquiere carácter de ley, debería incluirse a la Cámara de Diputados en el

proceso; en especial, en tratándose de tratados de derechos humanos, cuya vigencia tiene un enorme impacto en la vida nacional. Por ello apoyamos la propuesta hecha ya por no pocos estudiosos del derecho, de que la aprobación de los tratados sea por el Congreso de la Unión y no únicamente por el Senado de la República.

Así, a través de la incorporación de las normas de derecho internacional de los derechos humanos es como se robustecen los preceptos de contenido social insertados por primera vez en la Constitución vigente. Hay quienes afirman que el reconocimiento de los derechos humanos en el derecho nacional es el medio más eficiente de protección.¹⁷⁵ Consideramos que el problema de la justiciabilidad de los derechos humanos no se agota en el *ius positivum* contenido en la Carta Magna, ni en el desarrollo legislativo posterior; se requieren políticas reales que den cumplimiento a las obligaciones adquiridas,¹⁷⁶ con mecanismos efectivos que hagan valer el reconocimiento de las nuevas garantías.¹⁷⁷

La implementación es tanto progresiva como selectiva, ya que comúnmente conlleva una subvención de programas sociales e intenta beneficiar a grupos específicos. Es importante señalar que la escasez de

¹⁷⁵ Cascajo Castro, José Luis, "El problema de la protección de los derechos humanos", *Los derechos humanos, significación, estatuto jurídico y sistema*, p. 262 y ss. Matas, David, "Los derechos económicos, sociales y culturales y la función de los juristas: La situación en Canadá, EUA y México", *La Revista, passim*.

¹⁷⁶ Contreras Nieto, *Los Derechos Humanos y la Globalización*, Mesa Redonda organizada por la CNDH en la Facultad de Derecho de la UNAM, 16 de mayo del 2002, Cd. de México.

¹⁷⁷ "In order to be a legal right, a right must be legally definable; only then can it be legally enforced, only then it can be said to be justicable". Para hablar de un derecho, éste debe ser definible y exigible, sólo así puede ser justiciable. Traducción propia. Müller, *Soziale Grundrechte in der Verfassung*, 1973, p. 844. Cit por Vierdag, p. 93.

recursos financieros no se considera una exigente de las obligaciones estatuidas en el PIDESC, según lo señala propio Comité en su observación general n. 3:

“... Le Pacte serrait ... obligation fondamentale minimum... En vertu du paragraphe 1 de l'article 2, chacun des Etats parties est tenu d'agir 'au maximum de ses ressources disponibles'. Il doute démontrer qu'aucun effort n'a été épargné pour utiliser toutes les ressources qui sont à sa disposition en vue de remplir, à titre prioritaire, ces obligations minimum”.¹⁷⁸

Retomando las ideas vertidas, si los tratados internacionales en materia de derechos humanos coadyuvan a ampliar el catálogo de derechos contenidos en la Carta Magna, el gobernado podría invocar las disposiciones contenidas en aquellos instrumentos ante los tribunales nacionales,¹⁷⁹ sin necesidad de una disposición posterior que así lo indique *i.e.* por tratarse de disposiciones de carácter autoejecutivo (art. 15 CPEUM) De acuerdo con Vierdag¹⁸⁰ la pregunta obligada sería: ¿Podría el PIDESC, proteger a la población mexicana, contra las medidas deliberadamente tomadas por su gobierno, que afectaran aspectos específicos protegidos por dicho Convenio? La respuesta positiva cae en el ámbito nacional, enfáticamente en la tarea de la judicatura. Concretamente, el PIDESC ha

¹⁷⁸ Las obligaciones del PIDESC serán las mínimas fundamentales. En virtud del párrafo 1 del art. 2, cada uno de los Estados Parte tendrán que actuar hasta un máximo de sus recursos disponibles. Ellos deben demostrar que cada esfuerzo no ha sido escatimado para utilizar todos los recursos que están a su disposición en vista de completar [para llevar a cabo prioritariamente] o dar cumplimiento a sus obligaciones mínimas. Traducción propia. Résume du le Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans son observation générale n. 3 (1990). Cit. por Dhommeaux, p. 638. Para más detalles *vid.* E/1991/23.

¹⁷⁹ Como fue el asunto resuelto en el amparo 1475/98 del Sindicato Nacional de Controladores de Tránsito Aéreo. Cit. por Becerra Ramírez, Manuel, “Derecho Internacional Público”, *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, p. 269.

¹⁸⁰ *Op. cit.* p.102.

sido incorporado al ordenamiento jurídico nacional; ya es parte de la Ley Fundamental mexicana que rige la vida nacional al haber cubierto las formalidades e instancias ya señaladas.

Por consiguiente; de conformidad con el segundo enunciado del art. 133 constitucional:

“... Los jueces de cada Estado [entidad federativa] 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 se inscribe en la tesis monista en cuanto a la incorporación del Derecho Internacional al Derecho interno, pues el tratado surte efectos desde su publicación oficial, sin requerimiento expreso de una ley secundaria que lo contenga, ni siquiera que lo detalle; aunque si se dé en la práctica.

Dentro de la tesis monista podemos distinguir la vertiente nacionalista e internacional. El Estado mexicano se inscribe en la primera, pues da mayor jerarquía al Derecho interno, *i.e.* la primacía de la Constitución en el orden jurídico mexicano, misma a la que se deben ajustar los compromisos internacionales; pero una vez vigente un tratado, el Estado tiene la obligación de cumplirlo, so pena de responsabilidad internacional, pero también nacional: responsabilidad administrativa o penal de los servidores público.

Ahora bien, ¿Cuáles son los efectos a los que nos referimos con la entrada en vigor en México del PIDESC? Primeramente, es necesario que los compromisos internacionales sean cuidadosamente llevados a cabo por todos los órganos del Estado: ejecutivo, legislativo, judicial y entes

autónomos.¹⁸¹ Segundo, además éstos deben abstenerse de cualquier práctica contraria a lo establecido por el tratado, deben cumplirlos y respetarlos; el Estado debe diligentemente prevenir, investigar y sancionar su violación. Tercero, los instrumentos de protección deben instaurar las vías idóneas para la realización de los derechos ahí contenidos, estar al alcance de cualquier persona y observar las reglas del debido proceso; Cuarto, las políticas y programas deben estar acordes al PIDESC. Como último y más importante punto a nuestro parecer, es la valiosa función que compete a los encargados de administrar justicia para conocer y aplicar los preceptos, no únicamente del PIDESC, sino también de los instrumentos internacionales en general, pues ellos desempeñan una labor similar a los órganos internacionales de vigilancia, al constreñir a los otros poderes a la observancia del derecho (art. 104 CPEUM); ya sea como referentes para la interpretación o como disposiciones que pueden aplicarse directamente para la resolución de casos específicos.

Desgraciadamente, todavía en la actualidad no es común que los jueces fundamenten sus decisiones en tratados internacionales. Quizá parte de esta reticencia deriva del desconocimiento para su aplicación. Con el interés de promover dicha práctica se propone, también incidentalmente, la exigencia del conocimiento del Derecho Internacional para quienes concursan en puestos relacionados con la administración de justicia: jueces y magistrados; además de instituir como obligatorios cursos de formación y actualización que incluyan el conocimiento serio y profundo de la aplicación del Derecho Internacional, en especial, relativo a los derechos humanos.

A diferencia de lo que comúnmente sucede con los juzgadores estatales, que son elegidos por consideraciones más de carácter personal y

¹⁸¹ García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 31.

político; en el poder judicial federal ya se cuenta, desde 1994, con carrera judicial. No obstante, que la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación (LOPJF)¹⁸² establece un riguroso método de selección, los criterios de elección se circunscriben a asegurarse que el candidato tenga conocimiento suficiente sobre la función de la plaza para la que concursa (art. 114 y ss. LOPJF). El privilegiar la *praxis* para el ingreso a la carrera judicial federal, probablemente se deba a que se presupone en las escuelas de derecho ya se adquirió un amplio conocimiento teórico; y para ocupar algún puesto en la administración de justicia, debe sobre todo conocer a profundidad los casos prácticos. Pero aunque aquello suene lógico, también es cierto el aprendizaje del DIP, como asignatura obligatoria comúnmente impartida en dos semestres, es insuficiente. Los alcances de ésta rama del derecho son bastos, de manera que al finalizar la licenciatura resulta imposible tener una visión clara de aspectos de capital relevancia para la impartición de justicia en ámbito nacional, como es el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.¹⁸³

De ésta manera, juzgamos que la aplicación directa de las normas internacionales por los juzgadores nacionales contribuiría a disminuir el número de casos que se ventilan ante instancias internacionales por violaciones a disposiciones de un tratado; igualmente ayudaría a armonizar la legislación nacional y eficientizaría los mecanismos judiciales; por tanto,

¹⁸² D.O.F. 26/05/95.

¹⁸³ Por ejemplo, acerca de qué recursos internacionales tiene a su alcance aquellos que se vean afectados por las injusticias o limitaciones de los recursos nacionales, qué normas se han ejecutado sobre los convenios internacionales, si son ejecutables *ipso iure* las sentencias de los tribunales internacionales, cuya jurisdicción haya sido aceptada por México, o si hay normas internacionales que se hayan o se puedan invocar para la solución de conflictos nacionales, si existe jurisprudencia internacional o alguna práctica diplomática relacionada, o bien, legislación derivada de los tratados internacionales y cual es su interpretación.

se fortalecerá la administración de justicia. Finalmente, en el caso específico del PIDESC, mejoraría el respeto y daría mayor efectividad a los DESC.

Ahora, nuestra tarea será analizar cómo se lleva la puesta en práctica del DPS en México, a partir de ciertos elementos de la atención primaria de la salud. Mas llanamente; intentaremos determinar si se han tomado medidas suficientes para asegurar la realización del derecho a la salud desde que fue jurídicamente obligatorio para México el PIDESC, y si es posible identificar, desde su entrada en vigor, avances en lo referente al bienestar general¹⁸⁴ de la población mexicana.

D. LOS DERECHOS SOCIALES EN LA CONSTITUCIÓN DE 1917: RAZONES HISTÓRICO-JURÍDICAS DE SU EVOLUCIÓN

Las razones histórico-sociales que trajeron la codificación de los derechos sociales son consecuencia de una larga lucha de clases sociales por la libertad, plasmada en la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789 y más tarde, en la Constitución Francesa en 1791. Posteriormente la Revolución Industrial provocó una crisis de valores que incitó a una reconsideración de las concepciones liberales previas hasta ampliar el catálogo de derechos; mismos que pasaron a formar parte de una política social plasmada en el ordenamiento constitucional del Estado como expresión moderna de la democracia.

¹⁸⁴ El estado de bienestar, entendido como una exigencia que surge de las demandas sociales de mayor igualdad y el reconocimiento de los DESC al servicio y seguridad económica de un pueblo. Johnson, N., *El estado de bienestar en transición: la teoría y la práctica del pluralismo de bienestar*, pp. 20 y 21.

El protagonismo de la Constitución Mexicana en materia de derechos sociales ya quedó anotado en la primera parte de éste capítulo.¹⁸⁵ Derechos consagrados principalmente en el art. 3º. relativo a la educación, el art. 27 del agro mexicano y el art.123 que refiere al trabajo.¹⁸⁶ Originalmente la Constitución Mexicana de 1917 no hacían alusión al derecho a la salud; como explicaremos mas adelante, éste fue incorporado posteriormente.¹⁸⁷

Noriega Cantú¹⁸⁸ considera que no obstante la temprana aparición del constitucionalismo social, el movimiento de emancipación social en México inició su gestación casi desde el fin de la Primera Guerra Mundial. Pero sin duda, después de la Segunda Guerra Mundial es cuando se da auge al Estado social y democrático.

Si intentamos establecer la ubicación jurídica y las razones del constitucionalismo social podemos partir de 1884, cuando Porfirio Díaz manifestó como eje de su política el "restablecer el orden del país". Paz que no tuvo sustento debido a la inestabilidad económica y desigualdad social.

¹⁸⁵ Los constituyentes mexicanos reunidos en Querétaro a fines de 1916 y principios de 1917, asumieron un papel principal en cuanto a la regulación de derechos económicos, sociales y culturales, llamado *constitucionalismo social*. Fix-Zamudio, p. 226.

¹⁸⁶ Ize-Charrin, María Francisca, "Procedimientos relativos a violaciones de los derechos humanos en el Derecho Internacional", *Revista*, pp. 458 y 459 e Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, p. 1518.

¹⁸⁷ En general se observa que entre todos los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a la salud tiene la inclusión más reciente en los ordenamientos constitucionales, con excepción de la Constitución Chilena, que incluyó el derecho a la salud desde 1925. Quizá por ello existen muchas carencias en el desarrollo legislativo y puesta en práctica de un marco jurídico eficaz para su tutela. Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 551.

¹⁸⁸ *Los Derechos Sociales: creación de la revolución de 1910 y de la Constitución de 1917, passim.*

Un pequeño grupo de burgueses aprovechó la política de desarrollo del país para apoderarse de los puntos estratégicos de la economía. La política de desarrollo económico y material se sostenía en el razonamiento potencial de los enormes recursos naturales del territorio mexicano, y que tal desarrollo podría ser impulsado por capital extranjero. Por esta razón se abrieron generosamente las puertas de México a inversionistas extranjeros; mismos que tuvieron toda clase de privilegios a costa del acoso y represión de los conacionales. Las tierras rurales se concentraron en pocas manos —latifundios— y se ejercían sobre los trabajadores, prácticas de explotación: tiendas de raya, cárceles particulares y bajos salarios.

En el México prerrevolucionario, el régimen de propiedad era un derecho absoluto —reminiscencia del derecho romano—, los dueños tenían el derecho de usar, disfrutar e incluso de abusar del suelo; de modo que podían apropiarse del carbón, petróleo o cualquier otro producto del subsuelo; así lo confirma el Código de Minas de 1884, expedido para protección de los terratenientes. Todo ello gesta un gran problema agrario, mismo que fue bandera enarbolada por la Revolución, primero plasmada en la Ley del 6 de enero 1915 y más tarde, en el art. 27 de la Constitución vigente.

La marcada desigualdad entre nacionales y extranjeros, la explotación de los trabajadores y la constante represión al pueblo de México, provocaron, en un largo proceso de incubación que duró cerca de tres décadas, el estallido de un movimiento social armado que transformaría al Estado mexicano; levantamiento mejor conocido como “Revolución Mexicana”.

La Revolución inicialmente tenía como único propósito el derrocar el régimen dictatorial de Porfirio Díaz, *i.e. fin político*. Prédica que Madero

resumía en su lema: ¡Sufragio Efectivo, No, Reelección!; pero tras la lucha, afloraron los sentimientos y las necesidades sociales, *i.e. fin social*.

Madero ya triunfador de las elecciones presidenciales— y después del exilio de Díaz— se dispuso a gobernar, pero fue asesinado por Huerta; mas el brío revolucionario y el Plan de San Luis siguieron como estandarte. Tras el descontento generalizado provocado por el usurpador (Huerta), el gobernador de Coahuila (Venustiano Carranza) se insurrecciona y organiza un ejército constitucionalista; poco después es nombrado jefe provisional del Ejecutivo. Con ésta calidad convoca el 14 de septiembre de 1916 a elecciones para nombrar diputados a un Congreso Constituyente. Así, en Querétaro el 1 de diciembre de 1916, se inician formalmente los trabajos para reformar la Constitución del 1857.

Los derechos sociales en México son pues obra directa de la Revolución. Insurrección que si bien no introdujo nuevos principios, adoptó los ya concebidos. Las aspiraciones y anhelos que dieron motivo a la lucha revolucionaria ciertamente se plasmaron en la Constitución de 1917. Aquí nace lo que Jesús Reyes Heróles llamaría “liberalismo social mexicano”. Una muestra fehaciente de que los derechos sociales recogidos en la Ley Fundamental son creación de la Revolución, es la Convención de Aguascalientes (1914-1916), por desgracia poco estudiada.

A raíz de las discrepancias entre el primer jefe del ejército constitucionalista (Carranza) y el jefe de la división del norte (Francisco Villa) —para evitar la ruptura de la unidad revolucionaria— se invitó al advenimiento. Las pláticas iniciaron el 4 de julio 1914. Ahí se acordó:

- Reconocer al jefe supremo del constitucionalismo;
- Confirmación de Villa para continuar al frente de la División del Norte;

- El primer jefe debía proporcionar a las divisiones los elementos necesarios para sus campañas;
- Libertad de acción a los jefes de las divisiones en el orden administrativo y militar cuando se requiriese;
- Adicionar el Plan de Guadalupe firmado el 26 de marzo de 1913.¹⁸⁹ Para que el primer jefe tomara la presidencia provisional, convocara a una convención para establecer las elecciones, el programa de gobierno y demás asuntos de interés general.
- Finalmente se comprometían a combatir las divisiones del norte y noreste hasta el exterminio del ejército exfederal, que sustituirá el constitucional. A implantar en la nación un régimen democrático. A procurar el bienestar de los obreros y la emancipación económica de los campesinos con la repartición equitativa de tierras y otras medidas para resolver el problema agrario.

1. ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL

El 12 de diciembre de 1916 por la tarde, sesionado el Congreso, se da lectura al proyecto del art. 5º. de la Constitución, que era casi igual al de la Constitución de 1857. Natividad Macías (consejero de Carranza) al presentar el proyecto de reforma, puso de manifiesto las adiciones del Plan de Guadalupe. Enseguida se propuso se formara una comisión para la discusión del proyecto y para recoger las distintas propuestas.

El 26 de diciembre, después de haberse pasado a una primera comisión integradora de las propuestas vertidas en discusiones anteriores, se da lectura al trabajo de la comisión. El primero en encontrar fallos en el

¹⁸⁹ En él se reiteraba que la promesa hecha por la revolución era la reivindicación de los obreros mexicanos.

proyecto es Lizaldi y cree que la libertad que en el proyecto del artículo 5º. ya se consagra en el 4º.

A continuación citaremos algunas de las ideas en pro y contra que se esgrimieron en los largos debates:

Pro: Jara, "... nuestra Constitución tan libérrima (...) haya resultado (...) un traje de luces (...) porque faltó esa reglamentación. Se dejaron consignados los principios generales y allí concluyó todo (...) como reliquias históricas allí en ese libro. La jornada máxima de ocho horas, no es sencillamente un aditamento para significar que es bueno que sólo se trabaje ese número de horas, es para garantizar la libertad de los individuos (...) su vida (...) sus energías, porque hasta hoy los obreros mexicanos no han sido mas que carne de explotación. De allí resulta que día a día nuestra raza en lugar de mejorarse (...) vigorizarse, tiende a la decadencia. Señores, si ustedes han presenciado alguna vez la salida de los hombres que trabajan en las fábricas, si ustedes han contemplado alguna vez cómo sale aquella gleba, macilenta, triste, pálida, débil, agotada por el trabajo, entonces yo estoy seguro que no habrá ni un voto en contra de la jornada máxima que proponemos".

Manjarréz tiene el mérito de lanzar por primera vez la idea de hacer un título de la Constitución relativo al trabajo:

"... a mi no me importa que esta Constitución esté o no dentro de los moldes que previenen los juriscultos, a mí lo que me importa es dar las garantías suficientes a los trabajadores (...) introduzcamos todas las reformas que sean necesarias al trabajo; démosles los salarios que necesite, atendamos en todas y cada una de sus partes lo que merecen los trabajadores y lo demás no lo tengamos en cuenta (...) porque son muchos los puntos que tienen que tratarse en la cuestión obrera, no queremos que todo esté en el artículo 5º. Es imposible; esto lo tenemos que hacer más explícito en el texto de la Constitución (...), si es preciso pedirle a la comisión que nos presente un proyecto en que se comprenda todo un título, toda una parte de la Constitución, yo estaré con ustedes porque con ello habremos cumplido nuestra misión de revolucionarios".

El 28 de diciembre decide hacer la petición por escrito de crear un título bajo el rubro "Del Trabajo", y el 13 de enero de 1917, se da lectura al reformado proyecto. A continuación se citan algunos párrafos del discurso del Ingeniero Rouaix, presidente de la comisión:

"... definiendo (...) la naturaleza del contrato de trabajo, para mantener el equilibrio deseado (...) de trabajadores y patrones, subordinados a los intereses morales de la humanidad en general (...) que demandan la conservación de la especie y el mejoramiento de su cultura en condiciones de bienestar y salubridad apetecibles".

(...)

"Reconocer, pues, el derecho a la igualdad entre el que da y el que recibe el trabajo, es una necesidad de la justicia y se impone no sólo el aseguramiento de las condiciones humanas del trabajo, como las de salubridad de locales, preservación moral, descanso hebdomadario, salario justo y garantías para los riesgos que amenacen al obrero en el ejercicio de su empleo, sino fomentar la organización de establecimientos de beneficencia e instituciones de previsión social, para asistir a los enfermos, ayudar a los inválidos, socorrer a los ancianos, proteger a los niños abandonados y auxiliar a ese gran ejército de reserva de trabajadores parados involuntariamente, que constituyen un peligro inminente para la tranquilidad pública".

Contra: Lizaldi, "aunque necesario es consagrar la libertad del trabajo, el insertar los derechos de los obreros es ir en contra de los principios jurídicos que definen la esencia de las Constituciones; debe limitarse a organizar y distribuir poderes y competencias".

Pastrana, en contra del proyecto, aboga por una adición "... el salario de los trabajadores en ningún caso será menor de la cantidad indispensable para la subsistencia y mejoramiento de él, y de su familia..."

Las reformas del proyecto introdujeron el descanso hebdomadario y el reconocimiento al derecho económico-social de la huelga.

Luego, el 13 de enero de 1917, se propuso que la sección llevara por título "Del trabajo y de la Previsión Social" y que las legislaturas locales tuvieran la obligación de legislar sobre el trabajo, siempre que no contravengan la Constitución.

El dictamen final se presentó al Congreso el 23 de enero y con evidente entusiasmo fue aprobado el art. 123 por 163 diputados.

Rouaix "...con ello quedó establecido, por primera vez en la Constitución Política de un país, preceptos que garantizaban derechos del proletariado trabajador, colocándolo en un plano de igualdad con el capitalismo, que había sido hasta entonces, privilegiado..."

2. ARTÍCULO 27 CONSTITUCIONAL

Tras terminada la exitosa labor del ingeniero Rouaix con el art. 123, le urgían los diputados con el mismo entusiasmo para ayudarlo a iniciar con otra nueva labor.

Al cobrar fuerza la corriente reformista del Congreso, Rouaix consideró que era el momento para intentar reformas de fondo en materia agraria.

La discusión por el proyecto agrario fue más tenaz que la suscitada con la creación del art. 123, pues se trataba de la conquista jurídica institucional más importante de la Revolución. Ya que del régimen de propiedad depende el desarrollo económico y la organización social.¹⁹⁰

Desde su lectura, los legisladores se percataron de que el proyecto encaraba con tibieza los problemas nacionales; así que sin estar satisfechos pospusieron la discusión del proyecto.

¹⁹⁰ Madrazo, Jorge, "Artículo 27", *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, pp. 66-79.

Algunos de los argumentos esgrimidos por la primera comisión de reformas, durante los intensos debates al art. 27, fueron:

"El derecho de propiedad no es absoluto y que así como en el pasado ha sufrido modalidades, es susceptible de admitir otras en el porvenir, basadas en el deber que tiene el Estado de conservar la libertad igual de todos los asociados (...) la comisión, después de consagrar la propiedad como garantía individual, poniéndola a cubierto [sic] de toda expropiación que no esté fundada en la utilidad pública, ha fijado las restricciones a que está sujeto ese derecho".

(...)

"Hace más de un siglo se ha venido palpando en el país el inconveniente de la distribución exageradamente desigual de la propiedad privada y aún espera solución el problema agrario. En la imposibilidad que tiene la comisión, por falta de tiempo de consultar alguna solución en detalle, se ha limitado a proponer, cuando menos, ciertas bases generales, pues sería faltar a una de las promesas más solemnes de la revolución pasar este punto en silencio".

"Siendo en nuestro país la tierra casi la única fuente de riqueza y estando acaparada en pocas manos, los dueños de ella adquieren un poder formidable y constituyen, como lo demuestra la historia, un estorbo constante para el desarrollo progresivo de la nación".

(...)

"El primer paso en esta vía se dio al expedir el Decreto de 6 de enero de 1915, que propone sea elevado a la categoría de Ley Constitucional, con la extensión de proveer a todos los pueblos y comunidades de los terrenos que pueden ser cultivados por los vecinos que en ellos residan. Una vez dado este primer paso, el siguiente debe consistir en acabar con los latifundios, respetando los derechos de los dueños por medio de la expropiación".

(...)

"...si bajo estas condiciones se lleva a cabo el fraccionamiento, tomando todas las precauciones que exija la prudencia para que produzcan el resultado apetecido, la situación de las clases trabajadoras de los campos mejorará indudablemente, los

jornaleros que se conviertan en propietarios disfrutarán de independencia y de la comodidad necesaria para elevar su condición intelectual y moral, y la reducción del número de jornaleros obtenida por medio del fraccionamiento, hará que su trabajo sea más solicitado y mejor retribuido. El resultado final será elevar la producción agrícola en cantidad superior a las necesidades de consumo”.

El 24 de enero se presentó el proyecto al Congreso, aprobándose el 30 de enero de 1917, por unanimidad de los 150 diputados presentes.

El art. 27 consigna los derechos sociales de los campesinos y una nueva forma jurídica de la propiedad distinta al derecho romano; sin duda la limitación más importante de la propiedad privada. El Estado debe restituir de tierras a los despojados y dotar a los desposeídos mediante expropiación de los latifundios.

3. ARTÍCULO 3º. CONSTITUCIONAL

El 13 de diciembre 1916 por la tarde, con 169 diputados presentes, comienza el debate sobre la libertad de enseñanza. Éste fue uno de los momentos más solemnes de la Revolución.

Abierto el debate el diputado Múgica, se dispone a fundar y argumenta:

“...soy enemigo del clero, porque lo considero el más funesto y el más perverso enemigo de la patria (...) es el eterno rebelde (...) está preparando el terreno para más tarde dar el golpe. Sí señores, si dejamos la libertad de enseñanza absoluta para que tome participación de ella el clero con sus ideas rancias y retrospectivas, no formaremos generaciones nuevas de hombres intelectuales y sensatos (...) sino (...) la herencia del fanatismo (...) y quizá la pérdida total de la nacionalidad.”

Después de una intensa e interesante discusión se prosigue al día siguiente con 185 diputados. Asistencia justificada por el interés del art.

Rosas y Reyes, hace una declaración solemne:

"... ¡hoy votamos una ley que derribe y sepulte en el polvo y para siempre la corrupción clerical!"

Finalmente la comisión dictaminadora desecha el proyecto de Carranza y explica:

"...porque la comisión vio que en esa plena libertad de enseñanza que presentaba el artículo del primer jefe, no había... suficiente garantía, no para la libertad,... sino... un peligro inminente, porque se entregaba el derecho del hombre al clero, porque se le entregaba el derecho de las masas y... algo más sagrado,... la conciencia del niño, la conciencia inerte del adolescente".

El diputado Luis Espinosa apoya el dictamen de la comisión y pronuncia un discurso a favor. La votación final fue de 99 contra 58 votos, se hacía patente la división del Congreso entre los izquierdistas vs. los de la derecha.¹⁹¹

Al terminar los trabajos del constituyente en el plazo fijado — 31 de enero de 1917— se habían plasmado los más grandes anhelos de la lucha revolucionaria recogidos por Carranza en su decreto del 12 de diciembre de 1914; luego secundaría la ley de tierras para los pueblos del 6 de enero de 1915. Empeños que fueron abanderados por las mayorías de diputados jacobinos (radicales), quizá propiciado por el ímpetu de su juventud. De ésta manera los constituyentes dieron nacimiento a la nueva Constitución Mexicana promulgada el 5 de febrero de 1917, con doctrinas sobre la liberación económica del campesino y el obrero, que le permitieron figurar entre los códigos más avanzados del mundo.

En consecuencia, la obra del Constituyente consistió en consignar de manera formal y categórica la obligación del Estado de intervenir

¹⁹¹ Bojorquez, Juan de Dios, *Crónica del Constituyente*, pp. 103 -115.

directamente en la vida económica para regular y proteger los derechos de obreros y campesinos.

CAPÍTULO II

DIMENSIÓN OBJETIVA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MEXICO: MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO

A. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO

Con las cada vez más diversas actividades que el hombre realiza y los peligros que ellas conllevan, se ha aumentado el número de intervenciones en las que se demanda la asistencia por parte del Estado.¹⁹² La atención a la salud ya es una obligación formalmente aceptada; primeramente con el reconocimiento constitucional y posteriormente con el desarrollo legislativo.

Sin embargo, existe una brecha entre las disposiciones jurídicas tendientes a exigir la actuación del Estado y la practica; rotura que es proporcional a dos circunstancias específicas: por un lado, la importancia que la sociedad (incluido el gobierno) confiere a la atención de la salud; por el otro, la competitividad que existe con otras necesidades primarias,¹⁹³ que

¹⁹² La asistencia es una de las primeras expresiones de la seguridad social; surge de la necesidad de dar alivio a los indigentes. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), *El derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos*, p. 25.

¹⁹³ La salud no es el único derecho garantizado por los ordenamientos jurídicos internacionales, también esta garantizado el derecho a la alimentación, vivienda, educación, trabajo, entre muchos más. Hasta el momento todas los DESC participan oficialmente de la misma significación o igual condición jurídica, así sea



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.

también exigen una parte considerable de los recursos disponibles.¹⁹⁴ En sí; la discordancia depende de las decisiones políticas y disponibilidad de los recursos *i.e.* la consecución de su realización está limitada a determinaciones políticas y a los recursos que se asignen; factores que han sido regulados con mayor ventaja en materia de educación.¹⁹⁵

En el terreno normativo ha faltado, también, consenso internacional para definir la actuación del Estado con mayor determinación. Normas mínimas explícitas y claras que garanticen el derecho a la salud y el grado de responsabilidad del Estado como primer actor en la atención sanitaria.¹⁹⁶ En la actualidad ya no hay vacilación alguna en apuntar al Estado como responsable de la relevante labor de establecer prioridades en las distintas

en las Declaraciones internacionales de derechos humanos, el PIDESC o en la mayoría de Constituciones nacionales. Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 550.

¹⁹⁴ Fein, Rashi, "The right to health care as a human right", *economic aspects of the right to health care*, p. 214, 216, 217 and *Medical care, medical costs: the search for national health insurance policy*, Cambridge, Harvard University Press, 1986, p. 194 y 195. Cit por Roemer, Ruth, "El derecho a la atención de la salud", *El derecho a la salud en las Américas*, p.18.

¹⁹⁵ *Vid. supra*, p. 67. A nuestro juicio, el mismo PIDESC señala el derecho a la educación de manera más completa que el DPS. Lo mismo sucede en la DADDH, en donde el derecho a la educación no está sujeto a ninguna condición, ni siquiera a la los recursos disponibles, *vid.* art. XXXI, "es obligación de cada persona adquirir por lo menos la educación primaria". En la Constitución Federal de 1917 se establece: 1. Todo individuo tiene derecho a recibir educación (art. 3, 1 parte del pr. 1º.); 2. Obligatoriedad de la educación primaria y secundaria (art. 3, 2 parte del pr. 1º. y art. 31 fr. I); 3. El carácter laico (art. 3 fr. I en congruencia con el art. 24); 4. carácter gratuito (art. 3 fr. I, IV, y V).

¹⁹⁶ La controversia versa, no en la responsabilidad estatal de dar atención o salvaguardar las condiciones sanitarias de la sociedad; pero sí sobre la normatividad aplicable que garantizara su realización en forma mínima. Esto no ha sido por falta de iniciativa, sino por la negación a la aceptación generalizada de la comunidad internacional. Claro que existen excepciones, *v.g.* normas relativas a la calidad del agua 1981-1990, el *Codex alimentarius* OMS/FAO y de productos farmacéuticos. Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 543.

áreas de desarrollo; la redistribución de la riqueza por los diversos mecanismo que intervienen en la política económica: impuestos, subsidios, asignación específica del gasto público; así como los recursos *ad hoc*: cuotas obrero patronales y de recuperación.¹⁹⁷

El punto número 9 del preámbulo de la Constitución de la OMS advierte que los gobiernos tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos. La cual únicamente puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias sociales adecuadas: "*Governments have a responsibility for the health of their peoples (sic) which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures*".

El art. 2 del PIDESC indica que los Estados Partes tienen el compromiso "de adoptar medidas", las cuales deben ser inmediatas para lograr la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto. Lo anterior significa que aun cuando el objetivo sea cristalizado a mediano o largo plazo; las acciones encaminadas a ese fin deben comenzar mediante un progreso continuo, desde la entrada en vigor del PIDESC en cada Estado Parte.¹⁹⁸

En el mismo sentido están los arts. 1 y 2 del Protocolo de San Salvador, ahí los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas —en caso de no estar ya garantizadas por disposiciones legislativas o de otro carácter— tanto en el orden interno como internacional, y agrega: dichas medidas deberían ser hasta el máximo de los recursos disponibles y tenido en cuenta el grado de desarrollo, para lograr progresivamente y de conformidad con la legislación interna, el pleno goce de los derechos reconocidos en éste.

¹⁹⁷ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 42.

¹⁹⁸ Leary, Virginia A., "Justiciabilidad y más allá: procedimiento de quejas y el derecho a la salud", *La Revista*, p. 95.

B. FUNCIÓN DEL ESTADO EN LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La función del Estado está estrechamente vinculada con la capacidad de acción para responder a las demandas de salud de la población. Los requerimientos sociales transformaron las funciones que *de facto* ejerció por mucho tiempo el Estado. De un antecedente de caridad, pasó a ser una obligación constitucionalmente estatuida que exige un desarrollo legislativo específico y un cumplimiento estricto.

El papel que el Estado juega en la sociedad actual lo podemos resumir en los siguientes nombres: regulación, aseguramiento y financiación.

Al Estado le compete la función regulatoria del tema de la salud, *i.e.* imponer cierta conducta debida en cuanto a las modalidades del servicio sanitario. Las normas regulativas de la salud están contenidas en un complejo entramado de disposiciones jurídicas,¹⁹⁹ porque los aspectos relacionados con ella se encuentran en casi todas las acciones humanas.²⁰⁰

La ley, como instrumento de regulación de convivencia social, permite resolver las diferencias entre la sociedad, individuos y gobierno. En tratándose de normas que reglamenten el DPS, el interés general debe estar por encima del particular, *v.g.* el resguardo de equilibrio ecológico, protección del agua, aire o suelo. Del mismo modo, la norma sirve para equilibrar la prestación de servicios, *v.g.* elimina las barreras económicas

¹⁹⁹ Leyes orgánicas, programáticas, reglamentos, normas, ordenanzas, decretos, decisiones, sentencias judiciales, etc., y más frecuentemente acciones vía administrativa.

²⁰⁰ Un ejemplo es el Digesto Internacional de la Legislación de la Salud de la OMS, que contiene por lo menos XXII temas distintos relacionados con la salud. Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 565. E/C.12/2000/4 pr.3.

que limiten el disfrute de los servicios médicos o las barreras que marginan a la población indígena u otros grupos igualmente vulnerables.²⁰¹ Tiene asimismo, la función de prohibir toda actividad que lesione el derecho protegido²⁰² v.g. uso de contaminantes en el medio ambiente o alimentos. También encauza acciones que fomentan el goce del grado máximo de la salud. Un aspecto no menos trascendente es la regulación de la calidad y forma como se establece la atención al derecho protegido y en general, sienta las condiciones de salubridad pública.²⁰³

La función del aseguramiento por su parte, consiste en garantizar las condiciones de salud pública, dicho de otro modo: en mantener la operatividad de las infraestructuras sanitarias con el propósito para el cual fueron creadas.²⁰⁴

Por salud pública entendemos aquellas acciones realizadas en la sociedad para procurar la salud de la población, ello incluye el esfuerzo de la comunidad organizada para prevenir e identificar los factores de riesgo para la salud en general. Esta función incluye la promoción de actitudes y

²⁰¹ Un ejemplo ilustrativo y reciente es la Declaración Ministerial de Doha, Qatar (14/11/01), en la que se acordó remover los últimos obstáculos de propiedad intelectual para permitir que los países más pobres puedan importar sin obstáculos, medicamentos genéricos a menor costo. Vid. W1MIN(01)/DEC/2, 30/08/03 *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*.

²⁰² Piénsese en los casos de esterilización forzada; el Estado debe respetar y proteger el consentimiento de la persona para realizar cualquier tipo de intervención. Sin duda, el deber de respetar la integridad del individuo es una máxima. Leary, pp. 108 y 109.

²⁰³ Roemer, pp. 18-21.

²⁰⁴ La función de asegurar las condiciones de la salud pública se ve menguada cuando se aprecia el inexplicable descuido en algunos centros de atención primaria de la salud, localizados precisamente donde más hacen falta; en las zonas apartadas de los grandes centros urbanos.

conductas previstas en la LGS, v.g. enfermedades epidémicas, endémicas, higiene laboral, medio ambiente, agua potable, vacunas, medio ambiente, control de productos de consumo humano, nutrición, salud ocupacional, educación para la salud, etc.²⁰⁵

A pesar de los esfuerzos para asegurar las condiciones de salud pública, la experiencia en América ha sido frustrante. Excepto EUA y Canadá, el resto de países latinoamericanos no han logrado obtener resultados alentadores en sus políticas de salud pública; en parte debido a que no existe una conciencia social en aquellos países, sobre la urgencia y necesidad de protección de la salud.

El respeto y atención que se dé a los derechos humanos está en la medida en que la sociedad haya comprendido su importancia y les haya concedido prioridad en la vida social y política. En México el grado de concientización de la población sobre el derecho a la protección a la salud no ha sido suficiente.²⁰⁶ En general, la cultura por los derechos humanos y en especial por el autocuidado de la salud, no ha cundido a la par en la mente de todos los habitantes del país.

Otra función imperativa del Estado para dar cumplimiento a la obligación de proteger la salud de sus habitantes, es la financiación o en su caso la prestación directa de los servicios sanitarios preventivos, curativos y de rehabilitación dirigidos preponderantemente a aquellos que de otra suerte se verían privados de ellos. En ocasiones los servicios se dan en forma

²⁰⁵ Las actividades de salud pública están recogidas en los incisos b) y c) del art. 12 de PIDESC.

²⁰⁶ En una encuesta de opinión reciente en la República Mexicana, el porcentaje de los participantes que consideró que debía destinarse mayor presupuesto a la salud fue de 14%, a seguridad el 37%, a educación 33% y al campo 16%. S/t, "Frente a Frente", Canal 40, Cd. de México, 9/11/02, 00:45-01:15 hrs.

directa; igualmente se prestan servicios sanitarios a través de convenios públicos u otra clase de acuerdos de concertación basados en el art. 11 de la LGS.²⁰⁷

Son muy amplias las formas en que se regulan los servicios de salud; va desde la reglamentación general, v.g. LGS; hasta convenios de locales, v.g. convenios de colaboración; incluidas las sentencias judiciales.²⁰⁸

La prestación directa de los servicios preventivos, curativos o de rehabilitación está apoyada en la concepción de que la salud es un derecho humano básico. Bajo este juicio surge la controversia de si estos servicios que el Estado presta o financia deben ser gratuitos o virtualmente gratuitos. La adición al 4º. constitucional no establece la gratuidad del servicio de salud; en cambio sí lo hace el art. 3º. constitucional en lo tocante a la educación que imparta el Estado.²⁰⁹ Por tal, la ley secundaria podrá determinar los criterios de equidad para el costo de servicios sanitarios, según su condición social y económica.

En América es común que se cuente con un Sistema Nacional de Salud (SNS) dependiente de los ministerios de salud del gobierno estatal. El objetivo es brindar al público servicios gratuitos o con una cuota acorde a las posibilidades del individuo, misma que en algunos casos subsidiada hasta en un 100%. En México se han adoptado medidas para incrementar la

²⁰⁷ "Art. 11. La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos,..."

²⁰⁸ Cfr. Tribunales Colegiados de Circuito, "Salud, derecho a la. La autoridad del ramo no puede negarse a proporcionar tratamiento a un procesado". Amparo en revisión 561/95, novena época, materia penal, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo II, diciembre 1995, tesis VI, 2. 37 p. 574.

²⁰⁹ Fr. IV "Toda educación que el Estado imparta será gratuita".

cobertura y asegurar el acceso a los servicios médicos esenciales a bajo costo, por medio de una red de servicios nacionales abiertos dirigidos por la Secretaría de Salud (SS) a personas que por su condición social, económica o física más lo necesitan. Allí los servicios se cobran según la capacidad contributiva del usuario.²¹⁰

Con la misma intención de buscar mecanismos para facilitar el acceso de los que menos tienen a los servicios públicos sanitarios, el 15 de marzo del 2002 inició un programa piloto en 5 entidades federativas (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco) para facilitar la implantación de acceso a los servicios sanitarios con oportunidad, calidad y reducción de los gastos de bolsillo. El seguro popular se dirige a aquella parte de la población que no pertenece a ninguna institución de seguridad social. En la actualidad el seguro popular está inserto en el título tercero bis "De la Protección Social en Salud", vigente a partir del 2004. La afiliación al sistema de protección social en salud se realiza por una cuota que puede variar dependiendo de las condiciones socio-económicas del solicitante. Cuanto más pobre sea la familia, mayor será el subsidio del gobierno federal. Las aparentes ventajas de éste programa son: los servicios integrales²¹¹ en un número mayor de intervenciones de las que actualmente presta la SS;²¹² provisión de medicamentos gratuitos, y un control preventivo obligatorio y una mejor calidad de servicio.

²¹⁰ Art. 7 fr. V del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSPSAM).

²¹¹ En la práctica, este paquete integral tiene sus restricciones en cuanto al tipo de intervenciones posibles.

²¹² Derbez, Julio, "Son los países sanos los que se vuelven ricos", Entrevista con Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, *Vértigo*, p.13.

En el caso de los sistemas de seguridad social se financian en forma de seguro prepagado. Las leyes reglamentarias sustentan la operatividad del servicio en la capacidad contributiva de los afiliados, sin olvidar una importante contribución estatal; ingresos que se deben revertir en la mejora de los servicios.²¹³ Recordemos que la seguridad social es una forma en que el Estado ejerce la función redistributiva gasto público, mediante un beneficio colectivo.

También hay otros servicios sanitarios oficiales específicos²¹⁴ destinados a ciertos sectores de trabajadores, v.g. el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM; art. 123 B constitucional, inciso f, fr.XIII).

Ahora bien, si comparamos el sistema de seguridad social mexicano con el existente en otras latitudes, por ejemplo: el sistema de seguridad social en Francia, vemos que la seguridad social es un derecho de orden público y de aplicación territorial que no admite discriminación. Allá como aquí, existen regímenes múltiples que cubren diferentes sectores: maternidad, enfermedad, invalidez, deceso, riesgos laborales, familia, vejez y viudez. Pero lo novedoso e interesante del sistema de seguridad social francés es que el servicio opera con una tarjeta electrónica. Innovación surgida por la necesidad de acelerar los trámites de prestaciones que permitiera enviar los datos de forma inmediata a la caja de filiación, creándose un formulario electrónico de datos sobre el asegurado y su expediente médico, lo que

²¹³ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, p. 78.

²¹⁴ Entiéndase servicios sufragados de alguna manera por la autoridad estatal mediante fondos públicos o bien, provenientes de instituciones de salud que están bajo la dependencia del Estado o de las entidades territoriales.

permite proporcionar información rápida y verás a los médicos de la condición del paciente.

Pero en Francia, la financiación opera mediante un régimen básico llevado a través de cajas nacionales de seguro para la salud: la *caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)*;²¹⁵ también las oficinas regionales: *caisse regionale d'assurance maladie (CRAM)*²¹⁶ encargadas de la prevención de accidentes y enfermedades laborales; así como las agencias locales: *caisse primaire d'assurance (CPAM)*²¹⁷ que matriculan a los asegurados y pagan las prestaciones por concepto de salud y accidentes laborales. Las cajas son administradas actualmente por un patronato y los sindicatos de obreros, a efecto de dar mayor transparencia y legitimidad al manejo. Al ser un servicio público, gran parte del financiamiento proviene también del Estado. Tan solo en el 2000, el gasto social nacional destinado a salud fue el 37% del PIB. No se intenta decir con ello que en Francia no exista una problemática de la salud, sino más bien mostrar la preocupación y la prioridad que el pueblo (sociedad y gobierno) francés concede a éste rubro.

Hasta aquí podríamos delinear con cierta claridad las premisas sobre las que descansa el sistema de seguridad social francés: a) la solidaridad nacional, implica fortalecer y promover una sociedad incluyente, que luche contra la marginación y reduzca los antagonismos sociales; b) mantener cierta libertad en el manejo de sistema, pero; c) sin perder el compromiso del Estado de resguardar la salud pública.²¹⁸

²¹⁵ Caja Nacional de Seguros por Enfermedad.

²¹⁶ Caja Regional de Seguros por Enfermedad.

²¹⁷ Caja Primera o Primaria de Seguros por Enfermedad.

²¹⁸ Leviol, Jean, *El sistema de seguro social en Francia, passim*.

A manera de conclusión y para cerrar el tema de la función estatal diremos que las estructuras estatales tienen que asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos²¹⁹ (ser efectivos). Estas formas pueden ser legislativas, judiciales²²⁰ o de cualquier otro carácter.

C. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La inserción de los derechos sociales en las Constituciones asegura que serán parte del marco normativo e institucional que permita poner en marcha los mecanismos necesarios para su defensa. Actualmente, la mayoría de las Constituciones contienen disposiciones de carácter social con un enfoque programático, sin embargo; hay quienes opinan que justamente debido a ese carácter o condición progresiva, lo que reduce, vía jurisdiccional, el ejercicio coactivo de los derechos sociales.²²¹

²¹⁹ Como consecuencia, los Estados deben prevenir, investigar y sancionar la violación; así como reestablecer o reparar el derecho violado. *Cfr.* Caso Velásquez Rodríguez, sentencia 29 de julio de 1988, serie C, n. 4 *pr.* 166 y 174. García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte....* pp.16, 17, 79, 80 y 82.

²²⁰ Los recursos judiciales deben ser efectivos. Sobre el particular la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte), ha señalado que de no cumplirse con esta exigencia se transgrede la Convención Americana de Derechos Humanos. Un recurso efectivo debe ser idóneo para establecer la existencia de la violación de derechos humanos y poder remediarla. Se consideran recursos no efectivos cuando no tienen resultados prácticos, no aseguran la imparcialidad, falta de ejecución en las decisiones, falta de acceso a la justicia o cualquier otra denegación de justicia. *Ibid.* p. 17.

²²¹ Para profundizar sobre ese aspecto, véanse los trabajos de Vierdag, p. 83, Gomes Canotilho, pp. 247 y 248, y Cascajo Castro, pp. 263 y 276.

1. ARTÍCULO 4º. CONSTITUCIONAL Y EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La actualización jurídica del DPS abarca desde su reconocimiento constitucional y la promulgación de la Ley General de Salud (LGS), pasando por planes y programas sectoriales; hasta la expedición de reglamentos y normas técnicas muy delimitadas; sin dejar de lado a las disposiciones locales. Así se constituye la base legal que sustenta el SNS.

Para conocer la situación coyuntural que elevó el DPS a garantía constitucional, es conveniente saber que cuando Miguel de la Madrid recorrió el país por su candidatura a la presidencia, se percató que el problema más agobiante de la población era la salud; entonces, se propuso a elevarlo a rango constitucional para hacer válida la garantía a todos sin distinción alguna.²²² He aquí la exposición de motivos de la iniciativa de adición al art. 4º. constitucional:

“Desde los primeros regímenes de la Revolución se tuvo como propósito superior, brindar a cada mexicano, mejores y más amplias condiciones de existencia, destacándose el esfuerzo por elevar los niveles de salud del pueblo...”

“El problema sanitario de la Nación fue objeto de vivo interés en el Constituyente de Querétaro, poniéndose desde 1917, las bases para el sistema jurídico mexicano de la salud”.

“En nuestra Carta Magna, además de los dispositivos contenidos en el artículo 73, sobre salubridad general; el artículo 123 definió, dentro de las garantías laborales y de seguridad social, el derecho de los trabajadores subordinados a la protección por riesgos de trabajo”.

“En las últimas seis décadas ha habido una mejora permanente y radical de la salud de los mexicanos (...) entre los logros de la revolución más espectaculares,

²²² Soberón Acevedo, p.161.

figuran los avances que han registrado los regímenes de seguridad social, por lo que hace a los servicios de salud (...) La justicia social como proyecto revolucionario ha llevado a que los servicios de salud alcancen a la población abierta, que no es amparada por sistemas de seguridad social, pero a través de los programas asistenciales que lleva a cabo el Gobierno de la Nación".

"La innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la productividad y de la producción es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan ser cada vez más igualitarias".

En suma; la falta de cobertura universal, el manejo inadecuado de recursos y operación desarticulada, discriminación en los servicios de salud, la descoordinación entre entidades públicas y dependencias, la ausencia de un cuadro básico de medicamentos y en general la urgencia de un SNS que respondiera eficientemente a las demandas de salud fueron también, además del compromiso contraído al ratificar el PIDESC, los detonantes para proponer la adición al art. 4º. constitucional.²²³

Como consecuencia, el 3 de febrero de 1983 se reforma al entonces párrafo tercero, señalándose expresamente²²⁴ y por primera vez en el texto constitucional vigente, *el derecho a la protección de la salud*. La adición al art. 4º. párrafo 3º. constitucional reza:

"Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud,²²⁵ la ley determinará las bases y modalidades para el acceso a los servicios de la salud y establecerá la

²²³ *Ibid.* pp. 52 y 53.

²²⁴ Es menester recordar que antes de la inserción formal en la ley, ya se implícitamente asistencia sanitaria a la población. *Cfr.* trabajo presentado por Ruiz Massieu, José Francisco, "México", *El derecho a la salud en las Américas*, p. 354 y Soberón Acevedo, p. 33.

²²⁵ La cursiva es agregada.

conurrencia 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”.

Con la adición se le otorga autonomía; independientemente de que en el mismo precepto se incorporaron otros derechos sociales, como el derecho a la alimentación, el derecho a la protección de la familia, de los menores y el derecho a una vivienda digna.²²⁶ La inserción atinadamente se refiere a la protección de la salud, no a la salud *per se*,²²⁷ pues nadie puede garantizar una salud perfecta. Es muy relevante, insistimos, la amplitud de la garantía de protección de la salud a todos, sin más requisito que el del ser humano; no importa si se trata de nacionales o extranjeros. De igual modo la reforma obliga al Estado a generar condiciones para la realización del DPS, concediéndosele oficial y formalmente la rectoría del SNS.

A la luz de la reforma constitucional también se desprende que la salud es un derecho social básico superior al poder estatal, a nuestro parecer erróneamente incorporado en el capítulo I “De las garantías individuales”. Empero, hay quienes estiman que el haberse incorporado en ese capítulo le dio carácter de verdadera garantía constitucional²²⁸ a uno de los derechos contenidos en los consensos más importantes en materia de derechos humanos: La Declaración Universal y Americana, así como en el PIDESC.²²⁹

²²⁶ México, Cámara de Diputados, LV Legislatura: *El derecho constitucional a la alimentación, passim*.

²²⁷ Como una postura programática más sensata para asegurar el goce de la salud. Ruiz Massieu, “México”, p. 356.

²²⁸ Soberón Acevedo, p. 19.

²²⁹ Ruiz Massieu, “México”, p. 354.

A pesar de los méritos, la adición al art. 4º. constitucional esta jurídicamente mal construida, ya que deja la realización de la garantía abierta más a posibilidades exógenas que a la exigencia de un verdadero compromiso social vinculante. Precisión y fuerza que sí encontramos en otros derechos sociales v.g. educación. La reforma se limita a señalar la regulación administrativa de los servicios de salud, sin dar mayor luz sobre el tipo de servicios o intervenciones a las que la población tiene derecho y sin establecer las obligaciones del Estado.²³⁰ Esta falta de claridad ha afectado directamente la exigencia activa del derecho. Laguna que de alguna manera fue colmada hasta hace poco por la interpretación de los tribunales competentes²³¹ Ello nos muestra el todavía precario nivel de desarrollo que tiene el DPS en México, al mismo tiempo que nos obliga a replantear si verdaderamente el tema de la salud ocupa un lugar prioritario en las políticas oficiales.

Una propuesta de reforma para dar mayor precisión al párrafo 3º. del art. 4º. constitucional sería:

"Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud; se coordinarán las autoridades federales, estatales, municipales y del Distrito Federal, con la participación de la sociedad civil, para los que se hallen en territorio mexicano, tengan acceso oportuno y eficiente a los servicios básicos de salud."

Esta propuesta además de apoyar el federalismo, contribuye a la consolidación de la descentralización administrativa y competencial de las autoridades de salud. Después de la adición constitucional, se sugiere que

²³⁰ Soberanes Fernández, José Luis, "La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos", *Temas selectos de salud y derecho*, pp. 181 y 182.

²³¹ *Vid. infra*, pp. 207-209.

dichos términos sean incorporados a las leyes reglamentarias correspondientes.

2. PLANES NACIONALES Y PROGRAMAS SECTORIALES

Además de la inserción de garantías sociales en la Ley Fundamental, se requiere que el Estado establezca planes y programas que guíen y den un sentido determinado a las políticas nacionales y que permitan planificar de forma eficaz— que cumple satisfactoriamente con sus fines— las acciones en cada sector, haciendo frente tanto a los compromisos internacionales como a las obligaciones derivadas del marco normativo nacional;²³² no únicamente en lo concerniente al SNS o sector salud, sino al desarrollo integral del país; pues a medida que las sociedades se vuelven más complejas, se hace indispensable delimitar objetivos y plantear plazos para su concreción. Pero sobre todo, al crecer los conglomerados humanos y hacerse más difícil su desenvolvimiento por la multiplicación de problemas que su misma densidad acarrea, se precisa adoptar medidas que promuevan el desarrollo equilibrado, el cual no necesariamente trae consigo el crecimiento económico, ni mucho menos el crecimiento demográfico; es decir, se requiere de un instrumento para planificar y promover el desarrollo integral basado en la justicia social.

Para gozar de una vida digna en libertad e igualdad, no es suficiente el simple reconocimiento formal del derecho, e.g. vivienda²³³ o alimentación;²³⁴

²³² Hoy día, hay quizá mas de 350 ordenamientos entre leyes ordinarias, convenios internacionales, acuerdos e instructivos en materia de salud. Moctezuma Barragán, p. 93.

²³³ De conformidad con el art. 4º. constitucional, toda la familia tiene derecho a la vivienda, además de ser digna y decorosa. El art. 123 apartado A, fr. XII, XXX y apartado B, fr. XI Inciso f) del mismo ordenamiento, previene que mediante

antes como ahora, las manifestaciones con sentido social se hacen necesarias una y otra vez, como acciones urgentes para contrarrestar el desequilibrio que, por circunstancias específicas o temporales, padecen ciertos sectores sociales — como podrían ser niños o indígenas — frente a los demás grupos.²³⁵

En este orden de ideas, la actuación del Estado con sentido social se vuelve fundamental para combatir las desigualdades²³⁶ de carácter económico, social o cultural. Al Estado le corresponde determinar en sus planes y programas de acción, cuáles serán aquellas condiciones sociales que requieran y justifiquen un tratamiento diferenciado con miras a contrarrestar las desigualdades de hecho entre individuos o entre grupos sociales.

cotizaciones de las empresas y empleadores al Fondo Nacional de la Vivienda, se proporcionarán habitaciones cómodas e higiénicas.

²³⁴ La alimentación es un concepto que se refiere a la actividad del ser humano consistente en ingerir una amplia variedad de elementos presentes en la naturaleza, con el fin de que el organismo cuente con los insumos necesarios para vivir. El derecho a la alimentación en México se encuentra también inserto en el art. 4º constitucional. El capítulo III de la LGS en su título séptimo, hace referencia a la nutrición, al igual que otros ordenamientos jurídicos: Código Penal Federal, Ley de Instituciones de Asistencia Privada, LISSSTE, LSS, LFT, entre otras. México, Cámara de Diputados, LV Legislatura: *El derecho constitucional a la alimentación*, p. 27 y ss.

²³⁵ Peces-Barba, *Garantía internacional de los derechos sociales*, p. 14.

²³⁶ Es importante distinguir entre principio de no-discriminación: el cual postula que los seres humanos tengan una naturaleza desigual, no se justifica un tratamiento diferenciado; y el principio de relevancia: que supone existen diferencias entre nosotros que son relevantes como para justificar un trato desigual. El punto medular de estos principios es determinar cuáles son aquellas diferencias que son dignas de considerar en un tratamiento justo y cuáles diferencias no deben ser tomadas en consideración. González Amuchastegui, pp. 66 y 68.

Los mecanismos para instrumentar los planes nacionales y programas sectoriales están previstos en la propia Constitución (art. 25 y art. 26) y en la LGS (art.12).

“Art. 25. Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral (...) que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una justa retribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales...”

.....

El concepto de rectoría supone planeación, conducción, coordinación y regulación de las actividades que demanda el interés general, tanto en los aspectos económicos como sociales, culturales y políticos, que aseguren el ejercicio pleno de la libertad de individuos y grupos sociales.²³⁷

La rectoría del Estado forma parte de una tradición constitucional económica contenida en el texto original en los arts. 27, 28, 123 y más tarde, el art. 131, conocido como constitucionalismo económico, los cuales habían impulsado el desarrollo económico e servido para integrar a la devastada nación.

No obstante; que la Asamblea de 1917 fue más previsor, pues se sabe que rompe con los esquemas preconcebidos del liberalismo clásico dándole al Estado la responsabilidad de conducir el desarrollo nacional; en las más de las veces, la intervención se hizo a través de leyes secundarias e.g. La Ley de Monopolios y la Ley sobre atribuciones del Ejecutivo Federal en materia económica; producto de las necesidades del momento y mas bien ajenas a un plan integral preconcebido que tuviera el apoyo institucional

²³⁷ Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política Mexicana comentada*, tomo I, pp. 322-327.

requerido; por tal, fue necesario hacer reformas para que la Constitución, asegurara un programa de acción que diera mayor participación del Estado en la coordinación de intereses de los diferentes sectores sociales; claro que su ámbito de acción velaría por el respeto irrestricto a las garantías individuales y sociales que la misma Ley fundamental otorga.²³⁸ Para lo cual se recurrió en armonizar dos preceptos que ya eran importantes, la base para conformar una economía mixta, pero sin quitarle la atribución de coordinación.

Con este propósito, el 3 de febrero del 1983, se instituye oficialmente que el Estado es rector del desarrollo nacional.²³⁹ Dicho precepto no define las áreas prioritarias, puesto que eso depende de las circunstancias en desarrollo, que será mediante normas ulteriores que respondan a un determinado tiempo y espacio.²⁴⁰

Por su parte, el art. 26 constitucional señala:

"Art. 26. 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

²³⁸ Rabasa O. Emilio y Gloria Caballero, *Mexicano: ésta es tu Constitución*, p. 104.

²³⁹ En el que coparticipan todos los poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, en sus tres niveles de competencia, federal, estatal y municipal. Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política Mexicana comentada*, tomo I, p. 329.

²⁴⁰ Un concepto novedoso que incorpora la reforma es el sector social conformado, ejidos, comunidades empresariales, cooperativas, etc. así como las estrategias exclusivas del Estados y las prioritarias que pueden ser compartida con el sector social o privado. Rabasa O. Emilio y Gloria Caballero, *Mexicano: ésta es tu Constitución*, pp. 104 y 105.

participación de los diversos sectores sociales *recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporarlas 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*.²⁴¹

(...)

De tales preceptos se desprenden dos instrumentos de nuestro interés, orientadores de las políticas y acciones de gobierno con metas específicas a determinado plazo: el Plan Nacional de Desarrollo (PND, general) y el Programa Nacional de Salud (PNS, específico).

La idea de planeación que expresa el art. 26, fue un propósito recogido en 1930, por la Ley sobre Planeación General de la República. Luego aparece el primer Plan Sexenal de 1934-1940, en el que los gobiernos federales; y por que no también locales; han encausado sus acciones para el desarrollo nacional. Pero no fue sino hasta 1980-1982, cuando se fincan las bases de un Sistema de Planeación Democrática²⁴² con la instauración del Plan Global de Desarrollo. Y a partir de la reforma al art. 26 citado, el PND se vuelve de observancia obligatoria para la Administración Pública Federal, de manera que la planeación se vuelve fundamental para la actividad del cualquier sistema político. Así que con base en éste precepto se elaboro el PND 1983-1988, el PND 1989-1994 y los subsecuentes.

El propio art. 26 en su penúltimo párrafo menciona la necesidad de una ley específica que establezca las facultades del Ejecutivo para llevar a cabo dicha encomienda. Por lo que el Congreso de la Unión en uso de sus

²⁴¹ La *italica* es agregada.

²⁴² Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política Mexicana comentada*, tomo I, p. 330.

prerrogativas expidió una nueva la Ley de Planeación.²⁴³ Por lo antes dicho; todas las actividades de inducción, *i.e.* tendientes a cumplir los ordenamientos legales existentes que dan vigencia a las garantías constitucionales, deben ser congruentes con los objetivos y prioridades del plan y programas sectoriales (art. 40 y 44 Ley de Planeación).

Al Ejecutivo Federal le corresponde incorporar las pretensiones de los ciudadanos en un documento oficial, que remitirá a su vez al Congreso de la Unión para su revisión y opinión; asimismo, le corresponde presentar las iniciativas de leyes y presupuestos en relación con los programas anuales derivados del PND (art. 5º. y 70 Ley de Planeación).

Está claro que las instituciones responsables de realizar y vigilar la aplicación adecuada de los mecanismos e instrumentos de inducción son para nuestros fines, en primera lugar la Administración Pública Federal, seguida de las instituciones que integran el sector salud. A la SS le corresponde la tarea de coordinar los programas de servicios a la salud, así como conducir la política de salubridad general y asistencia social (art. 39 LOAPF). El cumplimiento de los objetivos del PND en lo correspondiente a salud será responsabilidad del Secretario de Salud, quien trasladará dichas prioridades a un programa sectorial, y dará cuenta anualmente del grado de avance en la ejecución del PNS (art. 8º. Ley de Planeación).

En cuanto a los órganos gubernamentales dirigentes de los programas y demás actividades en materia de salud tenemos primeramente, el Consejo de Salubridad General²⁴⁴ (art. 73 fr. XVI, 1ª CPEUM), con funciones

²⁴³ D.O.F. 5/01/83.

²⁴⁴ Órgano que data del nacimiento de México independiente. El 4 de enero de 1841, el gobernador Luis Gonzaga Vieyra promulgó el Reglamento de Estudios Médicos, de Exámenes y del Consejo de Salubridad, aprobado un año antes por la

normativas, de consulta y análisis;²⁴⁵ y la SS,²⁴⁶ órgano ejecutivo y coordinador del SNS (art. 4 fr. II, III y 7 LGS, y arts. 26 y 39 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal [LOAPF]²⁴⁷).

Existe un Consejo Nacional de Salud que inicialmente tenía funciones de coordinación, programación, presupuesto y evaluación de las labores del SNS. A partir del 27 de enero de 1995, el Consejo Nacional de Salud pasa a ser el órgano administrativo que permitiría consolidar la descentralización política de los servicios del SNS y en consecuencia, fortalecer los sistemas estatales de salud con el propósito de dar una mayor cobertura.

La LGS por su parte, señala también como autoridades sanitarias: el Presidente de la República; los gobernadores de los Estados, comprendido

Junta Departamental de México. En este ordenamiento se creó el Consejo de Salubridad del Departamento de México, después incorporado en la Constitución de 1917, como Consejo de Salubridad General. Además, crea el Departamento de Salubridad con funciones ejecutivas que históricamente asumía el Consejo. Consejo de Salubridad General (2000), *Antecedentes Históricos* [on line]. México, available from: <http://www.SS.gob.mx/unidades/csg/intro/antecede.html> [accessed 29/03/02].

²⁴⁵ El Consejo de Salubridad General actualmente tiene facultades legales para emitir opiniones y formular sugerencias al Poder Ejecutivo Federal, a fin de mejorar el SNS; opinar sobre los programas de investigación y formación de recursos humanos en el campo de la salud; estudiar la legislación de salud y proponer reformas o adicciones a la normatividad respectiva.

²⁴⁶ El 22 de febrero de 1985, la extinta Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambia de nombre por Secretaría de Salud (SS). Aquella nace a la vida jurídica desde 1943, mediante decreto que fusionó la Secretaría de la Asistencia Pública de 1937, que realizaba asistencia benéfico-hospitalaria en el país en sustitución de la beneficencia pública de la época colonial, junto con el Departamento de Salubridad, creado desde 1917. Consejo de Salubridad General (2000), *Antecedentes Históricos* [on line], México, available from: <http://www.SS.gob.mx/unidades/csg/intro/antecede.html> [accessed 29/03/02].

²⁴⁷ Ley publicada en el D.O.F. el 29/12/76, en vigor a partir del 1º. de enero de 1977. Pero el 13/03/02 se publica la nueva Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos (LFRASP) que reforma la LOAPF.

el jefe del ejecutivo del D.F.,²⁴⁸ por supuesto que, siempre intervienen en el cumplimiento del DPS, las multicitadas instituciones públicas de salud: IMSS, ISSSTE, SS, etc., mismas que abordaremos en su oportunidad.

3. LEY GENERAL DE SALUD

Una vez incorporado el DPS a la Constitución, el gobierno federal se dio a la tarea, basado en las directivas de la OMS y con fundamento en el art. 73 fr. XVI constitucional,²⁴⁹ de reglamentar las modalidades del derecho en una ley específica.

La LGS publicada el 7 de febrero de 1984,²⁵⁰ establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la delimitación de la concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; tiene un ámbito de aplicación nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Dicho ordenamiento ha sufrido modificaciones importantes. En 1987 se buscó hacer más efectiva la garantía constitucional, primero sistematizándose las bases del SNS, para después clarificar las competencias²⁵¹ de las distintas dependencias federales que tienen

²⁴⁸ Moctezuma Barragán, pp. 29 y 30.

²⁴⁹ "Para dictar leyes sobre (...) salubridad general de la república." Reforma que proviene de una iniciativa del Ejecutivo que en 1908 envió al Congreso de la Unión para adicionar la fr. XXI del art. 72 constitucional, a efecto de facultar al poder legislativo para dictar leyes en materia de salubridad pública en las costas y fronteras. Dicha iniciativa no prosperó porque se consideraba que esta noción estaba instituida dentro del capítulo de migración, que ya se encontraba contenido en la fracción. Ruiz Massieu, "México", pp. 352 y 353.

²⁵⁰ Vigente desde el 1 de julio del mismo año.

²⁵¹ Vid. art. 13 LGS.

incidencia en el tema. Luego, se propusieron nuevos y mejores mecanismos de colaboración entre los sectores público, social y privado, ya con una nueva visión federal y descentralizadora. Para 1991, se procuró consolidar el SNS y dar cobertura universal con calidad y equidad, y dar mayor atención al crecimiento demográfico y al control de enfermedades.

Actualmente, el cuerpo normativo de la LGS se estructura de la siguiente manera:

El título primero de la LGS instituye cuáles son las finalidades del derecho de protección a la salud, el concepto de salubridad general y quienes son las autoridades sanitarias.²⁵² El título segundo implanta las bases del SNS. El título tercero decreta los servicios de salud; así como el cuadro básico de insumos (art. 28 LGS)²⁵³ al que deben sujetarse las instituciones públicas de salud, mismo que permite racionalizar la disposición y adquisición de insumos. En reciente reforma se adicionó el título tercero Bis: De la protección social en salud.²⁵⁴ El título cuarto dispone las bases para la colaboración de las diferentes instituciones académicas y de servicios de salud en la formación de recursos humanos. El título quinto regula los métodos de investigación para la salud. El título sexto de la ley, regula los aspectos de planeación, estadística e informática relacionados con la salud,²⁵⁵ *i.e.* acciones estratégicas para el combate de padecimientos. El

²⁵² Moctezuma Barragán, pp. 29 y 30.

²⁵³ "... habrá un cuadro básico de insumos par el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel. Elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud..."

²⁵⁴ D.O.F.15/05/03.

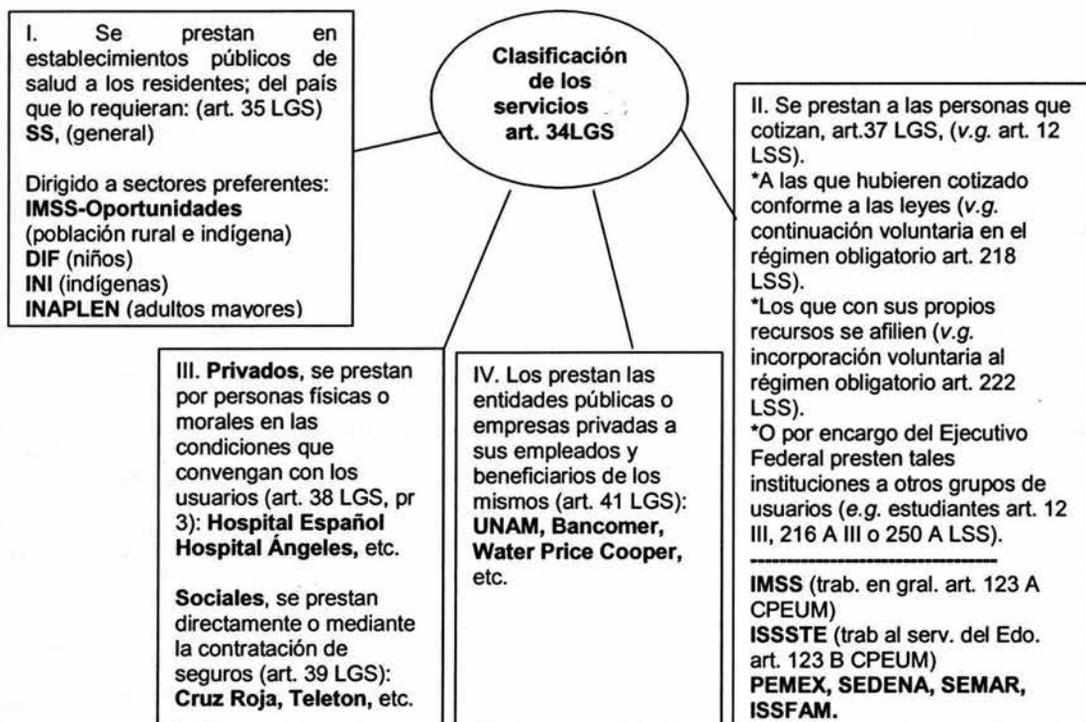
²⁵⁵ Registros de natalidad, mortalidad, morbilidad, invalidez, crecimiento demográfico y otros factores económicos, sociales o culturales relacionados con la salud. Moctezuma Barragán, p. 32.

título séptimo funda la promoción de la salud, con el propósito de crear condiciones idóneas para la prevención y mejoramiento de la salud, por supuesto con la participación de la sociedad civil; dándose competencia a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) en materia de salud ocupacional. Las esferas que comprende la "promoción de la salud" son: la educación para la salud, la nutrición, la protección al medio ambiente y sus efectos nocivos en la salud, la salud ocupacional y fomento a la salud (art. 111 y ss. del título séptimo LGS). El título noveno propone acciones para la rehabilitación. El décimo se refiere a las acciones extraordinarias en materia de salubridad general. El décimo primero instaura y organiza el programa contra las adicciones. El décimo segundo implanta el control sanitario de la importación y exportación de bienes y servicios. El título décimo tercero se refiere al control sanitario de la publicidad, *v.g.* anuncios de advertencia, función vinculada con otras dependencias del ejecutivo.²⁵⁶ El título décimo cuarto codifica el control sanitario de los cadáveres, tejidos y otros órganos, con objeto de prevenir la comercialización. El título décimo quinto sistematiza las disposiciones de sanidad internacional. El título décimo sexto constituye los requisitos que se deben cubrir para las autorizaciones sanitarias y los certificados, así como el procedimiento de las visitas de verificación. El décimo séptimo regula la vigilancia sanitaria. El título décimo octavo y último de la ley se refiere a las sanciones, delitos y medidas de seguridad, *i.e.* implanta las sanciones administrativas, sin perjuicio de los demás delitos en que puedan incurrir. Para establecer el monto de la

²⁵⁶ Se convino con la industria tabacalera para eliminar a partir de enero del 2003, toda la publicidad del tabaco en radio y televisión. La restricción de anuncios en medios impresos y publicidad exterior, así como el que las leyendas precautorias sobre los riesgos del consumo de tabaco abarque 25% de la superficie posterior de las cajetillas. *Cfr.* Datos del informe de labores de la SS en 2002. Cit por Derbez (Entrevista con Julio Frenk Mora, Secretario de Salud), p.14.

sanción pecuniaria deberá tomarse en cuenta la calidad de reincidencia, así como la gravedad de la infracción, las condiciones económicas y los daños infringidos en la salud de las personas.

El art. 34 de la LGS previene las formas como se clasifican los servicios de salud, atendiendo a la naturaleza de la institución o prestador del servicio: I. Servicios públicos a la población en general, v.g. SS; II. Instituciones públicas de seguridad social, v.g. IMSS, Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ISSFAM; III. Servicios sociales y privados, v.g. Teleton; IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.



El número de instituciones prestadoras de servicios de salud ha crecido paulatinamente.²⁵⁷

Las instituciones públicas más grandes y reconocidas del país²⁵⁸ que prestan servicios de salud son: SS, IMSS fundado en 1943,²⁵⁹ ISSSTE creado en 1959, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF establecido en 1977²⁶⁰), ISSFAM en 1976²⁶¹ y PEMEX desde 1938.²⁶²

En México, las entidades de salud más vigorosas son instituciones de seguridad social.

En relación con los servicios de salud que ofrecen las instituciones de seguridad social, existe una discusión entre los estudiosos del tema sobre el

²⁵⁷ En 1982, solamente se contaba con instituciones como: SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, INEGI, CONAPO; para 1999 se habían agregado: PEMEX, SEDENA, SM, Servicios privados, estatales, universitarios, Cruz Roja, SCT-Metro y Bancos. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud, 2001-2006*, p. 67.

²⁵⁸ Vid. art. 5 LGS y Ruiz Massieu, "México", p. 359 y 360. *item E/1986/3/Add.13* pr. 267 y E/C.12/1990/SR.7 pr. 16.

²⁵⁹ Con el IMSS nace el sistema de seguridad social y en cierto modo el SNS, que vendrá a perfeccionarse en 1983, con las adiciones al art. 4º. constitucional.

²⁶⁰ El DIF Nacional es un organismo público descentralizado de la SS, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977, promotor de la asistencia social y coordinador del sistema compuesto por los órganos estatales y municipales. (art.13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (26/01/03) *al interior del DIF* [on line] México, available from: <http://www.dif.gob.mx/dif/interior/dif.html> [accessed 26/02/03].

²⁶¹ La primera Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, fue publicada en el D.O.F. el 29/06/76, reformada el 23/01/98 ahora abrogada por la nueva Ley publicada en el D.O.F. 9/07/03, vigente a partir de 9/08/03.

²⁶² La expropiación petrolera se realiza el 18 de marzo de 1938, y para junio del mismo año, se decreta la creación de la institución pública de Petróleos Mexicanos como órgano descentralizado del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propios; ella cuenta con el Sistema de Seguridad Social con el que se brindan servicios médicos a los trabajadores de Petróleos Mexicanos.

esclarecimiento de, si los servicios médicos que se prestan a los derechohabientes²⁶³ forman parte o no de la garantía social del DPS establecida en el art. 4º. constitucional.

En México, el DPS y el derecho a la seguridad social se les suele ubicar en el mismo sitio.²⁶⁴ La seguridad social y la asistencia sanitaria son dos regímenes que originalmente provienen de etiología, fundamento constitucional, momento histórico y procesos distintos; la seguridad social tiene su fundamento en el art. 123 A fr. XXIX y el DPS en el mencionado art. 4º constitucional.

Al ampliarse la garantía social de “salud para todos” con la reforma al art. 4º. citado, quedaron comprendidos en ésta los servicios médicos que prestan las instituciones de seguridad social a sus derechohabientes mediante el seguro de enfermedades y maternidad; pero ello no significa que toda asistencia sanitaria pertenece al régimen de seguridad social. El sistema de seguridad social²⁶⁵ comprende un esquema variado de seguros como son: seguro de vejez, viudez, etc., no simplemente el relativo a la

²⁶³ Derechohabientes se entiende el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos, quienes tengan derecho a recibir las prestaciones de la institución de seguridad social. *Vid. art. 5 A fr. XIII LSS, art. 5 fr. V LISSSTE.*

²⁶⁴ Soberón Acevedo, Guillermo *et al.*, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, p.15.

²⁶⁵ Es un sistema operado por las instituciones de seguridad social encaminado a la protección de la clase trabajadora, de sus familias y de la comunidad misma, contra los riesgos derivados del trabajo y de la existencia en general. Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, pp. 1753-1755. La definición más general de seguridad social la vincula con prestaciones que se dan a los trabajadores y a sus familias, ante la imposibilidad de continuar sustentándose a través del trabajo, e.g. enfermedades laborales, incapacidad, vejez, cesantía, etc. Martínez Villalba, Luis José (Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social), *Desafíos y propuestas en el financiamiento de la seguridad social*, mesa redonda organizada por el IJ-UNAM, México, 18 de mayo del 2004.

atención médica. A pesar de eso, debemos notar que en México se le suele privilegiar con mayor presupuesto al seguro contra enfermedades y maternidad; pero no es así en todos los países, por ejemplo en el Cono Sur se atiende primeramente las demandas de carácter pensionario.²⁶⁶

Si bien hay cierta complementariedad entre la seguridad social y el DPS que se prevé desde la DUDH (art. 22) o el propio PIDESC (art. 9),²⁶⁷ se trata de derechos distintos que en México han tendido a equipararse.²⁶⁸

Previo a la reforma al art. 4º. sólo existía un régimen de privilegios para ciertos grupos (art. 123 CPEUM). Este derecho exclusivo de los trabajadores les garantizaba servicios de salud derivados de sus aportaciones a un instituto de seguridad social. En posteriores reformas al art. 123 en comento, en el año de 1929, se consideró de utilidad pública expedir una ley que contemplara una amplia gama de seguros; mas la Ley del Seguro Social (LSS) se promulga hasta el 31 de diciembre de 1942.

No obstante la adición al art. 4º. abrió las aspiraciones de salud para todos, ajeno a si las personas están o no en un régimen de seguridad social; existen hoy día visibles desventajas entre la clase asalariada y no asalariada.²⁶⁹ Por lo común los trabajadores insertos en la economía formal tiene mayores beneficios del Estado, *i.e.* las contraprestaciones que reciben

²⁶⁶ Aun cuando el esquema de seguridad social es igualmente válido en todo el mundo, éste no tiene el mismo alcance. En países como: Brasil, Argentina, Uruguay y Chile, se privilegian principalmente las jubilaciones y pensiones. *Id.*

²⁶⁷ Soberón Acevedo, Guillermo *et al.*, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, p. 134.

²⁶⁸ El decreto del 4 de julio de 1977, para la creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y el Real Decreto-Ley del 16 de noviembre de 1978, reorganizan la gestión institucional de la salud y de la seguridad social y han contribuido a sentar las bases para un sistema integral de salud. *Ibid.* p. 21.

²⁶⁹ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 569.

ellos o sus familias son proporcionalmente más y mejores. De ahí el cuestionamiento, de si la seguridad social debe permanecer como un régimen de privilegios para algunos, cuya autosuficiencia económica, en principio (*n. b.*), pudiera permitir más cómodamente el aseguramiento de la atención a la salud por medios propios; excluyendo a los demás, quienes por lo común carecen de los medios suficientes para autoproporcionarse los servicios de salud esenciales, menos aún para la atención médica de alta especialidad. Eliminar *de facto* el régimen de privilegios que gozan los derechohabientes contribuiría substancialmente a revertir las diferencias materiales que limitan el desarrollo equilibrado de la sociedad.

Ahora bien, quienes disienten que los servicios de salud provenientes del seguro de enfermedades y maternidad forman parte de la garantía constitucional, basan su argumento en que la seguridad social es consecuencia de una obligación contractual de carácter laboral, por que los beneficiarios pagan por éste y otros servicios mediante aportaciones periódicas y por tanto, tienen derecho a exigir la prestación. De este modo, sustentan, la relación pasa del ámbito social a un derecho de carácter privado, procurándose el usuario por sus propios medios, el servicio de salud.

Nosotros lo contrario; consideramos que los servicios que prestan las instituciones de seguridad social forman parte del DPS, garantizado en el art. 4º. constitucional. Primero, si bien los servicios que prestan las instituciones de seguridad social están vinculados con la actividad laboral (art. 123 A fr. XXIX constitucional), en la actualidad los trabajadores no son los únicos amparados. Además de los asegurados en virtud de una relación estrictamente laboral, existen otros usuarios que son ajenos a esta categoría, *v.g.* dependientes económicos: esposa(o), concubina, hijos,

padres, así como personas distintas a las mencionadas, que tienen la voluntad de formar parte del régimen obligatorio, comprometiéndose al pago regular de cuotas.²⁷⁰ Por tal, no podemos sostener que los servicios de salud que reciben los usuarios de las instituciones de seguridad social sean necesariamente prestaciones consecuencia de una relación laboral.

Segundo, si tenemos en cuenta la definición de derechos sociales propuesta al inicio del trabajo,²⁷¹ observaremos que la esencia de los servicios prestados por instituciones públicas de seguridad social, no se desvirtúa, aún con las aportaciones que dan los trabajadores. Es decir; la prestación que da el Estado es una aportación social con miras a facilitar a los derechohabientes, el goce de una amplia gama de servicios de salud. De otra manera, el amplio catálogo de intervenciones sería inaccesible para la mayoría de los usuarios, ya que aunque insertos en la economía formal, en términos reales, tienen ingresos insuficientes para hacer frente cabalmente a todas y cada una de las necesidades básicas; situación que se agravaría en casos de urgencias médicas. En tal caso, la contribución estatal es precisamente como consecuencia del social que tiene de responder a las demandas de salud de la población, de hacer posible o accesible el servicio, así como el compromiso de asegurar la operatividad del mismo. En conclusión, los servicios de salud que se prestan a los derechohabientes sí forman parte de la garantía social del DPS establecida en el art. 4º. constitucional.

²⁷⁰ *Vid.* arts.13, 218, 222 y 240 de LSS. El art. 240 y ss se refieren al “seguro de salud para la familia”, que a diferencia del seguro voluntario mencionado, éste meramente brinda la prestación en especie de atención por enfermedad y maternidad.

²⁷¹ *Vid. supra*, pp. 42 y 43.

Es menester recalcar que la sufragación de fondos públicos para sostener el sistema de seguridad social, han contribuido en gran medida a crear una crisis financiera en su conjunto, hasta ahora no resuelta. Problema que se agrava, porque cada vez incrementa el porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra fuera del régimen formal de contribuciones, y eso se debe a que cada día hay menos oportunidad de insertarse a sector formal de la economía con un trabajo digno y salario remunerador. Entonces, la presión y carga social de pago a pensionados y jubilados es cada vez más alta en la medida en que el grueso de la población envejece con una expectativa mayor de vida, y que empeora ante dos hechos constatables en la realidad mexicana: la desintegración de la familia tradicional, que ya no se hace cargo del adulto mayor y; la disminución real del poder adquisitivo de la ahora ya raquítica pensión. Definitivamente, el régimen de pensiones y jubilaciones es un tema que amerita una investigación más acuciosa; pero estimamos que esta problemática ha repercutido considerablemente reduciendo los fondos destinados a la atención médica. Por la magnitud del aprieto, no se puede simplemente pedir el aumento las aportaciones del Estado en el rubro de la salud, sin combatir con medidas viables la enorme carga pensionaria que enfrenta el Estado.²⁷²

²⁷² Quizá debería pensarse en incrementar las aportaciones a los trabajadores y patrones; hacer más congruente la repartición de la riqueza con las exigencias de igualdad que se han venido esbozando en el discurso político, puesto que mientras grupos privilegiados alcanzan pensiones desde 80 000 pesos mensuales, como exempleados de Nacional Financiera, Banco de México, etc., o 120 000 los magistrados, y 200 000 pesos por mes los expresidentes; la mayoría de los ciudadanos comunes llegan reciben apenas 2 salarios mínimos diarios. Es obvio que no hay soluciones totales ni milagrosas; como en todos los grandes problemas nacionales, se precisa un esfuerzo conjunto de académicos, organismos públicos, actores privados, investigadores y poderes estatales para que se llegue a acuerdos que beneficien justamente a todos. Raya, Alonso,

Además de las normas jurídicas señaladas hasta aquí, hay otras normas nacionales e internacionales²⁷³ que inciden directa o indirectamente en el DPS en México, e.g. las normas para la protección de la salud de los menores;²⁷⁴ de los trabajadores, en la Ley Federal del Trabajo (LFT);²⁷⁵ la Ley General del Equilibrio Ecológico y Protección al Medio Ambiente;²⁷⁶ entre otras.²⁷⁷

Desafíos y propuestas en el financiamiento de la seguridad social, mesa redonda organizada por el IJ-UNAM, México, 18 de mayo del 2004.

²⁷³ El gremio dedicado a la prestación de servicios de salud en México ha acogido instrumentos internacionales tales como: La Declaración de Ginebra de 1998, por la Asociación Médica Mundial sobre Derechos Humanos y salud; la Declaración de los Derechos del Niño de 1959; la Declaración sobre los Derechos de los Impedidos de 1975; la Declaración de Tokio de 1975, sobre normas médicas respecto a la tortura, tratos crueles, inhumanos, degradantes, castigos en personas detenidas o encarceladas; el Juramento de Atenas del Consejo internacional de Servicios Médicos de 1979; la Declaración contra Discriminación de Personas Enfermas de SIDA de 1988; los Convenios sobre Seguridad Social y Trabajo y, Salud y Trabajo de la OIT; la Declaración de Lisboa adoptada en la 3ra Asamblea Médica Mundial de 1981, y la Declaración de los Derechos del Paciente de las Asociaciones Americanas de Hospitales de 1973. CNDH, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos, passim*.

²⁷⁴ Art. 4º. actual en su pr. 6 reza: "los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral". Este postulado fue reformado inicialmente el 18 de marzo de 1980, por iniciativa del ejecutivo al pr. 3º. que decía: "Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a sus necesidades y el derecho a la salud física y mental". La ley determinará los apoyos en la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas" y art. 123 constitucional apartado A fr. II "...quedan prohibidas las labores insalubres y peligrosas (...) de los menores de dieciséis años".

²⁷⁵ LFT v.g. derechos laborales, derecho a un ambiente digno y sano, y un lugar de trabajo agradable.

²⁷⁶ Especifica las responsabilidades de la SS y de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en lo referente a la evaluación, control de procesos del deterioro del medio ambiente y su impacto sobre la salud humana.

²⁷⁷ Los artículos constitucionales: art. 3º. orientado a la erradicación del analfabetismo, art. 11 sobre las limitaciones al libre tránsito por causa de salud

4. PANORAMA GENERAL DE LOS REGLAMENTOS FEDERALES DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Los reglamentos que tienen mayor trascendencia y derivan directamente de la LGS son:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional, D.O.F.18/02/85. Tiene el propósito de proveer en la esfera administrativa la observancia de la LGS en lo concerniente a la sanidad internacional. La SS está facultada para impedir la entrada o salida de cualquier vehículo, persona o carga cuando sean de peligro para la salud pública. La operación de estos servicios estará en puertos marítimos, puestos fronterizos y demás puntos estratégicos para el tránsito de personas y carga.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, D.O.F. 19/02/85. Prevé el uso de aquellos únicamente para fines científicos, docentes o terapéuticos con carácter gratuito. En caso de disposición de algún órgano o trasplante, éste deberá ser inscrito en el Registro Nacional de Transplantes dependiente de la SS.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, D.O.F.14/05/86. Se

general, art. 16 relativo a la facultad de la autoridad administrativa para revisar el cumplimiento de las normas sanitarias; art. 38 hace alusión al alcoholismo como limitante a las prerrogativas del ciudadano; art. 73 relativo a las facultades del Congreso y del Consejo de Salubridad para adoptar medidas contra el alcoholismo y estupefacientes, y el carácter ejecutivo de las disposiciones dictadas por el Ministerio de Salud al hacer frente a epidemias; art.115 sobre el agua potable, alcantarillado y servicio de limpieza; art. 117 regulación del alcohol; y art. 123 constitucionales, relativo a la salud ocupacional.

emitió este ordenamiento con objeto de reglamentar los servicios de atención médica relativos a la salubridad general; reconociéndose al SNS como el puente vinculante entre los diferentes sectores que dan vida al derecho de protección a la salud. El reglamento ordena que cualquier establecimiento destinado para la atención a la salud²⁷⁸ sea clínica, hospital,²⁷⁹ consultorio, etc., deben contar con un responsable, que tenga los conocimientos requeridos debidamente acreditados. Conforme al reglamento, son servicios de atención médica:

- a) atención materno infantil
- b) planificación familiar
- c) salud mental
- d) rehabilitación
- e) servicios de diagnóstico

El reglamento dispone también que los usuarios deban recibir atención oportuna, responsable, profesional y trato amable.

Las Secretarías de Salud, y de Comercio y Fomento Industrial establecerán las tarifas que deberán pagar los usuarios de las instituciones sociales y privadas de salud, tomada en cuenta su situación económica, disponibilidad, accesibilidad de los servicios. También se obliga a los establecimientos que realizan intervenciones

²⁷⁸ Será todo aquel servicio público, social o privado, fijo o móvil; cualesquiera que sea su denominación; que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

²⁷⁹ Será el establecimiento público, social o privado; cualesquiera que sea su denominación; que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, de tratamiento o rehabilitación. NOM-197-SSA1-2000 pr. 4.31.

quirúrgicas u obstétricas a contar con licencia sanitaria. En los demás casos, según el acuerdo 141 de la SS publicado en el D.O.F. el 29/07/97, se requiere aviso de funcionamiento.²⁸⁰ Finalmente, el reglamento prevé medidas para control sanitario, a fin de evitar riesgos a la salud de la población.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, D.O.F. 26/09/86. La publicidad debe inducir a hábitos o conductas que promuevan la salud física y mental del individuo. La SS es la responsable de vigilar el cumplimiento de ésta disposición, así como otorgar permisos para el efecto, sin perjuicio de las facultades que la ley le otorgue a las Secretarías de Gobernación, y de Comercio y Fomento industrial.²⁸¹

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, D.O.F. 6/01/87. Como su nombre lo indica, regula el campo de la investigación en la salud de todos los sectores. En los casos en que la investigación determinada prevea riesgos y beneficios, ésta podrá llevarse a cabo siempre que los beneficios superen los riesgos o por lo menos el benéfico y el riesgo sean iguales.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario, Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, D.O.F. 18/01/88. Regula el control y fomento sanitario de actividades y servicios que impliquen riesgo a la salud humana; procesen agua,

²⁸⁰ Moctezuma Barragán, p. 55.

²⁸¹ *Ibid.* p. 56.

hielo, pescado, leche, carne, huevo y otros; vehículos de transporte, etc.

- Reglamento de Insumos para la Salud, D.O.F. 4/02/98. Reglamenta el control sanitario de insumos y productos herbolarios, así como establecimientos, actividades y servicios relacionados con insumos, v.g. acondicionamiento, biodisponibilidad, condición sanitaria, denominaciones: distintiva y genérica, paquetes, farmacopea, medicamentos genéricos intercambiables, etc.

D. DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En la Constitución de 1917, no se modifican las competencias previamente existentes en materia de salud, tan solo el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad pasaron a conformar en 1948, una nueva institución denominada: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Con un vacío sobre las competencias entre Estados y Federación, el constituyente deja, desde sus orígenes, al legislador ordinario el reparto de atribuciones, siempre y cuando no contravenga los principios de la Ley Suprema. Sin embargo, aquellas leyes sanitarias en vez de ser consecuentes con el espíritu descentralizador, tendieron a federalizar las funciones y dieron mayor carga a las autoridades nacionales.

Al incorporándose la garantía social del DPS se buscó, por parte del gobierno, establecer un esquema sólido que permitiera avanzar programática, pero firmemente en el propósito de dar atención a todos los mexicanos. Con este paso se trato de revertir el proceso de centralización dado desde principios de siglo, en el que el gobierno federal asumía las

funciones de los estados federados y de sus municipios, al mismo tiempo dicha medida previno el carácter concurrente de las materias.²⁸²

“... la ley establecerá (...) la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”

La LGS por su parte, normaliza las competencias en materia de salubridad general para la Federación y en forma residual, para las entidades federativas.

“Art.13. La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedara distribuida conforme a lo siguiente:

A. Corresponde al ejecutivo federal, por conducto de la Secretaria de Salud:

I. Dictar las normas técnicas a que quedara sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;

II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI Y XXVII del artículo 3°. de esta ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;

III. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando estas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;

IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;

V. Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;

VI. Promover y programar el alcance y las modalidades del SNS y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento;

²⁸² *Ibid.* p.74

VII. Coordinar el SNS;

VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud.

VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;

IX. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las 5 disposiciones de esta ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general, y

X. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta ley y en otras disposiciones generales aplicables”.

Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas —también al D.F. — como autoridades locales en materia de salubridad general y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

“Apartado B:

I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, II bis, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3º. de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

II. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del SNS, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;

III. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del plan nacional de desarrollo;

IV. Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;

V. Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;

VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones aplicables, y

VII. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta ley y demás disposiciones generales aplicables".

Del mismo modo, la LGS prevé el ejercicio coordinado entre la Federación y las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, mediante la suscripción de acuerdos de coordinación que celebre la SS con las entidades federativas.

1. CONTROL Y REGULACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

El art. 73 fr. XVI de la Constitución Federal autoriza al Congreso de la Unión para legislar lo referente a salubridad general. Por tanto; de manera residual compete a los Congresos locales legislar sobre salubridad local.

En este orden de ideas, la LGS señala tanto la competencia de la Federación y las entidades, así como las materias en que podrán coordinarse estas dos esferas de gobierno (art. 3, 13 y 18 de la LGS).

"Art. 18. Las bases y modalidades de 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 del convenio único de desarrollo".

La SS propondrá la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, para la participación de éstos en la prestación de los servicios a que se refieren las fracciones I, III, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI Y XXVII del artículo 3º. de la LGS.

"Art. 3. 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;

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

II bis. La protección social en salud;

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

IV. La atención materno-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 esta 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 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 fármaco-dependencia;
- 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, insumos 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 la fracción 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".

Después de todos los esfuerzos por llevar a cabo la descentralización operativa de la administración de los servicios de salud hacia las entidades federativas, finalmente la SS lo ha consolidado. El primer decreto por el cual se establecen las bases para la descentralización de los servicios de salud data del 30 de agosto de 1983. En éste se proponen los lineamientos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y las autoridades federales. Más tarde, el 25 de septiembre de 1996, se conviene el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.

En un principio los Servicios Estatales de Salud (SESA) estaban a cargo de la Federación; ahora dependen directamente de los gobernadores y son a la vez órganos descentralizados de los estados, creados para proveer

directamente servicios de salud. Las facultades refieren a controles sanitarios y salubridad de competencia estatal.²⁸³

Previo al proceso de descentralización, la Federación operaba, sostenía y administraba los servicios coordinados de salud pública. Se trataba de servicios desconcentrados por territorio, dependientes del Ministerio de Salud.

Pero, a pesar de los acuerdos de coordinación para la *descentralización operativa* e integración orgánica, el avance en las diferentes regiones no ha sido el esperado. Mientras en unas entidades se avanzó rápidamente; en otras hubo dificultades en el proceso, debido a las enormes diferencias en su desarrollo, además de algunas deficiencias en los acuerdos. De inicio, la descentralización operativa laboral no previó el traslado de la titularidad de del personal a los estados. Es indudable que se requiere cierta autonomía para lograr la eficacia de la operatividad;²⁸⁴ al tener la Federación ingerencia sobre los recursos humanos—, sin duda los recursos más importantes para la administración de los servicios de salud, es lógico que la concentración de recursos haya ocasionado problemas, al margen de si hubiera una distribución de gasto suficiente para cada entidad federativa.

Posteriormente eso condujo a una descentralización orgánica completa de los servicios de salud para los estados. Suscribiéndose los acuerdos de coordinación respectivos, pero con nuevas modalidades.²⁸⁵

²⁸³ *Ibid.* pp. 76 y 77.

²⁸⁴ Que consiste en el análisis de las metas programables y cumplidas, en relación con el gasto destinado a ese fin. Soberón Acevedo, Guillermo, *et al.*, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, p. 93. Esta capacidad o aptitud comúnmente conocida como eficiencia es medible por su rapidez y economía. Bonifaz Alonso, Leticia, *El problema de la eficacia en el derecho*, pp. 3 y 4.

²⁸⁵ Moctezuma Barragán. p. 78.

2. EJEMPLO DE LA DESCENTRALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS: AGUASCALIENTES

El 30 de julio de 1997, se publicó en el D.O.F. un acuerdo de coordinación para la descentralización integral de los servicios de salud en Aguascalientes. Mismo que celebraron en representación del Ejecutivo Federal, la SS, con la intervención de la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) y el gobernador del Estado de Aguascalientes. En éste participó la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSS).

Con el acuerdo se pusieron las bases, compromisos y responsabilidades entre las partes a fin de descentralizar integralmente los servicios de salud; así como la transferencia de recursos humanos, materiales y financieros, que le permitirán a la entidad federativa contar con autonomía real para el ejercicio de sus facultades en el marco de la LGS.

El gobierno local se comprometió bajo ésta medida a crear por ley o por decreto, un organismo descentralizado que asumiría las funciones transferidas en el acuerdo, con el propósito de asegurar que la atención de los servicios de salud sea oportuna y de la más alta calidad.²⁸⁶

Dicho organismo deberá sujetarse a lo previsto por la LGS, las leyes de salud de la entidad, y a lo contenido en el acuerdo según las siguientes bases:

²⁸⁶ El plazo no debe ser mayor de 60 días naturales a la firma del acuerdo, y se encargará de definir las políticas de salud, evaluar los programas y vigilar la correcta aplicación de los recursos asignados. *Cfr.* Cláusula tercera del propio ordenamiento.

I. Tendrá personalidad jurídica y patrimonio propio y las atribuciones de servicio y las de autoridad que le otorguen las disposiciones legales aplicables y su instrumento de creación.

II. Contará con un órgano de gobierno que se integrará con la representación del gobierno estatal en el número que éste mismo determine, con un representante de la SS y con uno de los trabajadores; este último será designado por el Comité Ejecutivo Nacional del SNTSS.

III. Tendrá a su cargo la administración de los recursos que aporte en el gobierno federal. A través de la SS y el gobierno del estado con sujeción al régimen legal que le corresponda en los términos del presente Acuerdo, y

IV. Estará sujeto al control y coordinación que ejercerá el gobierno del estado y contará con autonomía técnica y operativa respecto del resto de la administración pública estatal, tanto para el manejo de sus recursos humanos, materiales y financieros como para la ejecución de los programas de salud a su cargo.

La ley o decreto de creación, debe expresar la obligación del organismo descentralizado de adoptar y respetar los reglamentos federales aplicables en sus relaciones laborales con los trabajadores provenientes de la SS, para que procedan a su registro ante los organismos jurisdiccionales correspondientes. Lo anterior, con el propósito de que se apliquen en las controversias dirimidas por la autoridad jurisdiccional.

La SS como coordinadora del SNS y autoridad sanitaria federal encargada de vigilar el cumplimiento del art. 4º. constitucional, descentraliza

en favor del gobierno de Aguascalientes la operación de servicios que tenía a su cargo, en las siguientes materias de salubridad general:

- I. La atención médica y asistencia social;
- II. La salud reproductiva y planificación familiar;
- III. La promoción de la salud;
- IV. La medicina preventiva;
- V. El control sanitario de la disposición de sangre humana y,
- VI. La vigilancia epidemiológica.

Y en materia de regulación y control sanitarios en los términos antes descritos quedan reservados a la federación:

- I. Bienes y servicios;
- II. Insumos para la salud;
- III. Salud ambiental y,
- IV. Control sanitario de la publicidad.

3. ESQUEMA DE DESCENTRALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA POBLACIÓN ABIERTA DEL DISTRITO FEDERAL

De conformidad con los numerales antes señalados en materia de competencias (art. 2, 13 y 18 LGS), las autoridades sanitarias del D.F. son competentes para organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salud.

El 3 de julio de 1997, se publicó en el D.O.F. un convenio de coordinación para la descentralización de los servicios de salud para la población abierta

del D.F. Para ello, concurrieron la SS, la Secretaría de Hacienda y la SECODAM, con el representante del gobierno del D.F. y la participación de FSTSE y SNTSS.

Este convenio tiene por objeto establecer los lineamientos, compromisos y responsabilidades de las partes para la descentralización de los servicios de salud a la población abierta del D.F. a través de la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros; así como de los bienes inmuebles que actualmente destina la SS para tales servicios, al organismo descentralizado creado al efecto.

Este organismo descentralizado de la administración pública del D.F. es el Instituto de Servicios de Salud del D.F., tiene personalidad jurídica y patrimonio propios. Su objetivo será prestar servicios de salud de primer nivel a la población abierta,²⁸⁷ además de contribuir a la prestación de servicios de atención médica de cualquier otro nivel.

Sus atribuciones son las siguientes:

- I. Organizar operar y evaluar los servicios de salud pública, de atención médica de primer nivel y de otros servicios que el proceso de descentralización le encomiende.
- II. Colaborar con las dependencias y entidades públicas para la prestación de servicios de atención médica de segundo y tercer nivel.
- II. Tender al mejoramiento y especialización de los servicios a su cargo;

²⁸⁷ Cfr. Cláusula cuarta pr. II y III del Convenio.

- III. Desarrollar programas de investigación de salud pública y atención médica;
- IV. Promover la ampliación de cobertura en la prestación de servicios a su cargo;
- V. Intervenir en los programas de formación de recursos humanos para atención a la salud que instrumente el D.F. que estén relacionados con los servicios del Instituto;
- VI. Captar y administrar recursos que se le asignen, así como cuotas generadas por los servicios otorgados;
- VII. Realizar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en el presente convenio.

Después del reconocimiento del DPS en la Ley Fundamental, los esquemas para la desconcentración y la total integración de los servicios de salud para población abierta han sido los avances más significativos del SNS.²⁸⁸

4. ALGUNAS CONSTITUCIONES ESTATALES

Inicialmente correspondía a los municipios las atribuciones en materia de salud, pero desde 1908, con las modificaciones a la Constitución Federal, se estableció que la salubridad general era competencia de la "Unión" (Federación) y residualmente las entidades federativas (que no los municipios) se encargarían de la salubridad local. No obstante, parece

²⁸⁸ Fundación Mexicana para la Salud, *Observatorio de la salud*, pp. 350, 354 y 367.

haber discrepancias entre los distintos códigos sanitarios.²⁸⁹ Unas Constituciones locales posibilitan el convenir con la Federación para la atención de servicios sanitarios: Baja California, Campeche, Tamaulipas. Otras encargan las responsabilidades sanitarias a sus ayuntamientos: Coahuila, Colima, Chihuahua, Guanajuato o Puebla. Y las hay que no contienen referencias precisas sobre temas sanitarios: Yucatán, Querétaro, Chiapas o Morelos.²⁹⁰

Por último, dada la importancia de la disposición contenida en el art. 4º. constitucional sobre la protección de la salud, sería conveniente ilustrar como se ha recogido éste precepto en algunas Constituciones locales.

i. Baja California, establece en el art. 49 fr. XXII la facultad del gobernador de celebrar convenios con la Federación para coordinar esfuerzos para la atención de servicios de salud y asistencia pública.

ii. En Campeche, el art. 128 determina la obligación del estado para cooperar con la Federación en materia de higiene y salubridad pública.

iii. El art. 84 fr. XI del estado de Coahuila, determina que el gobernador tiene la responsabilidad de procurar la salud e higiene públicas. Y el art. 131 fr. X, encomienda a los ayuntamientos la obligación de cuidar la salubridad pública, y que los reglamentos que deben ser aprobados por el ejecutivo local.

²⁸⁹ Soberón Acevedo, Guillermo *et al.*, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, pp. 96 y 104.

²⁹⁰ *Ibid.* p. 110.

iv. En Colima los ayuntamientos conforme al art. 92, tienen la obligación de cuidar la salubridad de la población en la forma en que lo disponga la Ley Orgánica Municipal.

En general, podemos apreciar que las Constituciones estatales prevén la posibilidad de establecer acuerdos con la Federación para coordinar servicios de salud.²⁹¹ La Federación puede convenir en la *asunción* en favor de las entidades federativas para el ejercicio de algunas funciones federales, ejecución y operación de obras y prestación de servicios públicos, cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario. De igual manera, el art. 115 CPEUM prevé convenios análogos entre los estados y municipios.

El art. 115 de la Constitución Federal tiene sus correspondientes en la LGS; el art.7 establece que la SS estará a cargo de la coordinación del SNS. El art. 9 LGS por su parte, señala que las entidades federativas coadyuvarán en el ámbito de sus respectivas competencias y de conformidad con los acuerdos de coordinación que celebren con la Federación por conducto de la SS para la consolidación y funcionamiento del SNS.

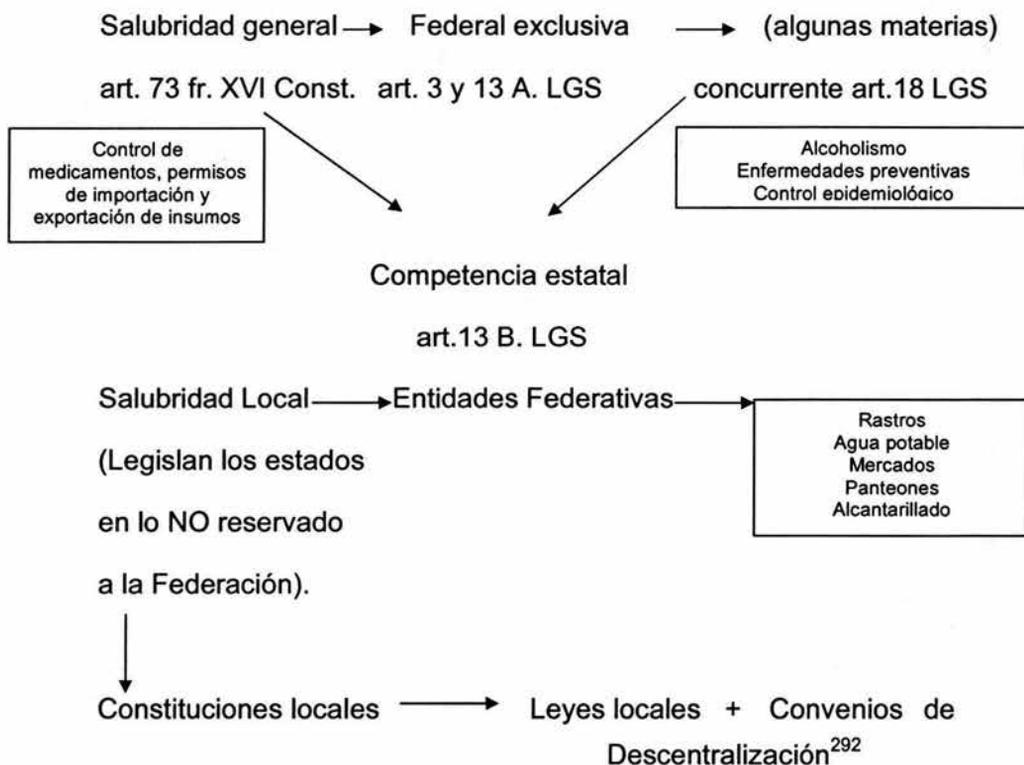
Por último podemos afirmar que en la actualidad, cada una de las entidades federativas cuentan con leyes de salubridad local. El órgano legislativo estatal debe expedir sus leyes concernientes a la salubridad local de su entidad federativa.

La distribución de competencias en lo relativo a la población cautiva o asegurada opera de manera distinta a la población abierta. Las instituciones públicas de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, no dependen de

²⁹¹ *Ibid.* p. 89.

los gobiernos estatales. La LSS es una ley federal, tanto como la Ley de ISSSTE. Si bien es cierto que existen algunas entidades federativas que previenen servicios médicos a sus trabajadores, v.g. el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio de los Poderes del Estado de Puebla (ISSSTEP) o hasta dos estructuras distintas al interior de la entidad, como sucede en el estado de Nuevo León, que cuenta con el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado y el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores de los Municipios; ambas instituciones abarcan un completo catálogo de seguros sociales. Sin embargo; salvo estas notables excepciones, los servicios que presta tanto el IMSS como el ISSSTE en las entidades federativas se dan en hospitales regionales o de concentración. En caso de que algún estado no contase con instituciones de salud exclusivo para trabajadores locales, el problema se resuelve mediante convenios entre el ISSSTE y la entidad federativa que lo requiera. Es conveniente decir que el art. 8 de la LGS prevé la subrogación de los servicios a través de convenios con las Secretarías estatales de Salud, siempre y cuando se cuente con la infraestructura adecuada para brindar a los trabajadores federales que laboren en la entidad, acceso de manera expedita. Ya que resulta más viable pagar las cuotas por la utilización de los servicios estatales, que el gasto que implica establecer, operar y mantener un nuevo hospital regional del ISSSTE.

En síntesis; si propusiéramos un esquema para resumir las competencias en materia de salud, éste quedaría así:



²⁹² Esquema de Moctezuma Barragán, p. 73, mismo que se presenta con algunas modificaciones.

CAPÍTULO III

SITUACIÓN EN MÉXICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR EL ESTADO, EN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Consideramos éste capítulo la parte medular que le da sentido a nuestro trabajo. No es poco frecuente que los profesionales del derecho percibamos los problemas a partir de una realidad jurídica, pues sabemos que la norma regula la convivencia de una sociedad concreta. Sin embargo, ésta realidad jurídica si bien es producto de un largo y esmerado esfuerzo intelectual y por supuesto, una buena disposición e intención para solucionar los problemas emergentes; no siempre se llegan a satisfacer con eficacia las justificadas demandas de la población. En buena parte, ello acontece porque nuestra dedicación olvida o minimiza la operación de la norma en el terreno de los hechos, sin fundar nuestra posición en cómo ocurren las cosas en la *praxis*, de tal suerte que nuestras propuestas resultan poco o nada operativas.

Por esta razón conducimos buena parte de nuestro esfuerzo en hacer un análisis riguroso de cómo operan los servicios de salud en México. Para ello primero delimitamos las condiciones mínimas o niveles esenciales que permitirán verificar el progreso paulatino de la observancia del DPS a partir



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.

del PIDESC;²⁹³ ello nos conducirá con mayor precisión y claridad a analizar si se cumplen y de qué manera, tales obligaciones mínimas.

Para delimitar el contenido esencial del DPS, la propuesta de la Dra. Audrey R. Chapman²⁹⁴ ante el Comité, es bastante esclarecedora:

"Pour donner un contenu minimal du droit à la santé conformément au Pacte, les conditions à remplir étaient les suivantes: mettre l'accent sur les grands problèmes de protection de la santé, les services médicaux préventifs et la promotion des conditions ambiantes et d'une situation sanitaire plus favorables; élaborer des normes propres à assurer l'égalité et la non-discrimination, prévoyant une action positive et reconnaissant les besoins des particuliers, des groupes et des collectives, des plus défavorisés et des plus vulnérables; reconnaître le fondement moral et juridique d'un droit à la santé exécutoire; offrir des procédures permettant une plus grande participation du public et des groupes concernés au processus de prise de décision et à la prestation des soins de santé, investir dans les services de santé primaires et les économies de santé des collectives".²⁹⁵

²⁹³ HRI/Gen/1 o E/1991/23 pr.10. Chapman, Audrey R., "Nuevo enfoque para supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", *La Revista*, p. 34.

²⁹⁴ Directora del programa de Ciencia y Derechos Humanos de la American Association for the Advancement of Science, con sede en Washington, D.C.

²⁹⁵ Para dar contenido mínimo al derecho a la salud conforme al Pacto, las condiciones a completar serán las siguientes: poner énfasis sobre los grandes problemas de protección a la salud, los servicios médicos preventivos, la promoción de condiciones ambientales y en una situación sanitaria más favorable; elaborar normas tendientes a asegurar la igualdad y no discriminación, previendo una acción positiva y reconociendo las necesidades particulares, de grupos y colectividades más desfavorecidos y vulnerables; reconocer el fundamento moral y jurídico de un derecho ejecutivo; ofrecer vías [procedimientos] permanentes que permitan la mayor participación del público, y de los grupos interesados en los procesos de toma de decisiones y el cuidado de la salud; invertir en los servicios de salud primaria y en la salud de las colectividades. Traducción propia. E/1993/23 (R.1993) p. 70. Cit por Dhommeaux, p. 645.

Uno de los objetivos principales de la reunión de Alma-Ata,²⁹⁶ auspiciada por la OMS/UNICEF²⁹⁷ el 12 de septiembre de 1978, fue establecer las condiciones mínimas o niveles esenciales que sustenten el cumplimiento del DPS. Aun cuando no existe controversia para señalar al Estado como responsable del desarrollo social, todavía no se acepta universalmente cuáles son los elementos mínimos que se tendrán en cuenta para determinar si una sociedad ha cumplido o no con este derecho.²⁹⁸ A pesar de que este objetivo no se cumplió cabalmente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, se entendió que el nivel mínimo de protección a la salud sería precisamente *la atención primaria de la salud*.

“...La atención primaria (...) representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud (...) y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria...”²⁹⁹

Desde entonces, los organismos internacionales con mayor autoridad en materia de salud OPS/OMS han privilegiado la realización de la atención primaria de la salud, por ser presupuesto esencial para que se proteja idóneamente la salud de los seres humanos.

Es cierto que el DPS es mucho más que meramente atención primaria.³⁰⁰ Sin embargo; la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de la

²⁹⁶ Declaración de Alma Ata, en Kazajastán exURSS; Aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud del 6-12 de septiembre de 1978, OMS, Ginebra. *Vid.* apéndice, pp. 407-412..

²⁹⁷ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, creado en 1945.

²⁹⁸ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 543.

²⁹⁹ *Vid.* punto 6 de la Declaración de Alma Ata, apéndice, p. 409.

³⁰⁰ E/C.12/2000/4, pr. 3 y 11.

Salud es un referente para delinear los requerimientos mínimos que hacen posible la garantía de protección a la salud y nos permite determinar el empeño gubernamental y el curso de sus acciones.³⁰¹

La Declaración de Alma-Ata especifica los derechos y obligaciones para el gobernado y gobierno. Por una parte, el pueblo tiene la autoresponsabilidad de planificar y aplicar las políticas de salud, las cuales para que resulten, no deben estar impuestas del exterior, sino por mutuo consenso y con la plena participación de la ciudadanía. Por lo que compete al gobierno, éste tiene la obligación de cuidar la salud con medidas que van; desde la asistencia sanitaria permanente para todos a costos accesibles, teniendo como prioridad a los más necesitados; hasta incluir medidas económico-sociales que permitan a la población incorporarse a la vida social y económicamente productiva.

Es manifiesto el compromiso del Estado en procurar, por todos los medios posibles, que los ciudadanos sean autosuficientes de manera que sea posible tener un nivel de vida digna a partir de un trabajo remunerador. Esto nos permite estimar en su justa medida, el peso que el factor económico tiene en los derechos sociales y por supuesto, en el DPS.

De vuelta con la Declaración de Alma-Ata, diremos que la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud fue un hecho sin precedentes. Representantes de 134 países aprobaron los términos de una Declaración, que insta a los gobiernos del mundo a adoptar medidas urgentes para promover y proteger *la salud para todos* con miras al nuevo

³⁰¹ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 548.

milenio. Algunos países que no participaron en la Conferencia, como sucedió con México, retomaron luego el objetivo.³⁰²

El marco conceptual de "salud para todos" fue instituido originalmente por la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en 1977; institución que se reúne anualmente al seno de la OMS. Ésta encomendó fundamentalmente a la OMS y la comunidad internacional, la tarea urgente del mejoramiento a un nivel de salud de todos los habitantes en el año 2000, que permitiera una vida social y económicamente productiva (traducción propia).³⁰³

A continuación se reproducen algunos de los puntos que dan sentido a la Declaración de Alma-Ata:³⁰⁴

(...)

"II. La grave *desigualdad* (...) especialmente entre los países en desarrollo (...) y dentro de cada país, es política, social y económicamente *inaceptable*..."

"III. *El desarrollo económico y social* (...) es de importancia *fundamental* para lograr el grado máximo de *salud para todos* y para reducir el foso que separa (...) a los países en desarrollo de los países desarrollados..."

(...)

³⁰² México suscribió en 1977 (sic) una postura atinente a las reuniones previas de Alma-Ata: "la salud es un derecho humano fundamental y un objeto social para el mundo entero", por lo que se comprometió a "asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud", Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos ¿Utopía o realidad?*, pp.1 y 2.

³⁰³ The conceptual framework of health for all was defined in 1977, when the Thirtieth World Health Assembly (WHA) decided, in resolution WHA30.43, that the main social target of governments and WHO in the coming decades, should be the attainment by all citizens of the world by the year 2000, of a level of health that would permit them to lead socially and economically productive lives. WHO (1998) *health for all: origins and mandate* [on line] Geneva, Switzerland, © Copyright World Health Organization (WHO), available from: <http://www.who.int/archives/who50/en/health4all.htm>

³⁰⁴ Para la consulta completa del documento *vid. infra apéndice*, pp. 409-414.

"V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, (...) Una de las metas sociales de los gobiernos (...) Debe ser el logro por parte de todos los pueblos del mundo en el año 2000, de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. *La atención primaria de la salud es la clave para lograr esta meta como parte del desarrollo en el espíritu de justicia social*". (Nota: la cursiva es agregada).

Los principales puntos destacables de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria son:³⁰⁵

- Énfasis en la actividad preventiva (planificación familiar, inmunización);
- Participación de los individuos en la atención de su salud;
- Énfasis en la atención materno-infantil;
- Importancia de la educación en la salud;
- Prioridad en la atención a grupos vulnerables (sectores más desvalidos de la sociedad);
- Acceso a la atención primaria al alcance de todos (a un costo permisible).

La Declaración de Alma-Ata, al igual que las resoluciones WHA 30.43 y 32.30 de la WHA, ponen especial cuidado en aspectos sociales y éticos, y hacen hincapié en que los medios para lograr mejor calidad de vida y la paz son el desarrollo económico y social basado en un nuevo orden mundial.³⁰⁶

³⁰⁵ La Declaración a la vez que condena enérgicamente, busca revertir "la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y motivo de preocupación común para todos los países". Cit por Leary, p. 96 y 97. Vid. Declaración de Alma Ata punto II, apéndice, p. 407.

³⁰⁶ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 23.

Además, en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria se proponen indicadores claros, y objetivos pertinentes y bien delimitados para la supervisión de las metas propuestas en la Declaración. Esos objetivos-indicadores, en su mayoría, nos asistirán como parámetro para el monitoreo de progresos realizados:³⁰⁷

1. Adopción de la salud para todos, como política en el escalafón oficial supremo;

2. Establecimiento de mecanismos para conseguir que la población participe en las estrategias de salud para todos:

a) Políticas;

b) mecanismos idóneos;

3. Un gasto en salud equivalente por lo menos al 5% del PNB;

4. Dedicar a la atención de la salud local, un porcentaje razonable de los gastos nacionales en salud;

5. Distribución equitativa de los recursos para la atención primaria de la salud;

6. Atención primaria de la salud para el total de la población, por lo menos con los siguientes servicios:

a) Acceso al agua potable a 15 minutos a pie por lo menos;

b) Instalaciones de saneamiento adecuadas;

c) Inmunización contra la difteria, tétanos, tosferina, sarampión, poliomielitis y tuberculosis;

³⁰⁷ Primary Health Care, "Progress and problems", *Assessing the march towards health for all, passim*. Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, pp. 50-53.

d) Atención local con por lo menos, 20 medicamentos esenciales, a una distancia no mayor de 1 hora;

e) Personal adiestrado para embarazos y partos, y cuidado de los niños durante el primer año de edad;

7. Estado nutricional de los niños: por lo menos 90% de los recién nacidos deben pesar 2 500 gramos y que mantengan su peso con la edad;

-Tasa de mortalidad infantil inferior a 50 por 1 000 nacidos vivos;

9. Expectativa de vida al nacer de más de 60 años, y

10. Alfabetismo de adultos: hombres y mujeres de más del 70%.

El propósito adoptado por la OMS: “el grado máximo de salud que se puede lograr” ha sido retomado por otros organismos internacionales. La meta: “salud para todos en el año 2000” propuesta en Alma-Ata, fue trasladada a un Plan Regional de Acción con estrategias mínimas de equidad social.

De este modo, en 1979, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acordó en la resolución XXV,³⁰⁸ un plan de trabajo en el que la atención primaria de la salud implicaría la concreción de los siguientes objetivos:³⁰⁹

◆ “Ningún país de la región tendrá:

(a) Una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años;

(b) Una tasa de mortalidad infantil superior a 30 defunciones por 1 000 nacidos vivos;

³⁰⁸ OPS/OMS, *Salud para todos en el año 2000: estrategias*, pp. i y ii.

³⁰⁹ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 547.

(c) Una tasa de mortalidad superior a 2.4 defunciones por 1 000 en el grupo de 1 a 4 años;

(d) En 1990, se prestarán servicios de inmunización al 100% de los menores de un año, contra las principales enfermedades de la infancia; cobertura de que se mantendrá durante el último decenio del siglo;

(e) El acceso al agua potable salubre y a la evacuación de aguas se hará extensivo al 100% de la población, y

(f) Por último, el acceso a los servicios sanitarios se hará extensivo al 100% de la población.

Nos atrevimos a hacer la transcripción de los puntos vitales de los trabajos de la Organización Panamericana de la Salud, ya que pone énfasis en la obligación concreta del Estado y da mayor realce a las actividades preventivas que a otras actividades tradicionales de la salud pública.

De los documentos expuestos hasta ahora, se destaca a la salud como factor de desarrollo social y económico interconectado con otros renglones de la vida social. Por tal, no podemos hablar de una garantía efectiva al DPS, si subsisten los problemas de pobreza y subdesarrollo.

Vemos con el correr de los años, no obstante los conceptos inspirados en Declaraciones y estrategias internacionales, el abismo que separa a los que tienen los medios para proteger su salud de los que no, es más hondo.³¹⁰

Una crítica al análisis textual de los documentos señalados podría ser quizá la falta de pertinencia para un estudio jurídico. Es cierto que en *estricto sensu*, la naturaleza de las Declaraciones no posee la misma fuerza vinculante que un acuerdo internacional; pero tienen la fuerza política y

³¹⁰ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 24 y 25.

moral para conducir los manejos estatales hacia la cristalización del derecho.³¹¹ Y añadiríamos; dada la ausencia de precisión en los acuerdos internacionales vinculantes por conformar el contenido y alcance de los elementos del DPS, las Declaraciones Internacionales en la materia reflejan las concepciones de profesionales de la salud y público en general.³¹² Así rescatamos su pertinencia, en razón de ser las definiciones más acabadas de lo que debe ser la obligación del Estado en ocasión de la protección de la salud.

Para iniciar con el estudio pretendido, primero debemos esclarecer algunos puntos previos: ¿qué entendemos por DPS?, ¿Cuál es su dimensión?, ¿Sobre cuáles elementos nos enfocaremos?, para después establecer quién y cómo se debe cumplir este derecho. Luego, analizaremos el desempeño del Estado mexicano en el cumplimiento de esta exigencia y por último, veremos si existen mecanismos de control real (efectivo).

La OMS establece en el preámbulo de su Constitución, suscrita en Nueva York el 22 de julio de 1946:

³¹¹ Incluso hay quienes consideran que las Declaraciones generan obligaciones concretas para los Estados, muchas veces exigibles judicialmente. Abramovich, Víctor y Christian Courtis, "Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales e internos de aplicación ante los tribunales locales", *Derechos sociales y derechos de las minorías*, p. 139. Las Declaraciones pueden ser invocadas para denunciar las violaciones a los derechos en ellos contenidas, como sucedió con la petición presentada ante la CIDH por los indios yaconami vs. el gobierno de Brasil; en éste asunto se invocó la violación al art. XI de la DADDH. *Cfr.* Resolución n. 12/85, caso 7615, Brasil, 5/03/85. cit. por Leary, p. 104 y 105.

³¹² Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 548.

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades”.³¹³

Éste concepto es un tanto vago para fines jurídicos, pero ha servido para dar la intención general. Tan es así, que el mismo concepto fue retomado por el Jefe del Ejecutivo Federal mexicano en la exposición de motivos de la ley reglamentaria de la adición al art. 4º. constitucional, la LGS;³¹⁴ mas no podemos decir propiamente que la CPEUM defina el concepto del DPS.

Del documento constitutivo de la OMS igualmente se desprende que la salud es un *derecho básico* conferido a todos por igual;³¹⁵ pero con dependencia de su accesibilidad, es decir; será protegido en la medida en que la sociedad sea capaz de protegerlo;³¹⁶ en mucho supeditado a manejos políticos regidos con un amplio margen de discrecionalidad.

Aquí merece la pena hacer una reflexión acerca de la capacidad de protección del Estado. Esa capacidad a la que se le suele enlazar con limitaciones económicas (grado de desarrollo) es un tema medular para la realización de los DESC, discutido ya por el Comité:

“D’un point de vue théorique, et compte tenu du fait que tous les êtres humains sont égaux en dignité, celle-ci étant le fondement des droits de l’homme, est impossible de ne pas conclure que tous les êtres humains ont le droit de jouir du même niveau de santé. En conséquence, lorsqu’il s’agit de la jouissance du droit

³¹³ Díaz, Luis Miguel, *Instrumentos administrativos fundamentales de organizaciones internacionales*, p. 179.

³¹⁴ Exposición de Motivos correspondiente a la iniciativa de adición del art. 4º. constitucional 3/2/83 y de la LGS 7/2/84. Cit por Ruiz Massieu, “México”, p. 353.

³¹⁵ “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todos ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Leary, p. 92. Abramovich, Víctor y Christian Courtis, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, pp. 248 y 249.

³¹⁶ Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor, p. 544.

a la santé, fixer les limites en fonction du développement relatif d'un pays serait subordonner la jouissance de ce droit à des situations incompatibles avec la dignité humaine, ce qu'équivaudrait à légaliser, d'une certaine façon, des mesures discriminatoires qui seraient, par nature, contraires sus droits de l' homme".³¹⁷

Bajo este criterio, no podría existir excusa del gobierno mexicano, para argumentar la falta de observancia del DPS, en virtud de las precarias condiciones de desarrollo del país.

De vuelta al concepto de DPS que nos ocupa, el Comité en el debate general celebrado el 6 de diciembre de 1993, propone:

"Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elles sont capables d'atteindre".³¹⁸

En el mismo sentido, el art. 12 del PIDESC nos da una noción de que debemos entender por DPS y además nos acerca a la dimensión del derecho:

"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconoce el derecho de toda persona al disfrute más alto posible de salud física y mental.

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

³¹⁷ Desde un punto de vista teórico y teniendo en cuenta el hecho de que todos los seres humanos son iguales en dignidad, tomada como fundamento de los derechos humanos, es imposible dejar de concluir que todos los seres humanos tienen derecho a disfrutar del mismo nivel de salud. En consecuencia, cuando se trata del goce del derecho a la salud, fijar los límites [en función] en relación al desarrollo de un país, sería subordinar el goce de ese derecho a situaciones incompatibles con la dignidad humana, lo cual equivaldría a legalizar, de cierta manera, las medidas discriminatorias que serían por naturaleza contrarias a los derechos humanos. Traducción propia. E/1993/22 (R. 1992) p. 61. Cit por Dhommeaux, p. 639.

³¹⁸ Derecho que toda persona tiene de disfrutar del mejor estado de salud física y mental que sean capaces de alcanzar. Traducción propia. E/1993/23 (R. 1993) p. 61-71, *ibid.* p. 644.

- a) La reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

De igual manera el art. 10 del Protocolo de San Salvador apunta:

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

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

- a) La atención primaria de la salud, entendida como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias en la comunidad;
- b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d) La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

Por lo que compete a la legislación nacional, la LGS dispone cuáles serán los servicios básicos de salud:

“Art. 27. Ley General de Salud

Título Tercero Prestación de los Servicios de Salud

Capítulo I. Disposiciones Comunes

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se considera *servicios básicos*³¹⁹ de salud los referentes a:

I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;

II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

IV. La atención materno-infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

VII. La prevención y el control de las enfermedades buco-dentales;

VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables”.

El tema de la salud, como podemos prevenir, tiene una dimensión amplísima. A grandes rasgos se insertan dos amplios rubros: por un lado se ubica la asistencia individual como lo es la atención materna, infantil, de planificación, salud mental, rehabilitación, salud dental, salud bucal,

³¹⁹ La *itálica* es agregada.

diagnóstico temprano, nutrición, etc. Y por el otro tenemos la vertiente pública, relacionada con situaciones variadas que afectan la salud de la comunidad, cuyo contenido incluye vacunas, agua potable, servicios sanitarios, medio ambiente, productos para el consumo humano, educación para la salud, etc. Finalmente, las actividades de asistencia social a grupos vulnerables, pueden incluirse en el apartado de atención individual.

Los elementos de análisis en esta investigación serán aquellos servicios de salud enfocados a la atención médica, relacionados con las *actividades preventivas, las actividades curativas y de asistencia a grupos vulnerables*. En la LGS, éstos se encuentran referidos como servicios básicos de salud, en el art. 27 fr. II, III, VIII y X. Pues, del cotejo de los documentos revisados; cuestiones sustantivas planteadas para la aplicación del PIDESC, sobre el derecho al disfrute más alto posible de salud;³²⁰ la propuesta de acotamiento de las condiciones mínimas del derecho a la salud ante Comité,³²¹ el PIDESC,³²² el Protocolo de San Salvador,³²³ el Plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud,³²⁴ la Declaración de Alma Ata³²⁵, y la LGS;³²⁶ se realzan esos tres obligaciones positivas comunes, de importancia capital y de contenido invariable; relativos a la atención primaria de la salud.

³²⁰ Se recomienda la lectura de E/C.12/2000/4.

³²¹ *Vid. supra*, p. 146.

³²² *Vid. supra*, pp. 156-157.

³²³ *Vid. supra*, p. 157.

³²⁴ *Vid. supra*, pp. 152 y 153.

³²⁵ *Vid. supra*, pp. 149 y 150.

³²⁶ *Vid. supra*, p. 158.

Como parte de las *actividades preventivas* tomaremos en consideración principalmente los avances en cuanto a la atención de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes. También daremos seguimiento al mejoramiento de las condiciones sanitarias, índices de mortalidad general e infantil, saneamiento básico y esperanza de vida; educación sexual y reproductiva; planificación familiar y nutrición.

En el monitoreo de las *actividades curativas* revisaremos la atención médica en general, tocaremos la atención materno-infantil y aspectos relacionados, también dedicaremos espacio al análisis de los insumos; además ponemos especial empeño en el análisis de la obligación de crear condiciones para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; así como la calidad, financiamiento, equidad y cobertura, atendiendo a la naturaleza del prestador del servicio, y en general la eficiencia—aptitud para obtener determinado efecto— con la que se prestan los servicios médicos.

Por último, en éste capítulo, daremos seguimiento a las condiciones en que opera la *atención preferente a la salud de los grupos vulnerables y otros aspectos atinentes a su asistencia social* en niños, mujeres, ancianos, indígenas, indigentes y discapacitados.

A partir de estos tres aspectos, examinaremos los avances realizados, tomando en lo pertinente como guía los objetivos-indicadores de la Conferencia de Alma Ata.³²⁷

Existen variados instrumentos jurídicos vinculantes en materia de DESC; pero no pretendemos analizar el desempeño de México con base en todos los acuerdos que tienen incidencia en el DPS. Tocaremos meramente aquellos que sean más destacados, como lo es el PIDESC y ahora, el

³²⁷ Vid. *supra*, pp. 151 y 152.

Protocolo de San Salvador. Sin embargo, el referente temporal de nuestra investigación es el PIDESC, por ser el primer acuerdo universal y obligatorio para el Estado mexicano; de manera que lo consideramos como la principal pauta jurídica en nuestra pesquisa. Claro, sin dejar de consultar lo pertinente de los demás documentos, en la medida que nos provean de mayor claridad.

El 23 de junio de 1981, entra en vigor el PIDESC en territorio nacional. Una de los aspectos contemplados en dicho documento, así como en el Protocolo de San Salvador, es la presentación de informes periódicos, no simplemente describir las medidas legislativas u otras; sino manifestar los progresos realizados³²⁸ para dar efectividad plena a las disposiciones (art. 16. I y 17 del PIDESC y art. 19 del Protocolo de San Salvador) o bien, determinar la violación o manifestar la dificultad para requisitar tal o cual mandato.

El PIDESC (art. 2.I) y el Protocolo de San Salvador (arts. 1 y 2) obligan: "...a los Estados a adoptar medidas (...) hasta el máximo de los recursos (...) por todos los medios apropiados (...) recursos que deben ser asignados para el desarrollo de modo equitativo, sin tener en cuenta la ubicación geográfica de las poblaciones."³²⁹

Los Estados Partes tienen la obligación de rendir cuentas;³³⁰ por consiguiente, el gobierno Mexicano debe demostrar que ha cumplido con la adopción de medidas necesarias sanitarias y sociales para el logro progresivo *i.e.* que dichas acciones sean deliberadas, concretas y factibles,

³²⁸ Es por ello que el Comité se ha dado a la tarea de elaborar un manual sobre la presentación de informes, así como otras directrices sobre el particular. *Cfr.* Philip Alston, *Le manuel relatif a l'établissement des rapports sur les droits de l'homme* Centre pour les droits de l'homme UNIERA. NY. 1992. Cit. Dhommeaux, p. 637 y 647. *Vid. item* E/C.12/1991/1, HRI/CORE/1 y HRI/GEN/2.

³²⁹ *Cfr.* Observaciones finales E/C.12/1/Add.41 pr. 33.

³³⁰ Dhommeaux, p. 637.

hasta un máximo de los recursos. Cometido que implica actuar rápida y eficazmente para la atención de éste objetivo³³¹ para garantizar la protección de la salud de los mexicanos.

De ahí la trascendencia que adquieren para el análisis los informes presentados por México ante los organismos internacionales [art. 16. 2 inciso a) PIDESC y 19.1 Protocolo de San Salvador], así como las correspondientes observaciones que recaen sobre cada informe presentado.

El reporte inicial de México a la ONU fue presentado en tres etapas.³³² En 1986 se presentó la última parte del primer informe, tocante a los arts. 10-12 del Pacto, en cumplimiento de la resolución 1988 (LX) del Consejo Económico y Social (art. 62 Carta de las Naciones Unidas). Inicialmente los reportes fueron revisados por el grupo de trabajo conformado por expertos gubernamentales³³³ y más tarde (1986), por el Comité. A partir de entonces, los reportes del gobierno de México se han presentado regularmente.

³³¹ El Comité hace referencia a los principios de Linburgo, reunión llevada a cabo en la Universidad de Linburgo; situada en Maastricht, Holanda; del 2 al 6 junio de 1986, sobre la aplicación del PIDESC: perspectivas regionales para la efectividad de los derechos sociales así como la forma de verificación. E/CN.4/1987/17. Cit por Dhommeaux, nota al pie 19, p. 638.

³³² Informe inicial está dividido en tres partes arts. 13-15 del Pacto (E/1982/3/Add.8), arts. 6-9 (E/1984/6/Add.10) y arts. 10-12 (E/1986/3/Add.13).

³³³ Recordemos que el Consejo Económico y Social, órgano principal del sistema onusiano, encargado de los asuntos relativos a derechos humanos (art. 16.2 a PIDESC) crea hasta mayo de 1986, lo que hoy es el Comité de DESC, encargado de asistir en la supervisión de las obligaciones contenidas en el Pacto. Anteriormente, de 1979 a 1986, dicha función recayó en los grupos de trabajo; primero formado por representantes gubernamentales y más tarde por expertos provenientes de los diferentes gobiernos estatales.

A. ASPECTOS GENERALES DE DIAGNÓSTICO

Antes de entrar en cuestiones específicas, queremos referirnos brevemente a algunos aspectos generales de diagnóstico en el SNS que nos permitirán tener una visión en conjunto de los progresos obtenidos en la salud de los mexicanos, previa y posterior a la entrada en vigor de PIDESC.

En la etapa previa, el perfil general de salud se resume de la siguiente manera: las acciones de salud en favor de la población, anteriores al reconocimiento constitucional del DPS, eran dispersas. La lucha contra las enfermedades transmisibles fue la principal preocupación del Estado mexicano desde mediados del presente siglo, siendo las vacunas y sueros orales las herramientas elementales de trabajo. Todavía en 1943, cuando la SSA comenzó sus actividades, no se tenía objetivos de salud bien delimitados;³³⁴ ni se consideraba una política de salud preventiva.³³⁵

La década de los ochenta se caracteriza por la consolidación del SNS.³³⁶ La tercera etapa de la evolución institucional del servicio de salud coincide con la entrada en vigor del PIDESC. Los objetivos del PND 83-88 en lo relativo al sector salud y en el correspondiente programa sectorial fueron consolidar el SNS por sectores, descentralizar y modernizar la SS, y darle prioridad a la asistencia social.

³³⁴ Consigna que al Estado le corresponde: "... proteger a los ciudadanos contra los males que puedan lesionar y aun destruir su existencia". González González, Norma, "Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México", *Papeles de Población* n. 25, p. 211.

³³⁵ *Ibid.* pp. 211, 213 y 214.

³³⁶ La primera etapa abarca de la reforma hasta la revolución; la segunda etapa corre de la Constitución de 1917 a 1982. En la tercera etapa se implanta la programación como elemento para dar efectividad al SNS y llevar con éxito el compromiso contraído ante la OMS de "dar salud para todos en el año 2000". PNS 84-88, pp. 16-18.

La necesidad de descentralizar los servicios de salud surgió con motivo del ensanchamiento de las necesidades y riesgos de salud en las entidades federativas y sus municipios, *i.e.* demanda de un mayor catálogo de servicios a la población de menor ingreso, originada por la dificultad del gobierno federal para coordinar y regular las instituciones de salud de todo el país.³³⁷ Así, al plantearse la reforma integral del SNS³³⁸ resurge el Consejo Nacional de Salud,³³⁹ al cual se le encomienda el 27 de enero de 1995, consolidar el proceso de descentralización de los servicios de salud para población abierta en las entidades federativas, así como apoyar a los sistemas estatales de salud.³⁴⁰

Si bien el proceso de descentralización tiene más de 20 años, en la actualidad, todavía se hacen esfuerzos para fortalecer verdaderamente el federalismo, mediante leyes de coordinación fiscal, instrumentos sobre la

³³⁷ Los primeros esfuerzos de descentralización de servicios de salud a población abierta comenzaron en 1983. El avance gradual del PND 83-88 arrancó en 6 entidades federativas en el primer año, incluido al D.F. La pretensión era cubrir el total de la población al final del sexenio. Se firmaron acuerdos ante los gobiernos de dichas entidades para transferir de manera integral recursos humanos, servicios, manuales, apoyo logístico y económico; además de establecer acuerdos de coordinación con otras dependencias de la administración federal: SEP para instaurar programas de educación para la salud. Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos para apoyo en los programas de nutrición y saneamiento del agua. Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para compras consolidadas y la Secretaría de Marina para campañas de vacunación. Pero al final del 1988, la descentralización total no se logró, así que continuó para la administración 89-94. PNS 90-94, p. 18 y 19 y PND 95-00, *passim*.

³³⁸ Cfr. E/1994/104/Add.18

³³⁹ En el D.O.F. 25/03/86, se estableció por vez primera el Consejo Nacional de Salud como instancia de coordinación para la programación, presupuestación y evaluación de la salud pública. Mismo que fue abrogado por un nuevo Acuerdo que establece la integración y objetivos del nuevo Consejo Nacional de Salud.

³⁴⁰ Vid. "III. La descentralización", p. 27 y 28 del Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, D.O.F. 25/09/96.

rendición de cuentas, cooperación entre autoridades, asignación equitativa de los recursos, descentralización de nómina y cesión definitiva de bienes inmuebles.³⁴¹

La meta señalada en el periodo 89-94 fue impulsar la protección de la salud de todos los mexicanos, brindar servicios y prestaciones oportunas, eficaces, equitativas y humanitarias que coadyuvaran efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social".³⁴² El resultado fue desalentador y la meta frustrada. La limitada eficiencia, mala calidad y descoordinación entre las autoridades de distintos niveles, así como limitada cobertura era y sigue siendo motivo de constantes quejas por parte de la población, pues las inconformidades se han mantenido durante los últimos años. A pesar de los afanes, la dimensión interpersonal médico-paciente operaba más en términos de médico-problema, debido a la actitud de desinterés persistente a lo largo del proceso de atención médica, trayendo como resultado servicios de muy baja calidad.³⁴³

Es de notarse que los impulsos y avances realizados en las últimas décadas para mejorar el alcance de los servicios de salud son insuficientes, no exclusivamente en México, sino alrededor del mundo; porque a medida que mejora el ingreso *per cápita* se incrementa, la esperanza de vida provoca un aumento en la demanda de servicios de salud y el costo unitario de los servicios de salud. La paradoja se debe a que el envejecimiento de la población impone una carga superior al Estado;³⁴⁴ de igual manera, a mayor

³⁴¹ Heras, Antonio, *Federalismo cooperativo en salud, passim*.

³⁴² PND, 89-94, *passim*.

³⁴³ PND, 89-94, p. 40.

³⁴⁴ Mosley H. Bobadilla JL. *et al.*, 1993. *The health transition: implications for health policy in developing countries*, Oxford University Press. Cit. por Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 256.

difusión de educación para la salud, mayor demanda de atención. Al problema de insuficiencia de los servicios se añaden los malos hábitos de vida, alimentación la población urbana que actúan como aceleradores del proceso regresivo de la salud e incrementan las enfermedades crónicas degenerativas. Asimismo el desarrollo de tecnología impone mayores costos de operación.³⁴⁵

1. ORIENTACIÓN DEMOGRÁFICA: CAUSAS Y EFECTOS

A principio de la década de los ochenta, el panorama demográfico tuvo tendencia acelerada de crecimiento (34 nacimientos x 1000 habitantes). Para 1980, se estimó una población total de 67 000 000 de personas con predominio de jóvenes (45%) y un incremento de mujeres en edad reproductiva (4.6 hijos x mujer fértil). En 1990, de acuerdo con el XI Censo General de Población y Vivienda, 81 249 645 individuos constituían la población total, de la cual 49.1% eran hombres y 50.9% mujeres;³⁴⁶ para el año 2000, el número de habitantes ascendió cerca de 100 000 000 (o 97 500 000), con similar proporción entre sexos: 48.8% hombres y 51.2 % mujeres.³⁴⁷ Actualmente hay un mayor control e información de la vida reproductiva que ha contribuido a la disminución en la tasa de fecundidad³⁴⁸ de 1975 a 1980: 188.7; de 1980 a 1985: 184. 5; 1985 a 1990: 176.2; 1990 a 1995: 163.6; 1995 a 2000: 151.0. y natalidad: de 1975 a 1980: 41.7; de

³⁴⁵ *Ibid.* pp. 256 y 257.

³⁴⁶ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1993-1994*, pp. 11 y 12.

³⁴⁷ *XII Censo General de Población y Vivienda y, Secretaría de Salud, Informe de Labores 1999-2000*, p. 11.

³⁴⁸ PNS 01-06, p. 25. Fuente: Selected World Demographic Indicators by Countries, 1950-2000, Population División, United Nations, ESA/P/WP/55, cit. por OPS/OMS, *Salud para todos en el año 2000: estrategias*, p. 28.

1980 a 1985: 41.1; 1985 a 1990: 39.5; 1990 a 1995: 37.7; 1995 a 2000: 35.2. (por 1000 habitantes);³⁴⁹ así como a desacelerar el crecimiento poblacional de un 2.9% en 1980, a 2.4% en 1990 y 1.9% en 2000.³⁵⁰

POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD 1980-2000				
INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. PND 01-06 p. 22.				
año:	población:	0-14:	15-64:	65 y más:
1980	66 846 833	28 809 460	35 468 828	2 568 545
1990	81 249 645	31 336 361	46 515 859	3 397 425
1995	91 158 290	32 337 929	54 783 156	4 037 205
2000	97 483 412	33 288 298	59 342 569	4 852 545

Como anotamos al inicio de éste trabajo,³⁵¹ las motivaciones que acarrearón hacinamiento en centros urbanos tienen su antecedente en el modelo de desarrollo de la posguerra adoptado por México. El desmantelamiento del campo y la necesidad de buscar mejores oportunidades de trabajo, de vida, o al menos, satisfacer las necesidades básicas de las familias, provocó un éxodo poblacional masificado hacia grandes centros urbanos (casi el 70% de la población emigró a las ciudades), generando una desordenada urbanización con otros mayores problemas.

³⁴⁹ Fuente: Selected World Demographic Indicators by Countries, 1950-2000, Population División, United Nations, ESA/P/WPI.55, cit. por OPS/OMS, *Salud para todos en el año 2000: estrategias*, p. 29.

³⁵⁰ INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

³⁵¹ *Vid. supra*, p. 46.



*Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. PND 01-06, p. 23

A mediados de la década de los ochenta se incrementó la concentración urbana en polos localizados con desarrollo industrial y comercial (el Valle de México, Guadalajara y Monterrey concentraban el 27% de la población total) en contrapartida al esparcimiento rural.³⁵² El 30% restante de entonces — hoy cerca de 26% con tendencia decreciente— son grupos rurales en su mayoría localizados en forma dispersa, *i.e.* en 100 000 localidades en el país con menos de 500 habitantes asentados en lugares de difícil acceso. Es evidente el desafío que implica operar servicios para dar atención primaria a toda la población, en localidades dispersas y con poca densidad de población. La disgregación limita en mayor grado el uso de cualquier servicio: únicamente el 60% de la población que habita en zonas rurales disfruta del acceso a centros de salud, el 62% de agua potable y el 17% cuenta con servicios sanitarios. También hay zonas urbanas con dificultades para hacerse llegar los servicios básicos: aprox. el 20% de personas que

³⁵² PNS 84-88, pp. 27-30.

habitan en centros urbanos no tiene acceso a servicios de salud, el 9 % no tienen agua potable y el 30% carece de servicios sanitarios.³⁵³

Aparte de las diferencias en el tipo de servicios con los que cuenta la población rural y urbana, existen disparidades no menos importantes entre el campo y la ciudad que agrandan la desigualdad social debido a las diferencias entre el costo de los productos, el salario y las oportunidades de empleo.³⁵⁴ La desigualdad social en México tiene una dimensión nacional y regional particular. Entre 1984 a 1992, se acentuó la desigualdad entre zonas rurales y urbanas; pero en el año 2000, la inequidad del ingreso llegó a su nivel más alto desde la década de los ochenta. Hoy sabemos que el 81% de los más pobres residen en zonas rurales bien localizadas por regiones: el centro, el centro occidente y el sur este. Coincidentemente es donde se encuentra la mayoría de indígenas con una educación formal mínima, con ingresos generalmente menores que la media ordinaria de zonas urbanas y que además, derivan de actividades de autoempleo, v.g. la agricultura o actividades similares.

En el campo, otra situación que se suma a la compleja génesis de la pobreza y desigualdad en México, es la falta de apoyos reales para hacerlo altamente productivo, así como la desigualdad con la que se reparten los créditos agrícolas, desproporción aún mayor que la observada en salarios o tierra. Ello ha beneficiado a las clases medias y medias altas con los préstamos o programas de ayuda económica y la absorción de las

³⁵³ Inter-American Commission on Human Rights, OAS, Country Report, Mexico 1998, pr. 597. www.oas.org/cidh/countryrep/mexico98en/Chapter-8.htm

³⁵⁴ México se ha caracterizado por su alto nivel de desigualdad social, agudizado en las últimas décadas por la enorme diferencia de ingresos; pero sobre todo atribuido a la falta de inversión y formación de capital humano. Londoño and Székely, 1997 and Inter-American Development Bank, 1997 and 1999. cit por IMF, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, January 2002.

operaciones de reestructuración del sistema bancario por las finanzas públicas, que dejan menos posibilidad de ayuda para otros programas sociales en favor de los que más lo precisan.

Estamos conscientes que las políticas de gobierno y las instituciones son fundamentales para incentivar la economía agrícola; no se ignora que ha habido fuertes subsidios al campo, pero muchos de ellos no han sido orientados debidamente para producir más y mejor; los beneficios del campo gracias a los programas de apoyo del gobierno generalmente retornan como ganancias a los productores y apenas un pequeño porcentaje se reparte a los campesinos o se invierte en infraestructura y recursos para la tierra, *i.e.* se beneficia a un sector no prioritario, discriminándose el potencial de los elementos primarios generadores de riqueza. Ello ha acarreado el desánimo de los trabajadores de la tierra y la migración de campesinos hacia las ciudades.³⁵⁵

Podemos agregar que el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) fue otro pretexto para sabotear los intereses de los trabajadores del campo y anular los avances en el sector agrícola y la salud logrados en años. El gobierno norteamericano presionó a México para modificar todas aquellas prerrogativas de los campesinos que afectaban los intereses del libre comercio. Tras una campaña de mal-información masiva, el Congreso de la Unión pudo eliminar de la Carta Magna el sistema ejidal y quitar los límites a la propiedad privada. Muchos sabían que era una artimaña para despojar al campesino de sus tierras; ya sea por endeudamiento o venta propiciada por la baja rentabilidad, los campesinos y pequeños propietarios terminarían por ceder su patrimonio y no necesariamente al mejor postor, sino como resultado de la necesidad. La

³⁵⁵ IMF, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, p.11.

presión para modificar la ley ocasionó divisiones entre agrupaciones campesinas en todo el territorio nacional, pero dicha reforma no pudo detenerse.³⁵⁶ Las pugnas motivadas por la puesta en marcha del capítulo agropecuario del TLCAN³⁵⁷ continuaron por largo tiempo, hasta que finalmente las partes involucradas convinieron en un acuerdo general para lograr la soberanía y seguridad alimentaria.³⁵⁸

Con la suma de todos los problemas antes descritos y el disparo del desordenado crecimiento de las urbes, la estructura estatal fue incapaz para asimilar al número creciente de emigrantes³⁵⁹ en los centros urbanos y al no ser satisfechas adecuadamente las demandas de servicios públicos de la población, se desataron otros problemas mayores que acarrearón marginación, pobreza, criminalidad, deficiencia alimentaria, contaminación

³⁵⁶ Werner, "Un ejemplo de México", *passim*.

³⁵⁷ Por un lado, los bandos en contra argumentan que una renegociación sería una violación al TLCAN con serias implicaciones para México; además de vulnerar la credibilidad del país ante la comunidad internacional y un deterioro de la estabilidad de las políticas públicas, entre otras. Por otro lado, la Confederación Nacional Campesina insiste en renegociar el TLCAN por considerarlo desventajoso para México; otros consideran que la renegociación puede ser posible si destacan el interés primario de EUA en la estabilidad social de México, argumentando que de no hacerlo ocasionarían mayor flujo migratorio con un consecuente costo político y de seguridad nacional. Lo cierto es que al campo mexicano se le ha cargado todo el peso de la modernización. Sin embargo, los únicos beneficiados han sido los dirigentes, no los trabajadores de la tierra. S/t, "Notimex", Boca del Río Veracruz, 5 /01/03.

³⁵⁸ Con instrumentos puntuales de política pública que privilegien el respeto a las personas, la aptitud de la tierra, el fomento productivo a largo plazo de las cadenas agroalimentarias, el desarrollo rural, el uso y aprovechamiento sustentable de los recursos naturales; todo dentro de un contexto global, un sentido nacionalista y un enfoque regional. *cfr.* Acuerdo Nacional para el Campo, 28/04/03, p. 4.

³⁵⁹ La población migrante según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000, fue de 14.5% en 1970, 17.2% en 1990 y 18.0% en el 2000.

del medio ambiente,³⁶⁰ bajos niveles de educación,³⁶¹ aumento de empleo informal (3 a 4% anual),³⁶² desempleo (se registra una pérdida de los empleos existentes = tasa promedio de 2.93% anual) y saturación de los servicios de salud en las grandes ciudades.

Con el acrecentamiento en el número de personas insertas en la economía informal o desempleadas se agrandó también la demanda de servicios de salud para la población con mayores carencias; servicios que sin la intervención directa del Estado serían francamente inaccesibles. Esa carga extra al erario para mantener y asegurar la operatividad de los servicios de salud; limitándose a asistir y curar a la inmensa mayoría de ciudadanos en la pasividad de la pobreza; se podría aligerar de producirse una economía sana que permitiera a cada uno, o al menos a la mayoría de los ciudadanos, contar con un empleo remunerador. De esta forma el Estado, en vez de estancar mayores recursos en este renglón, podría una vez superado éste, orientar sus esfuerzos y recursos en desarrollar otras áreas estratégicas correlacionadas con la salud para el progreso del país.

³⁶⁰ En México los principales problemas que afectan el medio ambiente son: contaminación de mantos acuíferos y escasez de agua, deforestación y destrucción de los ecosistemas, descontrol en el manejo de residuos tóxicos e industriales contaminantes, etc. *Problemas del medio ambiente*, "Ventana 22", Canal 22, Cd. de México, 23/04/04, 13:30-14 hrs.

³⁶¹ 4 200 000 de personas menores de 15 años carecían de instrucción; 20 200 000 de adultos no concluyeron sus estudios de primaria; 300 000 niños no tenían acceso a la educación básica; escasamente el 54% de los alumnos matriculados concluyeron la primaria. *Cfr.* Programa Nacional de Modernización Educativa 89-94, p.15.

³⁶² En la actualidad 9 de cada 10 trabajadores no son registrados, ni asalariados, Aunque el INEGI estima que un 12.7% del PIB, pertenece a la economía informal, éste número equivale a 750 mil millones de pesos anuales, pero también considera que éstas cifras no reflejan el problema real. S/t, "Radio Fórmula", Emisora Cadena Radio Mil, Cd. de México, 29/04/02, 18:00 hrs.

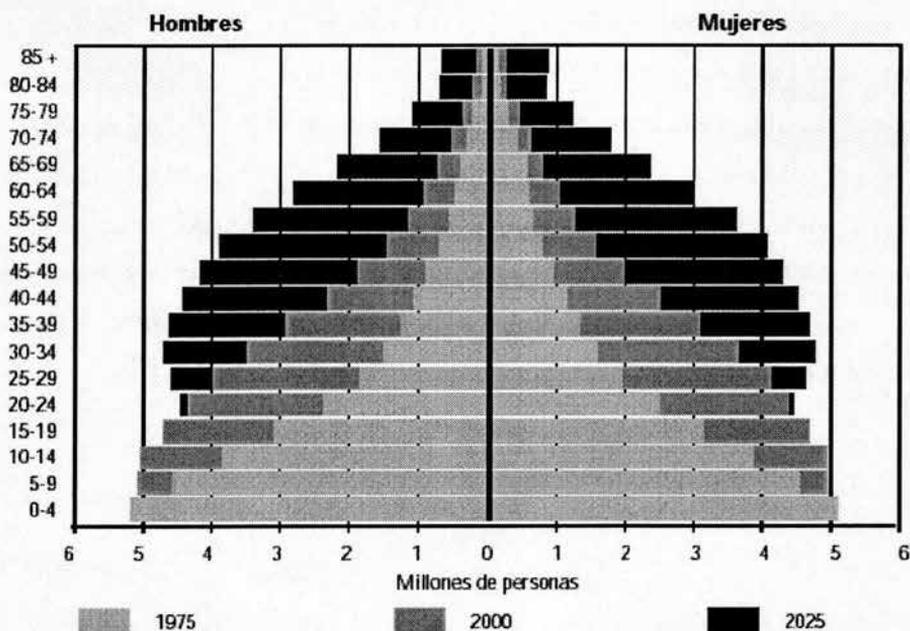
Aunado al problema de la creciente demanda de servicios de salud para la población con mayores carencias, debemos tomar en consideración que el grueso de la población conformado hoy todavía por jóvenes³⁶³ pasará a formar un grupo senil importante en un futuro cercano³⁶⁴ y que junto con la creciente tasa demográfica y el número elevado de mujeres fértiles, mas el incremento de la expectativa de vida en un mañana próximo; la atención sanitaria solicitará de mayores recursos, no tan solo para instituciones que atienden población abierta, sino en general para prácticamente todas las instituciones de salud.³⁶⁵

³⁶³ (Rango promedio = miles) 32,261 de 0-14 años, 54 652 de 15-64 años, 4 024 de 65 y más. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Censo de población y vivienda. Aguascalientes: 1995. Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 448.

³⁶⁴ Conjuntamente niños y jóvenes conformaban en 1970 el 46.2% de la población; en 1980 el 43%; en 1990 el 38.3%. Cifra inversamente proporcional a la tendencia de la población adulta; de 3.7% y 3.8% y 4.2%. En efecto, la población joven decrece y la senil aumenta. Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1993-1994*, pp. 11 y 12.

³⁶⁵ *Ibid.* p.74, PNS 90-94, p. 20, PNS 01-06, p. 29.

TABLA DE CAMBIOS DEMOGRÁFICOS



Fuente: CONAPO, 2000

Se debe pues, sin retraso, incentivar actividades productivas para generar riqueza y la autosatisfacción de necesidades básicas, antes de que colapse la capacidad operativa y financiera del Estado.

a) MORTALIDAD

La mortalidad en general es el indicador de salud de mayor sensibilidad para medir las condiciones sociales y económicas prevalecientes. Las tasas y causas de mortalidad son corrientemente, la señal más clara del nivel de desarrollo socioeconómico y de salud de los habitantes de un pueblo. Los

niveles de mortalidad general han registrado descensos significativos vinculados con el progreso del país³⁶⁶

De acuerdo con los resultados de una investigación sobre los índices de bienestar social,³⁶⁷ la población de las localidades con menor bienestar social reportó prevalencias mayores de morbilidad general (proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados).³⁶⁸ Con base en lo anterior, puede afirmarse que el estado de salud esta directamente relacionado con el nivel de vida de las localidades.

Las condiciones para enfermedades transmisibles, particularmente de tipo infeccioso-parasitario y respiratorio, revelan claramente una mala nutrición³⁶⁹ y en general, una mala calidad de vida; condición común en los países en desarrollo. De manera contraria, los países industrializados con grandes centros urbanos y desarrollo económico presentan típicamente distintas patologías cardiovasculares,³⁷⁰ de salud mental³⁷¹ y accidentes. En

³⁶⁶ PNS 90-94, p. 9.

³⁶⁷ Martínez-Guzmán *et al.*, " Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud en el ámbito municipal", *Salud Pública*, *passim*.

³⁶⁸ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, p.1400.

³⁶⁹ La mala nutrición resulta tanto por consumo excesivo como por consumo deficiente (desnutrición), y puede conducir a padecimientos como hipertensión, diabetes y en algunos casos cáncer, Rivera Dommarco, p. 35 y PNS 84-88, pp. 41 y 42.

³⁷⁰ Estadísticas revelan que 1 de cada 5 personas tienen colesterol alto. Elevados niveles de colesterol condicionan a enfermedades del corazón. Cada 4 segundos ocurre un infarto al miocardio y cada 5 un infarto cerebral, esto provoca la muerte a 17 000 000 (aprox.) personas al año en el mundo. En México, dice el Dr. Abel Pavía, presidente de la Asociación Mexicana para Prevención de Arteroesclerosis: "las patologías cardiovasculares ocupan la primera causa de muerte en personas a partir de los 20 años de edad". *S/t*, "Acir Noticias", Grupo Acir, Cd. de México, 23/04/04, 14:30-15 hrs.

³⁷¹ Debido a un alarmante aumento en todo el mundo, los padecimientos psicológicos comienza a ser un problema de salud pública. La OMS recomienda

1986, el perfil epidemiológico en México deja de ser crítico y las enfermedades cardiovasculares pasaron a ser la principal causa de muerte, con una tasa de 62.2 x 100,000 hab.³⁷² Para 1990, las enfermedades no-transmisibles como cardiovasculares, tumores y accidentes ocuparon el primero y segundo lugar respectivamente en oposición a los padecimientos infecto-intestinales e infecto-contagiosos que tuvieron el sexto y octavo lugar.³⁷³ En el año 2000, los trastornos de hipertensión arterial y los relacionados con el embarazo, parto y puerperio, ocuparon las causas más importantes de muerte entre las mexicanas.³⁷⁴ Empero, el avance sugerido por la modificación del perfil patológico es relativo, ya que existen zonas de país que presentan padecimientos propios de países con gran atraso. De manera que en México por un lado tiene el problema de los rezagos en salud y por otro enfrenta las patologías emergentes propias de países desarrollados.

b) NUTRICIÓN

Según el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", el consumo diario promedio debe ser de 2,300 calorías y 60 gramos de proteína *per cápita*; el resultado de no cumplir con tales requerimientos trae un índice mayor de mortalidad infantil y de vulnerabilidad a padecimientos crónicos. *La nutrición es determinante en el proceso salud-enfermedad*; por tanto, es

destinar un 10% del PIB, pero en México destina apenas un 0.85% del gasto. *Salud Mental*, "Círculo Rojo", Canal 11, Cd. De México, 12/05/02, 22-23 hrs.

³⁷² Tumores malignos fueron la tercera causa de muerte y las enfermedades infecciosas pasaron al cuarto lugar. PNS 90-94, p. 8.

³⁷³ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1991-1992*, pp. 3-13.

³⁷⁴ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1999-2000*, pp. 11-14.

primordial conocer la situación nutricional de la población a fin de encaminar políticas y programas de salud adecuados.

La carencia de una buena educación para la salud y nutrición deficiente pueden fácilmente frenar los progresos para aliviar la pobreza y cualquier mejora para incrementar las actividades productivas que generan riqueza.

Ahora sabemos que un perfil epidemiológico y de higiene deficiente revelan deficiencias nutricionales graves. En México las enfermedades infecciosas fueron la segunda causa de muerte en el país durante la década de los ochenta. Se estimó que el 40% de la población no ingería los requerimientos mínimos nutrimentales; cifra acentuada en las regiones del sur-este del país. Escasamente el 18% de los mexicanos consumían una dieta balanceada. Pero lo más delicado era que de los 2 000 000 de niños que nacían al año, 100 000 morían por desnutrición y alrededor de 1 000 000 sobrevivía con deficiencias físicas o mentales. Para 1998, 2 600 000 de niños menores de cinco años sufrían algún grado de desnutrición y hasta hace un par de años, unos 25 000 pequeños fallecían por la misma causa.³⁷⁵ Para el 2002, se registraron aprox. 9 000 muertes por desnutrición y un 35% de niños presentan talla baja.³⁷⁶

En consecuencia, tal situación nos revela que al menos éste objetivo-indicador propuesto para lograr la salud para todos en el año 2000, estuvo lejos de lo deseable, al pretender que por lo menos el 90% de los recién nacidos tuvieran un peso mínimo de 2,500 gramos y mantuvieran su peso con la edad; esto debido que un neonato con peso bajo tienen dos veces

³⁷⁵ 15.1% con desnutrición aguda y un 2.3% con desnutrición crónica, con la reiterada señalización de que en la región sur de país el problema es más agudo. En efecto, en las zonas rurales casi el 80% padece desnutrición. PNS 90-94, p.13.

³⁷⁶ S/t, "Hechos", TV Azteca, Cd. de México, 23/03/02, 22 -23 hrs.

más de posibilidades de vivir. Para ello, la OMS recomendó que mediante la cooperación institucional se vigilaran los factores que inciden en el estado nutricional de los niños, v.g. vigilancia constante, prevención y lucha contra las deficiencias y carencias, promoción de la lactancia natural, tratamiento directo en casos de malnutrición,³⁷⁷ rehidratación oral, distribución de alimentos suplementarios, yodación de la sal, etc.,³⁷⁸ y podríamos agregar que el desaliento de embarazos en adolescentes y embarazos vigilados, contribuirían a tener un estado nutricional más satisfactorio en los niños; así como menos mortalidad femenina.

No obstante lo antes dicho, a juzgar por los datos arrojados en encuestas nacionales sobre nutrición y alimentación efectuadas en México en 1988 y 1999, se observa en general una mejoría en los indicadores antropométricos estándares³⁷⁹ de mala nutrición: talla baja = 22%; seguramente debido a la disminución de enfermedades infecciosas y prevenibles por vacuna, distribuidas mediante programas y acciones del sector salud; así como también, por algunas mejoras en las condiciones de

³⁷⁷ La población mexicana es una de las mayores consumidoras de refresco en el mundo, lo se consumen todavía más que la leche de 37 a 90 litros anuales. Los resultados de una investigación muestran que los encuestados acostumbraban un elevado consumo: de 488 a 627.4 refrescos individuales por persona/año; argumentándose como la principal razón que la mitad de la población era joven. También se mostró que personas con acceso a la información en salud, pueden manejar de forma más apropiada sus costumbres de estilo de vida y alimenticias; por lo que las conductas alimenticias están frecuentemente asociadas con la clase social. Maupomé-Carvantes, Gerardo *et al.* (julio-agosto de 1995), "patrón de consumo de refrescos en una población mexicana," *Salud Pública de México, passim*. S/t, "Hechos", TV Azteca, Canal 13, Cd. de México, 09/04/04, 22 -23 hrs.

³⁷⁸ OMS, "Atención primaria de la salud: una primera evaluación", *Salud Mundial*, p. 8 y ss.

³⁷⁹ WHO, *Measuring change in nutritional status: Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes, passim*.

vida e higiene y mayor difusión a los programas educativos.³⁸⁰ Emaciación (demacración) = 67% menos³⁸¹ y bajo peso ³⁸² [inespecífica]. De manera que las pretensiones de la OMS sobre el estado nutricional de los niños³⁸³ escasamente comienzan a ser una realidad en México. Mas si comparáramos los resultados con otros países de América Latina con similar desarrollo económico, veríamos que el avance en México es modesto.³⁸⁴

En reciente foro de la ONU en favor de la infancia o “Cumbre de la Infancia”, realizado en Nueva York en mayo del 2002, el jefe del ejecutivo mexicano hizo patente la urgencia de “formar alianzas sólidas (...) a fin de erradicar la malnutrición (...) desde todas sus causas”. Igualmente anunció la creación de un fondo que atienda los problemas de la infancia.³⁸⁵ Promesas que de alguna forma han quedado en aspiraciones y no han llegado a consolidarse desde por lo menos una década atrás, puesto que la génesis del problema se ha llevado a otras cumbres similares.³⁸⁶

³⁸⁰Rivera Dommarco, p. 39.

³⁸¹ Como podemos apreciar, la disminución de los índices antropométricos durante una década fueron notables; lo cual sugiere en términos generales que la desnutrición aguda dejó de ser un problema de salud pública en México. *Id.*

³⁸² En México 10 de cada 100 mujeres tienen niños de bajo peso = menos de 2,500 gramos. Instituto Nacional de las Mujeres de México e Instituto Nacional de Estadística, Geografía Informática (INM e INEGI), *Mujeres y Hombres 2002*, p. 128.

³⁸³ OMS, “Atención primaria de la salud: una primera evaluación”, pp. 8 y 9.

³⁸⁴ *Mujeres y Hombres 2002*, p. 128.

³⁸⁵ *Cumbre de la Infancia*, “Panorama”, grupo Acir, Cd. de México, 9/05/02, 14:30 - 15 hrs.

³⁸⁶ 4º. Informe de gobierno: Carlos Salinas de Gortari, 1 de noviembre de 1992. Ejecutivo Federal, *Política exterior de México en el nuevo orden mundial*, FCE, México, 1993, p. 371. En la administración actual 2001-2006, se puso en marcha el programa “arranque parejo con la vida” que augura aliviar las necesidades

Mucho del rezago alimentario y deficiencias nutricionales en México está vinculado con factores económicos sobre la producción alimentaria originada en la década de los sesenta. La sustitución de cultivos tradicionales por otros más rentables,³⁸⁷ además de favorecer al sector industrial en perjuicio del sector agrícola, trajo la deficiencia crónica de productos básicos. También hizo que el mercado nacional se inundara con todo tipo de mercancías sin cuidar el contenido nutricional (bajo contenido en nutrientes y altos porcentajes de proteína animal) e introdujo cambios en los hábitos de consumo. Se imitaron nuevos patrones *v.g.* comida rápida. Otro factor importante es la incompetitividad en el campo, quizá motivada por la falta de certeza jurídica;³⁸⁸ igualmente, al haber mayores intermediarios, se suma el encarecimiento de los productos al consumidor final. Esto limitó el aprovechamiento del campo a unos cuantos, en detrimento de ciertos estratos y zonas específicas del país que más lo requerían. A pesar de los cambios estructurales, incluso de denominación: la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, (SAGARPA), no se ha dado mayor relevancia a la alimentación.

Ahora debe trabajarse en asegurar una provisión adecuada de ingesta calórica y nutrimental, además de que la comida sea suficiente para todos los habitantes del país; dichas medidas deben ser apoyadas con políticas

inmediatas de alimento y salud en comunidades rurales apartadas. Inicialmente dirigido a menores de 2 años y con atención especial a madres gestantes. Discurso del presidente Vicente Fox en Valladolid, Yucatán 20 de febrero del 2003.

³⁸⁷ *Vid. supra*, p. 53.

³⁸⁸ Certidumbre sobre la tenencia de la tierra a los legítimos propietarios, ya sea a través de la integración, actualización y modernización del catastro de la propiedad rural y agrario nacional.

agrícolas que tiendan a impulsar el desarrollo del campo mexicano, procurando a la vez no ocasionar daños a la agricultura tradicional. Una medida para combatir tal problemática puede ser el compromiso que los gobiernos de las entidades federativas destinen un porcentaje de sus recursos al mejoramiento de la estructura productiva rural, con especial atención a municipios marginados.

Para lograr que las familias tengan no sólo lo suficiente para llevarse a la boca, sino también una vida digna; insistimos, se necesitan crear las condiciones generadoras de riqueza que permitan asegurar la satisfacción de necesidades básicas del núcleo familiar. Tales fuentes de riqueza comienzan a partir del trabajo en condiciones y con retribuciones justas; ello permite procurarse, mediante esfuerzo propio, los satisfactores requeridos.

Impulsar una política de pleno empleo, con programas y acciones bien definidas, es un compromiso del Estado para garantizar la autosuficiencia a partir de medidas que aseguren una vida social y económicamente productiva. A la par, se debe alentar el desarrollo sustentable del campo mexicano con plena conciencia y protección del patrimonio territorial, privilegiando los productos nacionales frente a los importados, incentivando mayor producción con mejores técnicas y equipos, y evitando en lo posible que el intermediarismo encarezca el bien al consumidor final.³⁸⁹

c) CONDICIONES SALUBRES

El cuidado de las condiciones de vida es cardinal para la prevención de la salud. El agua potable, la mala alimentación, el número de habitaciones y

³⁸⁹ Acuerdo Nacional para el Campo, 28/04/03.

su distribución, el índice de hacinamiento, el tipo de construcción,³⁹⁰ el drenaje y otros factores inciden directamente en la salud (v.g. brotes endémicos). De ahí la importancia de una buena vinculación intersectorial y una estrecha vigilancia y orientación de las autoridades correspondientes.

Las condiciones salubres fueron otro punto de referencia en la evaluación realizada por la OMS (en 70 países de bajos y medios ingresos) sobre los progresos hacia "la salud para todos en el año 2000". Según la propia organización, los hogares deben contar con instalaciones de saneamiento adecuadas y con agua potable a una distancia no mayor a 15 minutos a pie. De 1977 a 1979 se registraron progresos a escala mundial, pero con metas dispares. Cerca del 59% de los habitantes en zonas urbanas, de los 56 países de los que se obtuvo información, tenían servicio de agua potable y 51% contaban con servicios de saneamiento, contra el 23% y 19% en zonas rurales 19%.

En México, la falta de agua potable es también un problema serio; hoy día existen lugares tan apartados de centros urbanos con carencia del líquido a menos de 15 minutos de distancia a pie. En *estricto sensu*, no se ha cumplido con el objetivo de Alma Ata de hacer posible los servicios elementales de saneamiento para el 100% de la población.³⁹¹

Según la Encuesta Nacional de Prevalencia de 1979, las malas circunstancias de vivienda; sin agua entubada, ni baño; ocasionaban la muerte de alrededor de 40 niños por cada 1000 nacidos vivos.³⁹² En 1980,

³⁹⁰ En la medida en que se elimina el piso de tierra hay menos procreación de agentes nocivos para la salud. En general 1 de cada 5 habitaciones en la República Mexicana en 1990, tenía piso de tierra, y en los estados del sur, este número ascendía a casi el 50%. PNS 90-94, p.16.

³⁹¹ *Vid. supra*, p. 151 punto 6 a).

³⁹² PNS 84-88, p. 34.

había 12 000 000 de casas-habitación registradas, de las cuales el 71% contaba con agua entubada, el 49% con drenaje y el 75% con energía eléctrica.³⁹³ En 1981, 22 estados de la República presentaban problemas críticos por condiciones insalubres de vivienda y por consiguiente, blancos fáciles para propagación de enfermedades.³⁹⁴

Para el 1990, el Censo Nacional de Población de 1990, contó 15 200 000 de viviendas registradas; de ellas, la propensión señalaba a las entidades del norte de país con mejor cobertura servicios: drenaje, agua potable, energía eléctrica que en las entidades del sur.³⁹⁵ Hasta la fecha, el número de viviendas es insuficiente para la población y muchos de los que poseen un hogar, además de no tener la certeza jurídica del derecho de propiedad,³⁹⁶ distan de poseer los requerimientos de una vivienda en condiciones salubres. En suma, las instalaciones sanitarias son más deficientes que al aprovisionamiento de agua, siendo el fecalismo al aire libre el principal problema que incide en enfermedades gastrointestinales, contaminante de agua y alimentos.³⁹⁷

VIVIENDAS SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS			
Concepto:	1970:	1980:	2000
agua entubada	61%	79.40%	89.70%
Drenaje	42%	63.60%	78.50%
energía eléctrica	5.80%	87.50%	95.40%

Fuente: INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.*

³⁹³ PNS 84-88, p. 40.

³⁹⁴ PNS 84-88, pp. 40 y 41.

³⁹⁵ PNS 90-94, p.16.

³⁹⁶ 11 000 000 de viviendas en México están en situación de irregularidad sobre el derecho de propiedad. S/t, "Hechos", TV Azteca, Cd. de México, 20/03/02, 22 -23 hrs.

³⁹⁷ Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, p. 65.

Como se ilustra en la tabla, las condiciones salubres han mejorado en las últimas décadas debido al fenómeno de la urbanización e industrialización, cada vez más hogares cuentan con instalaciones de saneamiento adecuado; no obstante, el logro de los servicios de saneamiento en su totalidad continua como un reto, pero difícilmente podrá lograrse a corto plazo, primero por el alto costo que conlleva y luego por la dispersión de la población que todavía carece de estos servicios.³⁹⁸

d) ESPERANZA DE VIDA

En 1982 la expectativa promedio de vida fue de 66 años, pero en las entidades con población rural o indígena la esperanza de vida tiende a ser menor. Los índices más bajos de toda la República Mexicana se localizaron en Quintana Roo, Chiapas, Tabasco, México y Querétaro con 48 a 56 años. Para 1988, las entidades más afectadas fueron Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Veracruz.

Inversamente, se percibe una mayor esperanza de vida en lugares con más concentración urbana;³⁹⁹ los Estados urbanizados con mayor expectativa de vida promedio en 2000, fueron Nuevo León con 74.1 y D.F. con 73.2.

Actualmente la esperanza de vida promedio en la República Mexicana es de 73.6 años hombres y 78.2 años mujeres.⁴⁰⁰ Sin duda éste es uno de los

³⁹⁸ 149 000 localidades tienen menos de 100 habitantes. INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

³⁹⁹ E/1990/6/Add.4, pp. 67 y 72.

⁴⁰⁰ El aumento del PIB entre 1970 y 1994, explica el incremento del 23% de la esperanza de vida, cambio asociado igualmente con factores de desarrollo, vía

progresos en materia de salud dignos de elogio. Cumpliéndose cabalmente el objetivo trazado por la OMS y OPS.

AÑOS PROMEDIO EN MÉXICO DE ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO⁴⁰¹ Y OMS. PNS 01-06, p. 33

1970	1980	1990	2000
61.7	67.0	71.4	75.3

Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO⁴⁰² Y OMS. PNS 01-06, p. 33

2. RECURSOS FINANCIEROS

Es oportuno aclarar que no se examinarán en esta investigación, las asignaciones extranjeras o de cooperación internacional para la salud, independientemente de su temporalidad o permanencia.

Para los gobiernos es una gran encomienda el establecer el curso del gasto público y los montos destinados a cada sector.⁴⁰³ La OMS propone se consideren los principios que permitirán hacer una asignación razonable del limitado gasto; y una vez hecho esto, se analice el costo-beneficio o

tecnología médica; mayor cobertura vinculada con la mejor calidad de vida; etc. Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 27.

⁴⁰¹ El Consejo Nacional de Población (CONAPO) es un organismo federal, creado a partir de la reforma del 27/03/74 a la Ley de Población, misma que emana del art. 4º. Constitucional y que tienen por objeto regular los fenómenos que afectan a la población, para permitir un desarrollo social más armónico.

⁴⁰² El Consejo Nacional de Población (CONAPO) es un organismo federal, creado a partir de la reforma del 27/03/74 a la Ley de Población, misma que emana del art. 4º. Constitucional y que tienen por objeto regular los fenómenos que afectan a la población, para permitir un desarrollo social más armónico.

⁴⁰³ El gasto público está constituido por dos grandes rubros: gasto programable y no programable. El gasto del gobierno federal y sus dependencias constituye el gasto programable; éste se divide en 10 sectores, el subsector "salud y laboral" se ubica dentro del sector "desarrollo social". Gómez Dantés, Octavio *et al.*, "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995", *Salud Pública de México*, pp. 104 y 107.

efectividad.⁴⁰⁴ Al considerar los razonamientos para la asignación de recursos, primero deben asegurarse las necesidades básicas de la población.

Aún cuando no se hubiera establecido jurídicamente cuáles serán los criterios para la asignación,⁴⁰⁵ el concepto del bien común,⁴⁰⁶ máxima vigente en todo conglomerado humano, no es ajeno ni a propios ni a extraños; pues se trata de un principio general del derecho desde la antigüedad. Tal concepto comprende la satisfacción de necesidades humanas comunes, de lo contrario, el Estado difícilmente estaría en condición de proteger intereses o fines particulares –egoístas– o lo que es lo mismo, necesidades no básicas que divergen unas con otras; de ahí la denominación de común o público.⁴⁰⁷ Si la salud es elemental para el desarrollo social y económico; entonces debe ser un tema prioritario para la asignación del presupuesto. Hemos subrayado la conveniencia de invertir en capital humano para el progreso en todos los rumbos de la vida productiva. Posición que toma la reciente Ley General de Desarrollo Social

⁴⁰⁴ Musgrove, Phillip, "Análisis comparativo de los sistemas de Salud", *La salud en México a la vuelta del siglo: Desafíos*, pp. 23 y 24. Siguiendo el criterio propuesto por la OMS, el análisis del costo-beneficio para gasto en salud es enteramente mayor a cualquier costo. Invertir en capital humano nos permite asegurar los elementos indispensables para el progreso. La efectividad del DPS estará en la medida en que se le apueste, por encima de cualquier otra consideración, a la salud. Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora, *La administración de justicia en el contexto de la atención médica*, pp. 29 y 30.

⁴⁰⁵ A partir del 21/01/04, entró en vigor la Ley General de Desarrollo Social (LGDS); en el capítulo III se indican las reglas para el financiamiento y asignación del gasto en desarrollo social.

⁴⁰⁶ Bien = utilidad, beneficio; común = lo que se extiende a varios, sin que pertenezca a ninguno en particular. Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, p. 337.

⁴⁰⁷ *Ibid.* pp. 337 y 338.

(LGDS), el art. 19.II y III ya destacan como prioritarios los aspectos propuestos como alternativa de verificación a lo largo de este trabajo: los programas de prevención y control de enfermedades, las actividades curativas y los servicios de salud dirigidos a personas con marginación o situación de vulnerabilidad.

En conclusión, no hay duda en que la prevención y conservación de la salud son cardinales para mover toda la maquinaria social y económica del país. Entonces, el gasto público en salud se convierte en una prioridad que amerita su financiación estatal preferente. El gasto público en salud concíbese como la suma del dispendio que el gobierno federal da a las instituciones públicas dedicadas al cuidado de la salud de la población, sin importar el tipo de usuarios que manejen.

Se estima que el 7% del PNB⁴⁰⁸ debiera ser la erogación recomendable en este rubro o al menos el equivalente al 5% del PNB.⁴⁰⁹ Una asignación razonable no se limita acotar al mínimo el presupuesto del SNS. En México, la asignación promedio oscila entre 4.8 y 5.7% del PIB, esto nos deja entrever que la preocupación del gobierno mexicano se limita a cumplir escasamente con el porcentaje mínimo propuesto por los organismos internacionales.⁴¹⁰ Es de esperarse que no exista un fondo o porcentaje razonable del gasto nacional de salud dispuesto a las necesidades

⁴⁰⁸ Conjunto de la producción global de un país y de las compras hechas por éste en el mercado exterior durante un año considerado. García-Pelayo y Gross, Ramón, *Pequeño Larousse ilustrado*, p. 541. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 54 y 55.

⁴⁰⁹ OMS, "Atención primaria de la salud: una primera evaluación", pp. 6 y 7. *vid. supra*, p. 151 punto 3.

⁴¹⁰ Funsalud, "Las cuentas nacionales y el financiamiento de los servicios". *Economía y Salud*, p. 28.

locales,⁴¹¹ como podrían ser la producción de alimentos o el mejoramiento de las condiciones sanitarias; ya que como estudiaremos más adelante, hay comunidades que carecen de medios económicos, humanos e infraestructura que les permitan conducir algún proyecto de atención local.⁴¹²

El gasto público real en salud en el periodo comprendido de 1980-1987, según analistas independientes, no superó el 3.6% del PIB, de 1987 bajó hasta 2.7%, recuperándose lentamente hasta alcanzar el 4.06% en 1995.⁴¹³ Cabe destacar con la crisis entre 1980-1990, la población se vio seriamente afectada porque en su mayoría hacen uso de los servicios públicos; e.g. el incremento del 74.8% en los precios de los insumos de la salud y la reducción de la capacidad del poder adquisitivo en un 60%, dificultaron la eficiencia y la calidad de la atención.⁴¹⁴ La justificación oficial de entonces, fue la devaluación del peso mexicano frente al dólar americano y la inflación en detrimento de la capacidad financiera para la adquisición de insumos de operación; misma que arrojó diferencias entre el presupuesto autorizado y la disponibilidad, a lo que se añadió el programa de desconcentración administrativa (*vid.* objetivos del PND 83-88) que motivó la dispersión de las actividades y el descontrol por parte de las autoridades de salud.⁴¹⁵

⁴¹¹ OMS, "Atención primaria de la salud: una primera evaluación", pp. 6 y 7. *Vid. item supra*, p. 151 punto 4.

⁴¹² *Vid. Infra*, p. 273.

⁴¹³ *Cfr.* Gómez Dantés, *et al.*, p.105.

⁴¹⁴ En una encuesta realizada en 1994, el 60% de los mexicanos no estaban conformes con el sistema de salud porque la magra asignación de recursos y la burocratización de servicio, y el 38% consideraba que no recibían un trato justo. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 54 y 55.

⁴¹⁵ Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de labores 1982-1983*, p. 51.

En contraste, las cifras oficiales presentadas en informes periódicos señalan en el mismo periodo un 7%.⁴¹⁶

Ajeno a las discrepancias en los porcentajes del gasto en salud, lo cierto es que las erogaciones destinadas al desarrollo social: salud, educación seguridad social, nutrición, asistencia social y pensiones; aumentaron considerablemente desde la década de los noventa.

Es un hecho que las variaciones en los porcentajes de gasto para el subsector salud han fungido como obstáculo para la evaluación de los avances, y han debilitado la calidad de los servicios en los últimos años,⁴¹⁷ v.g. en 1994 el PNB realmente asignado fue de 4.5% y 10 000 000 de personas carecieron de acceso a los servicios de salud. En efecto, éste ha sido uno de los motivos principales de quejas entre la población, a juzgar por datos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).⁴¹⁸

En los párrafos precedentes hemos hecho notorio el estrecho vínculo entre el gasto social y el nivel de salud de la población, y México como muchos otros países, no está exento de un déficit presupuestario. La insuficiencia del gasto en salud estriba tanto en la deficiente recaudación fiscal⁴¹⁹ como en la asignación incorrecta de los recursos financieros

⁴¹⁶ Cfr. E/1986/3/Add.13 pr. 291.

⁴¹⁷ Mientras en algunas Secretarías de Estado existen subejercicios muy altos, en otras como SS existen serias carencias. S/t, "Frente a Frente", T.V. Canal 40, Cd. de México, 20/12/02, 00:45-01:15 hrs.

⁴¹⁸ Cfr. CNDH, Informe Anual 1996, México, D.F., cit. por Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 135.

⁴¹⁹ Con todo y reformas fiscales para eficientizar la captación fiscal, todavía se aprecian serias insuficiencias, no solamente en comparación con países desarrollados, sino con países subdesarrollados del mismo continente: en 1998 la OCDE en promedio recaudó el 26.3% del PIB, Canadá el 28.2%, EUA el 19.8%, Chile el 18.9%, Brasil el 17.8%, promedio Sudamérica el 13.2% y México el 10.5%. Cfr. Frenk Mora, *Desempeño del Sistema Nacional de Salud*, p. 3.

disponibles pues más contundente que el impacto que tienen las variaciones presupuestarias en los avances al DPS— a veces ajenas a los controles del Estado—, con poner énfasis en la planeación y esfuerzos sistemáticos por parte de las autoridades involucradas y utilizando debidamente los recursos disponibles, los servicios de salud no se verían afectados por la reducción del PIB destinado a éste subsector. Damos cuenta de experiencias en otras regiones que dan testimonio de grandes logros al tener una distribución más equitativa de los recursos, los cuales se asignan considerando como prioridad las necesidades básicas de la población.⁴²⁰

En el continente americano, Canadá, Costa Rica y Cuba tienen sistemas de seguridad social para el total de su población; si bien con porcentajes de PNB muy variados, aquellos son siempre superiores a los mínimos recomendados por la OMS.⁴²¹ En éstos ejemplos se destaca el impacto que la inversión en desarrollo social tiene sobre la salud y la prioridad que se otorga a las necesidades básicas de la población, dando preferencia presupuestaria al gasto en salud.

INEGI 2000:		INDICES DE SALUD		ESPERANZA DE VIDA	
PAÍS	%94-PNB /SALUD	MORTALIDAD INFANTIL	HOMBRES	MUJERES	
CANADÁ	8.6	7.6	73	79	
COSTA RICA	19.3	18	73	73	
CUBA	15	6	73	73	
MÉXICO ⁴²²	4.5	18.6*	64	69*	

⁴²⁰ Werner, David, "Insuring the necessary resources for the human right to health: National and International measures", *Advancing the human right to health*, pp. 5 y 6.

⁴²¹ Excepto Paraguay, que destina un porcentaje menor al sector salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial en 1993. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 49.

Ahora sabemos que además del limitado presupuesto nacional dedicado a la atención de la salud, existen en México otras dificultades relacionadas con la administración y uso de los recursos al interior del sector. Parte del problema se origina cuando una gran cantidad del monto oficial, destinado al rubro de la salud, es absorbida por servicios adicionales, reduciéndose considerablemente la suma que efectivamente se destina a la atención primaria;⁴²³ o bien, la asignación de recursos financieros se hace por actos médicos *i.e.* consultas, exámenes de laboratorio, etc., no por objetivos logrados. El resultado es que más del 50% del trabajo, consiste de otorgar incapacidades injustificadas y prescribir medicamentos no requeridos. Pero si algún director de hospital disminuye el gasto de operación y reduce los recursos humanos del centro médico, aun con mejores resultados, existe el riesgo de cortar la asignación de recursos económicos a la unidad médica, con el consecuente despido del titular. Mientras se invierta en actos médicos y no en resultados concretos, se corre el peligro de agotar muchos recursos en el proceso, sin desarrollar integralmente los servicios de atención a la salud y por ende, en demérito del éxito de los programas.⁴²⁴

Del total-promedio de recursos asignados a la salud, poco más o menos del 70% se destina a atención curativa, 6 o 7% a la preventiva y 1% a la

⁴²² Sobre el particular, hay quienes cuestionan la ubicación de México dentro del rubro de países con "ingreso medio" y las políticas bajo tal supuesto, porque paradójicamente tiene grandes núcleos poblacionales viviendo en total pobreza. *Ibid.* p. 35.

⁴²³ Según el objeto del gasto, casi la mitad de presupuesto se va a remuneración de personal o gastos de operación como mantenimiento y limpieza. Fuente: Cuenta de Hacienda Pública Federal, 1992:68; 1993:60; 1994:107 y 108. cit por Funsalud, "Las cuentas nacionales y el financiamiento de los servicios", p. 131.

⁴²⁴ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 111.

capacitación de la población; ésta última proporción equivale a la que se consagra para la formación de recursos humanos e investigación.⁴²⁵



La gráfica de distribución del gasto social nos revela parte de esa desigualdad manifiesta en todos los niveles y esferas;⁴²⁶ la repartición inequitativa de recursos entre regiones,⁴²⁷ grupos sociales, instituciones y programas de la salud. En primer término, es evidente el privilegio que tiene

⁴²⁵ Funsalud, *Observatorio de la salud*, pp. 130 y 131.

⁴²⁶ La distribución de recursos entre las diferentes entidades federativas tiende a beneficiar a las más ricas; inequidad en cuanto a la manera en que se reparten los recursos entre sectores, mayores recursos para la población asegurada que a la no asegurada. Los pobres tienen menor atención gratuita (sólo el 43%) en comparación con los estratos de mayor ingreso. Situación que propicia que las familias con mayor dificultad económica gasten más que las familias en mejores condiciones (8.4% vs 2.9 % respectivamente). Funsalud, "Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud", *Economía y Salud*, pp. 11-13 y 67-72. Gómez Dantés, pp. 106 y 109.

⁴²⁷ Más dinero a las regiones más prosperas, en detrimento de las zonas marginadas. Funsalud, "Las cuentas nacionales y el financiamiento de los servicios", pp. 63-70.

la atención curativa para la asignación de fondos, en relación con los demás aspectos que involucran la salud.

Dentro de las instituciones públicas de salud, las de seguridad social tienen mayor presupuesto (9,400 pesos x persona en promedio) que a las instituciones que atienden población abierta (2,700 pesos x persona); recursos en gran medida provenientes de cuotas de recuperación o contribuciones fiscales.⁴²⁸ Las instituciones de seguridad social recibieron en el periodo 85-94 en promedio, el 44% del gasto en salud del país; en cambio, los servicios orientados a población abierta apenas el 13%; casi igual al gasto privado en salud; otros analistas nos dan cifras más dramáticas; en el periodo 1987-1995, las instituciones de seguridad social obtuvieron el 79% del gasto; mientras el 21% restante se le otorgó a las instituciones para población abierta, las cuales atienden alrededor del 60% de los residentes en la República Mexicana.⁴²⁹ Sabemos que no existe una justificación real para conceder prioridad presupuestaria a las instituciones de seguridad social o a las zonas urbanas, en detrimento de los servicios orientados a población abierta.

El punto aquí es subrayar que entre las instituciones para población no asegurada el presupuesto asignado es tan bajo — inferiores a la media en toda Latinoamérica—,⁴³⁰ que obliga a analizar la capacidad real de cobertura y calidad de servicios; ya que una asignación raquítica los hace más ineficaces. Tan es así, que en las instituciones para población abierta

⁴²⁸ PNS 84-88, p. 71. Gómez Dantés, pp. 105 y 108.

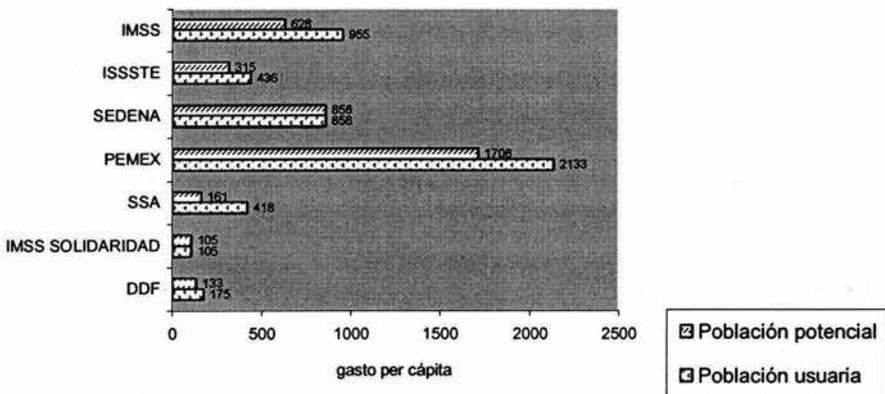
⁴²⁹ Funsalud, *Observatorio de la salud*, pp. 127 y 128. Gómez Dantés, p. 105.

⁴³⁰ Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 129.

el 41% de los usuarios opta por ir a servicios privados. v.g. El programa IMSS-Solidaridad capta apenas el 53% de sus beneficiarios.⁴³¹

Pero todavía más, las diferencias en gasto *per cápita* se dan asimismo al interior de las instituciones de seguridad social, según beneficiarios potenciales o usuarios. Entre las instituciones de seguridad social hay una diferencia promedio de asignación 20%. v.g. PEMEX tiene un gasto *per cápita* casi 6 veces mayor al ISSSTE,⁴³² misma relación que guarda el ISSFAM y el IMSS. Sólo basta conocer las instalaciones de la dirección médica que tiene el ISSFAM, para percatarse de que cuentan con más presupuesto.

GASTO PER CÁPITA SEGÚN INSTITUCIÓN, MÉXICO, 1996.



Por lo común la improductividad es propia de las instituciones públicas de salud, secuela no solamente del anémico presupuesto, sino decíamos también, del mal uso de éste o incluso despilfarro de los recursos

⁴³¹ CNDH, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos*, pp. 62 y 65.

⁴³² Cfr. Segundo Informe de Gobierno de Ernesto Zedillo (población) 1996.

financieros en todas las instituciones y a todos los niveles; porque los fondos se destinan en mayor porcentaje al pago de salarios.

Ahora con lo estipulado en la LGDS habrá mayor vigilancia de los fondos y recursos destinados al desarrollo social (art. 18). De igual manera se vislumbra la necesidad de que la instancia rectora del SNS establezca reglas claras a las cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud (art.17).

En lo relativo al gasto privado, mientras más pobre es la familia, mayor proporción del gasto directo se destina a la salud: las familias urbanas más pobres destinan apx. 5.2% vs 2.8% de las más ricas; *i.e.* mayor gasto de bolsillo por el pago directo de servicios sanitarios al pagar cuotas de recuperación para satisfacer las necesidades imperantes de salud, que pueden comprometer desde los ahorros hasta la venta de algún bien patrimonial. En 1988, el 80% de las ventas hechas por la industria farmacéutica se hicieron en el mercado privado, lo que significa que una parte importante de las compras se realizó mediante gastos de bolsillo. En 1989, 34,000 hogares erogaron más por gastos de salud que el monto de sus ingresos; familias de las que el 90% vivía en el medio rural.⁴³³

De acuerdo con información arrojada por el INEGI en 1994, el 77% de los hogares tuvieron que realizar gastos de bolsillo por atención médica como consecuencia del descuido de la inversión pública en salud. De esta manera, la atención primaria o ambulatoria — que no requiere

⁴³³ En 1994, se registró que el 38% de los ciudadanos había tenido que recortar el gasto para pago de atención médica. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 45. Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora, p. 19.

hospitalización (art. 7 fr. VI RLGSPSAM) — llegó a absorber hasta el 73% del gasto privado.⁴³⁴

El conflicto es el gasto privado como sustituto de la inversión pública. En 1990, el gasto público representaba el 58% contra 42% de gasto privado. A fines de los noventa, el gasto privado llegó al 52% contra 46-48% del gasto público, *i.e.* existe insuficiente inversión en salud que provoca un creciente gasto de bolsillo. Debe buscarse revertir el efecto del gasto directo de los servicios de salud, costeados hasta hoy por alrededor del 52% de las familias mexicanas, al tiempo en que requieren servicios médicos. En el presente año (2004), ya se tienen disposiciones jurídicas con miras a revertir tan desfavorable tendencia. La LGS introdujo un nuevo esquema de financiamiento de protección social en salud, para aquellas familias (alrededor de 70 000)⁴³⁵ que no cuentan con seguridad alguna, ayudando a combatir el gasto directo de los particulares, y la LGDS promete asegurar una mayor inversión en desarrollo social y por tanto, en salud.

Otra opción probable para acrecentar la inversión pública, además de los seguros prepagados, es crear un fondo de reserva para reducir los riesgos de crisis (empobrecimiento) por gastos sanitarios.⁴³⁶ Y a la vez —propone la OMS—, sustituir la burocracia tradicional intermediaria de los proveedores por compras estratégicas. Alentar a los proveedores a hacer intervenciones prioritarias a través de incentivos, que además de contribuir a asegurar la

⁴³⁴ Cfr. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares, INEGI, 1994. Cit por Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 133.

⁴³⁵ Frenk Mora, Julio, IV Reunión Nacional de Municipios por la Salud, Coatzacoalcos, Veracruz, 22/04/04.

⁴³⁶ Si la LGDS ya previene un fondo de contingencia para eventualidades económicas, administrado por el Ejecutivo Federal (art. 25); podría pensarse que la SS administrara un porcentaje del presupuesto destinado a salud para hacer frente a contingencias sanitarias.

mejor calidad del bien o servicio —lo cual incrementa la eficacia—, reduce el tiempo de operación y la plantilla de responsables del presupuesto, así como contribuye a maximizar el rendimiento de las sumas prepagadas.⁴³⁷ Se sugiere analizar la viabilidad de incrementar los impuestos a los que más tienen o los impuestos al pecado: tabaco y alcohol. Ello además de reducir la disparidad entre los más pobres, permitirá en última instancia, dar mejores servicios públicos a toda la población, no únicamente a quienes tienen para pagarlos; y a la vez, frenar la tendencia generalizada de privatizar los servicios de salud.

Claro que los fondos recabados vía impuestos no son la única forma de financiación de las políticas públicas, también participan en un porcentaje importante los organismos públicos descentralizados del gobierno federal, como es el caso de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública o Pronósticos para la Asistencia Pública; cuyos recursos económicos se generan para encausar las acciones públicas de asistencia como salud,⁴³⁸ educación o alimentación.

En conclusión, el gasto en salud se traduce en el porcentaje de prioridad que el Estado da a los compromisos sociales y el grado de preocupación por atender integralmente la salud de sus habitantes. El buen desempeño de los sistemas de salud debe basarse en una adecuada regulación y supervisión del sistema en su conjunto, más que meramente en aumentar la financiación pública.

⁴³⁷ *Ibid.* pp. 23 y 24.

⁴³⁸ Se estima que en el 2004, Pronósticos Y Lotería Nacional contribuirán a las arcas de la Tesorería Nacional con 1.8 mil millones. La Lotería con 860 463 000 y Pronósticos con 24 000 000, mismos que se acordaron destinar a los rubros de Salud y a la financiación de Estados y Municipios. Galán, Verónica, "Financian con juego a los Estados", *Reforma*, Cd. de México, 8 de abril del 2004.

B. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

La medicina preventiva es el primer rubro de la salud pública, tendiente a evitar el daño y riesgos a la salud, ya sea mediante la ruptura del ciclo natural de la enfermedad, detección temprana y tratamiento oportuno o el incremento de la capacidad de resistencia individual. Se lleva a cabo mediante campañas nacionales o mediante el fortalecimiento de los módulos en los correspondientes departamentos. La medicina preventiva se divide en enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y accidentes.

Al inicio de los ochenta, las enfermedades infecciosas como amibiasis, salmonelosis, infecciones gonocócicas,⁴³⁹ aumentaron. Las dos terceras partes de defunciones en niños en 1981, fueron provocadas por enfermedades infecto-contagiosas como enteritis, enfermedades diarreicas, influenza y neumonía; lo confirma el precario nivel de desarrollo del país. En la siguiente tabla podremos tener una visión más amplia de cómo ha disminuido la mortalidad infantil en su perfil infecto-contagioso.

⁴³⁹ Enfermedad producida por infección del gonococo de Neisser. Generalmente se localiza en la uretra dando lugar a la blenorragia, y más raramente por inflamación de las articulaciones, del endocardio o estados septicémicos. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, p. 1047.

MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE CINCO⁴⁴⁰

1980 - 1999

Año	Enfermedades Infecciosas Intestinales		Infecciones Respiratorias Agudas	
	Defun- ciones	Tasa 1/	Defun- ciones	Tasa 1/
1980	29.691	279.9	24.994	235.6
1981	25.655	241.1	22.403	210.8
1982	24.824	233.3	18.25	171.5
1983	26.606	249.9	17.223	161.8
1984	22.615	212.3	17.736	166.5
1985	20.566	192.9	16.507	154.8
1986	19.338	181.3	12.724	119.2
1987	19.326	181.4	12.779	119.9
1988	15.494	145.9	10.626	100.1
1989	14.962	141.6	13.925	131.7
1990	14.011	125.6	12.907	115.7
1991	10.853	97.3	10.245	91.8
1992	7.215	64.7	9.597	86.0
1993	6.748	60.5	8.61	77.2
1994	5.42	48.7	9.358	84.0
1995	4.864	43.7	8.649	77.8
1996	4.254	38.4	8.141	73.4
1997	3.68	33.3	7.477	67.7
1998	3.199	29.0	5.707	51.7
1999	2.765	25.3	5.159	47.3

Como podemos ver en esta estadística, los principales retos a principios de los ochentas, en lo referente a la prevención de enfermedades transmisibles, eran erradicar las principales epidemias que azotaban el país. De éste modo, en los últimos años se eliminó la fiebre amarilla, la tifoidea y viruela.⁴⁴¹ Se puso control a la malaria,⁴⁴² tuberculosis, tosferina y

⁴⁴⁰ 1/ Tasa por 100,000 habitantes menores de 5 años en base a proyecciones del CEPS de 1980 a 1989 y del CONAPO de 1990 a 1999. Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1999.

⁴⁴¹ Los términos propuestos para enfermedades transmisibles en 1983, eran erradicar la viruela, cólera, peste, fiebre amarilla, tifoidea, poliomielitis, mal del

sarampión.⁴⁴³ Un logro importante en la prevención fue el establecimiento en 1979, del sistema de la cartilla nacional de vacunación y diagnóstico temprano de enfermedades. Programa contra poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina y tétanos, dirigido a todos los menores de 5 años.⁴⁴⁴

Por lo que concierne a las enfermedades no transmisibles, se propuso cubrir el 80% de la población con servicio de examen médico, diagnóstico temprano y medidas preventivas y reducir la mortalidad por cáncer de mama y cérvico-uterino en un 60% y 20% respectivamente.⁴⁴⁵ A pesar de los esfuerzos, los cánceres en la mujer y las enfermedades crónicas degenerativas: principalmente la hipertensión arterial y diabetes, aumentaron.⁴⁴⁶

El PND 83-88, pondero como objetivo incrementar la capacidad de resistencia individual a enfermedades transmisibles de carácter infeccioso, mediante la aplicación de biológicos específicos para abatir la incidencia; pues a principios de la administración, las enfermedades infecciosas continuaban como la principal causa de muerte en el país.

pinto y rabia. Así como reducir el paludismo y sarampión en un 95%, la mortalidad por neumonías, diarreas y amibiasis en un 50%. PNS 77-83, p. 74.

⁴⁴² Tanto los problemas de organización del programa como de orden sanitario por aparición de resistencias vectoriales a la enfermedad, limitaron la meta propuesta de 90% a sólo 75.3% de interrupción en 1990. E/1990/6/Add.4 pr. 306.

⁴⁴³ Cfr. E/1986/3/Add.13 pr. 276, 277 y 278.

⁴⁴⁴ *Ibid.* pr. 284 y 288 y E/C.1990/SR.6 pr. 56.

⁴⁴⁵ PNS 77-83, p. 74.

⁴⁴⁶ Nota: la información presentada proviene de registros parciales debido a la falta de coordinación entre las entidades federativas y del sector salud, aunado a un deficiente sistema de información y vigilancia epidemiológica. Sin embargo, aunque los datos no tienen la precisión exigida, denotan el panorama epidémico nacional. PNS 84-88, pp.197-202.

Del mismo modo se procuró limitar las enfermedades no transmisibles y accidentes, con medidas de carácter preventivo.

En 1991, el programa de inmunización de enfermedades logró evitar la presentación de nuevos casos del virus salvaje, disminuyó en un 96% el sarampión y en 84% la tosferina.⁴⁴⁷

El 27 de mayo de 1992, se crea el Comité de Certificación de la Vacunación Universal para toda la esfera de salud: población abierta y derechohabiente. Bajo su supervisión se debía inmunizar, para octubre de 1992, a todos los menores de 5 años con vacunas básicas.⁴⁴⁸

A fines de la década de los noventa, se continuó con no presencia del polivirus salvaje, ni se confirmaron nuevos casos de poliomielitis.⁴⁴⁹ También se avanzó en la cobertura con un 92% de vacunación para menores de cinco años.⁴⁵⁰ Sin embargo, todavía en la actualidad, las enfermedades ocasionadas por neumococo —neumonía y meningitis— siguen siendo causa importante de muerte entre los pobres sin posibilidad de adquirir las vacunas. El costo por vacuna llegó a \$300 y aunque algunos

⁴⁴⁷ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1990-1991*, p. 56 y ss. A 5 meses de iniciado el 2004, se presenta un nuevo brote de sarampión, hasta la fecha se han registrado un promedio de 64 casos, en su mayoría en el D.F.; por lo que las autoridades de salud se han puesto en alerta máxima para detener el contagio e iniciaron la inmunización urgente a nivel nacional en la población de mayor riesgo, entre 13 a 39 años de edad.

⁴⁴⁸ Biológicos básicos contra: tosferina, difteria (tétanos a mujeres fértiles, embarazadas, trabajadores manuales y militares), polio, sarampión y tuberculosis.

⁴⁴⁹ E/1990/6/Add.4 pr. 253 y 254. En abril 1995, la OMS certificó la erradicación de la Poliomielitis. Cfr. Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud 90-95*, p. 1 y ss.

⁴⁵⁰ Funsalud, "Paquete universal de servicios esenciales de salud", *Economía y Salud*, p. 22 y ss.

laboratorios que la producen hacen donaciones, los beneficios son muy limitados.⁴⁵¹

En conclusión, la atención preventiva dirigida a enfermedades transmisibles ha tenido éxito. No obstante las vicisitudes, se puede afirmar que las campañas de inmunización en México han cubierto efectivamente al total de la población; llegándose así a la meta propuesta de dar servicio de inmunización a prácticamente toda la población.⁴⁵²

Con motivo del día mundial de la Salud (7 de abril de 1983), la OMS preparó un informe sobre los progresos de los Estados participantes en la Conferencia de Alma-Ata en lo referente a la inmunización masiva. Los Estados interrogados manifestaron tener muchas dificultades operativas y financieras.⁴⁵³ El abastecimiento de insumos y agua potable, se presentaron como los elementos más costosos de la atención primaria de la salud (aprox. 46 dólares por habitante en zonas rurales).⁴⁵⁴ Otra contrariedad que en el mundo impactó los avances de la atención preventiva fue el mantenimiento de las cúspides de los servicios de alta especialización, en detrimento de las actividades de prevención y promoción de la salud. Se calcula que el 80% de los presupuestos nacionales en salud, se gastaron y

⁴⁵¹ S/t, "Programa once noticias", Canal 11, Cd. de México, 22/11/02, 22-22:30 hrs.

⁴⁵² *Vid. supra*, pp. 151 y 152 punto 6 c) y d).

⁴⁵³ Taylor, p. 4.

⁴⁵⁴ *Cfr.* Directrices de 1978 de la OMS para la calidad de agua potable. La cantidad de agua potable debe ser suficiente, para las personas del mundo entero y debe reunir los elementos de calidad; que se asegure su inocuidad para el consumo humano, libre de elementos tóxicos. *Id.*

quizá aun sea así, en médicos y hospitales dedicados a la atención curativa.⁴⁵⁵

Con el presupuesto nacional de salud en México sucede algo similar. Veíamos en el apartado dedicado a recursos financieros, que la distribución del gasto que se le destina al programa de atención preventiva es menor;⁴⁵⁶ pero además del evidente el poco aprecio —incluso del personal de medicina—, hay desvinculación intersectorial, falta de control sanitario para vigilar y exigir el cumplimiento de la normatividad existente sobre los diversos factores que afectan la salud y que forman parte del programa provisorio.

Estimamos que el desgano con el que se manejan los programas preventivos está en razón de la rentabilidad de las consultas y tratamientos médicos, propios de la medicina curativa. Privilegiar las intervenciones curativas es una medida destinada a proteger los intereses de ciertos grupos, sobre todo tratándose de servicios privados de alta especialidad, cuyos cargos a los pacientes son considerablemente onerosos. En el caso de las instituciones públicas, los servicios de especialidad y alta especialidad (2º. y 3º. nivel) acaparan mayor esmero y presupuesto de las autoridades⁴⁵⁷ y en la atención curativa asientan el trabajo y la eficacia de la institución.

Los recursos que la atención curativa necesita para sobrellevar las demandas de la población, superan por mucho lo que se requeriría para dar

⁴⁵⁵ *Ibid.* p. 5.

⁴⁵⁶ Gómez Dantés, p. 108.

⁴⁵⁷ Se asignan recursos a problemas no prioritarios o se invierte en tecnologías con alto costo y baja efectividad, originándose un desperdicio de recursos y generación de costos innecesarios. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 35. Gómez Dantés, p. 108.

atención preventiva a igual demanda. Si las instituciones públicas de salud dan prioridad a los actos médicos y no a resultados concretos, no es de extrañarse que hoy exista un desfaldo económico en las instituciones públicas de salud, v.g. IMSS.

Por eso, a pesar de las conquistas en materia de medicina preventiva, impera todavía la idea entre los profesionales de la salud que la prevención de enfermedades requiere menos infraestructura y dedicación que la medicina curativa; idea que por supuesto frena la plena operatividad de proyectos integrales. La realidad es que para asegurar el éxito de los programas nacionales de salud, se requiere una considerable asignación de recursos de toda índole para prevenir padecimientos; traduciéndose a corto, mediano y largo plazo en un costo-beneficio mayor al de la medicina curativa.⁴⁵⁸ De manera que el Estado debe poner más empeño en la política de prevención de enfermedades.

Como parte de una política integral de prevención no se puede soslayar la educación para la salud, ni dejar de impulsar a la investigación científica en las áreas médicas.⁴⁵⁹ También se ha demostrado la influencia directa que hay entre la escolaridad y el autocuidado de la salud.

En países con gran desarrollo científico, tecnológico, económico y social, 14 es el número de años promedio que los ciudadanos reciben educación. En México llega a 7.5; un gran número personas ni siquiera obtiene la

⁴⁵⁸ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 57 y 58. INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

⁴⁵⁹ En 1990, se crea la Comisión Mexicana de Investigaciones en Salud (COMISA), con el propósito de promover la investigación el campo de la salud. Martínez Palomo A. *et al.*, *Investigación en salud en México: un esbozo de agenda*, p. 55 y ss.

instrucción básica obligatoria y otros tantos, apenas si concluyen la primaria.⁴⁶⁰

En zonas con habitantes de poca o nula instrucción se constata la incidencia de enfermedades evitables y riesgos para la salud. Un análisis poblacional y epidemiológico nos confirma que los riesgos y padecimientos prevenibles se concentran en grupos con mínimos recursos y limitado acceso a la educación.⁴⁶¹ Por ejemplo, esas comunidades tienen mayor afectación por contaminación ambiental y un riesgo agravado de contagio debido a la desinformación, v.g. SIDA.⁴⁶²

⁴⁶⁰ S/t, "Detrás de la Noticia", Radio-UNAM, Cd. de México, 3/03/02. 6-10 hrs.

⁴⁶¹ Enfáticamente se ha manifestado que el analfabetismo en México fue prácticamente eliminado; pero en las entidades federativas más pobres como Chiapas, Oaxaca, Guanajuato, Puebla e Hidalgo, el 40% de las defunciones en mayores de 6 años corresponde a personas analfabetas. Porcentaje que llega a 30% nacional. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 41. Actualmente según datos arrojados por el XII Censo General de Población y vivienda, 2000; el 9.35% de la población son analfabetos. Analfabetos se define como aquellos mayores de 15 años que no saben leer, ni escribir un recado. El progreso de la tasa de alfabetismo en los últimos años está como sigue. 1970, 74.7%; 1990 87.4% y 2000 casi el 90.5%. Cfr. XII Censo General de Población y vivienda, 2000, pp. 1069 y 1091.

⁴⁶² CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 38 y 39. Las primeras defunciones por SIDA en México aparecieron en 1988 (83 casos). Éste mismo año se crea, por decreto presidencial, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA). El contagio alcanzó cifras alarmantes ya que tan escasamente en cuatro años (1992) México ocupó el 3º. lugar de enfermos de SIDA del continente; sólo después de EUA y Brasil. Cfr. Ejecutivo Federal, *Política exterior de México en el nuevo orden mundial*. pp. 377-378. Actualmente se estima que podría haber en México de 53,973 a 64,000 casos registrados, de los cuales casi la mitad ha fallecido. Fuente: CONASIDA. También se tiene conocimiento que existe un mayor contagio en las ciudades que en zonas rurales, y dentro de éstas las mujeres y los niños son los más afectados. La recomendación n. 3 de Programa de Naciones Unidas contra el VIH/SIDA (UNAIDS), creado en 1996, pide a los Estados apoyen a las víctimas con los requerimientos necesarios y dando mayor cobertura. En México las instituciones de seguridad social ofrecen

Por el contrario, cuando la madre tiene mejor instrucción, la familia tiene más posibilidades de mejorar el cuidado de su salud, sencillamente al saber como asegurar una nutrición adecuada.

En lo que a la investigación científica respecta, la falta de recursos destinados a la investigación ha reducido el interés por realizar estudios epidemiológicos o conducir una política de vigilancia empeñosa para monitorear el agua, aire, suelo, alimentos y sus efectos en la salud; tampoco se ha promovido la formación de personal especializado en áreas de trascendencia para el avance de la medicina, como puede ser la formación de biólogos u otros especialistas técnicos de la salud.⁴⁶³ Lo que nos lleva a pensar que las instituciones de salud no han aplicado la normatividad de manera comprometida con los objetivos primarios del DPS, consagrados reiteradamente en los ordenamientos referentes.

C. ACTIVIDADES CURATIVAS

Las actividades curativas son los servicios de cobertura universal, con calidad, dignidad y trato humano⁴⁶⁴ que se proporcionan al individuo

importantes apoyos, v.g. medicamentos; no así en los esquemas privados de salud. Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Fernando Cano Valle, pp. 6, 10 y 13.

⁴⁶³ El gasto público destinado a la investigación en salud representa el 0.01% del gasto en salud; porcentaje alejado siquiera de los mínimos estándares, no solo para países industrializados, sino también para países de ingresos medios que dedican el 1.5% de su gasto público en salud. No es de sorprenderse que apenas un 20% de los profesionales de las ciencias de la vida (medicina, biología, etc.) atiendan a la investigación de tiempo completo. Otro problema de la investigación, aunado al raquítico presupuesto, es la concentración geográfica en el sector público; normalmente son CINVESTAV, IMSS, UNAM y SSA, las instituciones ubicadas en la Cd. de México quienes realizan la mayor parte de investigación biomédica. PND 01-06, pp. 66 y 67.

⁴⁶⁴ PNS 90-94, p. 38.

mediante consulta general o consulta externa, para dar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; *i.e.* la atención involucra, además de la revisión clínica al paciente, los medicamentos primordiales y en su caso, exámenes de laboratorio o rayos X.

Al respecto, los más altos tribunales competentes del Poder Judicial de la Federación⁴⁶⁵ han pronunciado recientemente en dos resoluciones, que el DPS comprende necesariamente tanto el acceso a los servicios como el tratamiento oportuno, siendo pues la recepción de medicamentos, parte primordial del derecho en cuestión.

“SALUD, DERECHO A LA. LA AUTORIDAD DEL RAMO NO PUEDE NEGARSE A PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN PROCESADO.”⁴⁶⁶

Sí conforme a lo establecido por el artículo 4º. de la Constitución General de la República, toda persona tiene derecho a la protección de su salud y acceso a los servicios correspondientes, el quejoso tiene tal derecho, lo que se traduce en recibir el tratamiento requerido. Luego, con el hecho de que el Secretario de Salud del Estado de Tlaxcala, no proporcione la atención médica a un procesado y niegue su traslado a un hospital especializado, es inconcluso que viola esa garantía individual consagrada en el párrafo cuarto del artículo 4º. de la Constitución General de la República.

Precedentes:

⁴⁶⁵ La jurisprudencia obligatoria para las demás autoridades jurisdiccionales está a cargo la SCJ y los TCC (interpretación de observancia obligatoria de las disposiciones legales: Constitución, leyes, reglamentos, tratados, etc.). En el caso que nos ocupa se trata de tesis aisladas y por tanto, no obligatorias. *Vid.* art. 94 de la CPEUM y LA art. 192 y ss.

⁴⁶⁶ Amparo en revisión 561/95, novena época, materia penal, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo II, diciembre 1995, tesis VI, 2. 37 p. 274.

Segundo Tribunal Colegiado del Sexto Circuito. Amparo en revisión 561/95. Teresa Juárez Hernández, como representante de su hijo Tránsito Pedro Solís Juárez o Pedro Solís Juárez. 15 de noviembre de 1999. Unanimidad de Votos. Ponente: Clementina Ramírez Moguel Goyzueta. Secretaria: Hilda Tame Flores”.

“SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS.⁴⁶⁷

La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4º., pr. cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2º., 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud.

⁴⁶⁷ Suprema Corte de Justicia (Pleno), novena época, materia constitucional, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; tomo: XI, marzo de 2000, tesis aislada P. XIX/2000, p. 112.

Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.

Precedentes:

Pleno de la Suprema Corte de Justicia. Amparo en revisión 2231/97. José Luis Castro Ramírez. 25 de octubre de 1999. Unanimidad de siete votos. Ausentes: Mariano Azuela Güitrón, Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, Humberto Román Palacios y Juan N. Silva Meza. Ponente: Mariano Azuela Güitrón; en su ausencia hizo suyo el proyecto Sergio Salvador Aguirre Anguiano. Secretaria: Lourdes Ferrer Mac Gregor Poisot. El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy veintinueve de febrero en curso, aprobó, con el número XIX/2000, la tesis aislada que antecede; y determinó que la votación no es idónea para integrar tesis jurisprudencial. México, D.F., a veintinueve de febrero de dos mil”.

De estas tesis jurisprudenciales se pueden deducir varios razonamientos: el juicio de amparo en México constituye la última instancia impugnativa de carácter jurisdiccional para quienes sufren una afectación directa del DPS

por parte de las autoridades públicas. Aunque en estos dos casos presentados ante el poder judicial pudieron ser resueltos de manera favorable; concretamente, se otorgaron los medicamentos básicos para el tratamiento de la enfermedad, dándose así cumplimiento a lo establecido en la LGS vigente; el plazo transcurrido en ambos juicios se prolongó casi cuatro y tres años respectivamente. Es evidente que dicho plazo sería fatal para el reclamante en la mayoría de los casos.⁴⁶⁸

Al inconveniente señalado, se agrega el hecho de que estamos ante dos tesis aisladas, por tanto, no obligatorias. También debe tenerse presente que estos casos son sólo una mínima muestra a escala de la problemática ocasionada por un inadecuado servicio de atención médica que padecen muchos residentes en México.

Una vez dejado asentado que la recepción de medicamentos es parte de la garantía del DPS y que deben considerarse como del tratamiento oportuno que contiene la atención curativa, haremos un corto repaso de lo que ha sido como ha prosperado las actividades curativas en las últimas décadas.

A principio de los ochenta los grupos con mayor demanda de atención médica lo conformaban el 71% de la población, entre niños, mujeres gestantes y ancianos. Desde 1993, se propuso formalmente en el PND 83-

⁴⁶⁸ Hay quienes opinan que el juicio de amparo se ha convertido en un obstáculo atentatorio de los principios que rigen la administración de justicia (procuración de justicia pronta y expedita), so pretexto de la protección de los derechos humanos; instancia que tiene mayor dilación en la resolución de los asuntos judiciales. Barragán Barragán, José, *Tradiciones jurídicas y los procesos de recepción en la formación de los derechos nacionales*, ponencia en el Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, Colegio de Ingenieros Civiles, Cd. de México, IJ-UNAM, 9 al 14 de febrero del 2004.

88 llegar a dar cobertura universal, primero con servicios de atención personal al 85% de la población.⁴⁶⁹ Para el primer año del PND 89-94, se estimó que se había logrado dar servicios de atención médica curativa al 94% de la población mexicana, distribuida de la siguiente manera: 35% eran atendidos en programas para población abierta, 54.6% en instituciones de seguridad social y el 4.3% en servicios privados.⁴⁷⁰ Se registró un incremento substancial para 1991, en el número de población abierta atendida por la SS e IMSS-Solidaridad a 45.3%.⁴⁷¹ De hecho en 1995, las cifras revelan una marcada tendencia a reducir el número de derechohabientes: 37.9%, contra 62.05% atendidos por programas para población no asegurada.⁴⁷²

Aparte de la tendencia a adelgazar el número de amparados bajo los esquemas de seguridad social; del total sus beneficiarios estadísticamente registrados, se captan de un 70% a un 80%. Dicho de otro modo, se estima que un 20% a 30% de beneficiarios registrados no son atendidos por sus instituciones de derechohabencia o sencillamente, 1/3 parte de la población paga servicios que no utiliza.⁴⁷³ Éste grupo se subdivide en un 26% aprox. que opta por servicios privados y cerca de un 4% restante, que prefiere

⁴⁶⁹ PNS 77-83, pp. 69-79. Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Informe de Labores 1983-1984*, p. 9-16.

⁴⁷⁰ PNS 90-94, pp.17 y 18.

⁴⁷¹ En Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Zacatecas el porcentaje de población abierta atendida osciló entre 61% al 78%. E/1990/6/Add.4 p. 76. E/1994/104/Add.18 pr. 329.

⁴⁷² Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 456.

⁴⁷³ CNDH, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos*, pp. 62 y 65.

acudir a atención asistencial. A esto se añade que cada año, 7% de mujeres con niños pequeños pierden la protección de seguridad social.⁴⁷⁴

No obstante lo anterior, los servicios médicos que prestan las instituciones públicas de seguridad social continúan, por el número de afiliados, como las instancias de PDS más importantes en el país. En reciente entrevista con el Secretario de Salud, éste señaló que poco más de 55% (cerca de 55 millones) de los mexicanos tiene seguridad social.⁴⁷⁵

El XII Censo de Población y Vivienda arrojó los siguientes datos:

DISTRIBUCIÓN PROMEDIO DE LA POBLACIÓN, POR SU CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA.

Fuente: INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

no derechohabientes	57.00%
IMSS	32.30%
ISSSTE	2.90%
No especificado	1.10%
PEMEX, DEFENSA O MARINA	1.10%

Con independencia de la imprecisión y grandes variaciones en porcentajes según las distintas fuentes, podemos estar ciertos que el número de habitantes amparados por instituciones de seguridad social no ha logrado el crecimiento esperado y menos todavía; los prestadores de

⁴⁷⁴ Funsalud, "Demanda y oferta de servicios...", pp.11-13 y 67-72.

⁴⁷⁵ Derbez, p. 13.

servicios de salud en su conjunto, han logrado hoy la cobertura universal pretendida.⁴⁷⁶

Por supuesto, sabemos que la cobertura universal es una tarea titánica que requiere esfuerzos coordinados de la sociedad civil. Simplemente el número de médicos para atender a cada uno de los habitantes sería naturalmente insuficiente.

Aquí el compromiso de dar cobertura universal consiste en que el Estado proporcione opciones (a todos sin distinción) de accesibilidad para la atención médica, con servicios de calidad y a costos permisibles; de suerte que las diferencias de atención que se presenten sean por decisión del individuo (v.g. entre servicios privados o públicos), y de ninguna manera por circunstancias ajenas a la elección de los pacientes (v.g. como el alto costo o la baja calidad del servicio). En otras palabras; el mandato constitucional sobre salud obliga al gobierno a proveer lo necesario para disminuir las desigualdades entre mexicanos.⁴⁷⁷

Con este intención se instauró, en la LGS, el Sistema Nacional de Protección Social en Salud, dirigido a todas aquellas familias o personas que carezcan de mecanismos de atención y tratamiento oportuno, ya sea por instituciones de seguridad social o población abierta (art. 77 Bis 3 y 4 LGS).

Dicho lo anterior, podemos decir que la adopción del lema y compromiso "salud para todos", objetivo tomado por la política oficial del Estado mexicano, no superó la meta instituida en la Declaración de Alma Ata para el año 2000.

⁴⁷⁶ Por citar un ejemplo: en 1992, el 25% de los fallecidos no recibieron atención médica previa. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 58.

⁴⁷⁷ Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, p. 2.

En cuanto al profesionalismo, calidad y trato humano en la atención médica, la LGS, junto con el RLGSPSAM determinan que debe proporcionarse con calidad idónea y eficiencia, de forma oportuna, con atención profesional, *personal calificado*⁴⁷⁸ y éticamente responsable, con un trato respetuoso por parte de profesionales, médicos, enfermeras, técnicos, terapeutas y auxiliares de la salud; quienes además están sujetos a los lineamientos específicos de cada institución.⁴⁷⁹

Art. 51 LGS

“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, técnicos y auxiliares”.

Sobre la calidad del servicio, deseamos indicar que los problemas de mala calidad no incluyen únicamente aspectos técnicos de la atención médica, sino a la forma en que se recibe y atiende al usuario.⁴⁸⁰ De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios Médicos, 2000; el servicio de salud había empeorado, v.g. el 61% de los entrevistados se quejan de la burocracia y falta de amabilidad en las instituciones públicas de salud.

Aunque la versión oficial insista en que no existen diferencias cualitativas⁴⁸¹ en general, las instituciones de seguridad social ofrecen servicios médicos de más alta calidad, más expeditos y con mayor

⁴⁷⁸ Art. 79 LGS, y 22 y 23 del RLGSPSAM señalan como obligaciones del personal de salud, el requisito del título profesional para realizar actividades médicas.

⁴⁷⁹ CNDH. *El derecho a la protección de la salud...*, p. 62.

⁴⁸⁰ Funsalud, *Economía y Salud*, p. 44.

⁴⁸¹ El profesionalismo es igual en cualquier modalidad de servicio, sin importar las distintas infraestructuras. Cfr. E/C.12/1990/SR.6 pr. 267, E/C.12/1990/SR.7 pr. 6 y E/C.12/1990/SR.9 pr. 21.

protección a los derechohabientes que los servicios destinados a población abierta.⁴⁸² Sin embargo, también el 38% de la población urbana derechohabiente está insatisfecha con la atención recibida; el 27% de los atendidos por el IMSS cambiarían de médico y el 58% optaría por servicios privados; de manera que una altísimo porcentaje de los usuarios acude a su clínica, porque el servicio está pagado, y no por la confianza que se le tiene a la institución.⁴⁸³

Aunque los servicios de salud curativos puedan llegar a ser excelentes para la población urbana asegurada, no es lo mismo en tratándose de poblaciones rurales. Según resultados aportados por una investigación en zonas rurales, se comprobó que en horas de trabajo un porcentaje del 24% a 67% de unidades de primer nivel se encontraban cerradas. Proporción que fue de un 15.4% en áreas urbanas. Lo cual se explica debido a la carencia de supervisión y deficiente organización del trabajo institucional que trae aparejada la lamentable subutilización de muchos centros de atención primaria. Ello acarrea problemas mayores, pues no se brinda una detección y tratamiento oportuno de la enfermedad, ya que después de recurrir al servicio una o dos veces y encontrar nula atención, el paciente decide no volver.⁴⁸⁴

⁴⁸² Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, p. 63.

⁴⁸³ CNDH, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos*, pp. 62 y 65.

⁴⁸⁴ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 61.

Respecto a la atención profesional, que naturalmente redundará en la eficiencia del servicio,⁴⁸⁵ en muchas ocasiones se encontró que el servicio está a cargo de pasantes en medicina y personal auxiliar.

En la actualidad todavía se cuentan —aunque menos— casos en que los embarazos y partos no son atendidos por personal adiestrado y mucho menos calificado;⁴⁸⁶ ni que esperar de cuidado de los niños durante su primer año de vida; situación que encontramos normalmente en los núcleos más vulnerables, los que por su condición, deberían tener una supervisión más estrecha por parte de las autoridades de salud, v.g. del total de partos de población abierta (el 47% proviene de personas indigentes),

⁴⁸⁵ Todas las instituciones públicas de salud mal emplean los recursos humanos e infraestructura, empero el ISSSTE y SS tienen una tasa de aprovechamiento de menos de la mitad que el IMSS (15.9 vs. 8.3 respectivamente). Además, aflora la incongruencia entre desempleados del sector salud y las necesidades urgentes del país (en 1986, el 7.5% de los médicos mexicanos estaban desempleados y más del 21% se dedicaban a actividades distintas a su profesión); es decir, se tenía un ¼ de recursos humanos desperdiciados. En estudios realizados por Funsalud, se reveló que del total de pacientes atendidos en consulta externa, el 27% tuvieron atención satisfactoria, el 47% deficiente y el 26% inaceptable. Igualmente se puntualizó que el producto de cesárea tiene 4.1 veces más posibilidades de morir cuando el parto es atendido por residentes. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 62 y 65. Si mostramos la media de las personas que atienden nacimientos alrededor de la República Mexicana, veríamos en la mayoría de las entidades federativas, poco menos del 78% de los partos son atendidos por personal médico profesional y autorizado, excepto el D.F. y Nuevo León con 95%; en contrapartida a los estados de Chiapas y Oaxaca con un 25 y 45% respectivamente, 18% no son atendidos por instituciones de salud, siendo práctica común para enfermeras, parteras u otro personal auxiliar no calificado, de ahí que no nos extrañe que 40 000 niños mueran en el parto o antes del primer año de vida, por causas como desnutrición, diarreas o enfermedades respiratorias. Cfr. INM e INEGI, *Hombres y Mujeres en México*, 2002 y antecedentes del Programa de Acción Arranque parejo en la Vida, 2001.

⁴⁸⁶ La mitad de partos en mujeres de núcleos sociales más pobres (pobreza extrema), no son atendidos por personal capacitado, i.e. cada año llegan al mundo 500,000 niños en esas circunstancias. En Oaxaca, Guerrero, Tabasco y Veracruz menos del 50% de partos se atendieron por un médico. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 33, 58 y 77.

escasamente el 8% es atendida con servicio y personal profesional. A lo anterior, se agrega el inconveniente de que en su mayoría, éstas prácticas son motivadas por las instituciones de donde proviene dicho personal, por lo que a veces no coincide con los requerimientos o necesidades de los usuarios a quienes se destina el servicio.⁴⁸⁷

Claro que en términos llanos, podemos decir que en los últimos años, el problema de la falta de personal adiestrado y debidamente calificado aminoró, gracias al control más estricto por parte de las autoridades sanitarias, conjuntamente con la Secretaría de Educación Pública (SEP) y las Universidades, para observar el debido acreditamiento en el ejercicio de la profesión.

Pero estimamos que en el caso de los pasantes en medicina, la SS debería sujetar más enérgica y escrupulosamente la supervisión de las prácticas, directamente a profesionales autorizados. Actuación que aunque se presupone y en alguna forma está regulada mediante los convenios entre las instituciones educativas y sanitarias, lo cierto es que existe dispersión y diríamos hasta ciertas lagunas normativas que permiten y dejan ver en el ejercicio diario de la medicina, prácticas carentes de relevante capacidad y aplicación, propias de la exigencia médica, poniendo en riesgo la vida de las personas. Por tal, se propone la siguiente adición a la fr. I del art. 19 RLGSPSAM:

⁴⁸⁷ Las escuelas de Medicina en México tiene la práctica de enviar alumnos a las comunidades, pero no han logrado establecer la solidez de dicha tradición. En el caso de la medicina preventiva, ni siquiera puede hablarse que haya cundido el interés en las escuelas y por tanto, en la mente de los nuevos profesionales de la salud. *Idem*. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 39.

“... así como supervisar directamente las actividades médicas que en dicho establecimiento realicen los practicantes de medicina, distintos a los mencionados en el art. 103, 110 y 111 del Reglamento”.

En definitiva, la atención médica en su faceta de actividades curativas, presenta trazos contradictorios en cuanto al carente profesionalismo, limitada calidad en la atención traducida en ineficiencia del servicio, con altos costos de operación.

Otra tarea pendiente de regulación es la que ejercen los practicantes de medicina alternativa tales como: acupuntura, reflexología, homeopatía, quiropráctica, osteopatía, naturismo, iridiología entre otras. Actualmente existen escuelas reconocidas para la capacitación de homeópatas, pero no así las demás prácticas médicas que carecen de la debida certificación.

Por lo que concierne a la vigilancia sobre la calidad de los establecimientos,⁴⁸⁸ en México, a diferencia de países desarrollados, no hay un proceso confiable de acreditación que verifique la capacidad de la

⁴⁸⁸ Norma Oficial Mexicana (NOM), son regulaciones técnicas, de carácter obligatorio, expedida por las dependencias competentes para establecer reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, autoridad, servicio o método de producción u operación; así como aquellos relativos a la terminología, simbología, embalaje, marcado, etiquetado, etc. art. 3 fr. XI Ley Federal de Metrología y Normalización (LFMN), D.O.F. 1/07/92. Existen NOM que regulan las especificaciones para la infraestructura de equipo y servicios, lo que a su vez permite controlar y evaluar los resultados de los establecimientos destinados a la atención médica. NOM-178-SSA1-1998, “sobre los requerimientos adecuados para dar atención médica ambulatoria en los establecimientos”: tiene objeto mejorar la calidad de la infraestructura, personal y equipo que da servicio preventivo, de diagnóstico o curación, incluidas urgencias y de rehabilitación en la atención media básica. La NOM-197-SSA1-2000, “sobre hospitales y atención médica especializada”.

institución para brindar atención con calidad aceptable.⁴⁸⁹ Debería, con el trámite de autorización de actividades o de aviso de inicio de actividades ante la SS, hacerse una rigurosa supervisión, para que exclusivamente se permita funcionar a establecimientos que brinden servicios sanitarios, si reúnen los requisitos y condiciones que marca la ley. En otras palabras, el problema se reduce a la inacción por parte de las autoridades competentes.

En principio, la observancia de dichas disposiciones corresponde en a la SS y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con el art. 48 LGS y 16 del Reglamento Interior de la SS; luego, tal función se delega a la Dirección de Calidad y Educación en Salud, sin perjuicio de que intervengan otras unidades administrativas.

Opinamos que la vigilancia por parte de la sociedad civil; no exclusivamente en lo referente al buen desempeño laboral del personal que brinda atención médica, sino también de las condiciones de los establecimientos sanitarios; sería de gran peso y significación para el DPS; claro, siempre y cuando se sepa que exigir, y para eso hay que estar informados. De ahí que se deba dar a conocer a todo usuario del servicio, cuáles son sus derechos como paciente. Ello permitiría; además de clarificar la repartición de responsabilidades entre médicos y pacientes, que la población participe activamente en la exigencia y verificación de sus derechos. Si bien las prerrogativas de los usuarios pueden rescatarse de diversas normas sanitarias; lo cierto es que su dispersión acarrea serios inconvenientes para el respeto de los derechos de los pacientes. Por tal, se

⁴⁸⁹ El Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de Enfermería, creado en 1996 por el Colegio Nacional y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, no tiene plena validación. PNS 01-06, p. 56.

le dio a la CONAMED la tarea de destacarlos, precisarlos⁴⁹⁰ y difundirlos.⁴⁹¹ Ahora proponemos se comine a los prestadores de servicios que desde la primera consulta o al abrir el expediente clínico, les hagan del conocimiento y por escrito a sus pacientes de sus garantías. Pues es habitual que las personas ignoren sus derechos y por supuesto, sus obligaciones. Es por demás evidente la necesidad de fortalecer a las instituciones a fin de dar cumplimiento cabal a sus obligaciones, v.g. verificar el cumplimiento del marco normativo existente sobre la calidad de la atención médica y prohibiendo la operación de los establecimientos hasta que se cumpla la norma.

En ese sentido, la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales⁴⁹² ha comenzado la evaluación de unidades hospitalarias; el proceso de dictaminación sigue en marcha, pero a la fecha, únicamente una pequeña porción de hospitales en México ha obtenido la certificación.⁴⁹³ El 85% de los laboratorios de patología clínica,⁴⁹⁴ tanto públicos como privados

⁴⁹⁰ La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue quien inició los esfuerzos para establecer la carta de los derechos de los pacientes. También el grupo parlamentario PRD propuso una iniciativa de Ley de Protección al Usuario de los Servicios de Salud, presentada por el diputado Miguel Barbosa Huerta el 4 de octubre de 2001. Cfr. *Gaceta Parlamentaria*, año IV, n. 852, 5 de octubre de 2001.

⁴⁹¹ El decálogo se conoce como "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes", y aunque está avalada y difundida por cerca de 1 117 instituciones, comprendidas las de salud, pensamos podría insertarse en un capítulo de la LGS. Vid. apéndice, pp. 376-380.

⁴⁹² Creada en 1999, dependiente del Consejo de Salubridad General.

⁴⁹³ PNS 01-06, p. 69.

⁴⁹⁴ Establecimiento de cualquier naturaleza (pública, social o privada) que se dedique al análisis de físico, químico o biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano; cuyos resultados coadyuvan al diagnóstico y tratamiento de problemas médicos. Cfr. NOM-178-SSA1-1998, punto 4.18.

no cumplen cabalmente con el control de calidad, pese a lo dispuesto por la NOM-166-SSA1-1997.⁴⁹⁵

Los diversos problemas tienen tanto una dimensión interpersonal como técnica; la primera conectada a la interacción entre el profesional y el paciente; la segunda, a la aplicación del conocimiento y equipo. Parte de esta dificultad se debe a la falta de parámetros bien definidos que permitan un mayor control en el seguimiento y evaluación. Entre 1997 y 2000, la SS había implantado el Programa de Mejoría Continua de Calidad de la Atención Médica, cuyo resultado, después de la aplicación de la evaluación en 28 entidades federativas, fue de un cumplimiento promedio del 52%. Por tal, elevar la calidad de los servicios de salud se convierte en un compromiso para la presente administración.⁴⁹⁶ Razón por la que el ejecutivo federal recientemente firmó un acuerdo sobre reglas e indicadores de gestión y evaluación llamado: Acuerdo Nacional por la Calidad de Servicios Médicos.⁴⁹⁷

Como se puede apreciar, hasta hoy no se ha alcanzado una cobertura universal y permanente de los servicios médicos curativos, que opere con efectividad en todo el territorio nacional; ni tampoco se ha asegurado la calidad del servicio y accesibilidad del sistema sanitario.

⁴⁹⁵ Norma relativa a la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, D.O.F. 21/12/99. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 39.

⁴⁹⁶ La calidad de los servicios de salud se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos, congruente con las normas profesionales y que responden de manera adecuada a las expectativas y valores de los pacientes en su dimensión técnica e interpersonal. Cfr. Objetivos de desarrollo social y humano del PND y PNS 01-06.

⁴⁹⁷ D.O.F. 14/03/02.

Tristemente el incumplimiento de las metas propuestas por Alma-Ata trajo el desaliento de muchas acciones halagüeñas para la prosperidad de los pueblos. Con el compromiso que significó Alma-Ata surgieron muchas esperanzas y se implementaron nuevas estrategias en los países participantes. Tal fue la sinergia del esfuerzo conjunto, que México atrajo los objetivos a sus políticas en el SNS; no únicamente para cubrir con servicios básicos de salud a toda la población, sino implementar una política completa que permitiera regenerar los estándares del nivel de vida: educación, empleo, agua potable, planificación familiar, etc. Ahora vemos que el tiempo previsto pasó — año 2000 — y hay promesas sin cumplir.

Pareciera que existe un cierto retroceso generalizado en la protección del derecho a la salud en mayoría de los países en subdesarrollo; condición que nos conmina a reflexionar en ¿qué obstáculos impiden lograr el objetivo? y ¿cuáles son los elementos necesarios para implementar el derecho a la salud?⁴⁹⁸

A juzgar por el BM, institución financiera número uno en apoyo a la salud; todavía tres veces más poderosa que la OMS; el principal obstáculo para lograr la salud para todos es el *económico*. La salud lejos de ser un valor humanizado al que hay que proteger, es un concepto de un mercado orientado al crecimiento económico, mismo que se inserta en la premisa “la salud es necesaria para el crecimiento económico”. A partir de ahí, se han creado apoyos que aseguran la efectividad de los costos del cuidado de la salud.⁴⁹⁹ En efecto; no todas las acciones para la salud ameritarían apoyo financiero público; se tendrán en consideración aquellas que aseguren un

⁴⁹⁸ Werner, “Insuring the necessary resources for the human right to health...”, *passim*.

⁴⁹⁹ World Bank, *World Development Report*, 1993.

máximo rendimiento, v.g. los adultos jóvenes ya que contribuyen mayormente al crecimiento económico de la nación. Dado el poder que constituye el BM para la financiación al desarrollo, con fuertes intereses en grandes negocios, es lógico que exista presión hacia los países pobres para que se subordinen a adoptar los planes de acción más rentables en salud, de acuerdo con las políticas de las instituciones financieras internacionales. No es de extrañar, dice David Werner, que en países con mayor necesidad de ayuda, cada vez más servicios médicos estén a cargo de instituciones privadas o los pocos servicios públicos tengan esquemas de recuperación de gastos o cuotas en clínicas comunitarias que en un principio, estaban a cargo del erario. Con razón se evidencia un decremento en la afluencia de usuarios y el consecuente descuido en su salud, v.g. mayor mortalidad infantil, más enfermedades de transmisión sexual y de otras enfermedades prevenibles.⁵⁰⁰

Disentimos del criterio mercantilista antes anotado, aunque sabemos que un fuerte obstáculo al éxito de los propósitos de Alma Ata fue el económico, no en sentido llano de falta de recursos, sino mas bien, subrayamos, en la dispareja repartición de la riqueza, como lo vimos en el título de "Recursos Financieros". Más aún, sostenemos que el éxito de cualquier reforma depende en buena medida de la aptitud financiera, pero sobre todo, de la sensibilidad política para su implantación. No hay presupuesto, plan estructural o política de acción por mejor definida y viable que sea, que pueda dar fruto por sí sola, si está ausente la voluntad política de la clase gobernante.

⁵⁰⁰ Werner, "Insuring the necessary resources for the human right to health...", *passim*.

Desafortunadamente unos cuantos —y cada vez menos— son quienes toman las determinaciones que afectan las vidas de las mayorías. Los acuerdos a veces derivan de un paradigma limitado, en función de los intereses de los pocos que detentan el poder de decisión y acción⁵⁰¹ en detrimento de los más desfavorecidos. Será acaso esta la razón porque en México no se han fortalecido suficientemente las instituciones democráticas.⁵⁰²

Otro germen de los escasos logros en las políticas sociales y de salud han sido los continuos desaciertos de los mecanismos que incentivan la participación ciudadana en la ejecución de estrategias de salud para todos. Primero por la apatía general de la población que no ha creado conciencia de la importancia de mejorar su salud, y por otro, la falta de medios idóneos de carácter permanente para involucrar a gente en los proyectos comunitarios,⁵⁰³ tales como: estructurar dentro de los programas oficiales a técnicos auxiliares de la salud; opinar informadamente junto con la comunidad sobre las medidas que se adoptará para apoyar los programas de salud, v.g. educación, promoción y prevención de enfermedades.

Nos percatamos que el compromiso de equidad en la redistribución de bienes debe estar acompañado igualmente, en la redistribución de poder de

⁵⁰¹ El poder efectivo de toma de decisiones incide directamente en la asignación de recursos hacia lo que se considera preponderante. Cfr. González, J.L., *Un ordenamiento de corte fiscalista, Diez años de descentralización, resultados y perspectivas*. Cit por Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 190.

⁵⁰² No obstante, es digno de elogio la labor realizada por las contralorías internas de la Administración Pública Federal.

⁵⁰³ Hay adelantos de alguna importancia en la participación comunitaria v.g. autocuidado para la planificación familiar, participación en campañas de vacunación, mayor uso de sales hidratantes para niños menores de 5 años; pero queda con a gran distancia el rezago en el campo y la participación de las mujeres. Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, p. 61. *Vid. supra*, p. 151 punto 2.

decisión. La capacidad real del electorado coadyuva en la descentralización y redistribución equitativa de los servicios indispensables para el grupo, de manera que se haga una participación democrática con peso suficiente para controlar a los gobernantes; de ahí la importancia de estimular la participación ciudadana y a los grupos en interesados en los procesos de decisión. Si queremos que las personas tomen control sobre las decisiones que les afectan, no sólo su salud, sino también en su vida, se deberá reajustar los esquemas de enseñanza, donde se invite a pensar y cuestionar, observar y tomar sus propias determinaciones; así como diseñar posibles planes de acción que permitan construir un vínculo más honesto con la sociedad. Se debe comenzar por perfeccionar los mecanismos de participación ciudadana primeramente al interior de los partidos políticos, a fin de mejorar el sistema representativo y fortalecer la elección democrática y comprometida de los candidatos electos. Generar un frente común que pueda gradualmente crear conciencia de cuáles son las verdaderas causas que afectan la salud de la población. Sembrar la semilla del cambio con los trabajadores de la salud; profesores; gente común, independientemente de su actividad; que compartan información precisa para actuar en consecuencia. Probablemente este mecanismo de acción contra la inequidad sea la clave para asegurar el DPS que pretenden los gobiernos, pero que añoran todos los mexicanos.

A propósito de la inequidad, existe un estudio serio que al analizar el círculo vicioso salud-enfermedad, concluye que los padecimientos son influenciados por la desigualdad social. *"The level of health of a population*

is determined less by its total wealth or GNP per capita than by the relative equality or inequality, with which that wealth is distributed".⁵⁰⁴

Terminar con el círculo vicioso fue precisamente una de las aspiraciones de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud. La estrategia integral de salud no se limitaba únicamente al acceso y atención primaria de la salud, sino a atender las causas económicas, sociales y políticas que laceran la salud. En concreto, la táctica promovía una distribución más justa de los recursos de cualquier naturaleza. Para lograrlo; los gobiernos de los países (en especial en desarrollo) se comprometieron a dar más que un apoyo formal, asumir un verdadero de destinar mayores y mejores recursos para atender a la población desamparada. Ello implicaría un aumento de los porcentajes del erario destinado al subsector salud, hasta lograr que toda la población tuviera acceso a la atención básica.

Inmediatamente después del entusiasmo provocado por la Declaración de Alma Ata, muchos de los ministros de salud de todos los países, implantaron programas para llevar a cabo los objetivos. Sin embargo, fue fácil que los grupos con intereses privados (gobiernos, elite y gremio médico) se resistiesen al impulso del cambio, quizá influido también por la falta de presencia política del gobernado. La mayor amenaza que se vislumbraba con la medida integral propuesta por la Declaración de Alma Ata, era dotar de mayor autosuficiencia a las comunidades y en consecuencia, menos dependencia de los gobiernos.

⁵⁰⁴ "El nivel de salud de una población está menos determinado por su riqueza total o PNB, que por la relativa igualdad o desigualdad con la cual la riqueza es distribuida". Traducción propia. Werner, "Insuring the necessary resources for the human right to health...", *passim*.

La reacción fue insertar el proyecto de atención primaria de la salud como parte del sistema de salud previamente existente para aligerar con ello su impacto; limitándose los recursos y la participación social hasta convertir el servicio y a los promotores comunitarios de la salud en un proyecto sin trascendencia. A la par, se lanzaron nuevos, costosos y más elaborados programas de salud con el propósito de dar envergadura a la actividad de gobierno y hacer parecer superfluos los programas comunitarios, opacando con ello la campaña de las luchas populares por la salud.

El proyecto de Alma Ata si no se quiere decir que fracasó, tuvo un éxito temporal. Las mismas instituciones internacionales que había apoyado inicialmente la Declaración, trataron de despojarla de sus elementos de mayor alcance, de manera que dejara de ser una amenaza para el grupo dominante y el mundo se sintiera más cómodo.⁵⁰⁵

Si analizamos cuáles son los elementos necesarios y comunes que hicieron posible implementar el derecho a la atención primaria de la salud, aunque fuera por corto tiempo y con ejemplos específicos (Mozambique y Nicaragua), encontraremos que definitivamente existía un fuerte deseo político de los gobernantes de responder a las necesidades básicas de salud de toda la población; la imperativa participación activa del pueblo en

⁵⁰⁵ En realidad el programa fue atacado desde su lanzamiento. En 1979, antes de que la crisis pudiera ser usada como argumento, la fundación Rockefeller señaló que el proyecto era demasiado caro y poco realista. Tales fueron las dificultades contra el pensamiento conservador de la década, que en 1983 la meta "salud para todos" dejó de ser viable para UNICEF y optó por la "supervivencia infantil". Werner David y David Sanders. *Cuestionando la Solución: Las políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. Cap. III. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud. social* [on line]. Traducción de David Pérez Solís, healthwrights@igc.org available from: www.healthrights.org/static/cuestionando/indice.htm. [accessed 11/02/00].

un deseo por lograr ese objetivo;⁵⁰⁶ pero fundamentalmente se busca una mayor igualdad social y económica.⁵⁰⁷

1. SERVICIOS PÚBLICOS A LA POBLACIÓN EN GENERAL

Los servicios públicos para población en general o abierta son los que se brindan a población no asegurada, comúnmente localizada en áreas rurales. En su mayoría, esta población hace uso de los servicios públicos que ofrece directamente la SS o a través de programas específicos de salud v.g. Programa IMSS-Solidaridad. Estos servicios incluyen a quienes no participan en el sector formal de la economía y a las clases medias autoempleadas, sobre todo urbanas, que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico privado, *i.e.* población de escasos recursos.⁵⁰⁸

⁵⁰⁶ Nuestro estudio no está enfocado al análisis de la participación ciudadana en la realización del DPS, pero su trascendencia ciertamente obliga a hacer ciertos señalamientos. Las razones más influyentes por las que la participación comunitaria es importante en el éxito de las políticas sociales, son porque la salud es un interés de todos y en esta forma, las decisiones que se tomen en consenso serán mejor aceptadas. Si se pretende lograr la salud para todos, necesariamente se requerirá de más personas involucradas en el mantenimiento de la salud, además de los profesionales de la salud; los cuales siempre serían insuficientes para atender las demandas de la creciente población. Se precisa de una organización popular fuerte que luche por mejores condiciones de vida; prosperidad que en definitiva hace la diferencia entre salud y enfermedad.

⁵⁰⁷ Werner David y David Sanders, Cuestionando la Solución: Las políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil. *Cap. III. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud*, [on line]. Traducción de David Pérez Solís, healthrights@igc.org available from: www.healthrights.org/static/cuestionando/indice.htm. [accessed 11/02/00].

⁵⁰⁸ Son aquellas personas que tengan ingresos equivalentes al salario mínimo vigente en la zona económica correspondiente. Para ello, se requiere que la SS realice un estudio socioeconómico. *Vid.* art. 7 fr. VII RLGSPSAM.

Para 1980, el número de personas sin seguridad social ascendía a 37 000 000 de los cuales 29 000 000 tenían ingresos inferiores al salario mínimo.⁵⁰⁹ Tres años más tarde, 18 300 000 fueron atendidas directamente por la SS y 10 300 000 por medio del programa específico IMSS-Coplamar,⁵¹⁰ dirigido a grupos vulnerables en zonas rurales⁵¹¹ y semiurbanas o marginadas. Empero, en este programa como en otros, de manera lamentable se observa que hay duplicidad innecesaria de funciones con el consiguiente gasto de recursos y en consecuencia, viene el debilitamiento de la capacidad institucional⁵¹² e.g. se estimó que en el periodo 83-88, había 500 localidades que fueron atendidas a la vez tanto por la SS como por el IMSS-Coplamar. Sencillamente para dar mayor claridad diremos que el programa IMSS-Coplamar fue promovido en 1976⁵¹³

⁵⁰⁹ PNS 84-88, p. 242.

⁵¹⁰ Paralelamente el IMSS firma en 1979, un acuerdo con el Ejecutivo Federal para que se elaborara y operara un programa de solidaridad social con participación comunitaria que se denominó "IMSS-Coplamar". El programa: Coordinación del Plan Nacional de Desarrollo para apoyo a Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), estaba dirigido a población de escasos recursos en zonas marginadas o rurales. Sus fuentes de financiamiento serían el propio Instituto y recursos federales. Al desaparecer Coplamar por decreto presidencial en 1983, el IMSS asume su operatividad.

⁵¹¹ La diferenciación es aún polémica entre comunidad rural y urbana. Pero el criterio de tamaño de localidad por número de personas es la variable analítica, considerada mayoritariamente hasta un límite de 2 500 habitantes para comunidades rurales. Cfr. E/1990/6/Add.4 pr. 249.

⁵¹² PNS 84-88, *passim*.

⁵¹³ Más todavía, podemos hablar de otros programas de salud comunitaria en zonas rurales desde tiempo atrás v.g. El proyecto Piaxtla en Sinaloa data de 1965. Werner, David, (2000) "Un ejemplo de México "El proyecto Piaxtla". Estos programas están basados en los lineamientos de la Atención Primaria a la Salud y parten de un Diagnóstico de Salud para atender las prioridades de las localidades amparadas con plena participación de la población solidario-habiente.

y 1982 desapareció, luego prosiguió en 1989 como programa IMSS-Solidaridad,⁵¹⁴ conocido más tarde como IMSS-Oportunidades.⁵¹⁵

Para 1985, se instaura el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta (MASDA) con servicios desde nivel general hasta especialidad,⁵¹⁶ éxito consolidado con el PND 89 -94.

⁵¹⁴ Los orígenes del Programa IMSS-Solidaridad se remontan a 1973, con las modificaciones a la LSS que facultaban al IMSS para extender su acción a poblaciones sin capacidad contributiva, para incorporarse a los sistemas de aseguramiento existente, con la creación del Programa Nacional de Solidaridad Social a través de la cooperación comunitaria. El propósito era contribuir al mejoramiento de la salud de la población marginada rural, mediante una red de servicios que proporcionan atención integral, oportuna, eficiente y de calidad, con base en un modelo sustentado en la atención primaria que promoviera la participación voluntaria. E/1994/104/Add.18 pr. 342 y 343 y Censo de Universo de Trabajo 1999/INEGI/Estimaciones CONAPO. <http://www.imss.gob.mx/nr/IMSS/Solidaridad/antecedentes/ante3.htm0> [accessed 5/05/02].

⁵¹⁵ Opera con recursos federales administrados por el IMSS a través de un Modelo de Atención Integral para la Salud. Otorga asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria integral, privilegiando las acciones médico preventivas y curativas de mayor demanda y con participación activa de la comunidad. Trabaja en 17 entidades federativas con 16 637 localidades de menos de 2 500 habitantes de zonas geográficas de difícil acceso; con 3 540 unidades de primer nivel y 69 unidades de segundo nivel. Atiende a 10 703 833 solidariohabitantes pertenecientes a familias en pobreza extrema. Fuente: CENSO de Universo de Trabajo 2001/INEGI/Estimaciones CONAPO.

⁵¹⁶ En el primer nivel se encuentran centros de salud adaptados a la región adscrita y pueden ser desde "unidades de salud" con un doctor para 1 000 a 2 500 habitantes con serios problemas epidemiológicos. "Centros de salud rurales para poblaciones dispersas", con uno o dos módulos para un máximo de 6 000 habitantes. "Centros de salud para una población concentrada", que incluyen de uno a seis módulos con una atención de hasta 18 000 habitantes y, finalmente dentro de la atención general están los "centros de salud urbanos" con 3 a 12 módulos para hasta 36 000 personas. El segundo nivel lo conforman "hospitales generales" con un mínimo de 30 camas, que varía según las características de la población. Y el tercer nivel lo comprenden institutos como cancerología, cardiología, neurología, neurocirugía, nutrición, pediatría, perinatología, psiquiatría y otros. E/C.12/1990/SR.9 pr. 22 y 23.

Con independencia de las cifras reportadas en los diferentes periodos y como se mencionó en el apartado anterior, se ha incrementado la cobertura en los servicios de atención primaria a población abierta. Según datos reportados por la OMS, existe una reducción importante en el número de personas sin acceso a servicios de salud { de casi 14 000 000 en 1988,⁵¹⁷ a 10 000 000 en 1995 y 1 500 000 en 1999,⁵¹⁸ contados los lugares más remotos: en población rural un 26% y urbana 64% acceden al servicio de salud, y un 3% de la población rural más pobre y cerca de 28% de zonas urbanas a la seguridad social.⁵¹⁹ Los avances en la cobertura de servicios médicos en zonas rurales hicieron merecedor a México al premio de excelencia en el 2000, por el reto de llevar y mejorar el acceso a la atención sanitaria en zonas dispersas de difícil acceso — casi 50 000 comunidades con menos de 100 habitantes—.⁵²⁰

Sin embargo, ya sabemos que la cobertura no se ha logrado para el total de la población⁵²¹ y que igualmente, las instituciones que atienden a la

⁵¹⁷ PNS 84-88, p. 80.

⁵¹⁸ IMF Working Paper, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, p. 31. Funsalud, "Paquete universal de servicios esenciales de salud", p.11.

⁵¹⁹ *Ibid.* p. 39.

⁵²⁰ *Ibid.* p. 31.

⁵²¹ De hecho, en contraste a lo estimado por la OMS, el Instituto de las Américas señala: a fines de 1999, había todavía 10 000 000 de personas en México sin acceso a la atención médica y 1 000 000 sin acceso al paquete básico de salud. Instituto de las Américas, *Reglamentación del sector salud en México*, p. 1 y ss. El Instituto de las Américas es una institución sin fines de lucro de la Universidad de California, de San Diego, EUA; creada en 1983 para promover el desarrollo y la integración del sector privado en el bienestar económico, político y social de los habitantes de las Américas. Actualmente es una institución líder de cooperación entre EUA y América Latina. En materia de salud, promueve el desarrollo de prácticas para la administración y mejora de servicios en las organizaciones del cuidado de la salud, tanto públicas como privadas. Instituto de las Américas,

población abierta, siguen reproduciendo las deficiencias estructurales y de atención ya señaladas. La condición de este grupo de usuarios se ve reflejada en la atención y tipo de servicios prestados con íntima correlación sus posibilidades de ingreso.⁵²² La discriminación en el acceso a los servicios de salud, así como las deficiencias de operatividad que inciden en calidad de servicio prestado; están directamente vinculadas a la capacidad contributiva del usuario e influidas por el incremento acelerado de la población — no inserta en la economía formal — en demanda de servicios de salud. Situación que es más palpable en los primeros niveles de atención, y exhibe la fragmentación de las políticas sociales y la disparidad en la evolución de la seguridad social.

La deficiencia en la capacidad operativa en instituciones para población abierta, también es resultado de la dificultad para contratar personal médico en zonas rurales; en oposición a la alta concentración de personal en zonas urbanas que presentan condiciones de subempleo y desempleo. Aparte de los limitados recursos humanos en salud; tan solo 30% de recursos humanos tienen cabida en los programas para población abierta, mismos que atienden la porción mayor de la población en comparación con las instituciones de seguridad social.

Acerca del Instituto de las Américas, [on line] Universidad de San Diego, EUA, available from <http://www.iamericas.org/spanish/background/> [accessed 3/01/04].

⁵²² Inequidad expresada en la atención de la salud, incluso dentro en zonas urbanas, en cuanto a la oportunidad y pertinencia. v.g. en un estudio realizado en la Cd. de México se obtuvieron resultados reveladores. La calidad de las cesáreas es proporcional a los ingresos de la población atendida, con marcada diferencia en centros dirigidos a población abierta de menores ingresos. Cfr. Bobadilla, "Quality of perinatal care in Mexico City" en *Perspectivas en salud Pública*, n.3, México, INSP. 1988. Cit. por CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 62 y 65.

Asimismo, al igual como sucede con las instituciones de seguridad social, se abona la desventaja de la concentración de servicios de tercer nivel o alta especialidad, para población abierta, en la Cd. de México, dificultándose de algún modo el acceso a personas no aseguradas que viven alejadas; de la capital. Y como resultado del acaparamiento de los recursos e infraestructura del centro del país, se descuida el mantenimiento y capacidad operativa de las unidades alejadas, tal como se ha constatado con la pobre asignación de recursos humanos y económicos a zonas alejadas del centro.⁵²³

2. SERVICIOS PARA PERSONAS PROTEGIDAS POR INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social se puede observar desde dos puntos de vista; el circunscrito a los trabajadores como únicos beneficiarios o la que se extiende a toda la población.⁵²⁴

En México, las instituciones de seguridad social son principalmente el IMSS y el ISSSTE, los servicios médicos de PEMEX,⁵²⁵ los servicios

⁵²³ El D.F. reúne solamente el 6% de la población no asegurada, pero ejerce el 48% del gasto, situación reflejo de la concentración geográfica de hospitales de especialidades y el aparato administrativo. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 31.

⁵²⁴ Beveridge, "La seguridad social y sus principios: México", IMSS. Cit. por CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 26. *vid.* art. 12, 13, 218 y 222 LSS.

⁵²⁵ El sistema de seguridad social para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) se establece en el contrato colectivo de trabajo entre la empresa: PEMEX y el sindicato de trabajadores petroleros, mismo que se renueva cada dos años. El contrato vigente implanta la obligación al patrón (PEMEX) de proporcionar atención médica integral a los trabajadores sindicalizados, jubilados o a los derechohabientes de ambos, empleando personal, equipo y elementos necesarios de la más alta calidad o cuando la necesidad lo amerite, de subrogar los servicios. Asimismo; posibilita a los usuarios del servicio a presentar cualquier queja por

médicos que presta la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina- Armada de México (SEMAR) e ISSFAM.⁵²⁶

Por citar mayores datos, en 1983, el IMSS proporcionó servicios a 36 000 000 de personas. Para 1995, según reporta la propia institución, la cobertura era de aprox. 37 000 000; cifra que se mantiene constante prácticamente durante toda la década.⁵²⁷

Por su parte, la población amparada del ISSSTE en 1997, ascendió a 9 400 000 de personas. En la actualidad el ISSSTE protege alrededor 10 000 000 de habitantes del país, lo que significa que ha habido un estancamiento en los últimos seis años. Hay organismos de la Administración Pública Federal lo cuales al encontrarse dentro del régimen legal del apartado B del art. 123 constitucional, también hacen uso de servicios sanitarios del ISSSTE, como es el caso de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública⁵²⁸ y Pronósticos para la Asistencia Pública.⁵²⁹

faltas o deficiencias en la atención médica, las cuales serán atendidas y resueltas por una Comisión Mixta Central de los Servicios Médicos. *Cfr.* Cláusula 89 y 95 del Contrato Colectivo de Trabajo entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, 2001-2003, México 2001 y Manual de organización, p. 27.

⁵²⁶ OPS, *México: Perfil del sistema de servicios de salud, passim*. Tanto la SEMAR como SEDENA prestan servicios de atención médica a sus afiliados; por ejemplo, la SEMAR otorga servicios asistenciales a sus afiliados a través de la Dirección General Adjunta de Seguridad Social, en el Departamento de Asistencia Familiar, cuya misión es hacer válidas las prerrogativas que establece la LISSFAM (Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (D.O.F 29/07/76). Además los servicios con los que cuenta cada una de las instituciones aquí mencionadas, el propio ISSFAM puede proveer de servicios médicos a los derechohabientes de aquellas y según el art. 154 de LISSFAM está facultada para celebrar convenios con SEDENA, SEMAR, ISSSTE o IMSS a efecto de prestar servicios médicos subrogados.

⁵²⁷ IMSS, *Diagnóstico*, p. 4 y ss.

⁵²⁸ Art. 13 de la Ley sobre la Lotería Nacional.

Otras instituciones federales (e.g. PEMEX, SEDENA, SEMAR) atienden cerca de 2 000 000 de personas.

POBLACIÓN TOTAL CON SEGURIDAD SOCIAL 1980-2000.

Fuente: INEGI, 1984, 1990, 1992, 1995, 1996, 2000.
www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html⁵³⁰⁵³¹

año	población total	población asegurada	% total con seguridad social	% IMSS	% ISSSTE	% PEMEX	% SEDENA	% SEMAR	%
1980	66 846 833	30 773 224	46.04	78.4	16.2	2.1	1.11	0.47	
1985	77 938 288	39 498 266	50.68	79.82	16.32	2.64	0.43	0.79	
1990	89 249 645	48 028 003	59.11	80.32	16.81	1.87	0.66	0.34	
1995	91 158 290	45 723 840	50.16	75.07	20.22	1.13	0.69	0.47	
2000	97 487 412	59 231 330	60.76	78.56	16.99	1.09	0.82	0.32	

En conjunto, apuntábamos, las instituciones de seguridad social proporcionan atención médica de un 55% a 60% de la población; entonces, el resto está de alguna u otra manera expuesto a realizar gastos de bolsillo,⁵³² en muchos casos excesivos para atender su salud.

Hemos constatado diferencias considerables entre el apoyo que se brinda a instituciones públicas de seguridad social y a las que no. En cualquier caso, la mayor asignación de recursos es para las instituciones de seguridad social. En efecto; el personal médico, infraestructura y recursos materiales no corresponden a las necesidades, v.g. se destina cerca de un 70% de recursos humanos, pese a la evidencia documentada de que utilizan apenas el 50% de la capacidad potencial del trabajo humano;⁵³³ y a pesar de que las jornadas de trabajo son más cortas, en relación con el personal que atiende a la población en general, obtienen una mejor

⁵²⁹ Art. Décimo tercero (sic) del Decreto de Creación de Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública.

⁵³⁰ Cit. por Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.111.

⁵³¹ Cit. por Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.111.

⁵³² Derbez, p. 13.

⁵³³ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 65.

retribución por su trabajo, independientemente de las zonas de adscripción. Mientras unos hospitales carecen de camas, en otros, menos de la mitad son utilizadas.⁵³⁴ Es claro que con ese apoyo, la capacidad de atención se esperaría mucho mayor, después de casi dos décadas de incesante respaldo del gobierno federal, con el persistente propósito de cubrir al 100% de la población.

Pero al interior de las instituciones de seguridad social, persisten del mismo modo componentes que configuran la segregación del sistema de salud; por un lado, el factor económico y por el otro, el juego político entre sectores clave.⁵³⁵ Por mucho tiempo las instituciones de seguridad social han servido de fomento a clientelas exclusivas.⁵³⁶ Los arreglos establecidos, según el peso político relativo a cada grupo,⁵³⁷ presionan la función de las instituciones sociales. Por ejemplo: mientras la SS se ha visto expuesta a los vaivenes económicos y políticos del momento, las instituciones de seguridad social (específicamente el IMSS) han sido tácticas para ganar

⁵³⁴ México, Secretaría de Salud (1996e). Cit por IMF Working Paper, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, p. 31.

⁵³⁵ V.g. partidos políticos, los sindicatos y la burocracia estatal. Los sindicatos fueron fundamentales para la viabilidad de los proyectos en tiempos de crisis. No únicamente se les daba acceso a los recursos, sino que estaban exentos de recortes presupuestales; baste indicar que la seguridad social en México es incentivada por las centrales obreras más importantes como la Confederación de Trabajadores de México y la Federación de Trabajadores al Servicio del Estado, entre otros. Cfr. Hernández Llamas, *Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980*. Cit por Funsalud, *Observatorio de la salud*, p. 362.

⁵³⁶ *Ibid.* p. 377.

⁵³⁷ Los grupos con intereses estratégicos para el crecimiento y estabilidad política de un determinado sector, quedaban incluidos para favorecerse del intercambio de bienes, recursos económicos y servicios públicos. Frenk J. 1990 *The political economy of medical underemployment in Mexico: Corporatism, economic crisis and reform*. Health Policy 15:143-162. *Ibid.* pp. 359-378.

votos (pues tanto de obreros como patronos conforman un grupo importante de la población) y estabilidad política, no exclusivamente de determinado partido, sino que han servido también para legitimar la función del Estado; de ahí que sean instituciones tan protegidas por el gobierno; a diferencia de las que atienden a población no asegurada. Un ejemplo sensible fue el hecho de que el programa COPLAMAR no fue delegado a la SS, cuyos fondos le hubieran servido para aumentar el margen de cobertura, sino al IMSS, que gozaba de mayor consideración por su capacidad organizacional y visión política.⁵³⁸

Otra dificultad no exclusiva, pero si agravada por las instituciones de seguridad social, es que cada organismo ofrece servicios semiautónomos que impiden una asignación proporcional a sus objetivos, y una evaluación real y a fondo de los avances y necesidades del sector.

El inconveniente de que cada una desarrolle su propia estrategia, basada en indicadores conforme a un sistema de información propio, impide o dificulta evaluar de manera general la eficacia de los programas, calidad técnica y normatividad vigente que ayuda a conocer las necesidades reales y tomar decisiones acordes.⁵³⁹ La información a medias con criterios heterogéneos (centrada en la operación institucional y no las exigencias de la población) es una constante en el subsector salud, acentuado en las instituciones de seguridad social. De manera que gobierno federal por conducto de la SS debe, en uso de sus facultades conferidas en el art. 7 fr. V y X de la LGS, reorientar y estandarizar la información del SNS con indicadores comunes para llevar un adecuado seguimiento de los resultados en las políticas de salud y normatividad vigente en lo referente a la atención

⁵³⁸ *Id.*

⁵³⁹ *Ibid.* p. 114.

médica. En el reciente Acuerdo Nacional por la Calidad, se contemplan indicadores comunes para la gestión y evaluación de dicha medida.

Al profundizar, a lo largo del trabajo, en cada uno de los componentes del sistema de salud, se perciben... sí con diversos matices y acentos, las desigualdades sociales que padece el pueblo de México. Esto nos da pie a ultimar que el gobierno mexicano no ha observado debidamente el cumplimiento del DPS, primero asegurando en principio de igualdad social a través de normas mínimas; y luego, dando prioridad en el escalafón oficial al tema de la salud; pues las normas mayoritariamente de carácter administrativo son operativamente ineficientes para revertir las injusticias que por décadas ha sufrido el país; *i.e.* a pesar de las reformas al SNS, en la actualidad se sigue padeciendo discriminación en el rubro de la salud. Las políticas sociales en materia de salud se han quedado cortas, porque un importante porcentaje de la población —la más necesitada— no se encuentra cubierta, agudizándose la inseguridad social, ya que cada vez menos personas tienen la fortuna de tener un empleo formal a causa de los descalabros económicos que han disparado las actividades informales en los últimos años.

3. SERVICIOS SOCIALES O PRIVADOS

Dentro de este rubro entran los servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten. Art. 34 fr. III. LGS.

Existe un tercer grupo de usuarios que tenga o no acceso a la seguridad social, tradicionalmente utiliza los servicios de la medicina privada. De hecho; aprox. el 39% de la clientela que utiliza la medicina privada tiene derechohabencia en instituciones de seguridad social, ellos tienen la

ventaja de contar con un seguro privado extra para sus necesidades médicas.⁵⁴⁰

Los servicios de atención médica privados han coexistido junto con las instituciones públicas de salud, lamentablemente a principios de la década de los ochenta no se tenía una adecuada cuantificación de sus operaciones, crecimiento y gasto.⁵⁴¹

Actualmente éste renglón se han convertido en un elemento de bienestar importante entre la población mexicana⁵⁴² de mejores ingresos, que asciende aprox. al 5% de la población, e.g. en promedio, la medicina privada atendió en 1993 cerca de 3 500 000 pacientes.

Según reporte de la Secretaria de Salud en 1996, la medicina privada conducía la atención del 32% de todas las consultas, empleaban el 34% de los médicos y representaba el 2.7 del gasto familiar.⁵⁴³

En el año 2000, el número de establecimientos privados registrados fueron 2 179, en su mayoría establecimientos de salud generales, luego ginecobstetricia y pediatría.⁵⁴⁴

⁵⁴⁰ Funsalud, *Economía y Salud*, p. 41.

⁵⁴¹ Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.103.

⁵⁴² La Cámara Nacional de Hospitales reporta: que en 1980, los centros de atención privada de la salud contaban con el 20% de los hospitales que existían en la República Mexicana y sin precisión, se consideraba que al menos 40 000 personas integraban los recursos humanos de asistencia médica. PNS 84-88, p. 66.

⁵⁴³ IMF Working Paper, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, p. 32.

⁵⁴⁴ INEGI, *Dirección de estadísticas demográficas y sociales*.

En la actualidad, las instituciones de seguros especializadas en servicios de salud (de reciente operación) han enrolado a cerca de 1 000 000 de personas, de acuerdo con información vertida por el BM.⁵⁴⁵

De acuerdo con los datos de encuestas realizadas,⁵⁴⁶ los mexicanos consideran que los mejores servicios médicos son los que presta el sector privado, pero teniendo en cuenta el impacto en el gasto familiar⁵⁴⁷ prefieren hacer uso de servicios públicos para población abierta. En lo atinente a la calidad de los servicios privados de salud, debemos manifestar que también se advierten evidentes problemas: más del 82% de hospitales problemas tiene menos de 10 camas y sólo 3% tiene más de 50.⁵⁴⁸

En cuanto a la supuesta superioridad (entendida como excelencia o ventaja en cuanto a recursos e instalaciones)⁵⁴⁹ de los servicios de salud privada frente a los brindados por las instituciones públicas de salud, deseamos realzar que la infraestructura con que cuentan las instituciones públicas, sobre todo en niveles de especialidad y alta especialidad,⁵⁵⁰ se

⁵⁴⁵ World Bank, 2001: 416. Cit por Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.118.

⁵⁴⁶ 44% opinan que la mala calidad es el principal problema de los servicios de salud. 56% consideran que la mala calidad de los servicios de salud en su comunidad es regular. El 40% piensan que las instituciones de salud no les dan un trato adecuado. 60% de los usuarios de la SSA, 53% del IMSS y el 26% de los pacientes en consultorios privados, consideran que hay una pérdida considerable de tiempo en la sala de espera. Funsalud, *Economía y Salud*, pp. 39 y 41.

⁵⁴⁷ Conforme a los resultados del INEGI en 1994, el 5.45% de los hogares con menores ingresos tuvieron gastos catastróficos por concepto de salud. Funsalud, *Observatorio de la salud*, pp. 237-252.

⁵⁴⁸ Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.118.

⁵⁴⁹ Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, p. 64.

⁵⁵⁰ Como son: Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía,

ensombrece de alguna manera cuando los derechohabientes hacen uso de servicios privados o bien cuando los establecimientos asistenciales se limitan a dar atención de primer nivel, (atención general ambulatoria) debido a cada vez mayor demanda de los servicios públicos;⁵⁵¹ dejándose oculto el enorme potencial científico-tecnológico y humano que las instituciones públicas tienen a su disposición, y que en la mayoría de los casos supera por mucho a las instituciones privadas; simplemente por la poca rentabilidad para establecer clínicas u hospitales privados de muy alta especialidad, cuyo costo de operación y mantenimiento de sofisticados aparatos y el adiestramiento del personal serían incosteables si no se cuenta con mercado suficiente. Es pues de entenderse que los pocos mexicanos con recursos económicos suficientes prefieran trasladarse directamente a centros privado de alta especialización en otras partes de mundo. v.g. Huston, Texas.

A grandes rasgos, se puede decir que los servicios privados de primer nivel ofrecen mejor calidad, rapidez, que aquellos para la población asegurada, ni que decir de los que se ofrecen a la población abierta. Lo que deseamos resaltar aquí es la importancia que han cobrado la medicina privada en los últimos años, situación propiciada gran medida por la insatisfacción de los usuarios de los servicios públicos.

En el mismo rubro se hallan instituciones que prestan servicios de carácter social, v.g. Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud (INAPLEN) También se encuentran instituciones sindicales que proporcionan servicios de salud a sus agremiados como el Servicio Colectivo-Metro; otras en

Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Nacional de Psiquiatría.

⁵⁵¹ PNS 84-88, pp.18-20 y 65.

cambio ofrecen servicios médicos a sus comunidades, tal es el caso de los servicios universitarios. En la UNAM el cuidado de la salud de los universitarios está a cargo de la Dirección General de Servicios Médicos.

4. INSUMOS

Los insumos son recursos indispensables para la realización adecuada de los programas instituidos en por el subsector salud. Comprenden vacunas, medicamentos, material de curación y laboratorio, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, y equipo médico y quirúrgico.

Casi desde la reforma constitucional, el gobierno federal se propuso homologar los insumos utilizados por las instituciones de salud y suministrar los medicamentos necesarios para la atención primaria (art. 29 LGS); así como producir biológicos necesarios con calidad total a precios accesibles para el consumidor.⁵⁵² De cara a la modernidad se adquirió equipo nuevo, pero no se desatendió por completo su mantenimiento y renovación. Ahora estas exigencias implican erogaciones fabulosas que, inclusive, las más grandes instituciones de seguridad social sencillamente no se pueden permitir.⁵⁵³

Con esta mira se previó la difusión de una lista de medicamentos esenciales cuyo abasto,⁵⁵⁴ calidad⁵⁵⁵ y precio debían asegurarse por la SS y

⁵⁵² PNS 74-76, 77-83, p. 73.

⁵⁵³ Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.119.

⁵⁵⁴ Un significativo progreso en materia de medicamentos es sin duda la buena nueva de suministrar tratamientos antiretrovirales para enfermos de VIH/Sida en instituciones de seguridad social, aunque a veces las cantidades requeridas pueden escasear. Por lo que respecta a la población abierta en 1997, se abrió un programa similar de medicamentos en apoyo a enfermos con SIDA, mismo que espera para el 2006, cubra el 100% de los requerimientos. CONASIDA/SSA,

las autoridades competentes.⁵⁵⁶ En caso de personas sin recursos, los insumos se dispensarían en forma gratuita.⁵⁵⁷

No obstante pasadas ya dos décadas, el panorama actual nos muestra que el desabasto de medicamentos en instituciones públicas de salud, pasa a ser un problema real de grandes proporciones que atenta contra la efectividad del derecho en cuestión.⁵⁵⁸ Cada vez más instituciones de salud son diagnosticadas en rojo o amarillo por su abasto deficiente.⁵⁵⁹ En el esquema de semaforización, ninguna región del país se encuentra en un verde constante, es decir; sin problemas de medicamentos; pero la región sur es la mayormente afectada.

Ante la persistente carencia se han incrementado el número de quejosos (5.4 veces más en comparación con 2001). En recomendación reciente por el desabasto recurrente de medicamentos esenciales, la CNDH dijo al

Entrevista a Griselda Hernández, Directora Técnica de CENSIDA, en programa especial con Adriana Pérez Cañedo, Canal 11, Cd. de México, 24/11/02, 22-23 hrs.

⁵⁵⁵ Se discute en el Congreso una iniciativa de ley para asegurar la calidad de medicamentos, mediante pruebas de resultado comprobado. Derbez, p.16. De hecho no sería mala idea que las autoridades de salud verificaran las bondades que ofrecen los "tratamientos milagrosos" que se ofrecen por medios masivos de comunicación.

⁵⁵⁶ Lo anterior implica que las autoridades sanitarias deben garantizar la adquisición, abasto oportuno y existencia permanente de los insumos necesarios del sector salud, así como velar por que sea a un precio razonable al público. Moctezuma Barragán, pp. 29 y 30.

⁵⁵⁷ Se estima que en la actualidad puede haber unos 30 000 000 de mexicanos que no tienen acceso a medicamentos gratuitos. *Cfr.* E/1986/3/Add.13 pr. 270.

⁵⁵⁸ De los 36 medicamentos básicos, escasamente 18 estaban disponibles en clínicas de primer nivel tanto urbanas como rurales, y en más del 50% de estos donde se realizó la inspección faltaban antibióticos, antipalúdicos y antifímicos, World Bank, 2001, 421. Cit por. Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.118.

⁵⁵⁹ En 1996, los servicios que se prestan a población abierta carecían de los medicamentos esenciales. World Bank, 2001:421. *Id.*

director del IMSS: se reconoce la crisis económica por la que atraviesa el seguro social, pero advierte que el problema debe atenderse urgentemente pues "rebas a el ámbito de protección a la salud..."⁵⁶⁰

Como éstas, podemos citar muchas otras carencias que ocurren alrededor del país.⁵⁶¹ La más difundida por los medios de comunicación es insuficiencia de antiretrovirales para enfermos de VIH/Sida.

Hay unidades del IMSS en el D.F. que no tienen los medicamentos del cuadro básico;⁵⁶² ello obliga a los derechohabientes a suspender el tratamiento y en casos urgentes a recurrir, de ser posible, al gasto privado para continuar sus tratamientos oportunamente. O bien, tienen que esperar más de 2 semanas a para surtir el producto, debiendo regresar con el médico para que prescriba de nuevo el medicamento, ya que las recetas que la misma institución otorga prescriben a las 72 horas de su expedición; tentándose el riesgo para la salud del paciente por falta de éstos además de la consabida pérdida de tiempo.

⁵⁶⁰ Recomendación 4/2003; caso sobre el desabasto de medicamentos y deficiente o nulo surtimiento de recetas en los almacenes y farmacias del IMSS, México, D. F., 10 de febrero de 2003, CNDH.

⁵⁶¹ V.g. En Hidalgo se encontró que el 87% de las unidades médicas carecían de analgésicos. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 61 y 62.

⁵⁶² Los trabajadores del IMSS protestan por la falta de insumos y señalaron que en algunas farmacias del D.F., el desabasto es del 30%. Se carece de equipo, material y medicamentos, al grado de suspender cirugías por falta analgésicos para proporcionar a los pacientes después de intervenidos. Se dejan de realizar biopsias por falta de frascos para almacenar muestras. En el Hospital General de México, el pasado 18 de febrero de 2003, los trabajadores del Hospital denunciaron la falta de medicamentos y material básico, exigieron la reparación o cambio de equipo que no ha sido renovado, siendo ya inservible al no cumplir con las normas exigidas. Se aceptó que tienen condiciones precarias de trabajo y que ello pone en riesgo la seguridad de los pacientes. Cit por Medina, Antonio, "La salud en manos de un engranaje institucional", *La jornada*, 3 de abril del 2003. Cit por. Leal, Gustavo y Carolina Martínez, p.119.

En el problema de existencia oportuna de medicamentos intervienen varios factores: por un lado y consideramos que es el elemento más perturbador, hay un complicado engranaje institucional que dificulta atender las demandas de abasto en forma expedita, porque no se permite la compra directa y debe sortearse toda clase de trámites, desde administrativos hasta normativos para lograr la adquisición del producto requerido. A ello se añade la incompetencia de los encargados de las compras, paralizándose las decisiones en los mandos medios y superiores, en mucho por falta de conocimiento sobre las necesidades reales de los centros de atención a su cargo; es decir, una planeación deficiente. Finalmente, no debemos dejar de admitir la crisis financiera por la que atraviesan las instituciones de seguridad social; en mucho suscitada por una deficiente administración, además de una cierta falta de visión en sus últimas reformas, para reconocer la inviabilidad del sistema de pensiones.

Como propuestas para contrarrestar los factores que impiden el cumplimiento de las responsabilidades estatales, se deben mostrar signos claros de voluntad política para su mejora, a partir del análisis concienzudo de los procedimientos que entorpecen el abasto oportuno. Si el trámite de licitación es demasiado largo, se podría pensar en iniciarlo con mayor antelación. En cuanto a presupuesto, es evidente que conviene incrementarlo y eficientizarlo al máximo; con una prudente optimización de recursos y una cuidadosa fiscalización que podrían evitar desvíos de fondos a rubros distintos a la compra de medicamentos u otros insumos de primer orden.

Parece una quimera el dejar de aplicar las leyes del mercado a los insumos en salud, pero de ser así, se beneficiaría a un gran porcentaje de personas a las que no les es factible obtener los insumos necesarios para

atender su salud, sencillamente porque los precios van más allá de su poder adquisitivo y en muchos casos, del precio real del producto. De los diferentes rubros que componen el índice de salud, los medicamentos son los que tienen el mayor aumento de precio: 1035% en los últimos 10 años.⁵⁶³

En relación con el poder adquisitivo, el Comité recomienda que se hagan esfuerzos para impedir que siga deteriorándose el salario mínimo. La Comisión Nacional de Salario Mínimo no lo ha ajustado a la par de las constantes inflaciones; actualmente es preciso ganar alrededor de cinco veces el salario mínimo para adquirir la canasta básica constitucional, de lo contrario se estaría en violación del pr. II, inciso a) del art. 7 del PIDESC y del art. 123 A fr.VI constitucional.⁵⁶⁴

De acuerdo con un estudio realizado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros sobre el índice de precios en salud en el 2001, se demostró que éste ha estado por encima del índice inflacionario durante la última de década.⁵⁶⁵ Ello nos ayuda hacernos una idea de las implicaciones que lleva consigo el no contar con acceso a la atención médica subvencionada por el Estado.

Concientes del hecho, algunos laboratorios farmacéuticos intentan paliar el asunto con donaciones o subvenciones de medicamento,⁵⁶⁶ medidas que sin ser despreciables, no solucionan el problema.

⁵⁶³ Estudio preliminar de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora, p. 18.

⁵⁶⁴ E/C.12/1/Add 41 pr. 20.

⁵⁶⁵ Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora, pp. 17 y 18.

⁵⁶⁶ En fecha reciente la SS firmó un acuerdo con la industria farmacéutica para reducir a un 82% el precio de algunos retrovirales y la donación de otros de alta

El aumento en el costo de medicamentos no es un tema propio de estos años, desde 1945 existen antecedentes recopilados en tesis jurisprudenciales sobre la fijación unilateral de precios a medicamentos.⁵⁶⁷

Inicialmente la Secretaría de Economía, entonces llamada Secretaría de la Economía Nacional, era la autoridad competente para fijar el precio máximo de medicinas de patente, por ser consideradas productos de consumo necesario. La SS, por su parte entonces llamado Departamento de Salubridad, carecía de cualquier autoridad. Así lo confirma el amparo administrativo en revisión 5007/46: Laboratorios Patria, S.A. 19/09/46 por unanimidad de votos.⁵⁶⁸

En 1984 (D.O.F.10/05/84) y 1985 (D.O.F. 2/04/85), el Secretario de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) expidió un acuerdo sobre reglas de operación para la fijación o modificación de precios de los medicamentos y sus materias primas; en él se determina un plazo fatal de 60 días para resolver las solicitudes de aumento de precio en medicamentos.

Si bien, dicho acuerdo no contiene la figura de *afirmativa ficta*, sí lo considera el amparo resuelto en contradicción de tesis n. 13/9 del 8/11/91. En consecuencia, toda solicitud de particulares para el aumento de precios a medicamentos, sin respuesta en el plazo de 60 días por la autoridad

efectividad para control perinatal; se esperaba alcanzar una cobertura del 93% de infectados de VIH/SIDA a fines del 2002. Derbez, p. 14 y 15. Hasta abril del 2000 el único medicamento contra el SIDA contemplado en el cuadro básico era la sidovudina, actualmente se agregó la salcitabina y didanosina para derechohabientes del IMSS e ISSSTE, obviamente sin cargo para el asegurado. Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Fernando Cano Valle, pp. 76 y 77.

⁵⁶⁷ *Ibid.* pp. 8 y 9.

⁵⁶⁸ *Ibid.* p. 17.

requerida, se tendrá por otorgada o reconocida.⁵⁶⁹ Posteriormente a esta resolución de la SCJ, la SECOFI y la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) establecieron un acuerdo que es renovado anualmente, entre otras cosas para procurar la estabilidad en los precios. Empero, el convenio confiere al gremio farmacéutico la facultad para definir los precios.⁵⁷⁰ Con independencia de las complejas fórmulas e indicadores que deben ser requisitados ante la Secretaría del ramo, lo cierto es que estas formas de regulación no son suficientes para garantizar que no habrá un manejo discrecional por parte de los proveedores.

A pesar de las prácticas propuestas para la homologación, actualización y control del cuadro básico de insumos; basándose en tres parámetros: necesidades de las instituciones adquirientes, perfil epidemiológico y fomento a la industria nacional,⁵⁷¹ hay dispersión en cuanto al tipo de medicamentos que prescriben los establecimientos de primer nivel, ello incrementa los gastos de operación y disminuye la calidad; basta comparar las variaciones del cuadro básico de insumos durante las últimas dos décadas para percatarse que muchos de los insumos indispensables para la atención primaria de la salud han desaparecido o no se abastecen en cantidad suficiente, recurriéndose a medicamentos de otro tipo.

El control de medicamentos del cuadro básico debiera darse de acuerdo a la efectividad probada de los mismos, *i.e.* reevaluar constantemente los medicamentos en función de sus resultados reales sobre la salud. En vez de ser las propias instituciones de salud las que se encarguen del abasto de insumos, se podrían buscar mecanismos (como estímulos fiscales para

⁵⁶⁹ *Ibid.* p. 14.

⁵⁷⁰ *Ibid.* pp. 14-16.

⁵⁷¹ PNS 90-94, pp. 61 y 62.

farmacias privadas) para que el paciente surtiese su receta en cualquier farmacia sin cargo para éste. Remitiendo el proveedor a la institución prescriptora del fármaco, la factura correspondiente para su reembolso; con la advertencia de que se cancelará en caso de que los productos no hayan tenido calidad probada. O bien, se estudie la posibilidad de que el propio Estado pueda producir los medicamentos que necesita, como concesión especial al derecho que protege la propiedad industrial de patentes, por tratarse de un bien común.⁵⁷²

Otro de los objetivos del gobierno mexicano en relación con los insumos básicos, ha sido la disminución progresiva de dependencia de productos y tecnología del exterior. De suerte que el fomento a la investigación formaba oficialmente una línea de acción prioritaria para el descubrimiento y mejoramiento de insumos para la salud.⁵⁷³ Lamentablemente es conocido el hecho de que el sector farmacéutico en México se caracteriza por la venta de productos, en gran medida, importados de países desarrollados,⁵⁷⁴ con un alto costo —hasta un 150% por encima del precio real—, en perjuicio de los consumidores y economía mexicana, y por supuesto, en riesgo de eficientizar el goce del DPS.

No obstante la importancia que es el fomento a la investigación tiene, y en concreto de los enormes beneficios que la ciencia y tecnología dan a la medicina, estas acciones por si mismas no aseguran el éxito de los

⁵⁷² Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, A.C., "La Cruzada Nacional por los Enfermos de SIDA y cáncer, y el derecho a la salud", *Boletín Fármacos*, Vol. 6, n.3, junio 2003.

⁵⁷³ PNS 84-88, pp. 257 y 258.

⁵⁷⁴ El consejo coordinador de CANIFARMA informó que el proceso de licitación para compra de medicamentos del IMSS tarda en promedio de 3 semanas, y consideran que esta medida es una estrategia para beneficiar la entrada de insumos extranjeros y limitar la licencia a los nacionales.

programas en la salud. Volvemos al ejemplo contrastante de Cuba que cuenta con pocos recursos económicos y tecnológicos, y ha logrado abatir prácticamente todas las pandemias prevenibles mediante la aplicación oportuna de vacunas, *i.e.* la efectividad del DPS se rige por una política preventiva más que curativa.

No queremos dejar la idea que desestimamos los beneficios que traería una mejor tecnología y desarrollo de investigación para la protección a la salud, lo que pretendemos aclarar, es que los programas tecnológicos sofisticados no traen por ellos solos mejores resultados, o si lo hacen, tienen efectos limitados;⁵⁷⁵ tales progresos deben acompañarse con mejor calidad en la atención, pero sobre todo, las políticas sociales deben estar conscientemente comprometidas a reducir las discrepancias entre los marginados y los que tienen mayores oportunidades de empleo, prestaciones sociales, mejores salarios, etc.⁵⁷⁶ Por tanto; lo que socorre a la salud de la población está no tanto relacionado con los avances de la medicina, si estos son aprovechados por una minoría; sino con factores sociales, económicos y hasta políticos que permitan repartir sus bondades de una manera más equitativa y justa.

Con todo lo estimado previamente, podemos terminar este apartado diciendo que hasta ahora, no se cumple cabalmente con el cometido de contar en todo el territorio nacional con servicios de atención local, con al menos 20 medicamentos esenciales del cuadro básico para hacer frente a las demandas más comunes de la población, y cuya accesibilidad a ellos se

⁵⁷⁵ Werner, David *et al.*, (2000), "¿Qué determina realmente la salud de una población?" *De la Atención de Salud Comunitaria a la lucha por la tierra y la justicia social, passim.*

⁵⁷⁶ Leviol, *passim.*

localice a una distancia no mayor de una hora, tal como se dispuso en la Declaración de Alma-Ata.⁵⁷⁷

D. ASISTENCIA A GRUPOS VULNERABLES

Existe consenso tácito derivado del PIDESC, así como otros instrumentos jurídicos internacionales⁵⁷⁸ y nacionales (art.3 LGS), que los grupos que requieren mayor atención son los niños, seguidos de los ancianos, mujeres y población indígena. Pero hay otros grupos igualmente especiales por su situación de vulnerabilidad, como son los: minusválidos e indigentes. La inferida vulnerabilidad de estos grupos no es *per se*, sino por su condición especial y específica que los pone en desventaja con el resto del conglomerado social, de ahí en ocasiones que se prefiera utilizar el término grupos específicos a grupos vulnerables.

Debemos decir que la LGS no hace mención al término grupos vulnerables; pero sí aclara que debe entenderse por asistencia social. El art. 167 de tal ordenamiento señala con ese carácter a las acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral; así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. De ahí podemos desprender un alcance más allá de lo que sería la sola atención preferente a la salud de los grupos vulnerables que recoge el art. 3 fr. II y 25 de la LGS. Y también advertimos, la firmeza con la que se declara que la

⁵⁷⁷ *Vid. supra*, p. 152 punto 6 d).

⁵⁷⁸ *Cfr. E/C.12/2000/4*, pr. 12 b) ii y pr. 35 y 37.

garantía no cesará hasta que se haya equilibrado la desigualdad social que margina de estos individuos.

En cuanto a las políticas de fomento social, se puede decir a *grosso modo* que previo a 1981, los programas de asistencia social se daban sin planeación alguna. En efecto, en el PNS 77-83 no existe una política definida para la atención a grupos vulnerables.

POBLACIÓN BENEFICIADA POR ASISTENCIA SOCIAL 1991-1995⁵⁷⁹

Por grupo de edad y población	1991	1992	1993	1994	1995
0 a 4 años	1 423 638	1 516 677	1 531 844	1 942 629	2 550 701
5 a 11 años	2 054 059	2 343 158	2 366 590	651 084	1 406 469
12 a 19 años	2 195 160	2 052 388	2 072 861	491 763	413 517
Mujeres de 20 a 49 años	2 177 069	2 427 254	2 451 527	110 658	328 645
Ancianos (60 y + años)	684 507	621 732	627 949	60 014	327 883
Minusvalidos	597 410	627 280	633 533	76 064	34 524
Familias	ND	ND	ND	5,468,679 a/	1 223 962
Otros	ND	ND	ND	2,018,366 b/	1 364 979
Subtotal	8 534 433	9 588 439	9 684 324	10 819 257	6 426 718
DIF estatal c/	9 789 067	11 934 740	12 054 087	ND	3 644 316
Centros de Integración Juvenil	1 618 122	2 002 461	ND	ND	ND
Instituto Nacional de la Salud	292 123	347 512	ND	ND	ND
Total	20 233 745	23 873 152	21 738 411	10 819 257	10 071 034

Actualmente los programas de asistencia social⁵⁸⁰ promueven el bienestar social; en especial de grupos de atención prioritaria como del

⁵⁷⁹ ND No disponible. a/ Se beneficiaron 1 215 262 familias, que de acuerdo al INEGI, se considera en promedio 4.5 miembros por familia. b/ Incluye a personas atendidas mediante la prestación de servicios jurídicos y beneficiarios del programa de raciones alimentarias (PRA). c/ Incluye Servicio a la población de la Dirección de Promoción y Desarrollo Social FUENTE: INEGI. Boletín de Información Estadística, varias ediciones.

⁵⁸⁰ La asistencia social es un concepto que se ha ido enriqueciendo, pero en esencia implica la intervención del Estado para la protección de la población más débil con el propósito de abatir su marginación. Como parte de ese proceso institucional evolutivo surgieron instituciones públicas cuyos objetivos serían maximizar la obtención de recursos para la asistencia pública: Lotería Nacional para la Asistencia Pública, *vid.* art. 2 de la Ley Orgánica de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública D.O.F. 14/01/85 y Pronósticos Deportivos para la

desarrollo de la familia y la comunidad, con el propósito de distribuir equitativamente el producto social. Presentamos un recuadro que da cuenta a guisa de ejemplo, de la importancia que la asistencia social que ha tenido para millones de personas en México.

El marco jurídico de protección a la salud de grupos específicos comienza con el art. 1 y el párrafo 3º. del art. 4º. constitucional; la LGS, art. 6 fr. III señala como objetivos del SNS, colaborar por el bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social; principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos; para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social. El art. 171 robustece lo anterior y confiere atención preferente a niños y ancianos maltratados, así como víctimas del delito, para su atención preferente por cualquiera de las autoridades integrantes del SNS, sin perjuicio de la intervención de las autoridades competentes.

1. NIÑOS

Sin vacilación alguna los niños son el grupo más frágil que presenta mayor índice de morbilidad y mortalidad por ser altamente sensible, condición relacionada con factores socioeconómicos, e.g. mueren o padecen por desnutrición, ya que se vuelven más vulnerables a agresiones microbacterianas cotidianas y otras enfermedades de carácter preventivo, sin mencionar la violencia y el maltrato a que muchas de las veces son sujetos.

Asistencia Pública, *vid.* art. segundo (sic) del Decreto de Creación de Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, D.O.F. 24/02/78.

La mortalidad infantil es determinante para establecer la tasa general de mortalidad en la población y es del mismo modo, un símbolo inequívoco de los avances elementales en materia de salud. En una primera tabla presentamos un seguimiento mucho más específico sobre las diferentes etapas del menor, en el que se muestran los índices de mortalidad infantil de acuerdo con registros anuales de casi 5 lustros:

**MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL
1980 - 1999**

Año	Total		Neonatal		Postneonatal		No especificado
	Defunciones	Tasa 1/	Defunciones	Tasa 1/	Defunciones	Tasa 1/	
1980	96.918	39.9	38.947	16.0	55.28	22.6	2.691
1981	90.255	35.7	37.833	14.9	49.525	19.6	2.897
1982	82.324	34.4	35.319	14.8	43.738	18.3	3.267
1983	80.51	30.9	34.461	13.2	44.085	16.9	1.964
1984	76.853	30.6	31.266	12.4	41.972	16.7	3.615
1985	69.321	26.1	28.143	10.6	38.491	14.5	2.687
1986	62.876	24.4	26.567	10.3	33.95	13.2	2.359
1987	64.405	23.0	27.042	9.7	35.046	12.5	2.317
1988	61.803	23.6	27.765	10.6	32.097	12.2	1.941
1989	67.315	25.7	31.814	12.1	35.462	13.5	39
1990	65.497	23.9	31.503	11.5	33.879	12.4	115
1991	57.091	20.7	30.122	10.9	26.884	9.7	85
1992	52.502	18.8	29.213	10.4	23.267	8.3	22
1993	49.631	17.5	27.578	9.7	22.027	7.8	26
1994	49.305	17.0	27.581	9.5	21.678	7.5	46
1995	48.023	17.5	27.322	9.9	20.666	7.5	35
1996	45.707	16.9	26.334	9.7	19.342	7.1	31
1997	44.377	16.4	26.18	9.7	18.181	6.7	16
1998	42.183	15.8	25.491	9.6	16.395	6.1	297
1999	40.283	14.5	23.808	8.6	15.99	5.8	485

Tasa por 1 000 nacidos vivos registrados. Fuente: INEGI, SSA/DGEI, 1999.

Luego contrastamos ésta información oficial con otras fuentes elaboradas por organismos internacionales especializados. De este modo podemos comparar que la infamación proveniente de fuentes gubernamentales enseña tasas evidentemente menores a las mostradas en esta última. Y además nos da una semblanza de donde ubicamos a México en el contexto de América Latina.

Tasas de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)
en países seleccionados de América Latina y el Caribe 1950-2005

	1950 a 1955	1965 a 1970	1970 a 1975	1975 a 1980	1980 a 1985	1985 a 1990	1990 a 1995	1995 a 2000	2000 a 2005
Argentina	66	57	49	41	32	27	24	22	20
Bolivia	176	157	151	131	109	90	75	66	56
Brasil	135	100	91	79	64	55	47	42	38
Chile	126	90	69	45	24	18	14	12	12
Cuba	81	50	38	22	17	13	10	9	8
Haití	220	165	152	139	122	100	74	66	59
Honduras	185	119	104	81	65	53	43	35	31
México	114	79	69	57	47	40	34	31	28
Nicaragua	167	115	98	90	80	65	48	43	39
Panamá	93	52	43	35	30	28	25	21	19
Paraguay	73	59	55	51	49	47	43	39	37
Perú	159	126	110	100	82	68	56	45	37
Uruguay	57	47	46	42	34	23	20	18	13
Venezuela	106	60	49	39	34	27	23	21	19

Fuente: elaboración propia en base a: 1950-1955: *Población, equidad y transformación productiva*, Naciones Unidas, Cepal, Celade, Sgo de Chile 1993; 1960-1980: *Mortalidad en la niñez. Una base de datos actualizada en 1995 América Latina*, Unicef, Celade. Dic. 1995; 1980-2005: *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Cepal, ECLAC, 1998.

Ante el evidente problema de salud que aquejaba a éste grupo de la población, las líneas de la política social seguidas por el gobierno mexicano tras la entrada en vigor del PIDESC, y después como Estado Parte en la

Convención sobre los Derechos del Niño,⁵⁸¹ fueron en primer término, acrecentar las casas-hogar, las casas-cuna y guarderías, reforzar el programa de paternidad responsable y mejorar los niveles nutricionales preferentemente en zonas marginadas.⁵⁸² En 1993, el SS instauró un programa de "cuidado a la infancia" con el propósito de atender a 6 000 niños en toda la República Mexicana.⁵⁸³

A propósito de una visita que realizaron niños mexicanos a la Cámara de Diputados en abril de 1995, se promovió la reflexión sobre la necesidad de ordenamientos jurídicos para proteger y coadyuvar al desarrollo integral del menor. La LVI legislatura de la Cámara de Diputados realizó durante abril, mayo y junio de 1996, una consulta pública nacional para analizar los errores y carencias que por mucho tiempo limitaron la capacidad de defensa de los derechos de los niños; como resultado surgió un proyecto de ley para mejorar la situación de los niños en México. De esta manera, la Constitución Federal en primera instancia y las Constituciones estatales en segunda, fueron las primeras llamadas a incorporar expresamente el derecho de los menores a una vida digna, *asistencia sanitaria*, al pleno y armonioso desarrollo de su personalidad en el seno de la familia, en la escuela, en la

⁵⁸¹ La Convención fue firmada por México en 1989 y aprobada por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión el 19 de junio de 1990 y publicada en el D.O.F. 31/07/90. En el art. 24.1 Reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud.

⁵⁸² Otro ejemplo más de la incongruencia tradicional entre las políticas y las necesidades del país, fue el hecho que los recursos asignados a la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, mejor conocida como CONASUPO disminuyeron en un 70%, y se reestructuró un nuevo programa del cual se desconoce el impacto nutricional en la población. A lo que se suman los conocidos fraudes de venta de frijol chino incomible, tortilla con aflatoxina y leche con radioactividad. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 245.

⁵⁸³ Secretaría de Salud, *Informe de labores 1993-1994*, p. 71.

sociedad en las instituciones; así como a ser protegidos contra toda forma de descuido, trato negligente, perjuicio, agresión, abuso o explotación. Se insistió en la prioridad que la ley debe dar a los menores, en razón de su delicada naturaleza, en la protección especial para menores privados de un medio familiar, y aquellos que pertenezcan a una minoría indígena o que estén impedidos física o mentalmente.⁵⁸⁴ En tratándose de menores con discapacidad, con problemas de desamparo y víctimas de vicios, la propuesta fue fortalecer las instancias judiciales, y establecer normas y acciones coordinadas entre las instituciones de salud y educativas.⁵⁸⁵

En materia de salud se buscó explicitar el derecho de los menores a tratamiento y medicina preventiva, sobre todo en la etapa previa al nacimiento, durante la infancia y adolescencia; al igual que en lo relativo a la alimentación como un derecho inherente. Se urgió la necesidad de estimular acciones que procuraran la salud mental de los menores, de manera que puedan éstos afrontar con positiva naturalidad su proceso de crecimiento y maduración, resolviéndose a través de la sociabilidad, la educación, el juego, los deportes y el esparcimiento, los conflictos existenciales; alejándolos de la desesperanza, el tedio, la vagancia y los vicios.

Dentro de los apoyos concretos se insistió en la ampliación de desayunos escolares, servicios médicos escolares que permitieran fincar diagnósticos de salud, medicina preventiva, disciplina nutricional y tratamiento terapéutico, orientación vocacional, vinculación con la vida productiva y reafirmación educativa de los roles de femineidad y masculinidad.

⁵⁸⁴ CRC/C/65/Add.6 pr.18, 21, 24, 26 y 27.

⁵⁸⁵ *Ibid.* pr. 30-32.

La propuesta de reforma más significativa fue al art. 4º. constitucional, para ampliar los deberes de los padres con relación a la protección de los menores y la responsabilidad de las instituciones públicas sobre niños y niñas privados de un medio familiar. La adición propone que dicha norma tutele en favor de los menores, el respeto de sus derechos a nacer, crecer y desarrollarse en el seno de una familia y mediante ella, recibir y gozar de cuidado, respeto, afecto, techo, sustento, educación y recreación. Se busca un reconocimiento más acabado y claro de la tutela jurídica a los derechos del menor. Finalmente, el 7 de abril del 2000, se publica en el D.O.F. el decreto por el cual se modifica el último párrafo del art. 4º. constitucional y quedo como sigue:

(...)

“Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, *salud*,⁵⁸⁶ educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios, tienen el deber de preservar éstos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez”.

Enseguida se promulgó la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LPDNA).⁵⁸⁷ Entre otras cosas, la LPDNA prevé la obligación de los padres o personas a cargo de evitar cualquier acto u omisión que pueda afectar su salud física o mental, v.g. por descuido,

⁵⁸⁶ La cursiva es agregada.

⁵⁸⁷ D.O.F. 29/05/00.

negligencia, conflicto armado o explotación, etc. Los arts. 21 y 28, comprometen a las autoridades de todos los niveles a coordinarse para asegurar el DPS de aquellos, y enumera una serie de medidas-objetivo que deberán observarse. v.g. reducción de la mortalidad, combate a la desnutrición, asistencia médica, entre otras. El art. 31 promueve la creación de servicios integrales —comprendidos los servicios de salud— para menores con discapacidad. El art. 40 pone énfasis en las medidas de información necesaria para evitar peligros en su salud y desarrollo.

El DIF ha trabajado en el mismo sentido, con acciones orientadas a lograr el desarrollo pleno de las familias y la comunidad (art. 12 fr. II, Ley Nacional de Asistencia Social) v.g. “Programa de Atención de la Salud del Niño y de la Niña.” Con este programa se quiere intercambiar opiniones sobre la salud de los niños y ejecutar acciones para la prevención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, e.g. proporcionar sobres vida suero oral, consumo diario de vitaminas, etc.; además de dar orientación nutricional y de higiene. De igual manera el DIF apoya a las procuradurías de la defensa del menor y la familia de los Estados de la República, en observancia de la equidad y seguridad jurídica de las relaciones jurídicas donde aquellos participan.

Podemos asimismo contar entre las políticas sociales recientes, motivadas por compromisos adquiridos ante UNICEF en la sesión especial de la ONU, en mayo del 2001 y las cumbres en favor de la infancia; el “Programa de Acción Especial 2002-2010: Un México Apropiado para la Infancia y la Adolescencia”, dado a conocer el 10 de diciembre de 2002. Este programa tiene como propósito combatir con mayor vigor la ignorancia, la desnutrición, la pobreza y el abandono que sufren muchos de ellos.

Existe otro programa paralelo: "Arranque Parejo en la Vida", que lleva dos años de trabajo y opera en 17 entidades federativas. Se espera integrarlo a todo el país en el 2006. Si bien el programa no está exclusivamente dirigido a la infancia exclusivamente, sino a las familias en situación de abandono; coadyuva a mejorar la calidad de salud mediante mejores condiciones de vida a través de la equidad, la justicia y la igualdad de oportunidades. Concretamente, el programa se propone reducir la mortalidad de los menores de cinco años, abatir la desnutrición y elevar la calidad de la enseñanza. En algunos Estados como Guerrero, se da adiestramiento y seguimiento a las parteras en el cuidado de los niños, durante sus primeros dos años de vida. En realidad son excepcionales, como éste, los casos en los que se ha incluido a las parteras tradicionales en programas de adiestramiento en salud reproductiva; concretamente, en atención a mujeres embarazadas y niños durante sus primeros años de edad. Decimos que son casos aislados, porque algunos de los obstáculos que impiden la realización de ese objetivo son la falta de estímulos y mecanismos para poner en funcionamiento los programas en el ámbito nacional, supervisión firme y decidida de las instituciones y autoridades de salud decididas a dar seguimiento y mejoramiento de los mismos.

Si coincidimos que la mortalidad infantil es un indicador indiscutible sobre los progresos en salud; palpablemente, después de instaurar modificaciones substanciales al marco jurídico y de lanzar nuevas políticas sociales, se puede señalar adelantos. Entre 1980-1985 la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias decreció en un 20% y por infecciones gastrointestinales un 35%.⁵⁸⁸ A juzgar por los datos arrojados por el BM en el 2000 y la Dirección General de Epidemiología, tanto el porcentaje

⁵⁸⁸ PNS 01-06, p. 25.

nacional como el registrado para comunidades indígenas superan el objetivo de la OMS de reducir la tasa de mortalidad infantil inferior a 50 decesos por cada 1000 niños vivos,⁵⁸⁹ pero no así lo estimado por la OPS, al rebasar la población indígena el número de muertes 30/1000. En promedio la tasa de mortalidad de niños entre 1 a 5 años decreció en un 2.5%.

Otro progreso se evidenció en la mortalidad materna, reduciéndose en 1.7 % anual de 1990 a 2000. Del 2000 a la fecha el decremento es de un 5%. En el caso de la mortalidad neonatal —niños recién nacidos menores a 28 días— se abatió a un ritmo de un 3% en los noventas, pasando a un 6.1% en los últimos dos años.⁵⁹⁰ En cuanto a la desnutrición infantil, se aprecia igualmente una reducción en el último lustro.⁵⁹¹

Destacamos logros relevantes; mas no se puede abandonar la empresa cuando cada vez es más común encontrar niños padeciendo en la calle⁵⁹² por abandono, malas condiciones económicas y maltrato.⁵⁹³

⁵⁸⁹ *Vid. supra*, p.152 punto 8.

⁵⁹⁰ Palabras del Presidente Vicente Fox durante la presentación del Informe: *Estado Mundial de la Infancia 2003*, México D.F., 11 de diciembre de 2002.

⁵⁹¹ CRC/C/65/Add.6 pr. 87.

⁵⁹² Hecho impulsado por el desmembramiento familiar y la violencia doméstica. Este es actualmente uno de los renglones en que mayormente insisten el Comité, CRC, UNICEF, entre otros organismos internacionales, señalando el deber de ser atendidos urgentemente.

⁵⁹³ Se planteó la necesidad de conformar un código familiar que determine las obligaciones y derechos de la pareja hacia su familia, unificando diversos ordenamientos jurídicos sobre la infancia y la familia, compatibles con la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, se discutió sobre la necesidad de legislar a efecto de que sea más severo el castigo en los casos de violencia intrafamiliar. Otra preocupación que fue motivo de un amplio debate, es la relacionada con las familias disfuncionales. CRC/C/65/Add.6 pr. 44.

2. ANCIANOS

En términos demográficos, el envejecimiento se define como el incremento en la proporción de población de edad avanzada y la disminución de la proporción de niños y jóvenes. De acuerdo con los criterios de la ONU, una población puede considerarse vieja, si más de 7% de sus miembros tiene 65 años y más, o más de 10 % tiene 60 años y más.

La carencia de protección eficiente de este grupo está originada en primera instancia, por la ignorancia de la población sobre el envejecimiento. Como sabemos, México es un país —hasta hoy— con prevalencia de jóvenes. Este desconocimiento sobre los cambios físicos, sociales y psíquicos en los adultos mayores, aunado a la ausencia de investigación, acarrió históricamente que la familia, sociedad y Estado vieran a los ancianos, como carga social adicional, propiciada en mucho, por el magro aporte económico de jubilados y pensionados a las finanzas familiares; raquíto en relación con el costo real de vida.⁵⁹⁴

Como sucedió con los niños, la urgencia para mejorar la situación de los ancianos en México provocó una serie de acciones y medidas tendientes a proteger su frágil condición. Entre esas medidas, el gobierno buscó incrementar los centros de asistencia con talleres productivos, campañas de concientización a la población y creación de oportunidades, otorgar a los

⁵⁹⁴ Por ejemplo, la cantidad promedio pagada a aquellos que reciben pensión por retiro o cese fue en 1994 el equivalente a 1.24 veces el salario mínimo diario. CEDAW/C/MEX/5 pr. 136. En 2001 el promedio para pensiones por Cesantía y Vejez fue de 1.5 veces el salario mínimo. Farrell Campa, María Rosa, *Seguridad Social en México: el siguiente paso*, Instituto Tecnológico Autónomo de México, 21 de septiembre de 2001.

pensionados y jubilados un mínimo razonable de servicios de salud con una amplia cobertura.⁵⁹⁵

Para la atención especial de los ancianos se fundó el 22 de agosto de 1979, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN⁵⁹⁶), cuya actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Instituto que más tarde (el 17 de enero del 2002) fuera reemplazado por el INAPLEN. Sin importar la denominación,⁵⁹⁷ estas instituciones proporcionaban asistencia médica de primer contacto y servicios de salud especializados con tan solo una cuota de recuperación, que en casos específicos podía condonarse.

A la par de estos servicios, la población senecta — que actualmente oscila entre 7 902 147 a 9 500 000—⁵⁹⁸ cuenta con los servicios médicos institucionalizados (IMSS, ISSFAM, ISSSTE) y los que presta el DIF.

En la actualidad ya se tiene con un marco jurídico especial; la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM)⁵⁹⁹ garantiza que la

⁵⁹⁵ PNS 84-88, p. 245.

⁵⁹⁶ Creado con el objetivo de integrar a los adultos mayores a sus programas; de iniciar el proceso de dignificación, integración y conocimiento de la vejez; de dar ocupación, de construir albergues, residencias diurnas y centros vacacionales para la atención del adulto mayor. Programa que a partir del 2001 es sectorizado en la Secretaría de Desarrollo Social. SEDESOL, (2002) *¿Qué es el INAPLEN?*, [on line] Secretaría de Desarrollo Social, México, available from: <http://www.insen.gob.mx/inaplen/> [accessed 12 /04/ 2002].

⁵⁹⁷ Actualmente recibe el nombre de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Se trata de un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas. *Id.*

⁵⁹⁸ La ONU pronostica que para el 2023 serán alrededor de 12 000 000 en México. Cano Valle, "El anciano en México y el derecho a la protección de la salud", *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, p. 224.

⁵⁹⁹ D.O.F. 25/06/02.

población seña tenga una mejor calidad de vida y plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de nuestro país. La LDPAM deroga a las instituciones precedentes y crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), confiriéndole la rectoría de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años en adelante, con una enfoque más integral, v.g. asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

La LDPAM en materia de salud, subraya el derecho que tienen los ancianos a ser orientados sobre el cuidado de su salud y compromete a las instituciones públicas con apoyo subsidiario para el cuidado de adultos mayores, (art. 5º. fr. III). Impone la capacitación del personal médico en geriatría y gerontología en todos los niveles (art. 17 fr. II). Garantiza la prestación de servicios públicos integrales y de calidad, (art. 18, fr. I, de conformidad con el art. 33 LGS), así como el uso de una cartilla —con datos clínicos— para asegurar una mejor atención y supervisión médica, al menos una vez al año. Por último, los arts. 48 y 49 regulan la responsabilidad administrativa en que incurren las instituciones públicas o privadas que den atención a la población senil sin sujetarse a lo establecido por las normas oficiales mexicanas, normas técnicas y demás ordenamientos expedidos para asegurar su buen funcionamiento.⁶⁰⁰

La Ley Federal de Procedimiento Administrativo (LFPA)⁶⁰¹ autoriza a la SS y al INAPAM a sancionar el cumplimiento de la ley en cuestión.

⁶⁰⁰ V.g. Norma Mexicana D.O.F. 2/01/01 IMNC. "Sistema de gestión de la calidad: requisitos" NMX-CC 9001-IMNC- 2000, vigente junto con las Normas MNX-CC-001:1995, IMNC y NMX-CC-002/1:1995 IMNC. Normas elaboradas por el Comité Técnico de Normalización Nacional de Sistemas de Calidad en el seno del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A.C.

⁶⁰¹ D.O.F. 4/08/94.

Si bien, con marco jurídico vigente y los esfuerzos realizados se reportan una mejora generalizada en las condiciones de vida de los adultos mayores; quedan problemas por superar. Los ancianos continúan siendo víctimas comunes de violaciones de derechos humanos relacionados con la atención médica, v.g. manejo indiscriminado de medicamentos poco eficaces en cárceles, hospitales, psiquiátricos, asilos, etc.⁶⁰² Toda reforma estructural persigue colmar omisiones o corregir errores que se hubieren detectado, pero no se trata de un proceso acabado, sino constantemente adecuado. Confiamos en que la nueva ley para protección de los mayores, buscará ser cada vez más eficiente.

3. MUJERES

Hay una marcada desigualdad de género en lo que a educación, oportunidades,⁶⁰³ condiciones laborales⁶⁰⁴ y responsabilidad reproductiva se refiere; señal de esto último es el hecho que la mayoría de los métodos anticonceptivos están dirigidos a la población femenina. Se estima que quizá apenas un 20% de los hombres participa conjuntamente con su pareja en la planificación familiar.

En general si podemos decir que en los últimos 20 años se ha reducido considerablemente la mortalidad de las madres, no obstante por lo común

⁶⁰² Cano Valle, "El anciano en México y el derecho a la protección de la salud", p. 227.

⁶⁰³ La STPS, por conducto del Departamento de Equidad y Género, puso en marcha en 1998, una campaña para la igualdad de oportunidades y en contra de la discriminación en el trabajo. CEDAW/C/MEX/5 pr. 155.

⁶⁰⁴ De acuerdo con información proporcionada por el INEGI, el pago por pensión es un poco mayor para los hombres que para las mujeres, independientemente del grupo de edad. *Ibid.* pr.135 y 136.

se observa que la mortalidad en madres gestantes esta relacionada con deficiencias nutricionales, ya que son más susceptibles por sus características y condiciones.⁶⁰⁵ Los requerimientos de ingesta proteico-calórica no son insuficientes para hacer frente a la eventualidad del embarazo y la lactancia, y mucho menos para afrontar las exigencias de la vida moderna con el trabajo⁶⁰⁶ y cuidado de la familia.⁶⁰⁷ La insuficiencia en cuanto a disponibilidad de alimentos, carencia de información adecuada en materia prenatal, así como la atroz centralización de los servicios de patología, especialización y control de mujeres gestantes, tiene efectos directos en la incidencia de mortalidad materna v.g. en promedio, unas 16 mujeres mueren diariamente a consecuencia de cáncer cérvico-uterino y un número creciente por abortos⁶⁰⁸ y sus secuelas; simplemente en 1999, se

⁶⁰⁵ El porcentaje más alto de pobres lo constituyen las mujeres. Tan marcada es la desigualdad de género que se ha dado por llamarle "feminización de la pobreza". S/t, "Programa Visión AM", emisora: Canal 4, Cd. de México, 8/03/02, 21-22 hrs. "La mayoría de los 1.500 millones de personas que viven con 1 dólar o menos al día son mujeres. Además, la brecha que separa a los hombres de las mujeres atrapados en el ciclo de la pobreza ha seguido ampliándose en el último decenio, fenómeno que ha llegado a conocerse como 'feminización de la pobreza'. En todo el mundo, las mujeres ganan como promedio un poco más del 50% de lo que ganan los hombres". Mujer 2000, *Igualdad entre los géneros y, desarrollo y paz para el siglo XXI*, [on line], New York, 5 a 9 de junio de 2000. nota informativa n. 1. available from: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs1.htm> [accessed 04/05/04].

⁶⁰⁶ No obstante que la discriminación por motivo de sexo está legalmente prohibida; se estima que en México, de unas 5 000 mujeres trabajadoras, 1 000 reciben menos de un salario mínimo. CEDAW/C/MEX/5 pr. 135 y ss.

⁶⁰⁷ Las mamás mexicanas suman casi una cuarta parte de la población del país. *Id.*

⁶⁰⁸ Si bien es cierto que existe pena por el delito de aborto, hay circunstancias especiales que lo hacen no punible. v.g. cuando resulte de un hecho negligente, por estupro o raptó y en algunos códigos penales cuando ponga en peligro la vida de la madre; en menos legislaciones estatales también se contempla la condición socioeconómica de la familia. CEDAW/C/MEX/5 pr. 61. En el D.O.F. 24/08/00 se introducen reformas a los arts. 332, 333 y 334 del Código Penal Federal (CPF) y

registraron 1400 muertes maternas por complicaciones en el parto o atención deficiente, el 70% de ese total tuvo lugar en la zona centro y sur del país, justamente en las localidades con los índices más bajos de desarrollo humano.

Las circunstancias que lleva a padecer a muchas mujeres hasta la muerte, está íntimamente conectada con la precariedad en la que viven. En éste sentido, el Comité ha pedido a los Estado Parte, vigilen estrechamente la mortalidad de la mujer y tome medidas para disminuirla. En particular, recomienda que intensifiquen su campaña contra la violencia doméstica⁶⁰⁹ —de la que según conocimiento del propio Comité, casi 10 000 000 de mujeres son víctimas—; además de la promoción educativa con relación a la salud sexual y genésica de la mujer puede ser incorporen éstos temas en los planes de estudios de las escuelas.⁶¹⁰ Por su parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra Mujeres recomienda sumar esfuerzos para abatir la pobreza en que la mayoría de mujeres viven, sobre todo en el medio rural y comunidades indígenas.

Conforme a los hallazgos dados a conocer por instituciones de análisis independiente, el presupuesto real gastado en mujeres llega al 0.01% PIB. Y aunque se han implementado programas para el desarrollo social con

131 a del Código Federal de Procedimientos Penales (CFPP), para ampliar el espectro de excepciones o condiciones para penalizar el aborto. Por cierto, estos últimos preceptos motivaron la acción de inconstitucionalidad. *Ibid.* pr. 176,177.

⁶⁰⁹ La violencia puede ser emocional y la intimidación puede llegar hasta la violencia física y sexual. *Cfr.* Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres. En últimas fechas se habla además de una nueva forma de violencia, la económica; que esta vinculada con la cada vez menor capacidad de los Estados de permitir condiciones de vida digna, elevándose así el índice de inseguridad, frustración y desmotivación entre la población.

⁶¹⁰ E/C.12/1/Add.41 pr. 43.

acciones prioritarias en la mujer mexicana v.g. PROGRESA,⁶¹¹ los recursos otorgados a ellas son distribuidos a los demás miembros de la familia, sin que las mujeres se beneficien de manera directa, i.e. mujeres = sujetos pasivos del desarrollo.⁶¹²

Otro aspecto importante relacionado con las oportunidades, es la participación social y activa de la mujer en temas de interés público. La intervención femenina en las decisiones de la vida nacional ha tenido avances, pero la intervención real es muy baja. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que participan en puestos como jefas del poder ejecutivo estatal, suma escasamente 4 mujeres hasta ahora;⁶¹³ presidentas municipales son de apenas 3.5% nacional, diputaciones federales 16%, diputaciones locales 33%, senadoras 15.8% y otros puestos dentro de la Administración Pública Federal del 27%; en contraste con el porcentaje de participación masculina.⁶¹⁴

Si bien, el marco jurídico de la salud hasta aquí expuesto se aplica de igual forma a las mujeres, aparte se han implementado misiones concretas a su favor: igualdad, sexualidad, reproducción y anticoncepción.

Por citar un ejemplo, la SS por conducto del departamento de salud reproductiva y de otras instituciones de salud ha puesto en marcha desde 1994, un programa permanente de salud sexual y reproductiva para

⁶¹¹ Programa de educación, salud y alimentación; dirigido a familias en pobreza extrema y coordinado por la SEDESOL.

⁶¹² *Mujeres*, "Detrás de la Noticia", Radio-UNAM, Cd. de México, 16/04/02, 6-10 hrs.

⁶¹³ Dulce María Sauri, Gobernadora Interina de Yucatán; Griselda Álvarez en Colima; Beatriz Paredes en Tlaxcala y Rosario Robles como jefa del Gobierno del D.F.

⁶¹⁴ INM, *Situación de las mujeres en México, indicadores básicos, passim*.

jóvenes.⁶¹⁵ Las instituciones públicas se han esforzado por tener personal capacitado para atender cabalmente las necesidades de medicina reproductiva; pero quizá el ámbito de influencia y alcance de estos programas sea aún reducido.

Aparte de las actividades señaladas y para dar atención a las recomendaciones de los organismos internacionales,⁶¹⁶ se reformaron varios instrumentos jurídicos a fin de reforzar las acciones contra los agresores. Por lo que se refiere a violencia doméstica o intrafamiliar; el 8 de marzo de 1998, se dio a conocer el "Programa Nacional de combate a la Violencia Doméstica (PRONAVI)",⁶¹⁷ dirigido particularmente a las mujeres y a las niñas, con énfasis en comunidades rurales e indígenas. Programa al que se sumaron los esfuerzos conjuntos de otras instituciones como la Procuraduría General de la República (PGR), DIF, etc.⁶¹⁸

En definitiva, las adecuaciones más relevantes fueron: al art. 4º. constitucional; publicada en el D.O.F. 7/04/00; seguida de las reformas al CPF, D.O.F. 4/01/00 y la Ley Contra el Crimen Organizado del D.O.F. 12/06/00. Aún así, quedan acciones pendientes por ejecutar para asegurar su condición especial.

⁶¹⁵ Este programa tiene gran trascendencia no sólo en el ámbito nacional, pues se trata del primer programa mundial especializado en el tema. CEDAW/C/MEX/5 pr. 65- 67.

⁶¹⁶ *Ibid.* pr. 413, 108.

⁶¹⁷ Que ascendía a 30.4% de acuerdo con el reporte del INEGI, en su Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar de 1999.

⁶¹⁸ CEDAW/C/MEX/5 pr. 104-107, 412.

4. INDÍGENAS⁶¹⁹

De acuerdo con el diccionario, los define como los pobladores originarios de un país establecidos desde tiempo inmemorial. Se distinguen del resto de la población por el uso de lenguas nativas,⁶²⁰ su integración a comunidades basadas en la reciprocidad, rituales y simbolismos, conservando sus instituciones sociales, económicas y políticas o parte de ellas.⁶²¹

No obstante la amplitud de elementos que la socioantropología nos ofrece para determinar con mayor certidumbre las raíces y pertenencia de un grupo racial; el parámetro de registro oficial en México se basa solamente en el criterio lingüístico. Dicha clasificación, aunque evidente, de entrada conlleva a ciertas imprecisiones; pues habrá núcleos de población que el INEGI no llegue a registrar, ya sea por su lejanía o difícil acceso o que accediendo a ellos se nieguen, por razones varias, a establecer su pertenencia o identificación como tales; simplemente la dificultad de entrevistador para asegurarse de la fidelidad de los datos requeridos, cuando se desconoce la lengua del entrevistado.⁶²²

⁶¹⁹ El 23 de diciembre de 1994, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió que durante el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, que el 9 de agosto de cada año se celebrara el Día Internacional de las Poblaciones Indígenas (resolución 49/214).

⁶²⁰ El idioma ha sido el principal criterio utilizado por el INEGI para determinar la pertenencia indígena de un grupo.

⁶²¹ Pueblos indígenas son aquellos que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización. CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 78-86.

⁶²² Sandoval Forero, Eduardo Andrés, "Grupos etnolingüísticos en México del siglo XXI, *Papeles de Población n. 34*, pp. 221 y 225.

Para 1986, la población indígena en México constituía el 6% del total de habitantes, cifra que aumentó a un 9% en 1994.⁶²³ Actualmente se localizan 63 grupos etnolingüísticos que conforman una población de entre 10 a 13 300 000 de personas.⁶²⁴ Suponemos de nuevo, que esta diferencia estriba en los criterios para establecer su pertenencia.⁶²⁵ Como podemos ver en la siguiente tabla, según datos del INEGI, el número de indígenas ascendía 6 044 547. Para efectos del Censo de Población se consideró indígenas a los mayores de 5 años que hablan lengua indígena o que tienen un jefe en el hogar que habla lengua indígena. De allí que el número reportado sea menor al estimado actualmente.

⁶²³ Secretaría de Salud et al., *Para cuidar la vida: Manual de salud para zonas indígenas*, pp. 12 y 13.

⁶²⁴ *Id.* CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 83 y ss.

⁶²⁵ Degrelle, Orlane, "Observancia y violación de derechos humanos, *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, p. 272.

POBLACIÓN DE CINCO AÑOS Y MÁS HABLANTES DE LENGUA INDÍGENA

	<i>Hablantes de lengua indígena</i>			<i>No hablan español</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Estados Unidos Mexicanos	6 044 547	2 985 872	3 058 675	1 002 236	369 470	632 766
01 Aguascalientes	1 244	667	577	10	3	7
02 Baja California	37 685	19 920	17 765	1 120	371	749
03 Baja California Sur	5 353	3 046	2 307	147	44	103
04 Campeche	93 765	48 558	45 207	5 281	1 871	3 410
05 Coahuila	3 032	1 834	1 198	37	14	23
06 Colima	2 932	1 790	1 142	133	54	79
07 Chiapas	809 592	404 442	405 150	295 868	109 035	186 833
08 Chihuahua	84 086	43 269	40 817	14 047	4 522	9525
09 Distrito Federal	141 710	63 592	78 118	713	194	519
10 Durango	24 934	12 546	12 388	4 294	1 452	2 842
11 Guanajuato	10 689	5 797	4 892	113	42	71
12 Guerrero	367 110	177 337	189 773	125 182	49 391	75 791
13 Hidalgo	339 866	167 947	171 919	58 152	21 821	36 331
14 Jalisco	39 259	19 796	19 463	3 171	1 006	2 165
15 México	361 972	173 930	188 042	4 521	919	3 602
16 Michoacán	121 849	58 347	63 502	15 422	5 777	9 645
17 Morelos	30 896	15 761	15 135	646	216	430
18 Nayarit	37 206	18 784	18 422	6 785	2 563	4 222
19 Nuevo León	15 446	6 962	8 484	107	33	74
20 Oaxaca	1 120 312	538 255	582 057	219 171	81 181	137 990
21 Puebla	565 509	273 228	292 281	76 022	26 269	49 753
22 Querétaro	25 269	12 317	12 952	1 687	468	1 219
23 Quintana Roo	173 592	92 991	80 601	12 713	4 742	7 971
24 San Luis Potosí	235 253	120 202	115 051	23 908	8 601	15 307
25 Sinaloa	49 744	27 216	22 528	4 532	1 784	2 748
26 Sonora	55 694	30 637	25 057	1 328	527	801
27 Tabasco	62 027	32 629	29 398	808	262	546
28 Tamaulipas	17 118	8 744	8 374	68	15	53
29 Tlaxcala	26 662	13 379	13 283	432	126	306
30 Veracruz	633 372	313 553	319 819	77 646	26 682	50 964
31 Yucatán	549 532	277 317	272 215	48 066	19 454	28 612
32 Zacatecas	1 837	1 079	758	106	31	75

Fuente: elaborado con base en los datos del *Censo general de población y vivienda*, INEGI, 2001.

En una investigación conjunta llevada a cabo por la SS y SEDESOL se confirmó que la mayoría de indígenas viven en condiciones notoriamente más precarias que el resto de la población.⁶²⁶ Casi la mayoría de los

⁶²⁶ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 83.

municipios indígenas tienen un grado de marginación alto, e.g. bajos ingresos, subempleo en actividades rurales agrícolas, incomunicación, bajos niveles de escolaridad (evidenciado en un alto índice de analfabetismo, 38.4% en mayores de 15 años vs. 2.4% de la media nacional),⁶²⁷ alimentación deficiente, viviendas inadecuadas y sin servicios y por supuesto, bajos niveles de salud y dificultad de acceso a servicios médicos.⁶²⁸

Como podemos darnos cuenta por los notables índices de marginación tocantes a la población indígena, no se ha consolidado una política sólida común, como se confiaría, por lo menos a partir del límite temporal de nuestro estudio;⁶²⁹ que suponga una partida razonable del erario para la atención local de población indígena, con proyectos nacionales de integración a la vida social y económicamente más productiva que contribuya a reducir su alejamiento. La reflexión sería, cuál es el camino que queremos tomar cuando intentamos y pretendemos con el discurso, conformar una sociedad más incluyente y justa.

Sin embargo, ha habido algunos empujes para mejorar la situación indígena. Estrictamente en materia de salud, el INI⁶³⁰ junto con el IMSS

⁶²⁷ La meta para superar el analfabetismo de Alma Ata estaría prácticamente superada a no ser por las minorías étnicas que evidencian un enorme atraso (+ 30%) en comparación con el resto del país. *Ibid.* p. 84.

⁶²⁸ INM, *Situación de las mujeres en México, passim.*

⁶²⁹ OMS, "Atención primaria de la salud: una primera evaluación", p. 7.

⁶³⁰ El Instituto Nacional Indigenista (INI) era un organismo público del gobierno federal, encargado de diseñar e instrumentar la política gubernamental hacia los pueblos indígenas de México. El 4 de diciembre de 1948, se publicó en el D.O.F. la ley de creación del Instituto con sede en la capital de la República. El 12 de septiembre de 1950, por decreto presidencial se crea la primera oficina regional, ubicada en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Actualmente dicho instituto pasó

establecieron un programa de difusión sobre la medicina tradicional y plantas medicinales —en Guerrero y Oaxaca— para integrarlo a la medicina alopática.⁶³¹ También se crearon organismos para el bienestar social de los indígenas, así como procuradurías para la defensa de sus derechos.

Igualmente se instauró en el Programa IMSS-Solidaridad una vertiente encaminada a dar respuesta a las necesidades crecientes de la población campesina e indígena marginada, que no podía acceder a servicios médicos. En las entidades federativas donde el programa IMSS-Solidaridad opera, se atiende al 64.9% de la población rural y el 85.7% de los grupos étnicos identificados en el país.⁶³² Lo resaltable del proyecto IMSS-Solidaridad es la participación activa de la población civil. Dentro de las medidas propuestas para combatir los rezagos de éstas comunidades, está el propiciar y apoyar actividades productivas e incorporar a las mujeres al desarrollo sostenible que permita mejorar las condiciones de la comunidad. También es encomiable la labor de comunicación educativa que se lleva a cabo por voluntarios mediante el uso de medios de comunicación masiva; la realización de talleres grupales participativos y de consejería rural. Así se ha llegado a más de 14 000 localidades = 12.34%, de las cuales 97.72% contaban con menos de 500 habitantes.⁶³³

No obstante los buenos resultados de las políticas de salud, como el aumento relativo de esperanza de vida de hombres y mujeres indígenas,⁶³⁴

a ser la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). D.O.F. 21/05/03.

⁶³¹ Empero no podemos decir que se haya logrado el reconocimiento a la medicina tradicional. Cfr. E/C.12/1990/SR.9 pr. 10, 11 y 12.

⁶³² Vid. E/1994/104/Add.18 pr. 400 y 402.

⁶³³ Secretaría de Salud, *Informe de Labores 1993-1994*, pp. 23-31.

⁶³⁴ Sandoval Forero, p. 232.

el hecho de que este porcentaje de población atendida no se incremente en los últimos años, no estrictamente refiriéndonos al programa en comento, sino en general; se debe a la deficiente capacidad resolutive de los servicios sanitarios, relacionado con la atención preferencial en las áreas urbanas,⁶³⁵ la duplicidad de esfuerzos en la atención a grupos que no necesariamente lo requieren; así como problemas propios derivados de la dispersión de otras localidades y su dificultad para acceder a ellas con servicios de salud y suministro de recursos. El 84% de la población indígena chiapaneca señala como obstáculo para la atención médica, la lejanía del centro de salud de su hogar, eso da lugar a que apenas el 19% de los indígenas de zonas alejadas utilice servicios médicos de la SS.⁶³⁶ También es de mencionarse que más del 50% de los centros de salud rurales con predominio de población indígena monolingüe, no tienen traductor. En áreas urbanas ésta cifra aumenta al 86%.

La población indígena manifiesta la existencia de discriminación; refieren ser mejor tratados los que hablan español.⁶³⁷ SEDESOL reconoce que "la igualdad ante la ley" no se aplica a los indígenas"; los problemas de justicia en las etnias se limitan meramente a los ámbitos penal y agrario.⁶³⁸ Esa diferenciación disuade a los individuos a que atiendan su salud; violándose directamente el art. 1 CPEUM y el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales (art. 24 y 25⁶³⁹).

⁶³⁵ Vid. E/1994/104/Add.18 pr. 329, 333, 340-343, 347, 350, 355, 356, 400 y 402.

⁶³⁶ Cfr. Ortiz et al., *Inequities in primary health care in Chiapas*. Cit por CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 61.

⁶³⁷ *Id.*

⁶³⁸ *Ibid*, p. 84.

⁶³⁹ "Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente (...) sin discriminación. Los gobiernos deberán velar por que se ponga a disposición de

Art. 1 CPEUM "Queda prohibida toda discriminación motivada por *origen étnico* o nacional, *el género, la edad, las capacidades diferentes*,⁶⁴⁰ la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas".

Otro problema de los programas de asistencia social, concretamente los dirigidos a poblaciones indígenas, es que un número importante de beneficiarios sale del grupo-objetivo de ayuda. En efecto; tampoco se ha evitado ni asegurado que los esfuerzos constantes y permanentes del combate a la miseria prevengan que los no tan pobres (pobreza no extrema) sigan favoreciéndose de los beneficios destinados a los verdaderamente pobres (pobreza extrema) para aliviar su condición. Hoy día, se hallan grupos indígenas en condiciones de salud deplorables a causa de la desigualdad y exclusión social, en comparación con los demás mexicanos (el 52% de los beneficiarios salen del paciente-objetivo de los programas de acción). El 51.1% de la población económica indígena recibió menos de medio salario mínimo por su trabajo y únicamente el 27.7% percibió un salario mínimo o más. Indicadores que no han variado significativamente en el presente año.⁶⁴¹

los interesados los servicios de salud adecuados, (...) a fin de gozar del máximo nivel de salud física y mental..."Este convenio es producto de la septuagésima sexta reunión de la OIT en Ginebra, del 27 de junio de 1989, substituye al Convenio 107 sobre la "Protección de las Poblaciones Indígenas y Tribales de 1953. México aprobó el Convenio 169 del 11 de junio de 1990 y fue ratificado el 5 de septiembre de 1990, publicado en el D.O.F. 24/01/91 y vigente a partir del 5 de septiembre de 1991. CNDH, *Gaceta* 133, pp. 111-120.

⁶⁴⁰ La itálica es agregada.

⁶⁴¹ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 61. Secretaría de Salud *et al.*, *Para cuidar la vida: Manual de salud para zonas indígenas*, p. 12 y 13. IMF, *México: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, pp.16-18.

Aparte de las dificultades anotadas, los programas de asistencia no han paleado debidamente la desnutrición e higiene. En el siguiente recuadro vemos los registros de la alta morbilidad y mortalidad de este grupo que tienen una diferencia promedio de -30% con respecto a la tasa de mortalidad nacional.⁶⁴²

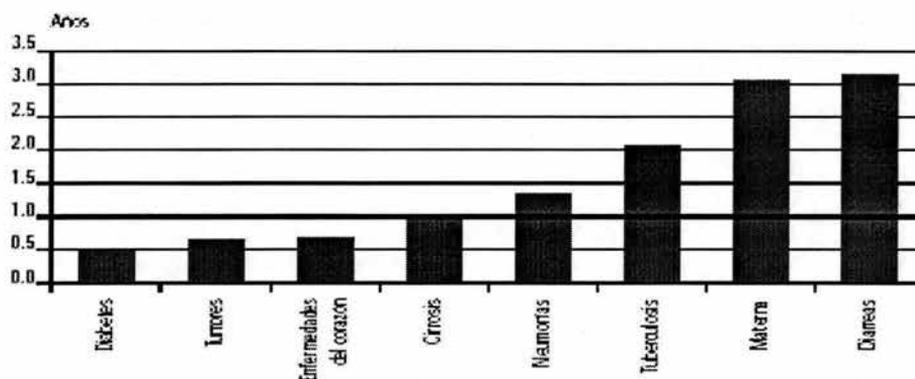
INDICADORES EN SALUD: ANÁLISIS COMPARATIVO	
	Nacional Indígenas*
Mortalidad infantil (3)	28.2/1000 48.3/1000*
Mortalidad infantil por infecciones intestinales (4)	27.3 % 83.6 %*
Deficiencia en talla para la edad (2)	50.9 % 73.6 %*
Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años (1)	38.5 % 58.3 %*

1 INEGI, 1995
2 DGEI, 1999 y DPPP SEP
3.BM, 2000
4 Dirección General de Epidemiología.
Fuente: Oficina para el desarrollo de los pueblos indígenas,
Salud: indicadores [on line] México,

La higiene deficiente, las deficiencias nutricionales graves, junto con la escasa infraestructura en saneamiento: agua potable, drenaje, pisos de tierra, ventilación, etc., han contribuido a la permanencia de un perfil epidemiológico en este grupo específico.

⁶⁴² Sandoval Forero, p. 232.

Riesgo de morir en la población indígena en relación con el riesgo nacional según causas seleccionadas. México, 1999



Fuente: Programa Nacional de Salud 01-06, p. 38.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica reportó que las 10 principales causas de muerte entre indígenas eran de origen infeccioso en el 80% de los casos.⁶⁴³ En otras palabras, continúan con un profundo rezago, propio de los países en desarrollo.

5. INDIGENTES

Los grupos específicos con mayor riesgo; además de los niños menores de 5 años, madres y ancianos; son aquellos cuya condición de precariedad fomenta ambientes más insalubres, generándose así círculos viciosos de pobreza-enfermedad, pues presentan las tasas más altas de padecimientos

⁶⁴³ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, pp. 83 y 84.

y muerte por causas prevenibles, sin mencionar la inequidad que los margina de una suficiente asignación de recursos.⁶⁴⁴

La realidad de las personas indigentes es la muestra palpable de la ineficiencia del aparato productivo para generar riqueza. Este problema, producto de las crisis económicas, empeora cada día la condición social no meramente de individuos, sino también de familias y comunidades enteras, y agudiza la inseguridad.

Las crisis económicas reducen el gasto social y a la vez relegan las necesidades primarias de la población a un segundo plano. Sin embargo; es en tiempo de crisis cuando precisamente se hace patente la necesidad de dar vigencia a los conceptos insertos en los ordenamientos vinculantes.⁶⁴⁵

Los recurrentes desequilibrios económicos desde los ochenta, han propinado mayor demanda de las necesidades de la población mexicana; pero la carencia de recursos económicos para inyectarlos en los sectores requeridos, así como la falta de mantenimiento de los servicios existentes; ponen en entredicho el papel social del Estado. Dicho de otra manera; el cuestionamiento comienza con el descuido del bienestar de los ciudadanos a pesar de las buenas intenciones y múltiples planes surgidos con la reforma del art. 4º. constitucional, en que los programas nacionales de desarrollo social incluyeron el tema de salud como prioridad para la

⁶⁴⁴ La relación de marginación es inversamente proporcional al gasto en salud. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 31.

⁶⁴⁵ CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 17.

población indigente de zonas rurales; y más tarde, se sumó la población en pobreza extrema,⁶⁴⁶ tanto de áreas rurales como urbanas.

La escasez o la disparidad geográfica con la que se asignan los recursos causa polarización epidemiológica bien localizada, v.g. los estados del sur como Chiapas, Campeche, Oaxaca⁶⁴⁷ o Guerrero, tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades endémicas; registran mayor mortalidad y coincidentemente son las entidades más pobres.⁶⁴⁸ Por mencionar algunos ejemplos: en Chamula, Chiapas, hay aprox. 23 000 enfermos de oncocercosis⁶⁴⁹ cuyo número supera al registrado en toda América Latina; y en Oaxaca, este foco epidémico asciende a 20 500 contagiados.

En cambio, como veíamos el perfil de mortalidad de las regiones del norte dejó de ser predominantemente infeccioso y tienen una cobertura más amplia de servicios sanitarios, lo que se traduce a mejores condiciones de vida.⁶⁵⁰

Es oportuno comentar que opuestamente a lo informado en los últimos años sobre la distribución socio-geográfica de la salud en varios países

⁶⁴⁶ Son aquellos que viven con menos de un salario mínimo, en lugares que carecen de vivienda, alimentación, vestido y servicios públicos adecuados: entre otros.

⁶⁴⁷ La mortalidad de los adultos en Oaxaca es comparable a la de la India. Funsalud, *Economía y Salud*, p. 29.

⁶⁴⁸ Las 5 entidades más pobres, tienen el doble de mortalidad infantil en comparación con las 5 entidades más ricas. *Id.*

⁶⁴⁹ Enfermedad propagada por un mosquito que deposita sus huevecillos en la piel y desarrolla larvas de gusano que viven y se expanden en el cuerpo, creando grandes tumores, ceguera y la muerte (más de 1500 al momento). *La pobreza en México*, "Círculo Rojo", Canal 22, Cd. de México, 2/04/02, 11:20-12 hrs.

⁶⁵⁰ Derbez, p.13.

subdesarrollados,⁶⁵¹ las disparidades urbano-rurales indican la existencia de peores condiciones de salud entre la población marginada rural que en la población marginada urbana. Dicho de otra manera, la precariedad de vida en el medio rural supera al ambiente urbano. Situación muy importante a considerar por sus implicaciones en la formulación de políticas de salud.

En definitiva, no es azaroso que 7 de cada 10 poblaciones marginadas son rurales y en su mayoría son indígenas, de los cuales más de la mitad de sus habitantes que habla lengua autóctona presentan algún grado de marginalidad⁶⁵² e indigencia. Con ello; no se puede decir que la actuación que hasta ahora ha tenido el Estado mexicano, en cuanto a la atención primaria se refiere, haya sido debidamente cumplida; cuando no ha hecho en su política de salud una prioridad para la protección a los más necesitados.

De lo anterior se desprende: el problema de la pobreza en México sigue siendo agudo y requiere el desarrollo de un marco jurídico para la protección social de los casi 65 000 000 de pobres. Aunque oficialmente se trate de maquillar el número, reduciéndolo a 52 000 000 y con ello, el presupuesto para esos 13 000 000 de necesitados⁶⁵³ que no aparecen en las estadísticas.

⁶⁵¹ Harpham T, Lusty T, Vaughan p. *In the shadow of the city: Community health and the urban poor*. Oxford: Oxford University Press, 1988. Cit. por Martínez-Guzmán *et al.*, " Uso de un índice de bienestar social ...", nota al pie 37.

⁶⁵² OPS, *México: Perfil del sistema de servicios de salud, passim*.

⁶⁵³ Según un estudio realizado recientemente por el Colegio de México, bajo la dirección del investigador Julio Boltvinik; el Comité Técnico para la Medición Oficial de la Pobreza determinó que aprox. el 65% de la población vive en condiciones de pobreza. SEDESOL, a través de su titular Lic. Vázquez Mota, dice que el número es 52 000 000, cifra que se traduce en porcentaje si tomamos en cuenta que para el 2002, la población total es de 100 000 000. Independientemente del criterio que se establezca para la clasificar quienes son

El Comité Técnico para la Medición Oficial de la Pobreza considera que existen "pobres alimentarios" que son aquellos hogares donde los ingresos no alcanzan para productos, al menos de la canasta básica (aprox. \$ 20.90 x día). Conforme a las cifras oficiales del presente gobierno, el número de pobres alimentarios asciende a 24 200 000. Los "pobres de capacidad" cubren los gastos por alimentación, pero no les es suficiente para el pago servicios como educación o salud (aprox. \$ 41.80 x día). Y los "pobres de patrimonio" son aquellos que aunque costean gastos mínimos de educación y salud además de los alimenticios, no tienen para cubrir otras necesidades como calzado, vivienda o transporte público (aprox. \$ 52.17 x día).⁶⁵⁴ El problema real es que estas familias no se benefician de las políticas sociales, como son los programas de salud, educación o vivienda.

Se requiere pues, sin mayor aplazamientos un cambio estructural para enfrentar la poquedad y desproporciones sociales; con prelación a las entidades federativas que menos recursos poseen, zonas más abandonadas y a los grupos más desamparados.⁶⁵⁵

Mas consideramos que éstas acciones y en general todas las actividades en pro de las demandas más urgentes de la población, debieran estar fuera del juego político del Estado, condición⁶⁵⁶ o de cualquier interés partidista

pobres o no, lo cierto es que cada día hay más que se suman a éste rubro. Según el investigador Boltvinik, debido a que el modelo económico actual que opera en México no responde a las necesidades, intensificándose la pobreza desde hace casi dos décadas. S/t, "Reporte 13", T.V. Azteca, Cd. de México, 22/08/02, 23:45-00:15 hrs.

⁶⁵⁴ *Id.*

⁶⁵⁵ E/C 12/1/Add 41 pr. 15 y 16.

⁶⁵⁶ V.g. En la casa Michoacán se denunció el condicionamiento de asociación de mítines para realizar actividades de desarrollo social a favor de la población. S/t, "Radio Fórmula", Emisora Cadena Radio Mil, Cd. de México, 28/03/02, 18:00 hrs.

por imperceptible que pareciera. Pues con la ya histórica postura del gobierno mexicano, se suele dar prioridad los intereses particulares sobre los intereses de la nación, lo que en *stricto sensu* sería una violación a los DESC.

Recientemente se han iniciado acciones para reducir la indigencia, v.g. El Programa de Superación de la Pobreza Urbana o la reciente LGDS.⁶⁵⁷ La LGDS tiene como propósito el ejercicio pleno de los derechos sociales a partir de garantizar el bienestar promedio a toda la población. Para ello incentiva la participación democrática de la ciudadanía y reafirma la responsabilidad directa del Estado derivada de la CPEUM y los instrumentos internacionales. La salud se inserta en la LGDS como uno de los derechos sociales básicos. En consecuencia, los programas de interés público y prioritario en materia de salubridad contemplan acciones tendientes a la prevención de enfermedades transmisibles y atención médica a personas en condiciones de pobreza y grupos vulnerables.⁶⁵⁸ Sin duda, esperamos ver todas esas motivaciones reflejadas en una mejora real, visible a corto plazo.

6. DISCAPACITADOS

Son aquellas personas que sufren algún tipo de discapacidad; entendida como una "situación desventajosa para una persona determinada, que limita

⁶⁵⁷ D.O.F. 20/01/04. Los antecedentes se remontan al casi 4 años, con iniciativas del PRD, PAN y PRI (Cfr. Exposición de Motivos. Gaceta Parlamentaria, año V. n. 967, del 26 de marzo del 2002 y Gaceta Parlamentaria del 17 de abril del 2002). S/t, "Formato 21", Grupo Radio Centro, Cd. de México, 15/04/02, 19 -19:30 hrs.

⁶⁵⁸ Art. 6, 14.I, 19. II y III LGDS.

o impide el desempeño de una función que le es normal, según la edad, sexo y los factores sociales y culturales.”⁶⁵⁹

Para principios de la década de los ochenta, se estimó que un 7% de la población total sufría algún tipo de discapacidad como consecuencia de alguna deficiencia orgánica de tipo físico; de los cuales 60% eran menores de 14 años, 35% en edad productiva (15 a 49 años) y el 5% restante, ancianos. El número de discapacitados hoy puede oscilar entre 1 800 000 a cerca de 2 300 000 o más, de acuerdo con los parámetros de la OMS.⁶⁶⁰ Sin mencionar los aprox. 125 000 casos que se suman año con año a la lista, a consecuencia de traumatismos severos. Del total de personas con discapacidad, el 45% presenta discapacidad motriz, el 28% visual, el 16% auditiva, el 14% mental y el 4.5% de lenguaje.⁶⁶¹

A las limitaciones inherentes citadas, junto con la ausencia de identificación plena de la población minusválida, la carencia de procesos educativos para el desarrollo personal del discapacitado y el de las familias involucradas; se añaden circunstancias exógenas: carencia de servicios sociales, educativos, sanitarios adecuados y ocupacionales vinculantes que agravan su situación social, traduciéndose en pocas posibilidades de vivir dignamente integrados a la sociedad v.g. abandono, desamparo o indigencia provocada por una actitud de rechazo y marginación socio-productiva.⁶⁶²

⁶⁵⁹ OMS, *Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*. p. 25. Cit por CNDH, *El derecho a la protección de la salud...*, p. 33.

⁶⁶⁰ Cfr. INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda*, 2000.

⁶⁶¹ INM e INEGI, *Hombres y Mujeres en México*, 2002, p.134.

⁶⁶² PNS 84-88, pp. 242 y 243.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres, se reveló que del total de la población que sufre algún tipo de discapacidad, aprox. el 4.2% no tiene acceso a ningún tipo de servicio médico.⁶⁶³ Por otra parte, continúan centros de salud que no cuentan con las facilidades de acceso y atención especiales para personas con condiciones diferentes. Esto se debe a que culturalmente México no está preparado para dar igualdad a las personas con discapacidad. También es patente la falta de atención médica calificada en los primeros años de vida que es decisiva para evitar discapacidades permanentes. Aproximadamente poco más del 35% de los nacidos se benefician del tamizaje neonatal o la clasificación Abgar,⁶⁶⁴ que son pruebas que permiten detectar oportunamente problemas de salud, mismos que de no detectarse a tiempo, ocasionan discapacidad severa permanente.

Dada la preocupante realidad en torno a la discapacidad, la política gubernamental instauró programas de integración social. La Presidencia de la República recientemente ha creado (4 de diciembre del 2001) oficinas especiales para la promoción e integración de personas con discapacidad en el marco del PND 01-06, a fin de integrarlos a la vida productiva del país.⁶⁶⁵ También ésta administración 01-06, crea un Programa de Acción

⁶⁶³ INM e INEGI, *Hombres y Mujeres en México*, 2002. p.134.

⁶⁶⁴ Es una prueba que recibe el nombre de su descubridora la Dra. Virginia Abgar, en ella se evalúan las condiciones del recién nacido: respiración, latido cardíaco, color del cuerpo, respuesta a estímulos y tono muscular. En general el 80% de los partos son eustónicos (sin problemas).

⁶⁶⁵ V.g. Oficina de la Presidencia de la República para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad. El reto, dice Víctor Hugo Flores, titular de la oficina es "implantar una cultura de respeto a la diversidad, que permita la plena integración de todos (...) modificar los escenarios: establecer una educación con calidad y un programa de salud que incorpore la prevención y la

para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PREVERDIS).⁶⁶⁶ Y el 12 de febrero del 2002, se instaura el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad. Lo relevante de éste órgano, así como de los Consejos Estatales, es la participación conjunta de las distintas Secretarías de Estado involucradas con los problemas que aquejan a éste grupo específico.

Hasta la fecha se sigue luchando porque las personas con discapacidad sean incluidas y protegidas en sus derechos en forma plena, tanto en el mercado de trabajo, como educación, cultura, información, recreación o transporte (metro, elevadores, rampas) y evidentemente para ofrecerles servicios de salud acorde a sus necesidades.⁶⁶⁷ Parte de esa labor tan activa para la protección de los derechos de los discapacitados la realiza la CNDH.⁶⁶⁸

En resumen, las dificultades que presentan los grupos específicos investigados, se sintetizan en diversidad de criterios en materia de asistencia, la insuficiencia de los servicios, apoyo técnico, económico e infraestructura; como consecuencia se percibe cierto abandono tanto en lo jurídico como en lo operativo, organizativo y funcional, que permita una instrumentación eficiente de la política de asistencia.

rehabilitación". Moncada, Jorge Francisco, "Hacia la plena integración de los discapacitados", *Vértigo*, p. 22.

⁶⁶⁶ Tiene por objetivo abordar las discapacidades con un enfoque preventivo. Los Pinos, 3 de diciembre de 2001. Mensaje del Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, con motivo de la presentación del Programa Nacional de Prevención y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad.

⁶⁶⁷ Cfr. Conclusiones del seminario sobre "ciudades humanas y pobreza urbana", organizado por el Instituto de Pobreza Humana, en la Cd. de México, los días 6-9 de noviembre del 2001. Vid. *Item* Memoria del 4º. Congreso sobre discapacidad del 13 al 15 de marzo del 2002, Francisco Sosa 439, Coyoacán, México, D.F. o en www.discapacidad.hypermat.net

⁶⁶⁸ PNUD, *Informe sobre desarrollo humano*, 2000, p. 17.

Como último punto y para terminar el tema que discutimos en éste capítulo sobre a la actuación del Estado en el cumplimiento del DPS, resultamos que a partir de la entrada en vigor del PIDESC y la reforma constitucional se ha dado mayor auge al tema de la salud en comparación con otros periodos de la historia; pero prevalece un retraso tangible en la atención primaria de la salud. Las medidas gubernamentales no han sido suficientes debido al descuido en la aplicación de una normativa eficiente, asistencia exigua, ausencia de seguimiento constante y comprometido con los lineamientos programáticos.

Los planes ingeniosos y bien intencionados de cada administración se modifican cada seis años. En vez de analizar problema en su totalidad, los programas gubernamentales de salud tocan temas particulares que se modifican cuando el funcionario titular es sustituido. A juzgar por la propia CNDH, aprox. el 40% de los funcionarios vinculados con aspectos sanitarios en México son rotados anualmente. Es decir; cada uno permanece aprox. dos años y medio en el puesto.⁶⁶⁹

Aparte de las acciones desarticuladas, quedan también deficiencias en la infraestructura que ocasionan serias ineficiencias desde los niveles esenciales del DPS, que alejan a México por lo menos 30 años de la modernidad.⁶⁷⁰ Podemos concluir: no se alcanzaron todas y cada una de las metas propuestas para la atención primaria de la salud establecidas por la Declaración de Alma Ata. En definitiva; no basta con el reconocimiento del artículo 4º. constitucional, leyes reglamentarias, convenios de descentralización o la formulación de sendos programas estatales para

⁶⁶⁹ CNDH. *El derecho a la protección de la salud...*, p. 112.

⁶⁷⁰ *Consideraciones de la OPS sobre la problemática de la salud en México*, "Atando Cabos", Radio Fórmula, Cd. de México, 21/01/03, 13.30 – 14 hrs.

asegurar una política nacional prioritaria para la salud; mientras los recursos no se destinen cabalmente a las necesidades del país y no se ejerzan con vigor, los principios que forman la base de las políticas sociales. El derecho de protección a la salud requiere, además de ser derecho positivo, la modificación real del papel del Estado para garantizar servicios con calidad, equidad y eficiencia; que permitan el disfrute de los servicios de salud y asistencia social para satisfacer oportuna y eficazmente las necesidades de la población; no de la mayoría o de unos cuantos, sino de todos (art. 6 LGS).⁶⁷¹ La lucha por la salud es la lucha por la liberación del hambre, la pobreza y las estructuras sociales injustas. Para lograrlo se requiere sin demora invertir en necesidades humanas, crear oportunidades para todos bajo el principio de equidad y seguridad jurídica, de manera que se fortalezca el tejido social.

⁶⁷¹ Funsalud, "Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud", *Economía y Salud*, pp.11-14 y 40.

CAPÍTULO IV

INSTRUMENTOS DE DEFENSA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Para complementar el tema del régimen jurídico, abordaremos el asunto de la justiciabilidad. La eficacia real y vigencia del derecho de protección a la salud reside en la existencia de mecanismos efectivos, sean judiciales o no, que proporcionen opciones para garantizar su protección cuando aquellos se vean violentados.

A. RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Los recursos administrativos son aquellos medios de impugnación que ofrece la ley contra actos de autoridad administrativa que afecten los derechos de los administrados, con el propósito de que la misma entidad administrativa, ya sea la autoridad que actuó o la superior, revisen el acto impugnado para que lo revoque o modifique según proceda. Esto es; los particulares tienen vías legales para asegurar la certeza y seguridad jurídica de la relación con la administración pública.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

1. RECURSO ADMINISTRATIVO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

En primar término tenemos la denuncia popular. El art. 60 de la LGS, posibilita a los ciudadanos a presentar denuncias ante la Secretaria de Salud en caso de violaciones a normas sanitarias; y por supuesto, ello representa un avance en la defensa y protección de la salud.

“Art. 60 Se concede acción popular para denunciar ante las autoridades sanitarias de 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”.

Esta disposición es pionera en el derecho positivo mexicano al modernizar, con el espíritu revolucionario, las estructuras jurídicas. Aquí se resalta el principio de orden público e interés social, ya que cualquier ciudadano está legitimado para denunciar violaciones a las leyes sanitarias que pongan en peligro la salud de la población.

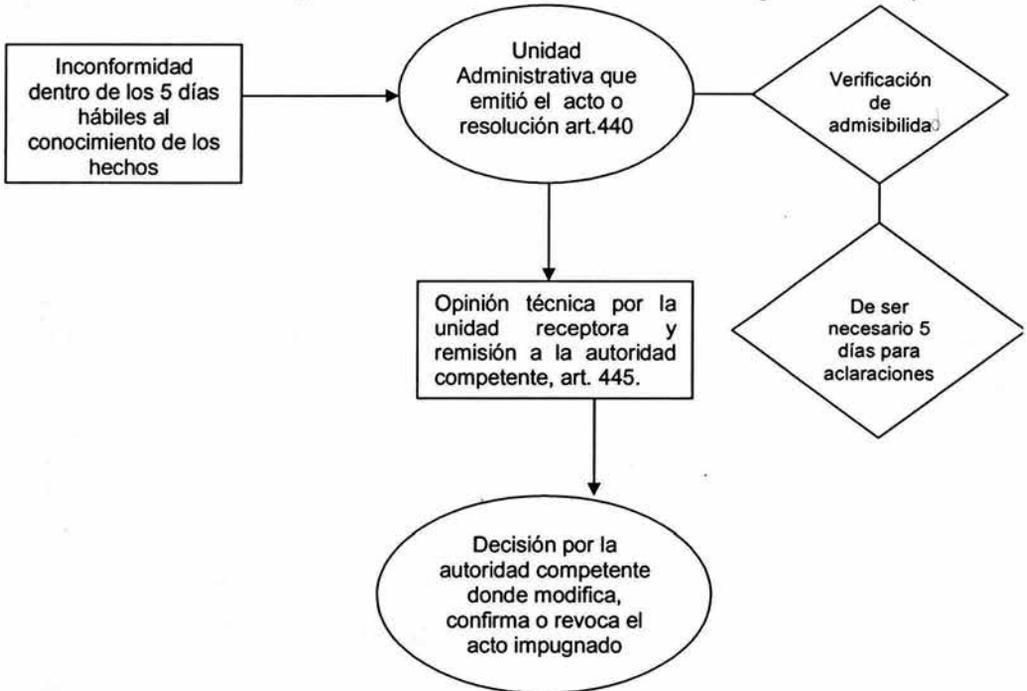
Una vez tenido el conocimiento de hechos presuntamente violatorios de alguna norma sanitaria, la SS procede a la inspección. Las pocas denuncias recibidas, por regla general son turnadas al área competente para la vigilancia sanitaria; salvo que se identifique que corresponden a otra área específica. En caso de confirmar los hechos motivo de la denuncia, se lleva a cabo la clausura del lugar; mientras, con base en la LFPA y la LGS, se emite una resolución administrativa que permita remediar dicha violación.⁶⁷²

⁶⁷² Únicamente se muestran esquemáticamente algunas instancias administrativas que pueden ser los medios adecuados de protección del derecho a la salud en el Derecho interno.



A pesar de que existe el recurso en la ley, inclusive ciertos preceptos aislados en algunos de los reglamentos recientemente actualizados; adversamente, la reglamentación existente no concede un mecanismo operativo para articular el art. 60 de la LGS. Se puede decir que las denuncias se equiparan a las presentadas ante las contralorías internas; son meramente una vía en que los particulares interesados por la salud de la población pueden hacer del conocimiento de la autoridad sanitaria, posibles focos rojos. En efecto; no se trata de un recurso jurídicamente establecido; pero se debería plantear la necesidad de dar operatividad real al mecanismo de denuncia como lo promueve el art.1, fr. IX LGDS.

La LGS también previene un recurso de inconformidad contra actos o resoluciones de autoridades sanitarias que pongan fin a una instancia o cierren un expediente (art. 438), con motivo de aplicación de dicho ordenamiento. Este procedimiento común conlleva las siguientes etapas:



2. QUEJAS INSTITUCIONALES ANTE EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

En 1959, se presentó la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE.⁶⁷³ En el mismo año se adicionó el apartado B al art. 123 de la Constitución,

⁶⁷³ Los antecedentes históricos del ISSSTE comienzan al término de la lucha revolucionaria. Los servidores públicos no tenían ningún tipo de prestaciones, ni de seguridad en el empleo. Sólo los militares tenían derecho a una pensión por retiro. Pronto sin embargo, los empleados al servicio del Estado empezaron a constituir los organismos clasistas de defensa de los derechos de los trabajadores, e.g. los sindicatos. Finalmente en agosto de 1925, se publicó la primera Ley de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual creó la Dirección del mismo nombre,

con la incorporación de las garantías contenidas en el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio del Estado. Al fin, la ley fue publicada en el D.O.F. el 30/12/59 y en enero de 1960 el ISSSTE comenzó sus actividades.

En 1977, por decreto presidencial, se estableció que todas las dependencias de la Administración Pública Federal debían crear al interior de su estructura un sistema de orientación, información y quejas. Bajo este eje, en 1980 el ISSSTE instaló módulos de orientación y quejas, esperando con ello captar las opiniones y quejas de sus derechohabientes. En 1986, coloca buzones de opinión en sus hospitales regionales y generales, y en 1988, amplía este servicio a todas las delegaciones estatales y regionales del Instituto. Dichos mecanismos no dieron los resultados esperados. Por tal motivo, se hizo indispensable rebuscar nuevas formas de acercamiento a la derechohabiente. Así, la Junta Directiva del ISSSTE, por acuerdo 7.1204.95 modifica el estatuto orgánico y crea el 18 de mayo de 1995, la Coordinación General de Atención al Derechohabiente (CGADH), misma que fuera oficializada por decreto del 30 de mayo del mismo año.

Con la unión de módulos, unidades delegacionales y coordinación general, se crea el Sistema Nacional de Atención al Derechohabiente; en él se integran todos los factores que intervienen en la atención de los usuarios. Su premisa fundamental es ahora impulsar acciones tendientes a incrementar la eficiencia y promover una nueva actitud de servicio.

dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, misma que operó como una institución de seguros, ahorro y crédito ya que inició la creación y administración de un fondo de pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones de los trabajadores durante el tiempo de sus servicios en las oficinas gubernamentales; pero en 1947, se reforma la ley de creación y se amplían las facultades de la dirección, transformándose en un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios. ISSSTE (2002), *Antecedentes del ISSSTE*, [on line] ISSSTE, available from: <http://www.issste.gob.mx> [accessed 15/0502].

La CGADH es la unidad encargada de la normativa nacional; es la instancia conciliadora y dictaminadora de las solicitudes y quejas que realicen los derechohabientes, particularmente aquellas en las que intervienen organismos externos tales como la CNDH, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Presidencia de la República, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo en concordancia con la Contraloría General del ISSSTE.

De acuerdo con lo establecido en el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado⁶⁷⁴ la Coordinación General es competente para:

"Art. 54Bis.⁶⁷⁵ La Coordinación General de Atención al Derechohabiente, tendrá las funciones siguientes:

I. Planear, coordinar, normar, organizar, controlar y evaluar el sistema de orientación, información, quejas y sugerencias, así como operar la central de emergencias, para los derechohabientes del Instituto, que les permita recibir de manera oportuna, eficiente y personalizada, los seguros, prestaciones y servicios establecidos en la Ley del Instituto;

II. Constituir el conducto formal de comunicación, entre el derechohabiente y las diferentes unidades administrativas del Instituto, en materia de orientación, información, quejas y sugerencias.

III. Recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento hasta su solución, en coordinación con las unidades administrativas competentes, a las quejas y sugerencias generadas con motivo del otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios;

⁶⁷⁴ D.O.F. 6 /06/88.

⁶⁷⁵ Se adicionan las fracciones VIII y IX en el D.O.F. 30/05/95. La fr. VIII original del art. 54Bis, pasa a ser la actual fr. X, por acuerdo publicado en el D.O.F. 28/04/97.

IV. Promover los mecanismos para dar atención preferencial a los derechohabientes discapacitados y de la tercera edad, en el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios;

V. Recibir, procesar, encauzar y dar seguimiento hasta su solución, a las recomendaciones que emita la CNDH respecto al otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios;

VI. Coordinar con el área de capacitación del Instituto, el diseño, desarrollo e impartición de cursos dirigidos al personal de atención directa a la derechohabencia, a fin de instruirlos sobre la importancia de su función para mejorar el desempeño de sus labores;

VII. Proponer al Director General las políticas, estrategias y líneas de acción que permitan optimizar la atención que se proporciona al derechohabiente, y mejorar la imagen institucional;

VIII. Fungir como enlace ante la CONAMED, para la atención y seguimiento de los asuntos relacionados con el Instituto;

IX. Presidir las sesiones del Comité Técnico para la Dictaminación de Solicitudes de Reembolso de Gastos Médicos, así como promover la adecuada atención y resolución de sus asuntos, conforme a los dictámenes médico y jurídico que al efecto elaboren las unidades administrativas competentes; y

X. Las demás que señalen otras disposiciones aplicables".

Dentro de la CGADH se encuentra el Subsistema de Conciliación y Dictaminación que tiene como objetivo analizar y resolver las quejas y solicitudes de reembolso por gastos médicos extrainstitucionales presentadas por los derechohabientes ante el propio ISSSTE, ante la CONAMED o ante la CNDH.



Las quejas y solicitudes de reembolso directas o institucionales se relacionan con la percepción de haber recibido una atención deficiente, ya sea en el servicio médico o en algún otro de los servicios prestados. Es importante decir al tratarse de impugnación ante la mismo organismo, los tiempos requeridos para dar solución se reducen considerablemente.

Por otra parte, las quejas o solicitudes de reembolso indirectas son aquellas presentadas por el derechohabiente ante otras instancias, e. g. la CONAMED⁶⁷⁶ como órgano de arbitraje, motivadas ante la apreciación de la deficiencia en la prestación del servicio médico por parte del ISSSTE; o bien, estas quejas pueden presentarse ante la CNDH en caso de que se estime que el usuario sufrió una violación a sus derechos humanos.

⁶⁷⁶ Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para la atención de quejas médicas por la prestación de servicios; suscrito el 12 de noviembre del 1997, en México, D.F.

Existe además un subsistema para la mejora continua de la calidad. Función llevada a cabo a través de un método de información para el análisis de los datos que relacionan la incidencia de felicitaciones, sugerencias, inconformidades, quejas y solicitudes de reembolso con otros indicadores de productividad, con objeto de tener resultados que permitan evaluar el comportamiento de las Delegaciones, detectar problemas torales para luego emitir sugerencias y recomendaciones que disminuyan el nivel de las quejas recibidas, y permitan establecer lineamientos para mejorar y elevar los servicios que presta el instituto con una mayor calidad; dicha evaluación se presenta durante las reuniones de los Consejos Directivos de los Hospitales Regionales y de los Consejos Consultivos Delegacionales, ya que en ambos casos la Coordinación General actúa como vocal.

3. QUEJAS INSTITUCIONALES ANTE EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

La seguridad social nace con el IMSS para proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia.

La iniciativa de LSS que fue aprobada por el Congreso y publicada en el D.O.F. 19/01/43. En los artículos iniciales de dicho ordenamiento se enuncia que una de las finalidades de la seguridad social es *garantizar el derecho humano a la salud*, junto con la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo (art. 2 LSS).

Como instrumento básico de la seguridad social se establece el seguro social; y para administrarlo y organizarlo se decreta la creación de un

organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominándosele: "Instituto Mexicano del Seguro Social" (LSS art. 5) como respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora y más tarde; el 6 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas. Inicialmente se comenzó con dar servicios a la población urbana y posteriormente se insertaron a los trabajadores del campo.

Si como resultado de la atención médica recibida en el IMSS hay alguna insatisfacción del usuario, la normativa de la institución previene un recurso administrativo de queja (art. 296) en el Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas (RTRQA)⁶⁷⁷ y el Acuerdo 569/97 del H. Consejo Técnico del 19 de noviembre de 1997.

"Art. 296. Los derechohabientes podrán interponer ante el Instituto queja administrativa, la cual tendrá la finalidad de conocer las insatisfacciones de los usuarios por actos u omisiones del personal institucional vinculados con la prestación de los servicios médicos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo impugnado a través del recurso de inconformidad".⁶⁷⁸

La queja administrativa tendrá el carácter de instancia administrativa (art. 2 del RTRQA). El procedimiento administrativo de queja deberá agotarse previamente al conocimiento que deba tener otro órgano o autoridad, de algún procedimiento administrativo, recurso o instancia jurisdiccional. La

⁶⁷⁷ Queja administrativa es toda insatisfacción formulada ante el IMSS, en exposición de hechos, por parte de los usuarios, por actos u omisiones en la prestación de los servicios médicos, que originen reclamación o protesta por posibles violaciones a sus derechos, siempre que los mismos no constituyan un acto definitivo. Art. 1 del RTRQA.

⁶⁷⁸ La base legal del recurso de inconformidad se encuentra contenida en el art. 294 de la LSS y en el reglamento del recurso de Inconformidad publicado en el D.O.F. 30/06/97.

resolución de la queja se hará en los términos que establezca el instructivo respectivo.

La queja debidamente acompañada de los documentos necesarios relacionados con los hechos motivantes, será analizada por personal médico de la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y será resuelta por el H. Consejo Técnico, el Consejo Consultivo Regional o el Consejo Consultivo Delegacional (art. 2 RTRQA), según el ámbito de competencia, quienes resolverán tomado en consideración los criterios de justicia, equidad, legalidad y razonabilidad.

Es menester mencionar el beneficio de la suplencia de la deficiencia de la queja administrativa por el órgano dictaminador (art. 23 del RTRQA); sucede que la misma Institución intenta corregir las deficiencias en que los quejosos incurren; ya sea por su debilidad o carencia de asesoramiento debido. Tal disposición tutelar se aplicó inicialmente en el juicio de amparo para proteger intereses importantes del sector social; más tarde, se extendió a otras materias cuando se hacía evidente que había una violación manifiesta de la ley que hubiera dejado al particular sin defensa.⁶⁷⁹

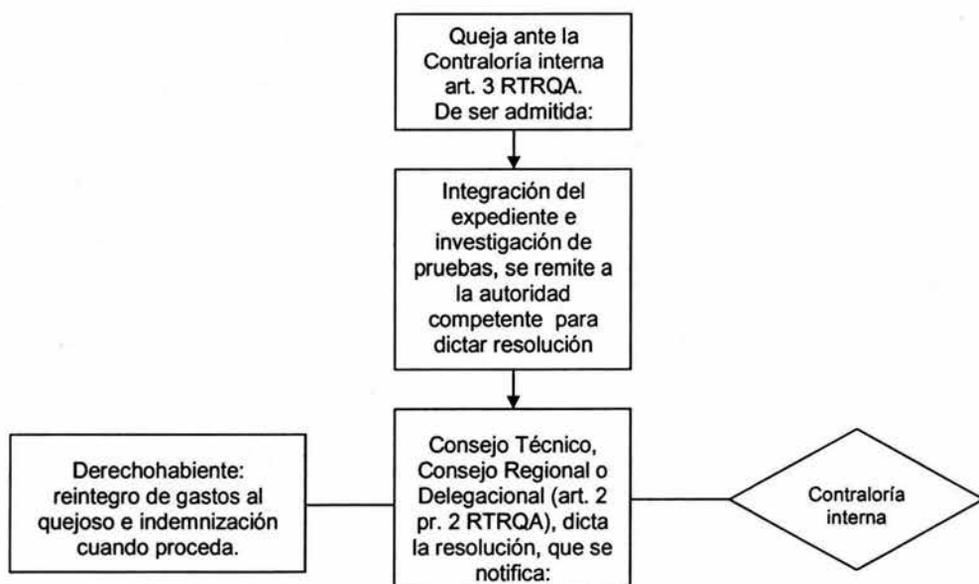
Una vez substanciado el procedimiento, la resolución a la queja es notificada al domicilio del quejoso y además se hace del conocimiento de la Unidad de Contraloría Interna del IMSS, con el fin de derivar actos que impliquen responsabilidad de los servidores públicos.⁶⁸⁰ Las autoridades substanciadoras ejecutarán el cumplimiento de la resolución dentro de 10

⁶⁷⁹ Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, pp. 3017 y 3018.

⁶⁸⁰ Todas las resoluciones que se emitan por el Consejo Técnico, Consejos Consultivos Regionales y Delegacionales respecto a quejas administrativas, deberán hacerse del conocimiento de la Contraloría Interna (art. 13 del RTRQA).

días hábiles o en su defecto, deberán asentarse las razones que impidieron llevarla a cabo y dejar constancia en el expediente (art. 27 RTRQA).

Todo el procedimiento administrativo tendrá un plazo máximo de 50 días hábiles a partir de su fecha de presentación. Las etapas comprendidas dentro del procedimiento son: integración, investigación, resolución, notificación y en su caso, reintegro de gastos médicos, pago de indemnización y en general todos aquellos actos necesarios para atender, aclarar y resolver los planteamientos del quejoso (art. 4 RTRQA).



Coexiste un convenio de colaboración y coordinación firmado entre los representantes legales de la CONAMED y el IMSS,⁶⁸¹ en él se distinguen dos situaciones jurídicas:

⁶⁸¹ Cfr. Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social, para la atención de quejas médicas por la prestación de servicios; suscrito el 25 febrero de 1998, en México D.F.

- Cuando la materia de la queja, presentada por los derechohabientes del IMSS ante la CONAMED, se refiera exclusivamente a la petición de los servicios médicos; *i.e.* negativa o demora por parte de la institución. Si CONAMED conociere primeramente de esta violación notificará al IMSS, para que por medio del servicio de atención inmediata; dependiente de la Coordinación General de Atención y Orientación al derechohabiente, se lleve a cabo la petición respectiva del usuario en un plazo máximo de 48 horas, con base en sus circunstancias específicas y vigencia de derechos.

- Cuando la queja se refiera a insatisfacción por mala prestación de servicios médicos, *v.g.* impericia o negligencia. La queja debe ser primeramente substanciada por el propio IMSS, en un plazo máximo de 50 días hábiles (art. 4 del RTRQA).

En suma; debe agotarse previamente la queja institucional o administrativa prevista en el numeral 296 citado, antes de acudir a cualquier otra instancia. De suerte que si el quejoso desea presentarse ante la CONAMED como primera instancia, ésta enviará la queja al área de Asuntos Especiales de la Coordinación del IMSS a efectos de que resuelva; sin perjuicio de hacerle del conocimiento a la CONAMED sobre la tramitación de la misma. Solamente en caso de inconformidad por el derechohabiente sobre la resolución de la queja administrativa ante el propio IMSS y con fundamento en el acuerdo 569/97; la CONAMED emitirá un dictamen de reconsideración del asunto dirigido al Consejo Técnico, para persuadirlo a que modifique la resolución dada. En caso de reiterada insatisfacción del quejoso sobre el incumplimiento de los puntos contenidos en el dictamen pronunciado por CONAMED, se procederá a emitir una

opinión técnica para ejercer presión moral; ya que como sabemos, carece de poder coactivo vinculante.

En caso de que con motivo de negativa o deficiencia en la prestación de servicios médicos a los asegurados, beneficiarios o pensionados por parte del IMSS, hayan hecho erogaciones en numerario, los afectados podrán reclamar por la vía civil la restitución de gastos.

El art. 275 de la LSS establece que la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje es competente sobre controversias surgidas entre la institución y los asegurados o beneficiarios; mas la restitución de gastos sale del ámbito laboral, según y conforme lo establecido por el Pleno de la SCJ en la siguiente tesis jurisprudencial:

"SEGURO SOCIAL. LA ACCIÓN DE PAGO EJERCITADA CONTRA EL INSTITUTO POR GASTOS EFECTUADOS CON MOTIVO DE LA NEGATIVA A BRINDAR ASISTENCIA MÉDICA U HOSPITALARIA A UN ASEGURADO, BENEFICIARIO O PENSIONADO, O POR RESULTAR DEFICIENTE, ES DE NATURALEZA Y SU CONOCIMIENTO CORRESPONDE A UN JUEZ DEL FUERO COMÚN.⁶⁸²

De conformidad con lo dispuesto en el art. 275 de la Ley del Seguro Social abrogada, las controversias entre los asegurados o sus beneficiarios y el instituto sobre las prestaciones que la propia ley otorga, podrán ventilarse ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, infiriéndose de dicho precepto que es requisito *sine qua non* para que una acción sea de la competencia de ese tribunal laboral, que la prestación reclamada derive de ese ordenamiento. Hoy bien, la acción de pago ejercitada por un asegurado, beneficiario o pensionado en contra de la citada institución de seguridad social, en razón de haber realizado erogaciones en

⁶⁸² Suprema Corte de Justicia (Pleno), Contradicción de tesis entre las sustentadas por el Primer Tribunal Colegiado del Décimo Octavo Circuito y el Sexto Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito, novena época, 7 de diciembre de 2000, Jurisprudencia por Contradicción 35/97.

numerario por no recibir los servicios médicos u hospitalarios o bien, al estimar que son deficientes; circunstancias que los condujeron a obtener esos servicios en forma particular, escapan del ámbito de las normas laborales, administrativas y fiscales contenidas en el ordenamiento invocado; además de que en esa hipótesis la seguridad y previsión social de los trabajadores, que no es el carácter reconocido por la ley que lo rige, sino como prestador de un servicio médico, al que los afectados le atribuyen haber incurrido en responsabilidades por negligencia, impericia o falta de cuidado; atento lo cual, el reclamo de la prestación económica de que se trata, desde luego, constituye una acción prevista en la legislación civil y debe ser resuelta bajo la aplicación de las normas de derecho común.

Precedentes:

Pleno de la Suprema Corte de Justicia. Contradicción de tesis 35/97. Entre las sustentadas por el Primer Tribunal Colegiado del Décimo Octavo Circuito y el Sexto Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito. 7 de diciembre de 2000. Unanimidad de diez votos. Ausente: Juventino V. Castro y Castro. Ponente: José Vicente Aguinaco Alemán. Secretaria: Rosa María Galván Zárate. El Tribunal Pleno, en su sesión privada celebrada hoy once de enero en curso, aprobó, con el número 1/2001, la tesis jurisprudencial que antecede. México, D.F., a once de enero de dos mil uno".

Consideramos que las instancias administrativas de las instituciones públicas de servicios sanitarios, e.g. IMSS e ISSSTE, ofrecen grandes ventajas a los usuarios por la prontitud con la que se resuelven los reclamos, y la cercanía de la instancia examinadora con el terreno de los hechos donde se origina la inconformidad, especialmente en tratándose de negativa o demora en la prestación del servicio médico.

Por otro lado, se desconoce en realidad cual es el porcentaje de quejas que se solucionen favorablemente y den cumplimiento a las peticiones de los quejosos dentro del aparato organizacional al interior de la institución; pero es un hecho que el IMSS, secundado por el ISSSTE tienen los

primeros lugares de quejas presentadas ante CONAMED y CNDH. El incremento de las quejas puede estar íntimamente ligado, aparte de comentada baja calidad del servicio, a la magnitud del universo de usuarios que estas instituciones acogen, y que impide operativamente dar atención oportuna y satisfactoria a las demandas de los derechohabientes.

4. PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA ANTE LAS CONTRALORÍAS

Existe responsabilidad administrativa cuando los servidores o funcionarios públicos incumplen con las obligaciones que les marca tanto el código de conducta, como sus responsabilidades y demás obligaciones propias del cargo, *v.g. legalidad, honradez, lealtad imparcialidad y eficiencia en el ejercicio de la función pública* o dicho de otro modo, cuando su actuación afecte los valores que rigen la función pública.

Por servidor público entendemos, de conformidad con lo dispuesto por los arts. 108 de la CPEUM y 2 de la LFRASP, toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza en la administración pública y todas aquellas personas que manejen o apliquen recursos públicos federales. Abarca a los servidores públicos cuya función se ejerce a través de plaza presupuestal o contrato por honorarios.

En el monitoreo del desempeño cabal de la administración pública y conocimiento de los hechos motivo de impunidad o corrupción de la autoridad, la participación ciudadana juega un papel trascendental. Así se hizo necesario crear al interior de cada dependencia administrativa una estructura para orientación, información y quejas, con el objetivo de facilitar a los usuarios de éstas, los trámites, gestiones y denuncias que se quisieran

plantear. Las quejas podrán presentarse tanto por los servidores públicos vs. empleados federales adscritos al área de su competencia, como por los particulares vs. los servidores públicos adscritos a su dependencia o entidad. Así surgen los módulos de “quejas y denuncias” en las contralorías internas de cada una de las dependencias de la Administración Pública Federal. La SECODAM⁶⁸³ también cuenta con su propia contraloría interna para vigilar la actuación de sus servidores.

Las Contralorías Internas son órganos de control, facultados por la ley, para custodiar las irregularidades o faltas administrativas; así como instaurar procedimientos disciplinarios por responsabilidades administrativas y aplicar sanciones administrativas en el ámbito de su competencia. Los arts. 21-34 de la LFRASP establecen el procedimiento de justicia administrativa. El art. 13 del mismo ordenamiento, fija las sanciones a que son acreedores los servidores públicos; las cuales sin perjuicio de lo previsto en otros ordenamientos, tiene una medida disciplinaria v.g. suspensión, destitución, inhabilitación, etc., y engloba también la sanción económica que contempla el monto del beneficio obtenido y los daños y perjuicios causados; monto que no puede exceder de tres tantos (art. 15 LFRASP).

Las funciones de las Contralorías son:

- Control administrativo para la implementación de planes, programas y normas que mejoren el servicio;
- La práctica de auditorías;

⁶⁸³ Ahora denominada Secretaría de la Función Pública, *cfr.* artículo segundo y cuarto del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública (SFP). 11/12/03.

- La determinación de responsabilidad administrativa de los servidores adscritos a la dependencia a la que pertenece la contraloría y la instauración de un procedimiento interdisciplinario según la LFRASP e imposición de sanciones económicas o administrativas correspondientes.

Vemos que la misión cardinal de las contralorías es abatir los niveles de corrupción⁶⁸⁴ e impunidad en el país y dar absoluta transparencia a la gestión y desempeño de la Administración Pública Federal, con objeto de mejorar la gestión pública y administrar con pertinencia el patrimonio inmobiliario federal.

Es posible que con motivo del indebido desempeño de los servidores públicos se afecte no únicamente la función pública; sino que además se cause daño a terceros. Entonces estaríamos ante un caso de responsabilidad civil emergente en un procedimiento administrativo. Esta figura resarcitoria que promueven los particulares puede confundirse con una institución puramente civil, no olvidemos que tiene bases y procedimientos administrativos.⁶⁸⁵ El Derecho Civil mexicano previene que el Estado será responsable de la reparación de los daños causados a terceros por los servidores públicos en ejercicio de sus funciones. La responsabilidad del Estado será solidaria en tratándose de ilícitos dolosos y subsidiaria en los demás casos. Estrictamente, se podrá reclamar la indemnización al Estado como responsable solidario, cuando el servidor público de quien se trate, no tenga bienes o no sean suficientes para

⁶⁸⁴ El Comité recomienda que se tomen medidas para intensificar los esfuerzos contra este mal que afecta negativamente la plena realización de los derechos protegidos por el PIDESC, incluidas las actuaciones judiciales contra los responsables de los actos de corrupción. *Cfr. E/C.12/1/Add. 41 pr. 26, 32 y 40. Se tiene conocimiento que con motivo de la corrupción se pierde hasta el 9% del PIB, S/t, "Formato 21", grupo Acir, Cd. de México, 15/04/02, 19-19:30 hrs.*

⁶⁸⁵ Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto, *El sistema de responsabilidades de los servidores públicos*, p. 42 y ss.

garantizar el pago. En el supuesto de que el Estado respondiera a un particular por los daños y perjuicios causados, el art. 1927 y 1928 del Código Civil Federal (CCF) y Código Civil para el D.F. (CCDF) facultan al Estado para que a su vez, pida al servidor público el pago de las obligaciones que éste hubiera cubierto en su lugar.

El reclamo de daños y perjuicios decíamos es consecuencia de responsabilidad civil; no obstante, la SFP (mejor conocida antes como SECODAM) y las contralorías internas⁶⁸⁶ tienen capacidad operativa para resolverlo. Se ha facilitado la denuncia de estos casos en unidades específicas (Dirección General de Atención Ciudadana) con miras a buscar procedimientos expeditos para la solución de controversias —de aprox. 5 a 10 días— a partir de la denuncia, ya sea por maltratos, abuso de autoridad, solicitud de dinero, lentitud en el trámite, extorsión, negligencia, desvío de fondos, deficiencia en el servicio, etc. Luego de analizar la competencia y procedencia, se cita a una audiencia de pruebas y alegatos para finalmente dictar la resolución que resolverá sobre la responsabilidad del servidor público con resultado de culpable o exonerado de los cargos que se le imputan, con las sanciones correspondientes de acuerdo al examen de su responsabilidad. Sanción que puede ir de una sencilla amonestación privada, inhabilitación temporal o definitiva, aparte del consecuente pago de daños. En contra la resolución definitiva el recurso de revocación o la impugnación ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa (art. 11 Ley Orgánica del Tribunal y, 25 y ss. LFRASP).

⁶⁸⁶ Se reformaron la LOAPF, la Ley Federal de Entidades Paraestatales y la LFPASP; para fortalecer las acciones de organismos de control interno, auditoría y quejas.

Con todo, es importante aclarar que los procedimientos ante contralorías internas, así como la propia SFP, no constituyen un mecanismo de tutela del DPS *per se*. Si bien es cierto las contralorías vigilan el correcto desempeño de las dependencias públicas, y en esta función podrían evaluar indirectamente la actividad médica o la forma de atención y acceso a los servicios de salud, como en ocasiones lo hace la propia CNDH; sin embargo, ésta situación no es común, mucho de ello estriba en la falta de personal calificado para tales funciones.⁶⁸⁷

B. OTROS MECANISMOS DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO, TIPO OMBUDSMAN O DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE

1. COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

a) ANTECEDENTES⁶⁸⁸

El 13 de febrero de 1989, dentro de la Secretaría de Gobernación, se creó la Dirección General de Derechos Humanos. Un año más tarde, el 6 de junio de 1990, nació por decreto presidencial la CNDH, constituyéndose como un organismo desconcentrado de dicha Secretaría.

La protección y defensa de los derechos humanos en México fueron elevadas a rango constitucional el 28 de enero de 1992, con la publicación del Decreto que adicionó el apartado B al art. 102 de la CPEUM, dándose nacimiento al *sistema nacional no jurisdiccional de protección de los derechos humanos*.

⁶⁸⁷ Entrevista con el Lic. Ignacio Ibarra Espinoza, DGALC/SS, 15/08/02.

⁶⁸⁸ En 1986 y 1987, se fundaron la Procuraduría para la Defensa del Indígena en el Estado de Oaxaca y la Procuraduría Social de la Montaña en el Estado de Guerrero, respectivamente.

Con fecha 13 de septiembre de 1999 (nueva reforma del art. 102, apartado B constitucional), se le da autonomía de gestión, así como personalidad jurídica y patrimonio propios (art. 2 Ley de La Comisión Nacional de los Derechos Humanos [LCNDH]). Modificándose posteriormente la denominación: Comisión Nacional de Derechos Humanos, por la de Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

b) ATRIBUCIONES

El cometido de la CNDH es la protección, observación, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos previstos por el orden jurídico mexicano; concretamente, la protección de los derechos humanos consagrados en la CPEUM.

Las quejas y denuncias, las resoluciones y recomendaciones formuladas por la CNDH, no afectan el ejercicio de otros derechos y medios de defensa que puedan corresponder a los afectados conforme a las leyes; no se suspenden ni interrumpen sus plazos preclusivos o términos establecidos en los distintos procedimientos legales para hacer valer un derecho.

c) COMPETENCIA

La CNDH es competente para tramitar una queja relacionadas con presuntas violaciones a derechos humanos en cualquier lugar del territorio nacional, en los siguientes casos:

Cuando las autoridades administrativas de carácter federal, *con excepción de los del Poder Judicial de la Federación*, cometan actos u omisiones que violen los derechos humanos;

- Cuando algún servidor público o autoridad federal, ayude a cualquier persona a cometer o solapen hechos ilícitos que vulneren la esfera de los derechos humanos o cuando estos últimos se nieguen, sin fundamento, a ejercer las atribuciones que legalmente les correspondan en relación con dichos ilícitos; particularmente tratándose de conductas que afecten la integridad física de las personas;

- Cuando se presenten inconformidades por las omisiones o por la inactividad en que incurran las Comisiones Estatales de Derechos Humanos; por la insuficiencia en el cumplimiento de sus recomendaciones por parte de las autoridades locales (art. 3 LCNDH), así como por la no aceptación de sus recomendaciones por parte de las autoridades o por el deficiente cumplimiento de las mismas (art. 6. fr. IV LCNDH).

La CNDH no es competente para conocer de (LCNDH art. 7):

- Actos y resoluciones de organismos y autoridades electorales; ya que la instancia competente para conocer de éstos asuntos es el Instituto Federal Electoral y el Tribunal Federal Electoral;

- Conflictos de carácter laboral, aún cuando el empleador sea una dependencia federal; ya que existen órganos especializados para conocer de estos asuntos, como son las Juntas Federales de Conciliación y Arbitraje y el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje;

- Consultas formuladas por autoridades, particulares y otras entidades, sobre la interpretación de las disposiciones constitucionales y legales; ya que esta facultad es exclusiva del Poder Legislativo;

- Por ningún motivo podrá examinar cuestiones jurisdiccionales de fondo; ya sean resoluciones, laudos o sentencias emitidas por tribunales judiciales, administrativos o del trabajo;

- Conflictos entre particulares; ya que la competencia de la CNDH, únicamente le permite conocer de actos y omisiones atribuibles a autoridades o servidores públicos federales;

- Violaciones a los derechos humanos en materia agraria; ya que son competencia de la Procuraduría Agraria;
- Asuntos de naturaleza ecológica, los cuales debe conocer la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente;
- Violaciones a los derechos humanos cometidas por autoridades o servidores públicos de las entidades federativas o de los municipios, pues cuentan con las Comisiones Estatales de los Derechos Humanos.
-

d) PROCEDIMIENTO DE QUEJA

Cualquier persona puede denunciar presuntas violaciones de los derechos humanos y acudir ante las oficinas de la CNDH⁶⁸⁹ (LCNDH art. 25) para presentar quejas contra las autoridades federales sanitarias a las que se atribuya la violación al DPS por negativa o inadecuada prestación del servicio. Cabe decir; todos los servicios que la CNDH proporciona son gratuitos; para solicitarlos no es necesaria la ayuda de un abogado, pues este organismo nacional tiene el personal capacitado para auxiliar, orientar y asesorar jurídicamente a quien lo requiera. Igualmente cuenta con programas especializados para mujeres, niños, indígenas, familia, enfermos de SIDA. Se halla asimismo un programa penitenciario para vigilar el trato digno y humano mediante visitas *in loco*; de esta forma se revisan las condiciones de salud y los servicios existentes. En las recomendaciones producto de tales visitas, se ha hecho énfasis en adicionar áreas para la atención médica, realización de exámenes periódicos a los internos,

⁶⁸⁹ La oficina central de la CNDH, se localiza en Periférico Sur 3469, colonia San Jerónimo Lídice, Delegación Magdalena Contreras, C.P. 10200, México D.F. Tels. 56 81 81 25 y 54 90 74 00 al 49, Lada sin costo 01800 715 2000. Teléfono de larga distancia gratuito 01 800 715 2000. www.cndh.org.mx Ya sea personalmente o por medio de un representante para presentar su queja; así como por teléfono o fax.

tratamiento y canalización de enfermedades mentales, infecciosas o graves; y la contratación de más personal para salvar los requerimientos de la debida atención. La mayoría de las quejas recibidas en el programa penitenciario provienen de centros de readaptación social, seguido de cárceles y en menor medida de consejos tutelares y reclusorios. No obstante; una recomendación común por parte de la CNDH ha sido separar los reclusos sentenciados, de los sujetos al proceso.⁶⁹⁰

A partir de la ejecución de los hechos que se estimen violatorios o de que el quejoso hubiese tenido conocimiento de los mismos, el plazo para presentar la queja es un año (LCNDH 26).⁶⁹¹

El manual para la calificación de hechos violatorios de derechos humanos⁶⁹² establece como supuestos en el contexto de la salud: el abandono del paciente, el aislamiento hospitalario o penitenciario por ser enfermo de VIH/SIDA, deficiencia en los trámites médicos, falta de notificación del estado de salud del enfermo de SIDA, llevar a cabo investigaciones científicas ilegales en seres humanos, negativa de atención en general, negativa de atención por ser enfermo de SIDA, inadecuada prestación de servicios públicos o negligencia médica.⁶⁹³ Se considera que hay violación al derecho a la protección a la salud con motivo de una inadecuada prestación del servicio público de salud, cuando se obró con

⁶⁹⁰ CNDH, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos*, p. 37 y ss.

⁶⁹¹ En casos excepcionales y tratándose de infracciones graves a los derechos humanos, la CNDH podrá ampliar dicho plazo mediante una resolución razonada. No contará plazo alguno cuando se trate de hechos que por su gravedad puedan ser considerados violaciones de *lesa humanidad*.

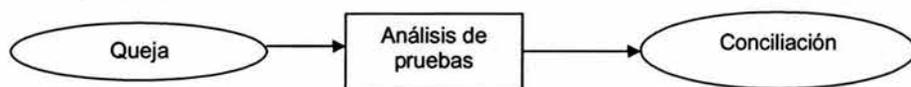
⁶⁹² Cfr. Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Manual para la calificación de hechos violatorios de Derechos Humanos*. México, CNDH, 1998.

⁶⁹³ Soberanes Fernández, pp. 182-184.

negligencia y existe responsabilidad profesional, al no cumplir con las obligaciones previstas por el RLGSPSAM arts. 18 y 19.I; así como la LFRASP art. 8.I y XVII.

Sin embargo; al ser competente la CNDH para conocer de actos y omisiones atribuibles a autoridades o servidores públicos federales, casi siempre la responsabilidad profesional va acompañada de la responsabilidad institucional, juntamente con la responsabilidad administrativa; por no verificarse en forma adecuada (directa y permanente) la prestación del servicio que causó agravio.

Una vez recibida la queja, se determinará si existe violación de derechos humanos y se procede a una amigable conciliación para dar solución inmediata al conflicto.



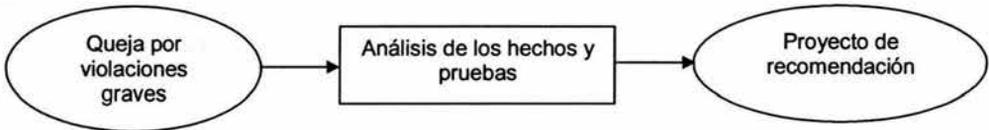
En caso de que el motivo de la queja sea exclusivamente por prácticas médicas por parte de instituciones públicas, que no involucren otra violación de derechos humanos, *i.e.* inadecuada prestación del servicio público de salud, negligencia médica o culpa contractual (cuando no se observa la diligencia debida), existe un convenio de colaboración con la CONAMED desde 1996, para que ésta conozca de las quejas relacionadas con autoridades sanitarias.⁶⁹⁴

Definitivamente la CNDH no es una instancia revisora de las resoluciones de la CONAMED. Con base en el convenio —mismo que es ratificado por

⁶⁹⁴ En la actualidad la CNDH continúa emitiendo recomendaciones con motivo de negativa, negligencia médica o inadecuada prestación de servicios públicos de salud. *Cfr.* 001/2003. Visitaduría n. 1. Soberanes Fernández, *passim*. *Vid. item* Informe de actividades de la CNDH, enero 2003.

los titulares en turno— las quejas que recibe CONAMED continúan un procedimiento distinto y separado de la CNDH. Aunque existe la posibilidad de que la CNDH conozca de quejas presentadas contra aquella.

En tratándose de actos que lesionen el derecho a la vida, a la integridad física o síquica u otros derechos que se consideren especialmente graves (v.g. tortura en prisiones, ejecuciones, tratamientos degradantes, ejecuciones extrajudiciales o desaparecidos); ya sea por el número de afectados o sus posibles consecuencias se lleva cabo una investigación de hechos, argumentos y pruebas, para luego emitir un proyecto de recomendación con las medidas que procedan a efecto de restituir a los afectados en sus derechos fundamentales y en su caso, para la reparación de los daños y perjuicios que se hubiesen ocasionado.



En poco más de una década de existencia, la CNDH ha revisado poco más de 75 327 expedientes; de los cuales 8 026 corresponden a quejas por violaciones a los diferentes supuestos atentatorios al derecho de protección de la salud, con un 80% de recomendaciones cumplidas en su totalidad. Actualmente las quejas en materia de salud ocupan el tercer lugar en el total de quejas recibidas.⁶⁹⁵ Entre los principales motivos sobresale: el mal desempeño en la atención médica; preponderantemente debido a la negligencia y en menor grado, a la negativa de atención y responsabilidad profesional e institucional.

⁶⁹⁵ Soberanes Fernández, pp. 175-184.

De las quejas presentadas ante la CNDH contra instituciones públicas de salud en México, está en primer lugar el IMSS, enseguida el ISSSTE y el último lugar lo ocupan quejas contra la SS;⁶⁹⁶ asimismo existen quejas presentadas contra otras instituciones, pero son mucho menores.

La mayoría de las quejas con motivo de violaciones al derecho a la protección a la salud son resueltas en trámite, amigable composición o conciliación con las autoridades responsables. La resolución por lo general consiste en la reparación del derecho violado o la satisfacción de las prestaciones del quejoso (que se traduce en el pago de la indemnización que proceda conforme a derecho) e inclusive la sanción para las autoridades implicadas. En caso de reticencia por parte de la autoridad a la recomendación, la CNDH tiene la facultad de publicar la resolución como forma de presión moral para su observancia.

Las quejas ante la CNDH, son un instrumento alternativo de protección efectiva del derecho a la salud con buenos resultados, porque la mayoría de quejas se ha resuelto favorablemente de forma expedita en la etapa conciliatoria; sin embargo, su competencia es limitada. Únicamente conoce hechos en que incurren las instituciones públicas; siempre y cuando el motivo de la queja por prácticas médicas involucre otra violación de derechos humanos; dejándose fuera de su competencia las violaciones cometidas por los particulares, clínicas u hospitales privados

⁶⁹⁶ Los servidores públicos más denunciados ante la CNDH por violación a derechos humanos en 1996 son el IMSS con 236 quejas, seguido por el ISSSTE con 82. todavía en el informe de actividades de la CNDH que va de 1 enero al 15 de noviembre de 1999, el IMSS continuaba en los primeros lugares de queja. *Cfr.* Informe Anual mayo 1996-1997, CNDH, p. 33; e Informe de actividades CNDH, México, noviembre, 2000, *passim*.

2. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Es un órgano desconcentrado de la SS, creado por decreto presidencial el 3 de junio de 1996, en el marco de las reformas del SNS. Organismo con autonomía técnica para actuar libremente, pero sin personalidad jurídica propia hasta el momento. Institución establecida con motivo de la gran demanda social de una instancia legal especializada para intervenir en los conflictos que pudieran presentarse entre médicos y pacientes que lesionen el DPS, v.g. negativa de atención, abandono del paciente, retención indebida del paciente o cadáver, falta de atención adecuada o tratamiento sin consentimiento debido. La misión de la CONAMED es fortalecer los vínculos en pleno derecho y principios éticos de la medicina; pero sobre todo, es un mecanismo alternativo específico para la defensa y tutela del derecho a la salud. Además de ser un espacio de negociación, es sobre todo; un espacio para la prevención de conflictos en el que se ventilan todo tipo de desavenencias atinentes al área de la salud. Aquí se emiten recomendaciones por especialidad que permiten mejorar la práctica médica basados en las quejas más frecuentes.

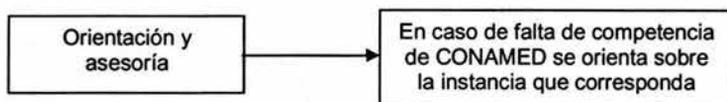
Antes de la creación de esta instancia administrativa, sólo la CNDH conocía las inconformidades motivadas por la prestación de servicios médicos. Aunque con objetivo semejante, no consideramos que la CNDH sea antecedente directo de la CONAMED, puesto que la CNDH carece de facultades para intervenir en controversias surgidas entre particulares. En cambio, de conformidad con el art. 2 del Decreto de Creación, la CONAMED está facultada para conocer de toda controversia suscitada entre usuarios⁶⁹⁷

⁶⁹⁷ Toda persona que requiera u obtenga servicios médicos. Art. 2 fr. XVIII del Reglamento para el Procedimiento de Atención de Quejas del organismo.

y prestadores de servicios médicos en humanos.⁶⁹⁸ Es decir; tanto a servicios prestados por cualesquiera de las instituciones públicas como servicios médicos privados.

a) FUNCIONES

La atención que brinda la CONAMED se divide en asesoría y orientación a usuarios y prestadores de servicios, sobre sus derechos y obligaciones en el marco de la LGS y su reglamento.



Otra función relevante desde el punto de vista de tutela jurídica es la de resolución de conflictos por actos u omisiones que lesionen los intereses jurídicos de alguna de las partes en la relación médico-paciente. *i.e.* negligencia en los prestadores del servicio médico y sus consecuencias; y negativa o diferimiento de atención médica.

Para solicitar la intervención de la CONAMED como conciliador o árbitro se requiere, con apego a los lineamientos del derecho civil,⁶⁹⁹ el consentimiento de ambas partes (usuario y prestador de servicios). Las partes deben renunciar a la competencia de los tribunales judiciales. No así cuando de los actos médicos se deduzca la comisión de un delito, ya sea

⁶⁹⁸ Ya sea que se trate de profesionales, técnicos o auxiliares de las disciplinas para la salud. Art. 2 fr. XII del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas.

⁶⁹⁹ D.O.F. 26/05/28, 14/07/28, 3/08/28 y 31/08/28, vigente a partir del 1 de octubre de 1932.

seguido a instancia de parte o de oficio; pues se trata de ámbitos distintos donde la conducta típica, antijurídica, culpable es perseguida por el Estado, y por tanto, no cabe la renuncia de los tribunales penales para someterse a la conciliación o al arbitraje. Pero si del estudio de lo hechos motivo de la queja se desprende que existe responsabilidad administrativa, la CONAMED debe por otro lado hacer del conocimiento a la Contraloría Interna o a la CNDH, cuando se perciba una violación a los derechos humanos.

En caso de que alguna de las partes no esté de acuerdo en someterse a la jurisdicción de la CONAMED, se dejan a salvo los derechos para que la parte afectada pueda acudir ante los tribunales judiciales competentes, según proceda.

i) CONCILIACIÓN

La queja podrá ser presentada por el usuario del servicio o sus familiares (art. 4 Decreto) en un plazo de 2 años, *i.e.* la instancia conciliadora se activa a petición de parte y salvo algunos casos de interés público, de oficio (art. 4 fr. IV Decreto). Lamentablemente hasta hoy, no existe ninguna ocasión en que la CONAMED haya procedido de oficio, no obstante que por el diario acontecer se presume existen actos u omisiones de proveedores de servicios que lo ameriten.

La vía conciliatoria inicia con la presentación de una queja: ya sea por teléfono,⁷⁰⁰ mediante comparecencia personal,⁷⁰¹ por correo electrónico⁷⁰² o

⁷⁰⁰ A los teléfonos 54 20 70 00 o de larga distancia gratuita al 018007110650.

⁷⁰¹ Trámite que puede durar entre 1 a 2 horas, presentándose con copia de una identificación y los documentos que motiven la queja de L-V de 8:30 a 17 hrs. en las oficinas centrales de CONAMED.

⁷⁰² Dirigido a CONAMED@data.net.mx o bien www.CONAMED.gob.mx

por correspondencia ordinaria⁷⁰³ en la que se narran los hechos y se establecen las pretensiones. Seguido por una audiencia conciliatoria regida por la imparcialidad, equidad y buena fe donde se escuchan, sin ingerencia de CONAMED, los argumentos y propuestas de ambas partes —médico y paciente— para llegar a un arreglo justo.

De existir renuencia o incumplimiento del prestador de servicios para proporcionar la información necesaria a la CONAMED para el análisis de la falta, se dará aviso a la Contraloría Interna para exigirle en forma coactiva la presentación de lo solicitado —cuando se trate de entes públicos— y se notificará a los colegios, academias o gremios a los que pertenezca cuando sea prestador privado de servicios; con el propósito de mejorar la calidad de la atención.

Luego se pasa a la firma de un convenio, el cual tiene plena validez jurídica. De suerte que, en caso de incumpliendo por alguna de las partes a lo previamente establecido en el convenio, puede exigirse su cumplimiento ante los tribunales judiciales correspondientes.

La CONAMED si bien es un órgano de la SS y ésta autoridad sanitaria es la rectora del SNS; la CONAMED no es una autoridad del SNS, pues no impone sanciones (v.g. multas, limitación al ejercicio profesional) ni apercibimientos; en consecuencia, contra los acuerdos voluntarios y de buena fe no cabe el juicio de amparo por regirse bajo el marco jurídico del derecho civil, que faculta a cualquier persona física o moral para actuar como tercero en la solución de un litigio.

Por lo demás, la CONAMED debe abstenerse de conocer en tratándose de quejas motivadas por prestaciones sociales de carácter económico como

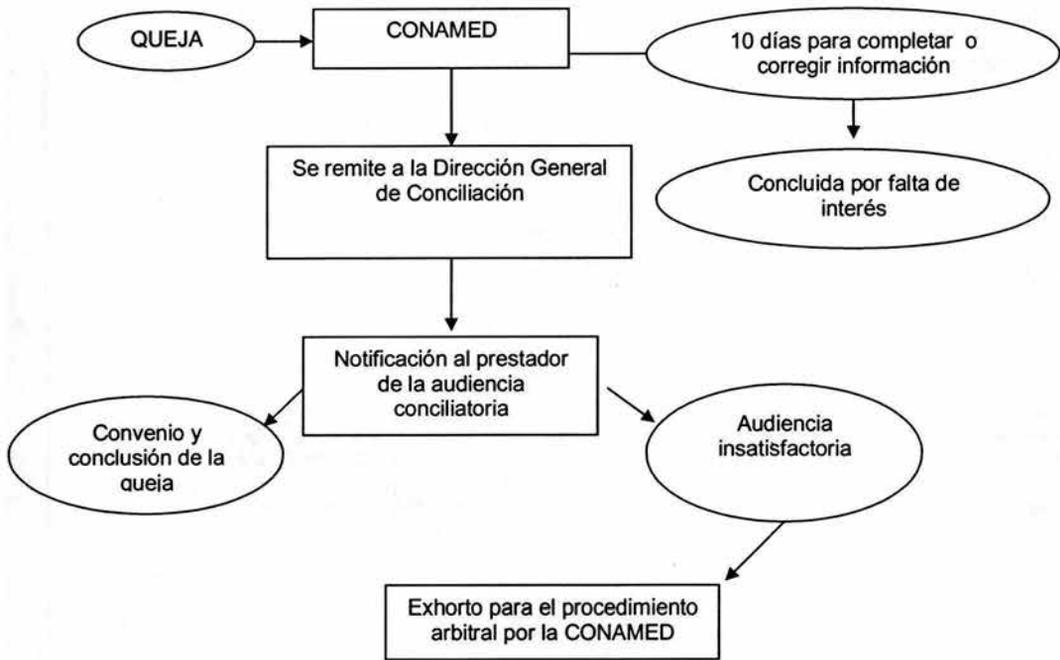
⁷⁰³ Servicio con porte pagado dirigido a Mitla 250, Col. Vertiz Narvarte, CP. 03020, México, D.F.

las pensiones o jubilaciones, ya que en *strictu sensu* "exclusivamente se aboca al conocimiento de cuestiones relacionadas con actos médicos". Excepción hecha cuando se trata de valorar la enfermedad o negligencia como causal de muerte que motiva la pensión.

Para tener una idea cercana de la eficiencia de las labores de CONAMED, diremos que: durante el periodo de junio de 1996 a julio de 2000, se recibieron 18 274 inconformidades, de las cuales un 45% fueron atendidas a través de asesorías o resueltas con una aclaración o gestión telefónica. Los motivos: el mal trato de los pacientes por los médicos; la falta de entrega oportuna de medicamentos, análisis o estudios; diferimiento u obstaculización para acceder a la atención médica. El 46% de las inconformidades se pasaron a conciliación; de éste total el 62% de los casos fueron con motivo de una mala valoración médica, técnica o en atenciones médicas subsecuentes; en el 27% de los casos se solicitó además un reembolso por daños (art. 1915 CCDF⁷⁰⁴) y perjuicios cuando se comprobó que podían haber sido evitables, y un 11% requirieron

⁷⁰⁴ "La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la LFT. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en el D.F. y se extenderá al número de días que, para cada una de las incapacidades mencionadas, señala la LFT. En caso de muerte, la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima. Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere un asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente con una sola exhibición, salvo convenio entre las partes. Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del art. 2647 de éste Código".

investigación para determinar responsabilidad médica o institucional y el 8% solicitaron dictámenes médico-periciales.⁷⁰⁵



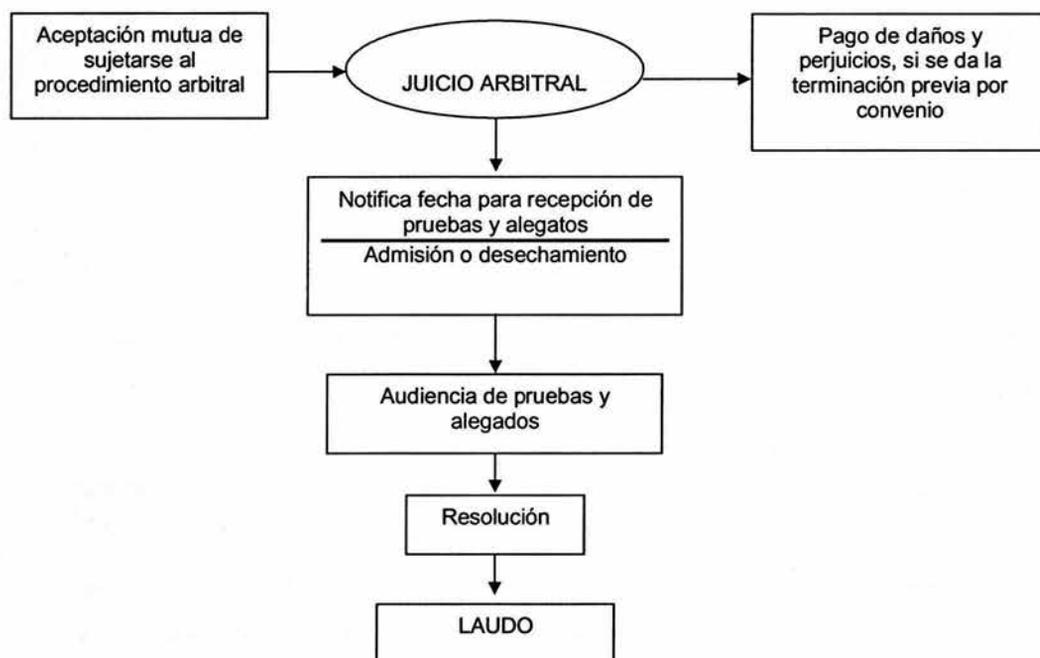
ii) ARBITRAJE

En caso de no haber acuerdo conciliatorio, pero con persistencia de la pretensión del quejoso y voluntad del prestador de servicios, se solicita la intervención de la CONAMED como árbitro. La vía puede ser en amigable composición o en estricto derecho (art. 628 Código de Procedimientos Civiles para el D.F. [CPCDF]); el procedimiento arbitral es similar a un procedimiento judicial ordinario en el que se evalúan las pretensiones del quejoso, se aportan y analizan pruebas, etc. El discernimiento es seguido ya no bajo las reglas de equidad como sucede en el procedimiento

⁷⁰⁵ Fernández Varela, Héctor y Gabriel Sotelo Monroy, "Derecho y salud: instituciones", *Temas Selectos de salud y derecho*, pp. 190 y 191.

conciliatorio, sino bajo los criterios del derecho civil y la tabla de incapacidades contenida en la LFT. Pero en ambos supuestos, ya sea en amigable composición o en estricto derecho, se formaliza la voluntad recíproca para acatar el laudo (art. 611 CPCDF).

En caso de estimar la existencia de hechos violatorios, se notifican a las instituciones públicas o privadas correspondientes, pero cuando se deduce la violación a una norma sanitaria; se notifica igualmente a la SS para que ejercite lo que a su derecho convenga. Hay que considerar que el procedimiento de arbitraje puede concluir en cualquier momento (etapa procesal) por convenio de conciliación, sin llegar al laudo.



En el procedimiento arbitral, la CONAMED puede terminar el conflicto *inter-partes* mediante un acto unilateral y obligatorio denominado laudo

arbitral. Las decisiones arbitrales se equiparan a un acto jurisdiccional en el que se aplican normas de derecho y contra tal decisión cabe el recurso de apelación o el juicio de garantías (art. 635 CPCDF).

Según la tesis jurisprudencial de febrero de 1997,⁷⁰⁶ "autoridad" serían aquellos funcionarios de organismos públicos que con fundamento en la Ley, emiten actos unilaterales por los que crean, modifican o extinguen situaciones jurídicas que afectan la esfera legal del gobernado. Por tanto; se debe atender a la norma legal y examinar si ésta faculta o no a tomar decisiones o resoluciones que afecten unilateralmente la esfera jurídica del interesado, y cuya decisión pueden exigirse mediante el uso de la fuerza pública o por medio de otras autoridades.⁷⁰⁷ En el caso de fallos arbitrales, la CONAMED se convierte en autoridad responsable para efectos del juicio de amparo.

“COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. LOS LAUDOS QUE EMITE EN SU CALIDAD DE ÁRBITRO CONSTITUYEN ACTOS MATERIALMENTE JURISDICCIONALES.”⁷⁰⁸

Si se toma en consideración, por un lado, que de conformidad con lo dispuesto en los artículos 92, fracción III y 97, fracciones II y IV, del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas de la citada institución, los laudos "siempre tendrán el carácter de definitivos"; que "el laudo firme produce acción y

⁷⁰⁶ Cfr. Suprema Corte de Justicia (Pleno), "Autoridad, emiten actos unilaterales por los que crean, modifican o extinguen situaciones jurídicas", novena época, materia común, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo V, tesis jurisprudencial P XXVII/97, p. 118.

⁷⁰⁷ Arias Ruelas, Salvador, "La eficacia de los derechos fundamentales frente a los particulares en el derecho mexicano", *Gaceta* 147, pp. 50 y 51.

⁷⁰⁸ Suprema Corte de Justicia (Sala administrativa), Contradicción de tesis 14/2001-PL. entre las sustentadas por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil, Segundo y Tercer Tribunales Colegiados en Materia Administrativa, novena época, 12/2001, tesis aislada. clave: 2ª., n. CCXIX/2001.

excepción contra las partes y contra el tercero llamado legalmente al procedimiento que hubiere suscrito el compromiso arbitral" y que "los laudos se considerarán como sentencias, en términos de la legislación procesal en vigor" y, por otro, que el diverso numeral 444 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal establece que: "Las sentencias que causen ejecutoria y los convenios judiciales, los convenios celebrados ante la Procuraduría Federal del Consumidor, los laudos que emita la propia procuraduría y los laudos o juicios de contadores, motivarán ejecución, si el interesado no intentare la vía de apremio.", resulta inconcuso que el laudo que emita la citada comisión, en su calidad de árbitro, constituye un acto materialmente jurisdiccional, ya que se traduce en una resolución sobre el fondo de las cuestiones que se hayan sometido a su decisión, que por mandato de las normas jurídicas invocadas es irrevocable e inmutable y que, de ser condenatorio, tiene efectos de un título ejecutivo, por traer aparejada ejecución, lo que obliga al Juez competente a dictar un acto de ejecución si así lo pide la persona legitimada, puesto que hace prueba por sí mismo de la existencia de una obligación patrimonial, líquida y exigible, sin necesidad de completarlo con algún reconocimiento, cotejo o autenticación, esto es, no requiere de aprobación judicial alguna que le dé fuerza jurídica, que lo convierta en sentencia verdadera y que le dé eficacia ejecutiva, pues tales atributos ya los tiene.

Clave: 2a. , Núm.: CCXIX/2001

Contradicción de tesis 14/2001-PL. Entre las sustentadas por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil, Segundo y Tercer Tribunales Colegiados en Materia Administrativa, todos del Primer Circuito. 26 de octubre de 2001. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Juan Díaz Romero. Ponente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Secretario: Alberto Díaz Díaz".

"COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO. SUS LAUDOS ARBITRALES SON ACTOS DE AUTORIDAD PARA EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO.⁷⁰⁹

Los laudos que emite la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en su calidad de árbitro, constituyen actos de autoridad para efectos del juicio de amparo, pues si bien es cierto que actúa por voluntad de las partes, también lo es que ejerce facultades decisorias a nombre del Estado y como ente público establece una relación de supra a subordinación con los particulares que se someten voluntariamente al procedimiento arbitral, ya que al dirimir la cuestión debatida entre el prestador del servicio médico y el usuario de éste, de manera unilateral e imperativa crea, modifica o extingue, por sí o ante sí, situaciones jurídicas que afectan la esfera legal de éstos, sin necesidad de acudir a los órganos judiciales ni de obtener el consenso de la voluntad del afectado.

Clave: 2a./J. , Núm.: 56/2001

Contradicción de tesis 14/2001-PL. Entre las sustentadas por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil, Segundo y Tercer Tribunales Colegiados en Materia Administrativa, todos del Primer Circuito. 26 de octubre de 2001. Unanimidad de cuatro votos. Ausente: Juan Díaz Romero. Ponente: Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Secretario: Alberto Díaz Díaz".

En tal caso, se puede proceder contra la decisión final con un juicio de garantías por violación a alguna de las disposiciones previstas en los arts. 14 y 16 constitucionales.

A propósito de la reflexión e introducción del tema, queremos hacer referencia en el proyecto reciente de la Ley de Amparo (LA), que pretende ampliar los supuestos para la procedencia del juicio de amparo a fin de dar

⁷⁰⁹ Tesis aislada, Tesis de jurisprudencia 56/2001. Aprobada por la Segunda Sala de la SCJ, en sesión privada del treinta y uno de octubre de dos mil uno. Materia: Administrativa, Tipo: Jurisprudencia por Contradicción.

justiciabilidad plena a todos los actos de autoridad y adaptar con ello una ley de casi 68 años de vigencia, a la exigencia de un sistema moderno de justicia. Entre las bondades del proyecto esta el ampliar el ámbito de protección para que proteja de manera directa los derechos humanos y no sólo por violación a los arts. 14 y 16 constitucionales, esto es; aparte de las garantías individuales contenidas en la Carta Maga, las garantías sociales contenidas en los instrumentos internacionales tales como la DUDH, el PIDESC, el PIDCP, DADDH y CADH. Sabemos que por violación a los artículos citados se puede entrar al análisis de los derechos humanos contenidos en los instrumentos internacionales; sin embargo, la realidad nos muestra la poca frecuencia con la que el juzgador entra al análisis de fondo de los derechos contenidos en aquellos tratados o Declaraciones. Consideramos que parte de esa vacilación para la aplicación y análisis de temas de derecho internacional está provocado por cierta inercia a la que han contribuido los criterios jurisprudenciales en aras de control constitucional, de suerte que se prefiere fundar y argumentar en el marco de las leyes nacionales; del mismo modo, la falta de un conocimiento profundo sobre el sentido y alcance de la normativa existente en la ámbito internacional, previene a los juzgadores de intentar criterios innovadores.

Otro aspecto relevante en la modificación de la LA, es la ampliación del interés jurídico —o derecho subjetivo protegido—, pues se dejaba fuera de control jurisdiccional a aquellos intereses colectivos o difusos que afectan a los particulares de manera económica o material.⁷¹⁰ La propuesta esta en el sentido de incluir el *interés legítimo*⁷¹¹ para promover el juicio de amparo

⁷¹⁰ Cfr. Comentarios al proyecto de Ley de Amparo, Zaldivar Lelo de Larrea, Arturo, *Hacia una nueva Ley de Amparo*, p. 214.

⁷¹¹ El interés legítimo es un punto intermedio entre el interés simple y el jurídico, este concepto se ha desarrollado principalmente en la doctrina de derecho

cuando el acto reclamado viole garantías contenidas en el art. 1 de la LA, afectándose la esfera jurídica de manera directa o en virtud de su especial situación frente al orden jurídico. Aquí se abren enormemente las posibilidades de protección de los DESC y por ende, la tutela más eficaz del DPS.⁷¹²

b) NATURALEZA DE LAS DECISIONES

Los contratos de transacción, en el cual las partes haciéndose concesiones recíprocas terminan la controversia, tienen conforme el art. 2953 del CCDF y 533 del CPCDF, la misma eficacia y autoridad de cosa juzgada, y en caso de incumplimiento se brindará asesoría para que la parte inconforme pueda ejecutar lo convenido en términos de ley (art. 30 y 29 del Reglamento de Procedimientos para a Atención de Quejas).

"Art. 2953. La transacción tiene respecto de las partes, la misma eficacia y autoridad que la cosa juzgada, pero podrá pedirse la nulidad o la rescisión de aquella en los casos autorizados por la Ley."

Los laudos no son resoluciones propiamente dichas, por la razón de que no son emitidas por autoridad judicial. Sin embargo; las decisiones tienen fuerza de cosa juzgada, que implica que ninguna autoridad jurisdiccional está facultada para revisar nuevamente el fondo del asunto; *i.e.* los laudos son definitivos pero no coercitivos. pues no puede volverse a ventilar ante

administrativo, y está relacionada con el hecho de que a la Administración se le imponen la observancia obligatoria de ciertas conductas. Esto abre la oportunidad de que ciertos gobernados tengan interés cualificado respecto a la legalidad de determinados actos administrativos; posibilidad que hasta ahora es poco factible proteger. *Ibid.* p. 216.

⁷¹² Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora, *La administración de justicia en el contexto de la atención médica*, pp.4 y 5. Para mayor información *cfr. item* Zaldivar Lelo de Larrea, *Hacia una nueva Ley de Amparo, passim.*

tribunales la misma causa. Lo único procedente ante un juez, es solicitar la ejecución del laudo por incumplimiento voluntario de alguna parte.

En otro sentido y para complementar algunos datos, la CONAMED está de igual forma que la CNDH, facultada para emitir opiniones técnicas, necesarias para analizar y esclarecer la práctica médica por medio de servicios periciales. Las opiniones técnicas proceden en caso de faltas reiteradas (quejas) contra algún prestador de servicios médicos, cuando se considere que la deficiencia del servicio se originó por irregularidades en la administración de la unidad médica; por circunstancias relevantes de hecho y derecho, y por situaciones que afecten el interés público. Las opiniones técnicas, como sucede con las de CNDH, tienen la fuerza moral, según la sociedad le confiera.

Las ventajas que tiene este medio alternativo de defensa y protección del derecho a la salud, son: más ágil y expedito que los procedimientos judiciales; mayor amplitud competencial en comparación con la CNDH no se requiere defensa legal para presentar la queja, pues se cuenta con asistencia técnica médico-legal necesaria; además de ser gratuito y confidencial. La desventaja principal es que las decisiones no tienen fuerza coactiva, ni puede imponer sanciones; la eficacia de las recomendaciones y opiniones técnicas depende de la voluntad de las partes; otra limitación tangible es el reducido número de entidades federativas que cuentan con una comisión de tal naturaleza.

Consideramos que al ser prácticamente un órgano de reciente creación y que se asoman iniciativas de reforma para su perfeccionamiento, se tiene todo el ánimo e interés del gobierno por fortalecer y mejorar los medios de protección y vigilancia del DPS. Por lo pronto, dada la enorme conveniencia de contar con una institución así, se propone que la SS como parte de su

política de descentralización de los servicios médicos, incentive a los gobiernos estatales a través de acuerdos de coordinación para establecer comisiones estatales de arbitraje médico; procurándoles todo el apoyo logístico, técnico o material posible, para constituir criterios unificados en la solución de conflictos médicos, con apego a la ética, buena fe y al derecho, a partir de la experiencia de la CONAMED. Ya que escasamente las entidades de Aguascalientes, Colima, Estado de México, Guanajuato, San Luis Potosí, Tabasco, Querétaro, Quintana Roo y Veracruz cuentan con tales comisiones.

3. PROCURADURÍA FEDERAL DEL CONSUMIDOR

La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), es un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal desde más o menos 5 lustros. La principal misión es procurar equidad y seguridad jurídica en las relaciones que establecen los consumidores con los proveedores. La PROFECO protege y promueve el respeto a los derechos de los consumidores. Ésta cuenta con un programa completo para orientar, asesorar e informar a los consumidores con el propósito de prevenir de manera oportuna abusos, mejorar los hábitos de consumo y fomentar una cultura de consumo crítica, consciente y responsable. La PROFECO en caso necesario, tiene facultades para solicitar a otras autoridades información sobre los proveedores de servicios o bienes.

El marco jurídico de la PROFECO deriva de los principios establecidos por el art. 28 constitucional.

(...)

"... la ley castigará severamente, y las autoridades perseguirán con eficacia, toda concentración o acaparamiento en una o pocas manos de artículos de consumo necesario y que tengan por objeto obtener el alza de los precios; todo acuerdo, procedimiento o combinación de los productores, industriales, comerciantes o empresarios de servicios, que de cualquier manera hagan, para evitar la libre concurrencia o la competencia entre sí, y obligar a los consumidores a pagar precios exagerados y, *en general, todo lo que constituya una ventaja exclusiva indebida en favor de una o varias personas determinadas y con perjuicio del público en general o de alguna clase social*".⁷¹³

El ordenamiento jurídico que rige el funcionamiento de la institución es la Ley Federal de Protección al Consumidor (LFPC) del 24 de diciembre de 1992, su reglamento y el estatuto.

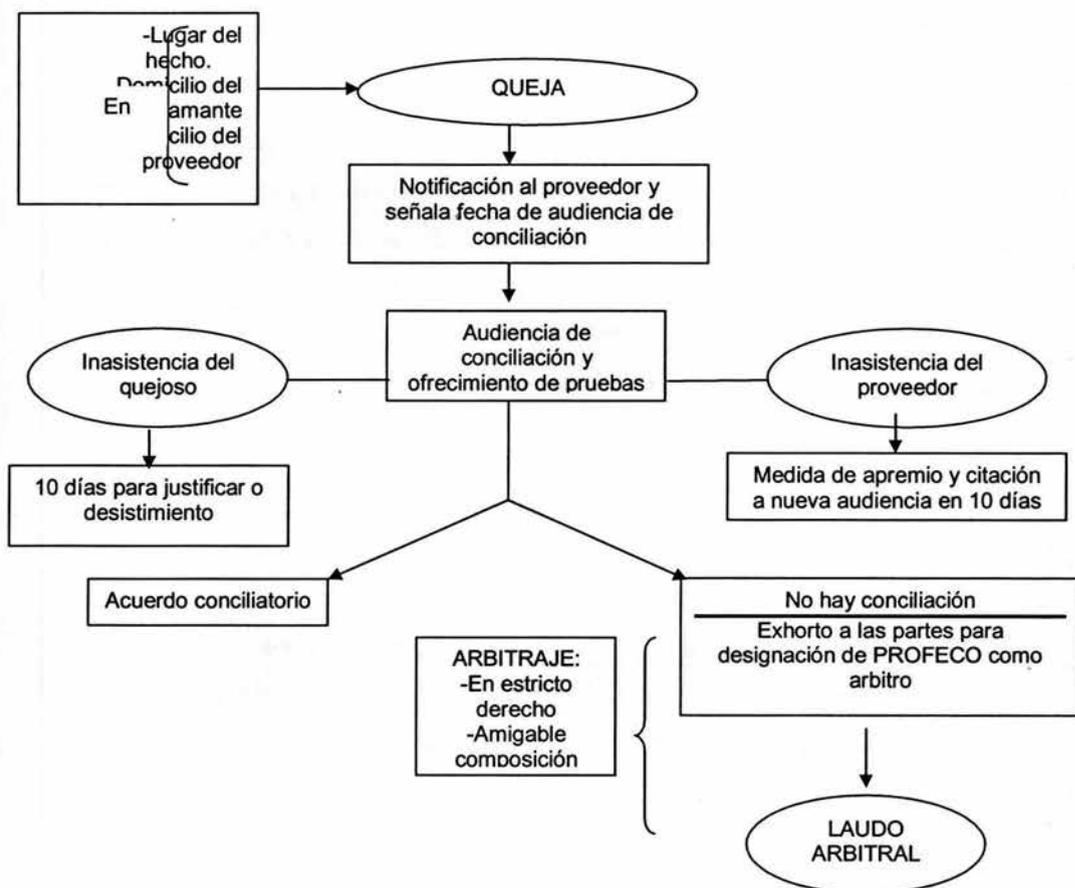
En el campo de la salud la PROFECO tiene facultades muy limitadas, ya que su competencia sobre prestación de servicios no incluye a los de carácter profesional; un supuesto en donde podría intervenir sería con motivo de cuotas excesivas por hospitalización.

El procedimiento de queja es relativamente sencillo, se puede presentar personalmente o por escrito en el lugar donde el consumidor elija, ya sea su domicilio, el del proveedor o donde se haya efectuado la operación. Merece aclarar que la presentación de la queja interrumpe los plazos prescriptivos para las acciones legales a que la reclamación diera lugar, no así en los procedimientos ante la CNDH o la CONAMED.

El procedimiento conciliatorio inicia con la notificación al proveedor de una audiencia conciliatoria; de no presentarse éste o no rendir el informe, se señalará una segunda audiencia en un plazo no mayor de 10 días; en caso de reincidir se tendrán como ciertos los hechos de la queja, además de

⁷¹³ La cursiva es agregada.

imponérsele una medida de apremio. Si el ausente fuera el reclamante, se tendrá por desistido de su queja. Esta etapa conciliatoria es muy similar al procedimiento conciliatorio de la CONAMED. De igual manera, en caso de que no se llegara a un acuerdo conciliatorio, la PROFECO exhortará a las partes que la designen como árbitro. Esta designación requiere el consentimiento mutuo por escrito, donde las partes se comprometen a acatar el laudo arbitral.⁷¹⁴



⁷¹⁴ Moctezuma Barragán, p.143 y ss.

C. MECANISMOS JURISDICCIONALES NACIONALES DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Las personas que se sientan lesionadas en sus derechos o hayan sufrido alguna afectación con motivo de una relación profesional de servicios de salud, tienen a su alcance los mecanismos jurisdiccionales de defensa; sin descartar las vías ya mencionadas.

Muchos son los casos en que por negligencia o impericia del personal de salud se hace necesario recurrir a procedimientos jurisdiccionales para resarcir los daños o perjuicios causados a los usuarios de los servicios.

Los profesionales de la ciencia médica tienen responsabilidad sobre los servicios y trabajos realizados con los pacientes. Aunque estadísticamente se puede decir, son relativamente escasos los asuntos presentados ante los tribunales por cuestiones de salud. En la actualidad, el número va en aumento; primero, por las cada vez más amplias esferas de actividad humana con riesgo para la salud que exigen mayor especialización; y segundo, por crearse una mayor conciencia social de las responsabilidades en que se incurre cuando por dolo,⁷¹⁵ impericia o negligencia se causa daños a otro.

Entenderemos por responsabilidad: la obligación que se impone a toda persona de reparar, compensar y satisfacer de manera justa y en grado diverso, según sea la cualidad y la calidad del perjuicio, el daño ocasionado a un tercero o bien, por haber cometido un acto ilícito o bien, por haberse abstenido de cumplir la ley moral, civil o penal.⁷¹⁶

⁷¹⁵ Forma parte de la responsabilidad moral; ocasionado por la mala fe de causar daño al paciente, lo que implica responsabilidad ante la jurisdicción penal.

⁷¹⁶ Moctezuma Barragán, p. 124.

Los elementos que producen la responsabilidad médica son:

- Una relación jurídica médico-paciente que genere obligaciones (generalmente el contrato de carácter privado y en forma oral);⁷¹⁷
- Una falta médica (puede ser por descuido, negligencia, impericia, morosidad, distracción, inadvertencia, apatía, precipitación, etc.) que dependiendo su intensidad, puede ir de lesiones leves a graves;
- Perjuicio o daño; siempre y cuando éstos sean consecuencia directa de la falta de cumplimiento de la obligación.

Obviamente todas las actividades profesionales conllevan responsabilidades, sin embargo; por sus características consideramos que las actividades del personal de salud son las más trascendentes entre los profesionales, debido a que la esencia de la relación es el mismo sujeto (paciente) quien expone en muchos casos su vida a causa de un comportamiento imprudente de médicos, técnicos o personal auxiliar.⁷¹⁸

El marco jurídico de las actividades profesionales tiene su base en el art. 5º. constitucional que autoriza a toda persona a dedicarse a la actividad o profesión que más le acomode siendo lícita. La Ley Reglamentaria del artículo 5 constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el D.F.; a la que nos referiremos simplemente como Ley de Profesiones (LP); dispone en su art. 24, ejercicio profesional será:

⁷¹⁷ Excepto que se trate de una urgencia, en que no se haya podido convenir o se haya intervenido con fines altruistas o científicos ajenos a los profesionales. *Ibid.* pp. 126 y 127.

⁷¹⁸ *Ibid.* pp. 107-108.

“la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión...”

En el capítulo VIII del mismo cuerpo legal señalan los delitos e infracciones de los profesionistas y de las sanciones por incumplimiento a la Ley:

- Atribuirse funciones de profesionista sin título legal, art. 61,⁷¹⁹
- Desarrollar actividades que requieran título o cédula profesional registrada sin la acreditación debida, art. 62 y 63.

Para el caso de profesionales de la salud, el art. 79 de la LGS señala que:

“Para el ejercicio de las actividades profesionales en el campo de la medicina (...) se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización, hayan sido debidamente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes”.

En caso de incumplimiento, no se tendrá derecho a cobrar por los servicios profesionales que se hayan prestado. Sin perjuicio de las demás penas en que se incurra (art. 68 LP, y 2608 del CCF y CCDF).

1. JUICIO CIVIL

El juicio civil es una vía jurisdiccional ante los juzgados civiles de carácter local para exigir el pago de daños o perjuicios causados en la persona o bienes del ofendido, siempre que el daño no se produzca con dolo, *i.e.* cuando el hecho causante del daño no se tipifique como delito.

⁷¹⁹ El art. 2 deja a las leyes específicas de cada especialidad, la facultad de decidir que actividades requieren título profesional o más requisitos para su ejercicio.

Para que la acción civil sea procedente se requiere que los daños o perjuicios causados provengan, en el caso de los servicios médicos privados, de una relación contractual⁷²⁰ entre el médico y el paciente. Tratándose de prestaciones sociales a cargo del Estado, el acto jurídico requerido es la obligación del Estado de proporcionar servicios de salud. En éste supuesto, pueden existir instancias administrativas para pedir la reparación del daño causado, con objeto de hacer más expedito el pago de daños o perjuicios originados por la responsabilidad civil, como lo vimos previamente.

Los contratos de prestación de servicios profesionales generan la obligación por parte del usuario al pago de honorarios y para el profesional, la obligación de actuar con diligencia debida, pericia y sin dolo. El incumplimiento por parte del profesional es lo que genera la responsabilidad civil. El art. 1910 del CCDF, previene que en caso de que los daños o perjuicios sean generados con motivo de un acto ilícito, el responsable está igualmente obligado a la reparación. Para determinar los montos para la indemnización por el daño causado hacia una persona, se atenderá a lo dispuesto por la LFT.

Por daño entendemos la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio de uno, por falta de cumplimiento de una obligación;⁷²¹ y *por perjuicio*, la

⁷²⁰ No todos los contratos requieren para su existencia la forma escrita; basta con el consentimiento de las partes o con cualquier forma en que las partes quedan obligadas tanto a lo pactado como a sus consecuencias conforme a la buena fe, al uso o a la ley; excepto que la misma ley prevenga el otorgamiento por escrito. Art. 1976 y 1803 del CCDF.

⁷²¹ El daño compromete la integridad física y mental. Daño moral es la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Art. 1916 CCDF. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o

privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido con el cumplimiento de la obligación (art. 2109 CCDF). El daño y el perjuicio van de la mano; ya que todo daño, deterioro, destrucción, mal o sufrimiento provoca un perjuicio, *i.e.* una pérdida patrimonial. Finalmente resta decir, que la acción civil de reparación por daño ante un juez de lo civil prescribe a los dos años después de causado (art. 1934 CCDF).

2.- JUICIO PENAL

Las personas que resulten afectadas por omisiones o actos médicos a causa de culpa o dolo pueden actuar legalmente interponiendo ante el Ministerio Público, la denuncia o querrela por los hechos presuntamente delictivos.

El art. 61 LP menciona:

"...los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal".

Delito es toda conducta, acto u omisión que sancionan las leyes penales (art. 6 Código Penal para el D.F. [CPDF]). Las conductas pueden ser dolosas, si conociendo los elementos del tipo penal o previniendo como posible el resultado típico, se quiere o acepta la realización del hecho descrito por la ley (art. 7 CPDF). O bien, pueden ser conductas culposas, cuando se produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o se previó confiado en que no se produciría el resultado típico, que no previó siendo previsible o se previó confiado en que no se produciría el resultado, en virtud de una violación del deber de cuidado que podía y debía

la integridad física o psíquica de las personas. En caso de daño moral la reparación debe ser en dinero con independencia de la indemnización por el daño físico, art. 2108 CCDF.

observarse según las circunstancias y condiciones especiales (art. 8 CPDF). En tratándose de profesionales de la salud, es común que la responsabilidad penal sea con motivo de impericia o negligencia; es decir, delitos culposos más que intencionales, aunque también pueden darse casos.

En principio, el responsable del delito es quien comente la conducta típica y la responsabilidad no pasa más allá de la persona y bienes del delincuente (art. 10 CPDF). Pero el art. 13 del mismo ordenamiento, señala igualmente como responsables a los que lo acuerden o preparen; a los que lo realicen conjuntamente; los que lo lleven a cabo sirviéndose de otro; los que determinen dolosamente a otro a cometerlo; los que presten ayuda o auxilien a otro para su comisión, etc. Excepto que se trate de caso fortuito (art. 15 fr. X CPDF). El caso fortuito muchas veces confundido con fuerza mayor, es el suceso que se presenta de manera inesperada e imprevisible, cuando el agente que lo sufre realiza un obrar legítimo con todas las precauciones y diligencias debidas, produciendo un resultado por mero accidente.⁷²²

Cuando el responsable del ilícito cause daño a otro, sea por actos propios o cometidos por agentes auxiliares que obren por cuenta de aquel, con independencia de la sanción penal que resulte de los hechos dolosos o culposos, esta obligado a indemnizar al afectado por éste hecho. Tratándose de un cuasidelito, a pesar de que pueda no se establecerse sanción penal alguna, se atenderá la indemnización. Esta responsabilidad emergente del delito a reparar el daño, está prevista en el art. 29 del CPDF

⁷²² Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, pp. 430 y 431.

cual tendrá carácter de pena cuando la realiza el infractor o bien de responsabilidad civil cuando la realiza un tercero.⁷²³

El *daño* tiene su origen en la antigüedad y ha sido recogido por el derecho civil de prácticamente todas las legislaciones de nuestros días; y algunos conceptos del derecho civil se han incorporado a la jurisdicción penal. Daño, en el art. 399 del CPDF, es el detrimento causado dolosamente en una cosa ajena o propia y que configure un perjuicio a terceros.

En el caso de que un médico actúe negligentemente causando un daño o perjuicio al paciente, estaremos en el supuesto; pudiendo el afectado presentar ante el Ministerio Público su denuncia o querrela según proceda de oficio o a petición de parte ofendida, para iniciar la averiguación previa por los hechos presuntamente delictivos en que el médico hubiere incurrido. Primeramente se requerirá la declaración del afectado, quien recibe el nombre técnico de ofendido. En la declaración deberá narrar los hechos relacionados con la atención médica. Posteriormente, el agente del Ministerio Público a cargo deberá integrar la averiguación, lo que implica realizar las investigaciones conducentes y allegarse a los medios de prueba idóneos que comprueben la existencia de los elementos del delito. Luego, de comprobarse el cuerpo del delito, se podrá proceder en contra del médico presuntamente responsable. Por último, es a elección del ofendido la forma en que se realizará la indemnización; ya sea el restablecimiento de la situación anterior o en su defecto, el pago en dinero por concepto de

⁷²³ *Ibid.* pp. 811-813.

indemnización de los daños causados; además del pago por daño moral, cantidad que será fijada por el juez de lo penal competente.⁷²⁴

Las sanciones que previene como sanción el CPDF son: art. 250 fr. II, pena corporal de prisión y multa de cien a trescientos días de salario mínimo a quien incumpla la obligación de obtener título profesional para el ejercicio de la profesión que lo requiera, independientemente de su nacionalidad. El art. 228 advierte la sanción para profesionistas que en ejercicio de su profesión reincidan en la comisión de algún delito; la pena que puede ir de un mes a dos años de prisión y suspensión definitiva de sus funciones, sin perjuicio de los delitos resultantes de sus acciones. El art. 229 por su parte, determina las sanciones para los médicos que abandonen al herido o enfermo en su tratamiento sin causa justificada, para lo cual hayan dado responsiva de encargarse de su atención.

La LGS también establecen otros supuestos que conllevan la privación de la libertad como pena; con independencia de las penas que resulten de la comisión de algún delito (arts. 455-472).

En muchos casos, para determinar la responsabilidad de prestador de servicios médicos sea cual fuere su naturaleza y calidad del servicio, se requiere alguien especializado en la materia, con conocimientos que ayude a evaluar su actuación.⁷²⁵ El art. 34 LP dispone que en caso de inconformidad entre el cliente y proveedor (prestador de servicios médicos) el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, los cuales deberán tomar en consideración:

⁷²⁴ Moctezuma Barragán, p. 121.

⁷²⁵ La CONAMED puede ser perito cuando lo soliciten las autoridades encargadas de impartir justicia. Moctezuma Barragán, p. 114 y ss.

- a) Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aceptables y que estén aceptados generalmente en su profesión;
- b) Si él mismo dispuso de los instrumentos, materiales o recursos de otro tipo que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presenten el servicio;
- c) Si en el curso del trabajo se tomaron todas las medidas indicadas para el éxito;
- d) Si se destinó tiempo suficiente para desarrollar correctamente el servicio convenido;
- e) Considera cualquier otra circunstancia que pudiera influir en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Cabe destacar que la instancia jurisdiccional, no obstante es un instrumento más para la defensa del DPS, gratuito y teóricamente expedito; la realidad es que por el tiempo en que se tarda el asunto hasta la resolución definitiva, se pondría en la mayoría de los casos, en riesgo de vida o muerte al reclamante; el pago de honorarios a los abogados litigantes, conjuntamente con las erogaciones que en la *praxis* se dan a los funcionarios de juzgado para que den celeridad al proceso; así como otros gastos que se pueden presentar; hacen que las instancias judiciales sean poco eficaces y convenientes para que los particulares presenten reclamaciones por servicios médicos.

De lo hasta aquí expuesto podemos concluir, pese a la abundancia del fruto legislativo en México, no existen mecanismos, ni tribunales especiales

obligatorios (de carácter coercitivo) que posibiliten la exigencia coactiva de la protección del derecho a la salud, *i.e.* que sancionen su incumplimiento.⁷²⁶

D. MECANISMOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA INTERAMERICANO Y DE NACIONES UNIDAS

Desde el inicio del trabajo introducimos algunos instrumentos jurídicos internacionales que participan en el derecho mexicano. No obstante, para cerrar armónicamente el tema de la justiciabilidad haremos señalamientos puntuales que nos ayudarán a completar nuestro estudio.

1. LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS

Los orígenes de la OEA se remontan a 1889, con la primera Conferencia Internacional Americana celebrada en Washington, D.C. De ahí surge en abril de 1890, la Unión Internacional de Repúblicas de las Américas, que en 1910, paso a ser la Unión Panamericana.

Ya en la IX Conferencia Internacional Americana que se llevo a cabo en 1948 en Bogotá, Colombia; se adoptó la Carta de la Organización de los Estados Americanos. Después de casi medio siglo, éste documento ha tenido que ajustarse a los cambios en la agenda internacional. De manera que se han adoptado distintos instrumentos como convenciones, tratados y protocolos.

De todos los tratados o convenciones celebradas hasta el momento, la Carta de Estados Americanos de 1948 tiene mayor trascendencia porque es el documento que da vida a la organización y establece su estructura y

⁷²⁶ Ruiz Massieu, "México", p. 360.

funcionamiento. La Carta inicialmente no hacía referencia a los DESC que refiere el art. 26 de la Convención; pero con el Protocolo de Buenos Aires de 1967, amplio considerablemente el catálogo; se incluyeron "normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura". Ahí encontramos el DPS y aspectos relacionados.

Otro ordenamiento jurídico capital del sistema americano es la CADH. La estructura establecida por la CADH es similar a la de la Convención Europea, pero con muchas más atribuciones que su contraparte europea; pues da nuevas funciones a la Comisión Interamericana.

Hasta aquí, con los instrumentos jurídicos mencionados en el sistema americano (la CADH y la Carta de la OEA, ampliada con el Protocolo de Buenos Aires), habría mecanismos más que suficientes para permitir la actuación de la organización en el terreno de los DESC.⁷²⁷

2. LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

Desde la adopción de la Carta de la OEA surge el interés (propuesta hecha por Brasil) de crear un proyecto de Estatuto para una Corte Interamericana que tuviera como objetivo la salvaguarda de los derechos humanos; pero éste proyecto no se concretó hasta más tarde. Originalmente, la Comisión no estaba contemplada en la Carta de la OEA de 1948; pero una vez iniciada la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) no satisfacía a nadie y se creyó que pronto desaparecería ya que, aunque producto de la necesidad, tenía un muy estrecho ámbito de competencia.

⁷²⁷ Buergenthal, "Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos", p. 12.

Con el Protocolo de Buenos Aires de 1970, se modificó el régimen jurídico de la Comisión. Se le da una investidura formal y legitimidad institucional al órgano cuya función sería la protección y vigilancia de los derechos humanos tanto civiles y políticos como económicos, sociales y culturales.

El Estatuto de la Comisión de 1979, establece el ámbito de competencia de la CIDH como órgano consultivo de la OEA en derechos humanos; además de promover la observancia y defensa de los derechos establecidos en la DADDH y la CADH.

En el sistema interamericano también, como sucede en la ONU, se encuentra previsto un mecanismo de supervisión y protección de los derechos sociales, a través de la presentación de informes regulares (arts. 41, 42 y 43 de la CADH y 19.1 del Protocolo de San Salvador). Una de las funciones que tiene la CIDH en el mecanismo común de control y vigilancia de los DESC; derivados, como ya vimos, de la Carta y de la CADH; es recibir, para su análisis, copia de los informes periódicos anuales que se presentan, dependiendo de la materia a analizar, a la Comisión Ejecutiva del Consejo Interamericano Económico y Social o bien a la Comisión Ejecutiva del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Además del sistema de informes; que es común al descrito en la ONU con motivo del PIDESC, cuyas observaciones y recomendaciones sirven de guía a los Estados Miembros a que subsanen sus deficiencias y al mismo tiempo estimulan la aplicación de la normatividad existente; hay también el mecanismo de protección de los DESC por medio de peticiones individuales, y que ha sido contemplado asimismo en el Protocolo de San Salvador, art. 19,6.

Es importante abrir un paréntesis para indicar que las atribuciones de la CIDH varían con relación a Estados Miembros de la OEA y de aquellos otros que siendo miembros de la OEA hayan suscrito la CADH. Respecto a los Estados Miembros de la OEA, la CIDH tienen facultad de formular recomendaciones a los gobiernos para la adopción de medidas progresivas en favor de los derechos humanos, observando las garantías establecidas no en la CADH, sino en la DADDH. Del mismo modo que la CIDH puede conocer facultativamente de “comunicaciones”, en las cuales algún Estado Miembro alegue que otro haya incurrido en violaciones a dicha Convención.

La CIDH tienen mayor ámbito de acción en tratándose de los Estados de la OEA que también forman parte de la CADH, ya que puede solicitar a la Corte dicte medidas provisionales para asuntos urgentes, incluso si no fueron sometidos al conocimiento de la CIDH; consultar a la Corte sobre la Interpretación de tratados en la materia; comparecer ante la Corte en los casos previstos por la CADH, etc. En sí, la diferencia medular es que la CIDH tiene jurisdicción obligatoria para todos aquellos firmantes de la CADH.

De vuelta al tema de las peticiones individuales, el art. 44 CADH establece que son competentes para presentar quejas o denuncias de violación de derechos humanos ante la CIDH, siempre y cuando el Estado Parte haya hecho la declaración de reconocimiento a la misma:

- cualquier persona;
- cualquier grupo de personas;
- cualquier entidad no gubernamental, reconocida en uno o más Estados Miembros.

En cuanto a la presentación de quejas individuales, el art. 19.6 del Protocolo de San Salvador restringe al procedimiento ante la CIDH o ante la Corte únicamente a cuestiones relacionadas con la educación, derechos sindicales o de asociación. Pensemos que será posible que algunos otros preceptos (DPS) pudieran reconsiderarse si están vinculados a aquellas cuestiones y entonces, serían admitidos. Es pues apremiante que las mismas exigencias de justiciabilidad, hagan necesaria la revisión del ordenamiento para ampliar las posibilidades del sistema de peticiones individuales.

Pero suponiendo que fuese posible la denuncia del DPS, mediante el procedimiento de queja, tanto el art. 46 CADH, como el art. 41 del Reglamento de la Comisión Interamericana, enuncian los requisitos para que la CIDH pueda conocer de una petición —denuncia o queja— por actos u omisiones de derechos humanos señalados en la CADH si el Estado es signatario o en su defecto, en la DADDH.⁷²⁸ Recordemos que la competencia de la CIDH para analizar cuestiones de derechos sociales proviene del art. 26 de la CADH o del art. XI de la DADDH en función del art. 33 fr. A de la propia CADH.

Como requisitos de admisibilidad se pide:

- Que se hayan agotado los recursos jurisdiccionales internos conforme a los principios de Derecho Internacional generalmente reconocidos. Excepto que no exista un debido proceso legal para la protección de derechos violados; o cuando el lesionado en sus

⁷²⁸ OEA, CIDH *Derechos humanos: cómo presentar denuncias en el sistema interamericano*. Instituto Interamericano de derechos humanos, Comité de Abogados por los Derechos Humanos. Washington, D.C. 2000 (IIJ/D 150.100 062D, DC 035 309).

derechos no haya tenido acceso a los recursos jurisdiccionales o bien, se le haya impedido agotar dichos recursos;

- Que se presente en un plazo no mayor de 6 meses, a partir de la fecha en que el presunto lesionado en su derecho haya sido notificado de la decisión definitiva. Excepto cuando se demuestre que ha existido un retardo injustificado en la decisión de los recursos jurisdiccionales;
- Que la materia de la petición o comunicación no esté pendiente otro procedimiento internacional;
- Que las peticiones individuales o de grupo contengan el nombre, nacionalidad, profesión, domicilio y firma de las mismas o del representante legal.

En relación con el primer requisito de admisibilidad, la responsabilidad del Estado vendría a originarse incluso antes de que los recursos internos fueran intentados. Y el agotamiento de los recursos es necesario, a fin de que el país de procedencia del extranjero pueda ejercer la protección diplomática o de corregir por el Estado Infractor la violación alegada. Es decir; no es una regla de fondo, pero sí de procedimiento.⁷²⁹

Nos parece oportuno citar la opinión consultiva de la Corte Interamericana que realiza el 1 agosto de 1990: ¿tiene un indigente la obligación de agotar los recursos internos, cuando las circunstancias económicas no se lo permitían o cuando por temor generalizado no pueda hacer uso eficaz de los recursos internos?

⁷²⁹ Gómez-Robledo Verduzco, Alonso, *Derechos Humanos en el Sistema Interamericano*, p. 142 y ss.

La Corte interpretó el art. 24 de la CADH:

“Si todas las personas son iguales ante la ley, todo Estado queda obligado a garantizar el ejercicio a toda persona de los derechos reconocidos en la Convención, sin discriminación alguna (art. 1 CADH). Luego entonces; un indigente en el supuesto previsto, estaría *ipso facto* discriminado. El Estado que no provea, cuando sea necesario, la asistencia legal gratuita, se verá impedido a argumentar la falta de agotamiento de los recursos internos”.⁷³⁰

Una vez satisfechos los requisitos de admisibilidad antes señalados y recibida la petición ante la Comisión, ésta analiza los hechos y da parte al Estado acusado para invitarlo a responder sobre las imputaciones, con el propósito de llegar a una solución amistosa. Después, la CIDH puede realizar las investigaciones convenientes *v.g.* desahogar audiencias, pedir declaraciones, testimonios; incluso visitas *in loco* para situaciones urgentes.

Si no pudiera darse una solución amistosa, se analizaran las pruebas suministradas por las partes y de las demás que promueva la propia CIDH, para preparar un informe con las recomendaciones y proposiciones conducentes, mismo que será transmitido a los Estados interesados.

Las medidas establecidas por la CIDH al Estado en cuestión, deberán ser satisfechas dentro de los 3 meses de notificado el informe. Si pasado el plazo, el gobierno en cuestión no cumple con la recomendación y cambia su conducta y compensa de los daños causados a las víctimas, se publicará este asunto en las conclusiones del informe anual que somete la CIDH a la Asamblea General de Estados Americanos. Sabemos que el procedimiento carece de fuerza coactiva, pero ha demostrado ser un elemento de presión política poderoso.

⁷³⁰ CIDH, *Excepciones al agotamiento de los Recursos Internos*, art. 46.1, 46.2 y 46.2B, CADH, Opinión Consultiva OC-11/90.

En el caso en que el Estado infractor se hubiese sometido a la jurisdicción de la Corte (como lo establece el art. 62 de la CADH), la CIDH podrá discutir el caso ante la Corte. Recordemos que únicamente los Estados y la CIDH tienen legitimación procesal *ius standi* para actuar ante la mencionada Corte.

Por lo pronto, sabemos que el DPS se encuentra fuera de estos supuestos y procedimientos antes descritos; no obstante, consideramos prudente mencionarlo, ya a que puede haber una posibilidad para que con mayor creatividad y astucia de quienes intervienen en el procedimiento, se pueda proteger mediante queja individual el derecho que nos ocupa.

3. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

la Corte fue creada por la CADH, actualmente con sede en San José Costa Rica. La jurisdicción contenciosa de la Corte es facultativa porque requiere expresamente el consentimiento de las partes. México reconoció la competencia de la Corte Interamericana con fecha 16 de diciembre de 1998.

La Corte tiene igualmente función consultiva que se amplió para cualquier Estado Miembro de la OEA, no exclusivamente para miembros de la CADH. La función interpretativa es sobre cualquier tratado concerniente a la protección de los derechos humanos en los Estados Americanos.⁷³¹ La jurisdicción consultiva de la Corte permite establecer una conciencia jurídica sobre derechos humanos, al tiempo de orientar normativamente el desarrollo de los Estados Miembros, al igual que el trabajo de la propia Corte en cuestiones litigiosas.

⁷³¹ Gómez-Robledo Verduzco, p. 45.

Puede ser que por lo reciente de la entrada en vigor del Protocolo de San Salvador hasta hoy no se han presentado consultas expresas sobre DESC; ni ha tenido la Corte oportunidad de interpretar y aplicar las disposiciones del Protocolo de San Salvador; pero habrá sin duda pronunciamientos importantes por las recientes solicitudes, aún en estudio, sobre menores de edad, derechos de los trabajadores migratorios, etc.⁷³²

Tanto la Comisión como los Estados Miembros tienen la facultad para presentar demandas ante la Corte, pero en la práctica, sólo la Comisión ha intervenido con esta función, aportando pruebas y formulando alegatos.⁷³³

La Corte puede ordenar las medidas provisionales o cautelares necesarias en casos de urgencia, a fin de evitar daños irreparables (art. 25 del Reglamento de la Corte). Si una de las partes del procedimiento no compareciera, la Corte proseguirá de oficio el procedimiento hasta su finalización.⁷³⁴ Una vez dictada sentencia, se concede un plazo de 3 meses para el cumplimiento voluntario de los términos de la misma; de lo contrario, se procede a la publicación en un informe anual.

La CADH no prevé un mecanismo formal para ejecutar las decisiones de la Corte en caso de la negativa de los Estados. La Corte no puede imponer

⁷³² García Ramírez, Sergio, *Protección jurisdiccional internacional de los derechos económicos, sociales y culturales*. Trabajo presentado en el Seminario sobre justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Centro por la Justicia y el Derecho Internacional y Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Notre Dame. En coordinación con el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 26 de julio del 2002.

⁷³³ Dejando al particular hasta hace poco como mero coadyuvante en el proceso. El art. 23 del nuevo Reglamento de la Corte, vigente el 1 de junio del 2001, posibilita a los particulares a presentar solicitudes, argumentando en forma autónoma durante el proceso. Posibilidad que se carece en el derecho a la salud. García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 37.

⁷³⁴ Gómez-Robledo Verduzco, p. 40.

coactivamente sus resoluciones, tan solo tiene la función de divulgación, que sin duda tiene fuerte impacto en la opinión pública. El tema puede ser llevado ante la Asamblea General de la OEA, para que la comunidad jurídica conmine su observancia⁷³⁵ de la misma que suerte gozan las opiniones consultivas. Pero sin duda; la fase consultiva o contenciosa tiene validez normativa y autoridad legal proveniente de su carácter jurisdiccional.

Una vez finalizado el procedimiento ante la Corte y determinada la responsabilidad Estatal, una de las formas y modalidades de la reparación en el Derecho Internacional más común es la restitución en especie, por mucho, es la forma de reparación por excelencia. La restitución esencialmente es un restablecimiento cierto de la situación que debería haber existido en caso de no haberse producido el hecho ilícito. El motivo general de la reparación es hacer desaparecer las consecuencias producidas por el hecho ilícito imputable, supeditado al Derecho Internacional.⁷³⁶ El propósito de la justicia internacional de protección de derechos humanos es amparar a las víctimas y reparar daños causados por el Estado responsable de las violaciones, no imponer sanciones a los culpables, como sucedería en un tribunal penal internacional.⁷³⁷

⁷³⁵ García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 45.

⁷³⁶ Gómez-Robledo Verduzco, p. 169.

⁷³⁷ *Cfr.* Casos contra Honduras, en especial *Caso Velásquez Rodríguez*. Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C. n. 4 pr. 134. Cit por García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 41. nota al pie 98.

4. MECANISMOS DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DE LAS NACIONES UNIDAS

Resumidamente y para completar el sentido de la exposición, haremos referencia breve al mecanismo de control internacional del DPS en el sistema de la ONU, puesto que ha sido el eje central a lo largo de este trabajo.

Dentro de las obligaciones jurídicas creadas por el PIDESC se establece el procedimiento de informes, en los cuales los Estados Miembros exponen al Consejo Económico y Social en forma periódica, los avances y medidas adoptadas para garantizar los derechos en cuestión.

El Consejo cuenta con un órgano especializado (comisión orgánica) encargado de esta tarea, la CDH. Así mismo; los Estados no son los únicos que rinden informes, sino también los organismos especializados de la ONU.

Particularmente en éste caso, es muy importante la labor que realiza la OMS en la promoción y observancia del DPS establecido en el art. 12 del PIDESC. De hecho, las disposiciones en materia de salud y otros programas relacionados tendientes a la facilitación de las obligaciones de los miembros de la ONU en materia de salud, se han redactado con estrecha vinculación de la OMS.⁷³⁸ La coordinación y cooperación entre la OMS y OPS juegan también un papel muy importante para la implementación de los programas universales en América.

⁷³⁸ Buergenthal, "Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos", p. 8 y ss.

Por otra parte, ya vimos que mientras el PIDCP establece un mecanismo de control y defensa por medio de las denuncias de particulares e informes. El PIDESC nada mas tiene el sistema de informes antes descrito.

Finalmente debemos concluir: lo que debemos buscar es trascender el reconocimiento de los derechos humanos en el ámbito nacional. Recordemos que la justicia internacional es subsidiaria de la tutela nacional.⁷³⁹

Pese al reconocimiento y adopción de instrumentos internacionales en la materia, todavía existen limitaciones en el derecho positivo nacional e internacional para la aplicación e implementación de las resoluciones o recomendaciones de los organismos internacionales o mejor dicho; se padece de un ámbito de eficacia muy leve; a no ser que se promueva la modificación de la Constitución para armonizar la aplicabilidad de los derechos humanos en el Derecho interno, como lo anotamos en al inicio del trabajo.⁷⁴⁰

El reconocimiento a los mexicanos de la vigencia de sus derechos humanos no es únicamente insertarlos en la Carta Fundamental, sino hacer posible la aplicación real del Derecho Internacional previamente convenido por el Estado. Para esta transición se requieren más espacios a la sociedad civil,⁷⁴¹ mayor capacidad creadora y buena fe de los abogados litigantes y jueces para exigir la vigencia de las disposiciones jurídicas internacionales, del DPS y porque no, también los derechos humanos en general;

⁷³⁹ García Ramírez, *La jurisprudencia de la Corte...*, p. 29.

⁷⁴⁰ *Vid. supra* p. 71 y ss.

⁷⁴¹ Valdés Olmedo, José Cuahutemoc, "Instituciones para la promoción y defensa de la salud, Fundación Mexicana para la Salud", *Temas selectos de salud y derecho*, p. 205.

concediéndoles aplicabilidad en el plano fáctico por medio del efecto irradiador de la normatividad existente. Los recursos internacionales deben contribuir a superar las dificultades e injusticias del aparato nacional. A medida que esto sea posible, se podrá tener un mecanismo de defensa más justo, expedito y efectivo para proteger el derecho a la salud de todos.

Como último punto, deseamos insistir que este trabajo no pretende dar soluciones totales y definitivas para desenredar con el nudo gordiano que de antaño presenta el DPS, pero estamos ciertos que, mientras pensemos conjuntamente todos los actores involucrados en como ofrecer remedios de mayor alcance en el multifacético problema; podemos proponer, en uso de las facultades que la propia ley reglamentaria del DPS otorga a la sociedad civil (art. 58 fr. V), alternativas parciales, a corto o mediano plazo, que eviten el colapso de la vida cotidiana.

CONCLUSIONES:

PRIMERA. El objetivo de la implantación supranacional de los derechos humanos en lo económico, social y cultural, es coadyuvar a revertir la desigualdad social.

SEGUNDA. Los derechos económicos, sociales y culturales, tienen la virtud de proteger a los sectores de la población carentes de recursos suficientes para hacer frente por sí solos, a sus necesidades prioritarias.

TERCERA. Frente a los derechos humanos de naturaleza económica, social o cultural, el principal sujeto de derecho a cuyo cargo se engendran obligaciones de dar o hacer es el Estado.

CUARTA. La Constitución Mexicana de 1917, tiene el mérito de ser la primera Carta Fundamental en el mundo que incorpora, al lado de las garantías individuales, derechos sociales como los artículos 3º., 27 y 123; como consecuencia de las demandas sociales que se levantaron en la Revolución Mexicana.

QUINTA. El derecho a la protección de la salud constituye un derecho social básico y programático; tendiente al bienestar de las comunidades humanas.

SEXTA. La ratificación por México del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la urgencia de un Sistema Nacional de Salud que respondiera eficientemente a las demandas de la población, influyeron en la adición que se hizo al artículo 4º. constitucional en materia de salud.

SÉPTIMA. La inclusión de la garantía de salud en la Constitución Mexicana; acorde con el compromiso internacional adquirido por México; sentó las



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.

bases jurídicas para dar viabilidad a su protección y amplió el derecho para todos los residentes del territorio mexicano.

OCTAVA. El derecho a la salud y su correspondiente protección, requiere en el texto constitucional mayor claridad sobre el tipo de obligaciones y especificaciones más detalladas en cuanto a su contenido.

NOVENA. La inserción en la Constitución Mexicana del derecho a la protección de la salud condujo a instaurar un Sistema Nacional de Salud y, a su vez, propició transformaciones legislativas y administrativas a nivel federal y de entidades federativas.

DÉCIMA. En el Sistema Nacional de Salud ha menester que se corrijan precariedades, en lo que atañe al trato desigual de sectores sociales, respecto a la cobertura, calidad en la atención médica e inadecuada distribución de recursos humanos, materiales y financieros.

DÉCIMO PRIMERA. A partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, se entendió que el nivel mínimo de protección a la salud sería la precisamente la atención primaria de la salud. Desde entonces, los organismos internacionales más autorizados en materia de salud han privilegiado su práctica, por ser el presupuesto indispensable para que se proteja idóneamente la salud de los seres humanos.

DÉCIMO SEGUNDA. Mundial y nacionalmente, se ha demostrado que hay una estrecha vinculación entre las comunidades y sus condiciones de vida; por lo que sin duda, a mayor desarrollo económico y social, se registran mejores niveles salud colectiva.

DÉCIMO TERCERA. Durante las últimas décadas, las condiciones de salubridad en México han mostrado una mejoría para un creciente número de habitantes; gracias a la urbanización e industrialización, mayor acceso a

la educación y alimentación, información sobre prevención y control de enfermedades.

DÉCIMO CUARTA. Es deseable que se incremente la infraestructura indispensable, que se expanda el respaldo económico y que haya mayor capacitación y adiestramiento para superar las dificultades que cercenan la medicina preventiva.

DÉCIMO QUINTA. En lo que hace a las actividades preventivas, destacan los programas de vacunación, lo que ha redundado en una disminución de la mortalidad principalmente infantil. También ha sido ventajosa, en el aspecto preventivo, la reducción de la tasa de fecundidad y ha sido además, positiva la tendencia a mejorar las condiciones nutricionales, que se traducen en una mayor expectativa de vida sana y productiva de los residentes en México.

DÉCIMO SEXTA. La aplicación presupuestaria, en el ámbito federal y estatal, no tiene los aciertos que fueran de desearse en lo que toca a la satisfacción de las necesidades más apremiantes en materia de salud.

DÉCIMO SÉPTIMA. La falta de estrategias e indicadores uniformes en las instituciones de salud, dificulta evaluar de manera general, la eficacia de los programas y normatividad vigente en lo referente a la atención médica.

DÉCIMO OCTAVA. Las exigencias legales existentes de profesionalismo y calidad en la atención médica, no se cumplen adecuadamente, contexto que se agrava por una regulación dispersa e insuficiente en lo que a supervisión de prácticas médicas se refiere.

DÉCIMO NOVENA. En el derecho a la protección de la salud es imprescindible que se contemple la necesidad del suministro de medicamentos esenciales.

VIGÉSIMA. El cuadro básico de insumos presenta varias disfuncionalidades en su operación; a pesar de que la norma obliga a la Secretaría de Salud, no siempre se garantiza la existencia, abasto oportuno, cantidad suficiente o precio accesible para la población que más lo requiere.

VIGÉSIMO PRIMERA. Los grupos vulnerables de la sociedad mexicana, en lo económico y social, confrontan factores negativos en diversos aspectos del derecho a la protección de la salud, entre los que a guisa de ejemplo podemos citar: la insuficiencia de los servicios; falta apoyo técnico, económico e infraestructura; duplicidad innecesaria de funciones entre dos o más programas de asistencia social; así como diversidad de criterios en materia de asistencia, que dispersan los esfuerzos para una eficiente política de asistencia.

VIGÉSIMO SEGUNDA. En un diagnóstico global, hallamos lejanía de las metas propuestas en las reuniones internacionales y en las periódicas consideraciones gubernamentales internas.

VIGÉSIMO TERCERA. El derecho a la salud y su adecuada protección necesita la búsqueda de fórmulas efectivas a través de esfuerzos gubernamentales serios y realistas.

VIGÉSIMO CUARTA. Las instituciones públicas de salud, en sus distintos niveles de competencia federal y local, cuentan con instancias contenciosas, propias y exclusivas para su universo de usuarios. La eficacia de éstas estriba en la gratuidad, la cercanía con el terreno de los hechos donde se origina la inconformidad y la rapidez con la que se resuelven las quejas.

VIGÉSIMO QUINTA. Las instancias que ofrecen mayor efectividad en la protección del derecho a la salud, además de las instancias propias de las

entidades públicas que brindan servicios de salud, son: la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos; pues sus procedimientos alternativos son ágiles, gratuitos, cuentan en todo momento con la asesoría requerida, estos relevantes mecanismos de defensa en materia del derecho humano a la protección de la salud, ya han constatado resultados satisfactorios derivados de sus oportunas actuaciones.

PROPUESTAS:

PRIMERA. A efecto de precisar la responsabilidad del Estado en cuanto a la atención sanitaria, sin perjuicio de la participación de la sociedad civil, se sugiere adicionar el párrafo 3º. del artículo 4º. constitucional en los siguientes términos:

(...)

“Toda persona tendrá derecho a la protección de la salud; se coordinarán las autoridades federales, estatales, municipales y del D.F., con la participación de la sociedad civil, para que los que se hallen en territorio mexicano tengan acceso oportuno y eficiente a los servicios básicos de salud.

SEGUNDA. El derecho a obtener la protección de la salud requiere supervisión constante, por lo que se sugiere que, la Secretaría de Salud verifique oportuna y periódicamente el desempeño los actores responsables de las actividades en el Sistema Nacional de Salud, a partir de los criterios propuestos en esta investigación: actividades preventivas, actividades curativas y de asistencia social con atención preferente a la salud de grupos vulnerables; como condiciones mínimas para dar cumplimiento al derecho en estudio.

TERCERA. Es poco clara la Ley General de Salud en lo que respecta a dar relevancia a las actividades preventivas; por ello se propone que se destaque ese rubro dentro de las acciones prioritarias del Sistema Nacional de Salud.

CUARTA. Es deseable que los destinatarios de los servicios médicos conozcan sus prerrogativas; para ello se propone que se establezca como un deber de los prestadores de servicios de salud, el dar a conocer a los



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.

usuarios sus derechos y obligaciones, desde el inicio del servicio: consulta o apertura de expediente.

QUINTA. Ha de tenderse hacia la disminución de los riesgos que se presentan al receptor de los servicios de salud y para ese objetivo, deberá fortalecerse el control administrativo y profesional ejercido por los profesionales de la medicina.

SEXTA. Las necesidades urgentes y abundantes de los grupos vulnerables requieren acciones de máxima efectividad, por lo que debe haber un permanente deseo de mantenimiento y fortalecimiento de todos los servicios de salud que les proporcione el Estado.

SÉPTIMA. Se reconoce el resultado sobresaliente de la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y su contribución como medio de defensa alternativo, sensible, especializado y eficaz en la protección del derecho a la salud; por tal, para mejora el alcance territorial de sus tareas, se propone su descentralización geográfica para que se establezcan comisiones a nivel local o regional y también, es viable que se propicie el establecimiento de comisiones a nivel de entidad federativa o municipal.

FUENTES CONSULTADAS

I. Bibliografía

a. Monografías y libros

Abramovich, Victor y Christian Courtis, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid, Trotta, 2002.

A.H. Robertson and J.C. Merrills, *Human Rights in the world: An introduction to the study of the international protection of human rights*, 3ª. ed., Manchester University Pre **Abramovich, Victor y Christian Courtis**, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, ss, 1989.

Arellano García, Carlos, *Métodos y técnicas de la investigación jurídica*, 2ª.ed., México, Porrúa, 2001.

Ballesteros, Jesús (editor), *Derechos Humanos: conceptos, fundamentos, sujetos*, España, Ed. Tecnos, 1992.

Bergalli, Roberto, *Estado Democrático y cuestión jurisdiccional*, Buenos Aires, Ediciones Depalma, 1984.

Bojorquez, Juan de Dios, *Crónica del Constituyente*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1992.

Bonifaz Alonso, Leticia, *El problema de la eficacia en el derecho*, México, Porrúa, 1999.

Buergenthal, Thomas, et al., *La protección de los derechos humanos en las Américas*, San José de Costa Rica, Ed. Civitas, S.A., 1990.

Cámara de Diputados, LV Legislatura, *El derecho constitucional a la alimentación*, México, Comisión de Distribución y Manejo de Bienes de Consumo y Servicios, 1994.



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.

Cano Valle, Fernando y Antonio Jiménez Góngora (coordinadores), *La administración de justicia en el contexto de la atención médica*, México, IJJ-UNAM, 2003.

Carrio, Genaro, R., *Los derechos humanos y su protección: distintos tipos de problemas*, Buenos Aires, Argentina, Abeledo-Perrot, 1990.

Castañeda, Jorge, "Política exterior y cuestiones internacionales", *Obras completas*, México, D.F., IMRED-El Colegio de México, 1995, tomo III.

Centre D' études Européennes, Université Catholique de Louvain, *Vers una protection efficace des droits économiques et sociaux?*, Département des droits de l'homme, Deuxième Colloque, Bruxelles, Vander éditeur, 1973.

Colliard, Claude-Albert, *Libertés publiques*, 50e édition, France, Précis Dalloz, 1975.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *El derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos*, México, D.F., CNDH, 1996.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *La incorporación de las personas con discapacidad*, México, D.F., CNDH, 1999.

Contreras Cantú, Joaquín y Eduardo Castellanos Hernández, *El Registro Público de la Propiedad Social en México*, México, RAN-CIESAS, 2000.

Contreras Peláez, Francisco, J., *Derechos Sociales: teoría e ideología*. Madrid, Ed. Tecnos, 1994.

Cuadra, Héctor (coordinador), *Estudios de Derecho Económico*, México, IJJ-UNAM, Serie I, 1977, Vol. I.

De Castro Cid, Benito, *Los derechos económicos, sociales y culturales: análisis a la luz de la teoría general de los derechos humanos*. Universidad de León, Ed. Secretariado de Publicaciones, 1993.

De Rivero, Oswaldo, *El mito del desarrollo*, Los países inviables en el siglo XXI, 2ª. ed., Lima, Perú, Fondo de Cultura Económica, 2001.

Delgadillo Gutiérrez, Luis Humberto, *El sistema de responsabilidades de los servidores públicos*, 4ª. ed., México, .. Porrúa, 2001.

Díaz, Luis Miguel, *Instrumentos administrativos fundamentales de organizaciones internacionales*, México, UNAM, 1980.

Díaz, Luis Miguel, *Las Naciones Unidas hoy: visión México*, México, SER-FCE, 1994.

Eide, Asbjørn; Gudmundur Alfredsson, et al., *The Universal Declaration of Human Rights: a commentary*, Scandinavian University Press, 1992.

Eugenio Navarro, Pablo, *La eficacia del derecho*, Madrid, Centro del Estudios Constitucionales, 1990.

Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías*, Madrid, Trotta, 1999.

Fundación Mexicana para la Salud, Julio Frenk (editor), *Observatorio de la salud*, México, D.F., Funsalud, 1997.

Galbraith, John Kenneth, *La pobreza de las masas*, trad. de Lorenzo Cortina, 1ª. ed., Barcelona, Plaza & Janes editores, 1982.

García Ramírez, Sergio, *La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, México, IJ-UNAM, Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2001,

Gómez-Robledo Verduzco, Alonso, *Derechos humanos en el Sistema Interamericano*, México, Porrúa, 2000.

Haritini Dipla, Nicolás Valticos y Luirgi Condorelli, *La responsabilité de l'Etat pour violation des droits de l'homme*, publicaciones de la Fondation Marangopoulos pour les Droits de L'homme, Série n. 1, Paris, Editions A. Pedone, 13 rue Soofflot, 1994.

Hervada, Javier y José M. Zumaquero, *Textos Internacionales de Derechos Humanos*, Pamplona, España, Ediciones Universidad de Navarra, S.A., 1978.

Johnson, N., *El estado de bienestar en transición: la teoría y la practica del pluralismo de bienestar*, trad. de Carmen López Alonso, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990.

Kumate, Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos ¿utopía o realidad?*, México, El Colegio Nacional, 1989.

López Ruiz, Miguel, *Elementos para la investigación: metodología y redacción*, México, IJ-UNAM, 1995.

Martínez Palomo, A. et al., *Investigación en salud en México: un esbozo de agenda*, México, D.F., Comisión Mexicana de Investigación en Salud y Academia Nacional de Medicina, 1995.

Matilla Quiza, María Jesús, *Máquinas y capitalismo*, Madrid, Ed. Eudema, 1993.

Meron, Theodor, *Human Rights in International Law*, Great Britain, Clarendon Press Oxford, 1984.

Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*. 1ª reimpresión de la segunda ed. 2002, México, UNAM-Cámara de Diputados LVIII Legislatura, 2000.

Moyano Bonilla, César y Loretta Ortiz Ahlf, *La deuda externa y la responsabilidad internacional del Estado*, México, IIJ-UNAM, 1994.

Muñoz de Alba Medrano, Marcia y Fernando Cano Valle, *Derechos de las personas con síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA-VIH*, México, UNAM-Cámara de Diputados LVIII Legislatura, 2000.

Nava García, Francisco, *Bases Históricas de la economía mexicana 1810-1982*, México, Editora Latinoamericana, 1983.

Nikken, Pedro, *La protección internacional de los Derechos humanos: su desarrollo progresivo*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Madrid, Ed. Civitas, 1997.

Noriega Cantú, Alfonso, *Los derechos sociales: creación de la revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*, México, IIJ-UNAM, 1988.

Ollero Tassara, Andrés, *Derechos humanos y metodología jurídica*, Madrid, Ed. Centro de Estudios Constitucionales, 1989, Vol. II.

Organización Panamericana de la Salud, *México: perfil del sistema de servicios de salud*, Programa de Organización y Gestión de sistemas y servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 30 de octubre de 1998.

Orozco Hernández, J. y Carlos Silva Adaya, *Los derechos humanos de los mexicanos*, 3ª. ed., México, D.F., CNDH, 2002.

Peces Barba Martínez, Gregorio et al., *Garantía internacional de los derechos sociales*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, 1990.

Peláez Marón, José Manuel, *La crisis del Derecho Internacional del Desarrollo*, España, Servicio de Publicaciones Universidad de Córdoba, 1987.

- Prieto Sanchis, Luis**, *Estudios sobre derechos fundamentales*, Madrid, Ed. Debate, S.A., 1990.
- Riestra Córdoba, Héctor Gastón**, *Derecho a la seguridad social*, México, IJJ-UNAM, 1994.
- Rivero Serrano, Octavio**, *Hacia un sistema nacional de salud*, México, UNAM, 1983.
- Salinas de Gortari, Carlos**, 1 de noviembre de 1992, *Política exterior de México en el nuevo orden mundial*, México, FCE, 1993.
- Sepúlveda, César**, *Política Exterior de México: 175 años de historia*, México, SRE, 1985, tomo III.
- Soberón Acevedo, Guillermo, et al.**, *El derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Porrúa, 1983.
- Theotonio, Vicente y Fernando Prieto** (directores), *Los derechos económicos y sociales y la crisis del estado de bienestar*, Córdoba Publicaciones ETEA, 1966.
- Uribe Vargas, Diego**, *La tercera generación de derechos humanos y la paz*, 2ª.ed., Colombia, Plaza & Janes Editores, 1986.
- Valle Hernández, Sergio**, *Seguridad social y derecho*, México, D.F., SSA, 1997.
- Vasak, Karel**, *Les dimensions internationales des droits de l'homme*, Paris, L'Organisation des Nations Unies por L'éducation, la Science et la Culture, 1978.
- Witker, Jorge**, *Cómo elaborar una tesis en Derecho: pautas metodológicas y técnicas para el estudiante o investigador en Derecho*, Madrid, Ed. Civitas, S.A., 1986.

Zaldívar Lelo de Larrea, Arturo, *Hacia una nueva Ley de Amparo*. 1ª. reimpresión, México, IJ-UNAM, 2002.

b. Manuales y obras colectivas

Añón Roig, María José, "Fundamentación de los derechos humanos y necesidades básicas", *Derechos Humanos: conceptos, fundamentos, sujetos*, España, Ed. Tecnos, 1992, pp. [100- 115].

Cano Valle, Fernando, "El anciano en México y el derecho a la protección de la salud", *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, México, IJ-UNAM, 2001, pp. [220-228].

Casas Baamonde, Emilia, "La política social y el sistema normativo de la organización del trabajo y su contribución al desarrollo de derecho social de la Unión Europea", *Política social internacional y europea*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, pp.[105-132].

Cascajo Castro, José Luis, "El problema de la protección de los derechos humanos", *Los derechos humanos, significación, estatuto jurídico y sistema*, Salamanca, España, Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1979, pp.[262-299].

Cassin, René, "El problema de la realización efectiva de los derechos humanos y sociedad universal", *Veinte años de evolución de los derechos humanos*, México, IJ-UNAM, 1974, pp. [387- 398].

Cassin, René, "Protección nacional e internacional de los derechos humanos", *Veinte años de evolución de los derechos humanos*, México, IJ-UNAM, 1974, pp. [399-407].

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Preguntas y respuestas*, 2ª. ed., México, D.F., CONAMED, cuaderno de divulgación, Noviembre 1999.

Estado de la Población Mundial, Manual del Fondo de la Población de Naciones Unidas, 1992.

Fernández Liesa, "Los derechos económicos, sociales y culturales en el orden internacional", *Política social internacional y europea*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, pp.[57-100].

Fernández Varela, Héctor y Gabriel Sotelo Monroy, "Derecho y salud: instituciones", *Temas selectos de salud y derecho*, México, IJ-UNAM, 2002, pp. [185-193].

González Amuchastegui, José, "La justificación del estado de bienestar: ¿una nueva concepción de los derechos humanos?", *Los derechos económicos, sociales y la crisis del estado de bienestar*, Córdoba, Ed. ETEA, 1996, pp. [59-77].

Henkin, Louis, *General course on Public International Law*, Académie de Droit International, Recueil des Cours Collected Courses, Dordrecht/Boston/London, Martinus Nijhoff Publishers, 1990, tomo IV.

Juan, Mercedes, "Presente y futuro de la atención de la salud en México", *Temas selectos de salud y derecho*, México, IJ-UNAM, 2002. pp. [13-32].

Madrazo, Jorge, "Artículo 27", *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: comentada*, México, Porrúa, 1985, pp. [66-79].

Malpica de Lamadrid, Luis, "Revisión del régimen constitucional de los tratados", *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, México, IJ-UNAM, 2002, pp. [349-369].

Manual de Organización Básica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, Dirección Corporativa de Administración, Gerencia Corporativa de Derechos Humanos, 1994.

Moreno González, Carlos Javier, "Paradojas del sistema institucional Internacional de protección de los derechos económicos, sociales y culturales", *Política social internacional y europea*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, pp.[137-186].

Musgrove, Phillip, "Análisis comparativo de los sistemas de salud", *La salud en México a la vuelta del siglo: desafíos*, México, D.F., Instituto Nacional de Salud Pública, Ed. Jaime Sepúlveda, 2000, pp. [20-24].

Noriega Cantú, Alfonso, "Las ideas jurídico-políticas que inspiraron las Declaraciones de Derechos del Hombre en las diversas Constituciones Mexicanas", *Veinte años de evolución de los derechos humanos*, México, IJ-UNAM, 1974, pp. [67-154].

OPS/OMS, *Salud para todos en el año 2000: estrategias*, 1ª reimpresión, Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS, 1981.

OEA-CIDH, *Derechos humanos: cómo presentar denuncias en el sistema interamericano*, Washington, D.C., Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Comité de Abogados por los Derechos Humanos, 2000.

Palacios Treviño, Jorge, "Propuestas de reforma a la Constitución Mexicana en materia de tratados", *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, México, IJ-UNAM, 2002, pp. [469-483].

Peces Barba, Martínez, Gregorio, "Los derechos económicos sociales y culturales: apuntes para su formación histórica", *Política social internacional*

y europea, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996, pp. [7-100].

Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Curso de derechos fundamentales: teoría general*, Madrid, Universidad Carlos III de Madrid, Boletín Oficial del Estado, 1995.

Pereda Olarte, Carlos, "Evolución de las clases o grupos sociales en la participación del bienestar social: La nueva estructura social", *Bienestar social y desarrollo de los derechos sociales*, Salamanca, España, Ed. San Esteban, 1991, pp. [137-171].

Primary Health Care, "Progress and problems", *Assessing the march towards health for all*, Washington, D.C., American Public Health Association, OMS, 1983.

Rabasa O., Emilio, *Constitución y política exterior*, México, SER-Cámara de Diputados, 1992.

Rivera Dommarco, "Nutrición: desafíos y respuestas", *La salud en México a la vuelta del siglo: Desafíos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, D.F., Ed. Jaime Sepúlveda, 2000, pp. [35-45].

Rojas Arreola, Gonzalo y Odilia Ulloa Padilla, "Seguridad Social en México: presente y futuro", *Temas selectos de salud y derecho*, México, IJ-UNAM, 2002, pp. [33-63].

Ruiz Massieu, José Francisco, "El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección a la salud", *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Porrúa, 1983.

Secretaría de Salud, *Para cuidar la vida: Manual de salud para zonas indígenas*, 3ª. ed., México, D.F., Secretaría de Salud, 1994.

Sepúlveda, César, "México y los derechos humanos", *Grandes temas de política exterior*, México, Partido Revolucionario Institucional, Fondo de Cultura Económica, 1983.

Soberanes Fernández, José Luis, "La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos", *Temas selectos de salud y derecho*, México, IIJ-UNAM, 2002, pp. [175-184].

Universidad de Jaen, *Anuario del seminario permanente sobre derechos humanos 1996: derechos humanos en la crisis del estado de bienestar*, Homenaje al profesor Daniel Cuadra Sola, Jaen, España, Servicio de publicaciones e intercambio científico, 1995.

Universidad de Murcia, "Para una integración histórica y doctrinal de los derechos humanos", *Derechos económicos, sociales y culturales*, Actas de las IV Jornadas de Profesores de Filosofía del Derecho, Secretariado de Publicaciones, 1981.

Valdés Olmedo, José Cuahutemoc, "Instituciones para la promoción y defensa de la salud, Fundación Mexicana para la Salud", *Temas selectos de salud y derecho*, México, IIJ-UNAM, 2002, pp. [205-210].

Vasak, Karel, "Les problèmes spécifique de la mis en oeuvre internationale des droits économiques et sociaux de l'homme: Vers une protection efficace des droits économiques et sociaux? ", *Droit de l'homme*, Deuxième Colloque, Université Catholique de Louvain, Centre D'études Européennes, D'partements des Droits de L'homme, Belgique, Bruylant, Vander- éditeur, 1973.

Vierdag, E.W., "The legal nature of the rights granted by the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", *Netherlands Yearbook*

of *International Law*, The Hague, Swets & Zeitlinger, 1978, Vol. IX, pp. [69-105].

World Health Organization, *Measuring change in nutritional status: guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes*, Ginebra, WHO, 1983.

c. Artículos científicos en revistas especializadas

Abramovich, Victor y Christian Courtis, "Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales e internos de aplicación ante los tribunales locales", *Derechos sociales y derechos de las minorías*, 2ª ed., México, Porrúa, 2001, pp.[139-210].

Alston Philip y Simma Bruno, "First Session of the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights", *The American Journal of International Law*, 1987, Vol. 81, pp. [747-756].

Alston Philip, "Ratification of the Covenant on Economic Social and Cultural Rights: the need for an entirely new strategy", *American Journal International Law*, U.S.A., 1990, Vol. 84.

Alston, Philip, "Establishing a right to petition under the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", *Collected Courses of the Academy of European Law*, Netherlands, Martinus Nijhoff publishers, 1993, Vol. IV-2, pp. [107-152].

Arias Ruelas, Salvador F., "La eficacia de los derechos fundamentales frente a los particulares en el derecho mexicano", Cd. de México, *Gaceta* 147, CHDH, año 11, octubre 2002, pp.[41-68].

Beetham David, "What future for economic and social rights?", Political Studies, special issue, *Politics and Human rights*, Edited by David Beetham, Published for the Political Studies Association by Blackwell Publishers, 1995, Vol.43, pp.[41-60].

Buergenthal, Thomas, "Derecho e instituciones internacionales sobre derechos humanos", *El derecho a la salud en las Américas: estudio constitucional comparado*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, coordinado por Hernán L. Fuenzalida-Puelma y Susan Scholle Connor, Publicación científica n, 509, 1989, pp. [3-15].

Cassese, Antonio, "Can the notion of inhuman and degrading treatment be applied to socio-economic conditions?", *European Journal of International Law*, 1991, Vol. 2, n. 2, pp. [141-142].

Castermans Holleman, Monique C., *The protection of Economic, Social and Cultural Rights within the UN framework*, Martinus Nijhoff Publishers, 1995, Vol. XLII, Issue 3, pp.[353 – 373].

Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, A.C., "El acceso a los medicamentos, una cuestión de derechos humanos", *Semanal*, 7 abril 2003, n.70.

Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, A.C., "La Cruzada Nacional por los Enfermos de SIDA y cáncer, y el derecho a la salud", *Boletín Fármacos*, junio 2003, Vol. 6, n.3.

Cerna, M. Christina, "La Cour Interaméricaine des Droits de L'homme: les affaires récentes", *Annuaire français de droit international*, 1987, Vol. XXXIII, pp.[351-369].

Chapman, Audrey R., "Nuevo enfoque para supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", *La*

Revista, Ginebra, Suiza, Comisión Internacional de Juristas, 1995, n. 55, pp. [19-35].

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Gaceta* 133, Cd. de México, año 11, agosto 2000, pp. [111-120].

Craven, Matthew, "The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, a perspective on its development", *The American Journal of International Law*, 1996, Vol. 90, pp. [705-717].

Cruz Percero, Juan Antonio, "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica", *Derechos sociales y derechos de las minorías*, 29ª ed., México, Porrúa, 2001, p.[89-112].

Degrelle, Orlane, "Tendencias sobre la observancia y violación de derechos humanos", *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, México, 2002, Vol. II. pp.[247-277].

Del Pozo Ruiz, Francisco, "La protección internacional de los derechos humanos en el consejo de Europa: unas cuestiones básicas", *Boletín Europeo de la Universidad de la Rioja*, España, Gráficas Ochoa, S.A., suplemento del 50 Aniversario Declaración Universal de Derechos Humanos (1948 – 1998), diciembre 1998, n. 4, pp. [29-57].

Dhommeaux, J., "La contribution du Comité des Droits Économiques, Sociaux et Culturels des Nations Unies à la protection des droits économiques, sociaux et culturels", *Annuaire français de droit international*, Paris, Editions du CNRS, 1994, Vol. XL, pp. [632-657].

Díaz Nieto, I. et al., "Educación para la salud: una estrategia integradora", *Perfiles Educativos*, Jalapa, Veracruz, México, Instituto Nacional de Salud Pública, octubre-diciembre, 1993, n.62, pp. [42-48].

Dimitrijevic, Vojin, "Protección de los derechos humanos internacionalmente garantizados en un Estado Federal", *Revista Política Internacional*, Belgrado, Jugoslovenska Stranost, año XXXVIII, n. 902, pp. [19-21].

Eide, Asbjørn, "Realización de los derechos económicos y sociales, estrategia de nivel mínimo", *La Revista*, Comisión Internacional de Juristas, 1989, n. 43, pp. [46-61].

Fix-Zamudio, Héctor, "La Evolución del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en las Constituciones Latinoamericanas", *Derechos y Libertades*, Revista del Instituto Bartolomé de las Casas, Madrid, Universidad San Carlos III, Boletín Oficial del Estado, febrero-octubre 1993, año 1.

Freeman, Michel, "Are there Collective Human Rights?", *Political Studies*, Special issue, *Politics and Human rights*, Edited by David Beetham, Published for the political studies Association by Blackwell Publishers, 1995, Vol. 43, pp. [25-40].

Fuenzalida-Puelma, Hernán L. y Susan Scholle Connor (coordinadores), "Análisis y Reflexiones", *El derecho a la salud en las Américas, Estudio constitucional comparado*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica n. 509, 1989, pp. [535-552].

Fundación Mexicana para la Salud, "Bases doctrinarias de la reforma en salud", *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, marzo 1994, Vol. 2, pp.[23-31].

Fundación Mexicana para la Salud, "Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud", *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, marzo 1994, Vol. 8, pp. [11-14].

Fundación Mexicana para la Salud, "Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud", *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, marzo 1994, Vol. 6.

Fundación Mexicana para la Salud, "Las cuentas nacionales y el financiamiento de los servicios", *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, marzo 1994, Vol. 7.

Fundación Mexicana para la Salud, "Paquete universal de servicios esenciales de salud", *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, marzo 1994, Vol. 11.

Fundación Mexicana para la Salud, *Economía y Salud*, México, D.F., Funsalud, 1994.

Gallón Giraldo, Gustavo "América Latina: Desafíos frente a los derechos económicos, sociales y culturales", *La Revista*, diciembre 1995, n. 55.

Gomes Canotilho, José Joaquim, "Tomemos en serio los derechos económicos, sociales y culturales", *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, Madrid, septiembre-diciembre 1988, pp. [239-260].

Gómez Dantés, Octavio, "Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995", *Salud Pública*, México, marzo-abril 1997, Vol. 39, n.2.

González Fernández, José Antonio, "El derecho a la salud y las garantías sociales", *Revista de investigaciones Jurídicas*, México, Escuela Libre de Derecho, 1982, n. 6.

González González, Norma, "Epidemiología y salud pública frente al proyecto neoliberal en México", *Papeles de Población* n. 25, México julio-septiembre 2000, pp.[207-225].

Haba, Enrique, "Dimensiones constitucionales de los derechos humanos en América Latina: incidencia del Derecho Internacional sobre el Derecho Interno", *Revista Judicial*, Costa Rica, diciembre 1986, año XI, n.39.

Henkin, L. y J. Hargrove (editors), "Human Rights: an Agenda for the next century", Book of the American Society of International Law, *Netherlands International Law Review*, Washington, D.C., 1995, Vol. XLII, pp. [319 – 323].

Ize-Charrin, María Francisca, "Procedimientos relativos a violaciones de los derechos humanos en el Derecho Internacional", *Revista*, México, El Colegio de México, Foro internacional, abril-junio 1996, n.4-104, pp. [453-460].

Kevin Boyle, "Stock taking on human rights", *Political Studies*, Special Issue, P.S.A., 1995, Vol. 43, pp. [79-95].

Kraus, Arnoldo, "Grupos Vulnerables", *Salud y derechos humanos: perspectivas en salud pública*, México, D.F., (Julio Frenk *et al.*, editores), Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, n. 22.

Leal, Gustavo y Carolina Martínez, "Tres momentos en la política de salud y seguridad social en México", *Papeles de población n. 34*. México, CIEAP/ Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, diciembre-octubre 2002.

Leary, Virginia A, "Justiciabilidad y más allá: procedimientos de quejas y el derecho a la salud", *La Revista*, Ginebra, Suiza, Comisión Internacional de Juristas, 1995, n. 55, pp. [91-110].

Mangas Martín, Araceli, "La protección internacional de los derechos del niño", *Boletín Europeo de la Universidad de la Rioja*, España, Gráficas Ochoa, S.A., diciembre 1998, n. 4, suplemento del 50 Aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948–1998), pp. [7-15].

Matas, David, "Los derechos económicos, sociales y culturales y la función de los juristas: la situación en Canadá, EUA y México", *La Revista*, Ginebra, Comisión Internacional de Juristas, diciembre 1995, n. 55, pp. [111-129].

Organización Mundial de la Salud, "Atención primaria de la salud: una primera evaluación" *Salud Mundial*, Ginebra Suiza, OMS, noviembre 1983, pp. [6-17].

Prieto Sanchis, Luis, "Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial", *La Revista*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, Dpto. Publicaciones, septiembre-diciembre 1995, n. 22, pp. [9-57].

Roemer, Ruth, "El derecho a la atención de la salud", *El derecho a la salud en las Américas: estudio constitucional comparado*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica n 509, 1989, pp.[16-22].

Ruiz Massieu, José Francisco, "México", *El derecho a la salud en las Américas: estudio constitucional comparado*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica n 509, 1989, pp. [350-366].

Russo, Carlo, "La justiciabilité des droits économiques et sociaux", *Collected courses of the Academy of European Law*, Netherlands, Martinus Nijhoff Publishers, 1992, Vol. III, pp. [207-235].

Sepúlveda, César, "El panorama de los derechos humanos en la América Latina: actualidad y perspectivas", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, México, IIJ-UNAM, septiembre-diciembre 1982, año XV, n. 45.

Sikkink, Kathiyn, "Human rights principles, issue-networks and sovereignty in Latin America", *International Organization*, Edited at the University of

Southern California, Published quarterly by the Massachusetts Institute of Technology, Summer 1993, Vol. 47, n. 3, pp. [411- 441].

Taylor, Debbie, "La generación de Alma-Ata: salud para todos en el año 2000", *Salud Pública*, Ginebra, Suiza, OMS. febrero-marzo 1993, pp. [4-21].

Trajkovic, Miodray, "The factors of the development of Latin America", *Review of International Affairs*, Belgrade, mayo 1995, Vol. XLVI, n. 1032.

II. Hemerografía

a. periódicos

Boltvinik, Julio, "Cumbre Social, ¿consolidación del neoliberalismo?", *La Jornada*, Cd. de México, 3 de marzo de 1995.

Galán, Verónica, "Financian con juego a los Estados", *Reforma*, Cd. de México, 8 de abril del 2004.

Medina, Antonio, "La salud en manos de un engranaje institucional", *La jornada*, Cd. de México, 3 de abril del 2003.

b. revistas

Bendesky, Leon, "Esperanza devaluada", *Proceso: el México que hemos sido*, ed. especial 25 años, México, noviembre 2001, n. 9/25, pp.[87-93].

Derbez, Julio, "Son los países sanos los que se vuelven ricos", Entrevista con Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, *Vértigo*, México, 17 de noviembre de 2002, año II, n. 87, pp. [12-16].

Hernández, Ángel, "Maíz, otra víctima del TLCAN", *Vértigo: 2 años de Fox*, avances y pendientes, México, 1 diciembre de 2002, pp. [32-34].

Meyer, Lorenzo, “La brega por el poder: un giro inesperado”, *Proceso: El México que hemos sido*, ed. especial 25 años, México, noviembre 2001, n. 9/25, pp. [34-45].

Moncada, Jorge Francisco, “Hacia la plena integración de los discapacitados”, *Vértigo*, México, 17 de noviembre de 2002, año II, n. 87, pp.[22-24].

Monsiváis, Carlos, “El Contrapunto, la sociedad: a falta de opciones”, *Proceso: El México que hemos sido*, ed. especial 25 años, México, noviembre 2001, n. 9/25, pp. [20-25].

III. Legislación

a. Nacional

Código Civil Federal

Código Civil para el D.F

Código de Procedimientos Civiles para el D.F.

Código de Procedimientos Penales para el D.F.

Código Penal Federal

Código Penal para el D.F.

Contrato Colectivo de Trabajo entre Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, 2001-2003, México, 2001.

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Iniciativa de Ley General de Desarrollo Social, Gaceta Parlamentaria, año V. n.967, del 26 de marzo del 2002.

Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política Mexicana comentada*, 14ª ed., México, IJ-UNAM — Porrúa, 1999, tomo I.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política Mexicana comentada*, 14ª ed., México, IJ-UNAM — Porrúa, 1999, tomo II.

Ley de Equilibrio Ecológico y Protección al Medio Ambiente

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Ley de Planeación

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Ley del Seguro Social

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

Ley Federal de Protección al Consumidor

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos

Ley Federal del Trabajo

Ley Federal sobre Metrología y Normalización

Ley General de Desarrollo Social

Ley General de Salud

Ley Nacional de Asistencia Social

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación

Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

Ley Reglamentaria del artículo 5º. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el D.F.

Ley sobre la Celebración de Tratados

Rabasa O. Emilio y Gloria Caballero, *Mexicano: ésta es tu Constitución*, 11ª ed., México, Porrúa & LVI Legislativa Cámara de Diputados, 1997 y reformas en D.O.F. hasta el 28 de febrero de 2004.

Reglamento de Insumos para la Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

Reglamento para el Trámite y Resolución de las Quejas Administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas, CONAMED.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

b. Internacional

Carta de Derechos y Deberes Económicos de los Estados

Convención 169 OIT

Convención Americana sobre Derechos Humanos

Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados

Convención sobre los Derechos del Niño

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de la Salud
Declaración Universal de Derechos Humanos
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos
en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Tratado de Libre Comercio con América del Norte

IV. Jurisprudencia y otras resoluciones

Asamblea Mundial de la Salud, resolución 30.43 de 1977, (la principal meta de los gobiernos y de la OMS es alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permita una vida social y económicamente productiva).

Asamblea Mundial de la Salud, resolución 32.30 de 1979, (insta a los Estados Miembros a definir y poner en práctica las estrategias nacionales, regionales y globales tendientes a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000).

CNDH, Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos, resolución 1996/13, del 23 de agosto de 1996.

Suprema Corte de Justicia (Pleno), "Autoridad, emiten actos unilaterales por los que crean, modifican o extinguen situaciones jurídicas", novena época, materia común, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo V, tesis jurisprudencial P XXVII/97, p. 118.

Suprema Corte de Justicia (Pleno), "Salud. El derecho a su protección, que como garantía individual consagra el artículo 4º. constitucional, comprende la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de

las enfermedades y su suministro por las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos”, novena época, materia constitucional, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta; tomo: XI, marzo de 2000, tesis aislada P. XIX/2000, p. 112.

Suprema Corte de Justicia (Pleno), “Tratados Internacionales se ubican jerárquicamente por encima de las leyes federales y en un segundo plano respecto de la Constitución Federal”, novena época, materia constitucional. fuente Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo X, noviembre de 1999.

Suprema Corte de Justicia (Pleno), “El tratado es superior a una ley federal”, novena época, materia constitucional, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo X, noviembre 1999, tesis aislada LXXVII/1999.

Suprema Corte de Justicia (Sala administrativa), “Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Los laudos que emite en su calidad de árbitro constituyen actos materialmente jurisdiccionales”. Contradicción de tesis 14/2001-PL. entre las sustentadas por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil, Segundo y Tercer Tribunales Colegiados en Materia Administrativa, novena época, 12/2001, tesis aislada. clave: 2ª., n. CCXIX/2001.

Suprema Corte de Justicia (Sala administrativa), “Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Sus laudos arbitrales son actos de autoridad para efectos del juicio de amparo”. Contradicción de tesis 14/2001-PL. entre las sustentadas por el Tercer Tribunal Colegiado en Materia Civil, Segundo y Tercer Tribunales Colegiados en Materia Administrativa, novena época, 11/2001, jurisprudencia por contradicción. Clave: 2ª./J., n. 56/2001.

Suprema Corte de Justicia (Pleno), "Seguro social. La acción de pago ejercitada contra el instituto por gastos efectuados con motivo de la negativa a brindar asistencia médica u hospitalaria a un asegurado, beneficiado o pensionado, o por resultar eficiente, es de naturaleza y su conocimiento corresponde a un juez del fuero común." Contradicción de tesis 35/97, entre las sustentadas por el Primer Tribunal Colegiado del Décimo Octavo Circuito y el Sexto Tribunal Colegiado en Materia de Trabajo del Primer Circuito, novena época, 7 de diciembre de 2000, Semanario Judicial de la Federación, tesis P./J.1/2001, p. 12.

Tribunales Colegiados de Circuito, "Salud, derecho a la. La autoridad del ramo no puede negarse a proporcionar tratamiento a un procesado". Amparo en revisión 561/95, novena época, materia penal, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo II, diciembre 1995, tesis VI, 2. 37 p. 574.

Tribunales Colegiados de Circuito, "Tratados internacionales y leyes del Congreso de la Unión emanadas de la Constitución Federal. Su rango constitucional es de igual jerarquía", Amparo en revisión 256/81 y "Leyes Federales y Tratados Internacionales, tienen la misma jerarquía normativa", Amparo en revisión 2069/91, novena época, materia constitucional, fuente Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Parte: VI segunda parte-1, p. 236.

V. Documentos oficiales

a. Nacionales

Acuerdo de Coordinación para la Descentralización integral de los servicios de salud en Aguascalientes (sic), 30 de julio de 1997.

Acuerdo Nacional para el Campo: entre el ejecutivo federal, organizaciones campesinas y productores de México, por el desarrollo de la sociedad rural y la soberanía y seguridad alimentarias, 28 abril de 2003.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud , 25 septiembre de 1996.

Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto Mexicano del Seguro Social, para la atención de quejas médicas por la prestación de servicios; suscrito el 25 febrero de 1998, en México D.F.

Bases de coordinación que celebran la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para la atención de quejas médicas por la prestación de servicios; suscrito el 12 de noviembre del 1997, en México, D.F.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Cuarto informe de actividades, junio 1999-mayo 2000, México, D.F., CONAMED, agosto 2000.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Segundo informe de actividades, junio 1997-mayo 1998, México, D.F., CONAMED, julio 1998.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Tercer informe de actividades, junio 1998-mayo 1999, México, D.F., CONAMED, agosto 1999.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, Manual para la calificación de hechos violatorios de Derechos Humanos, México, CNDH-Federación Mexicana de Organismos de Protección y Defensa de los Derechos Humanos, 1998.

Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Relatoría del primer encuentro regional entre la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, las Comisiones Locales y las Organizaciones no Gubernamentales*, México, D.F., CNDH, febrero 2002.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, *Actuación del médico ante la violación de derechos humanos*. Análisis de las recomendaciones emitidas por la CNDH del junio 1990 a junio 1992, México. D.F., CNDH, 1992.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Recomendación 4/2003, Caso sobre el desabasto de medicamentos y deficiente o nulo surtimiento de recetas en los almacenes y farmacias del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F., CNDH, 10 de febrero de 2003.

Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la población abierta del Distrito Federal, 3 de julio de 1997.

Cruzada Nacional por la calidad de servicios médicos, 2002.

Dirección General de Innovación y Calidad, *Informe estadístico comparativo. enero-diciembre 2000 y enero-diciembre 2001*, México, D.F., CONAMED, 2001.

Encuesta Nacional de Alimentación, 1989.

Encuesta Nacional de la Satisfacción de los Servicios de Salud, 2000.

Encuesta Nacional de la Violencia Intrafamiliar, 1999.

III Informe del Presidente de la República Vicente Fox Quezada ante el Congreso de la Unión, 1 de septiembre del 2003.

- Informe Anual de la CNDH, 1996-1997**, CNDH, México, 1997.
- Informe de actividades de la CNDH**, México, 2000.
- Informe de actividades de la CNDH**, México, 2003.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, *Diagnóstico***, México, D.F., marzo 1995.
- Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, *Estadísticas Históricas de México***, 3ª. ed., Aguascalientes, 1994, tomo I.
- Instituto Nacional de las Mujeres de México e Instituto Nacional de Geografía, *XII Censo General de Población y Vivienda***, 2000, Resultados definitivos, Aguascalientes, México, INEGI, mayo 2001.
- Instituto Nacional de las Mujeres de México e Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, *Mujeres y Hombres 2002***, Aguascalientes, febrero del 2002.
- México, *Plan Nacional de Desarrollo***, 1983-1988.
- México, *Plan Nacional de Desarrollo***, 1989-1994.
- México, *Plan Nacional de Desarrollo***, 1995-2000.
- México, *Plan Nacional de Desarrollo***, 2001-2006.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud***, México D.F., 1995.
- Programa de Acción Arranque parejo en la Vida**, 2001.
- Programa de Acción Especial 2002-2010: *Un México apropiado para la infancia y la adolescencia***, 10 diciembre 2002.
- Programa de Acción para la Prevención y la Rehabilitación de Discapacidad**, 2001.

- Programa Nacional de combate a la Violencia Doméstica**, 1999.
- Programa Nacional de Modernización Educativa**, 1989-1994.
- Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres**, 2001.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia**, *Informe de Labores 1982-1983*, México, D.F., 1983.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia**, *Informe de Labores 1983-1984*, México, D.F., 1984.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia**, *Plan Nacional de Salud 1974-1976, 1977-1983*. México, D.F., Secretaría de Salud, 17 septiembre de 1974, Vol. I.
- Secretaría de Salud**, *Informe de Labores 1990-1991*, México, D.F., 1991.
- Secretaría de Salud**, *Informe de Labores 1991-1992*, México, D.F., 1992.
- Secretaría de Salud**, *Informe de Labores 1993-1994*, México, D.F., 1994.
- Secretaría de Salud**, *Informe de Labores 1999-2000*, México, D.F., septiembre 2000.
- Secretaría de Salud**, *Programa de Reforma del Sector Salud*, 1995-2000, México, D.F., 2000.
- Secretaría de Salud**, *Programa Nacional de Salud*, 1984-1988, México, D.F., 1984.
- Secretaría de Salud**, *Programa Nacional de Salud*, 1990-1994, México, D.F., 1994.
- Secretaría de Salud**, *Programa Nacional de Salud*, 2001-2006, México, D.F., 2001.

b. Normas

NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios.

NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Norma Mexicana, ISO 9001-2000, Sistemas de gestión de calidad.

c. Internacionales

i. Documentos de la Organización de las Naciones Unidas

A/44/628, Declaration of Human Responsibilities for Peace and Sustainable Development (1989).

CEDAW/C/MEX/5, 01/12/00, Fifth periodic report of States Parties, Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women: Mexico.

Commission on Human Rights Resolution 20/01/33, Access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.

CRC (Report of UN Agencies/Organs), 10/06/99, UNICEF information on Mexico, UNICEF's views regarding implementation of the Convention on the Rights of the Child in Mexico, Geneva.

CRC/C/65/Add.6, 17/08/98, Informes periódicos que los Estados Partes debían presentar en 1997, Comité de los Derechos del Niño, México.

Cumbre Social, Vigésimo cuarto período especial de sesiones de la Asamblea General de la ONU, Ginebra, 26 de junio al 1 de julio de 2000.

E/1982/3/Add.8, 19/02/82, Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Informes presentados por los Estados Partes en el Pacto en relación con los derechos comprendidos en los artículos 13 a 15, de conformidad con la resolución 1988 (LX) del Consejo Económico y Social, México.

E/1984/6/Add.10, 25/11/85, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: initial reports submitted by States Parties to the Covenant concerning rights covered by articles 6 to 9, in accordance with the 1th. stage of the programme established by the Economic and Social Council in its resolution 1988 (LX), Mexico.

E/1986/3/Add.13, 09/12/88, "Implementation of the international Covenant on Economic, Social and Cultural rights", Initial reports submitted by States Parties to the Covenant concerning rights covered by Articles 10 to 12, in accordance with the 2th. stage of the programme established by the Economic and Social Council in its resolution 1988 (LX) Mexico.

E/1990/6/Add.4, 01/01/93, "Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales", Segundos informes periódicos presentados por los Estados Partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto, de conformidad con el programa establecido por el Consejo Económico y Social en su resolución 1988/4, México.

E/1991/23, 14/12/90, Índole de las obligaciones de los Estados Partes, Observación General, n. 3.

E/1993/22 R. 1992, Commission on Human Rights: report on the 48th session.

E/1993/23 R. 1993, 1 February-12 March 1993, Commission on Human Rights: report on the 49th session.

E/1994/104/Add.18, Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Examen del tercer informe periódico presentado por México sobre los derechos enunciados en los artículos 1 a 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

E/C. 12/1/Add 41, 08/12/99, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: México, Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto.

E/C.12/1990/SR.6, 14/03/90, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Cuarto periodo de sesiones, Acta resumida de la Sexta Sección, Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto.

E/C.12/1990/SR.7, 14/03/90, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Cuarto periodo de sesiones, Acta resumida de la Séptima Sección. Examen de los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto.

E/C.12/1990/SR.9, 20/03/90, Cuestiones formuladas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el primer informe presentado por México.

E/C.12/1991/1, 17/06/91, Revised general guidelines regarding the form and contents of reports to be submitted by States parties under articles 16

and 17 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: note / by the Secretary-General.

E/C.12/1993/15, 05/01/94, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el segundo informe periódico de México, Examen de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto.

E/C.12/1998/24, 3/12/98, Aplicación interna del Pacto, Observación General, n. 9.

E/C.12/1999/NGO/3, 13/11/99, Situación de los derechos económicos, sociales y culturales en México.

E/C.12/2000/4, 11/08/00, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación General, n. 14.

E/C.12/2001/5, 2/03/01, Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: consulta internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales en las actividades de las instituciones internacionales relacionadas con el desarrollo, organizada en colaboración con el Consejo Superior de Cooperación Internacional, Estrategias de desarrollo y revalorización de los derechos económicos y sociales.

E/C.12/Q/MEX/1, 30/12/98, Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Lista de cuestiones que han de tratarse en relación con el examen del tercer informe periódico presentado por México sobre los derechos enunciados en los artículos 1 a 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/1994/104/Add.18).

E/CN.2/SUB.2/RES/2001/6, Petición de la Subcomisión de Promoción y Protección de Derechos Humanos para fortalecer los DESC, mediante el examen de comunicaciones de particulares.

E/CN.4.1997/105, 18/12/96, Draft Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: note / by the Secretary-General.

E/CN.4.1998/84, 16/01/98, Draft Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: report of the Secretary-General.

E/CN.4.1999/112, 7/01/99, Draft Optional Protocol to the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: note / by the Secretariat.

E/CN.4/1987/17, 8/01/87, Limburg Principles on the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1986), Note verbale dated 86/12/05 from the Permanent Mission of the Netherlands to the United Nations Office at Geneva addressed to the Centre for Human Rights.

E/CN.4/2004/WG.23/CRP.5. 4/02/04, Exposición presentada por escrito por el Centro Europa-Tercer Mundo, organización no gubernamental con estatuto consultivo general y la Asociación Americana de Juristas, organización no gubernamental con estatuto consultivo especial, Comisión Derechos Humanos, Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Ginebra, Suiza del 23 de febrero a 5 de marzo de 2004.

HRI/CORE/1, HRI/CORE/1/Add.12/Rev.1, 02/02/95, Documento básico que forma parte integrante de los informes de los Estados Partes: Mexico.

HRI/GEN/1, 4/09/92, Guide lines for the initial part of the report of States Parties to be submitted under the various international human rights instruments.

HRI/GEN/2, 14/04/00, Guide lines for the report of States parties to be submitted under the various international human rights instruments.

Principios de Linburgo, 26/06/86, Relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre desarrollo humano, 1996.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Informe sobre desarrollo humano, 2000.

United Nations, UNCTAD, World Investment Report, 1995.

ii. Documentos de la Organización de Estados Americanos

Caso Velásquez Rodríguez, Sentencia de 29 de julio de 1988. Serie C. n. 4.

OEA/Ser.A/16, Serie sobre tratados de conformidad con el artículo 62 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

OEA/Ser.LV/II.100, 24/09/98, Informe sobre la situación de los derechos humanos en México realizado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su visita *in loco*.

OEA/Ser.P/XVI.0.2, 17/12/86, Resolución 836 de la Asamblea General de la OEA sobre el Proyecto de Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Opinión Consultiva OC-11/90, CIDH, Excepciones al agotamiento de los Recursos Internos (art. 46.1, 46.2a y 46.2b Convención Americana sobre Derechos Humanos del 10 de agosto de 1990).

iii. Otros documentos internacionales

IMF Working Paper, WP/02/12, *Mexico: Experiences with Pro-Poor Expenditure policies*, Prepared by Ana Corbacho and Gerd Schwartz, January 2000.

World Bank, *World Development Report*, *Attacking Poverty*, September 2000.

World Bank, *World Development Report*, *Investing in Health*, July 1993.

World Trade Organisation, W1MIN(01)/DEC/2, 14/11/01 *The Doha Ministerial Declaration on TRIPS and Public Health*.

VI. Fuentes Virtuales

Censo de Universo de Trabajo 1999/INEGI/Estimaciones CONAPO, [on line] México, available from: <http://www.imss.gob.mx/nr/IMSS/Solidaridad/antecedentes/ante3.htm> [accessed 5/05/02].

Censo de Universo de Trabajo 2001/INEGI/Estimaciones CONAPO, [on line] México, available from: <http://www.imss.gob.mx/nr/IMSS/Solidaridad/antecedentes/ante4.htm> [accessed 13/02/02].

Consejo de Salubridad General, (2000) *Antecedentes Históricos* [on line] México, available from:

<http://www.ssa.gob.mx/unidades/csg/intro/antecede.html> [accessed 29/03/02].

Instituto de las Américas, (2004) *Acerca del Instituto de las Américas* [on line] Universidad de San Diego, EUA, available from: <http://www.iamericas.org/spanish/background/> [accessed 03/01/04].

Instituto Nacional de la Mujeres, (2002) *¿qué es el INMUJERES?* [on line] México, available from: <http://www.inmujeres.gob.mx/> [accessed 26/02/03].

Instituto Nacional de la Mujeres, (2002) *Situación de las mujeres en México* [on line] México, available from: <http://www.inmujeres.gob.mx/> [accessed 26/02/03].

Inter-American Commission on Human Rights, OAS, (1998) *Country Report*, [on line] Mexico, available from: www.oas.org/cidh/countryrep/mexico98en/Chapter-8.htm [accessed 3/06/01].

ISSSTE, (2002) *Antecedentes del ISSSTE*, [on line] ISSSTE, available from: <http://www.issste.gob.mx> [accessed on 15/05/02].

Martínez-Guzmán LA. Ochoa-Díaz López H, Sánchez-Pérez HJ, "Uso de un índice de bienestar social para la planificación de la salud en el ámbito municipal", *Salud Publica*, [on line] México, 1996, Vol. 38 pp. [257-267], available from: <http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/011001.htm> [accessed 11/04/02].

Maupomé-Carvantes, et al., "Patrón de consumo de refrescos en una población mexicana," *Salud Publica* [on line] México, 1995, Vol. 37, n. 4, pp.

[323-328], available from: <http://www.insp.mx/salud/37/374-6s.html> [accessed 10/06/02].

Médicos Sin Fronteras, (2000), *Atención sanitaria para los pueblos indígenas*, [on line] Barcelona, España, SMF, available from: http://www.msf.es/paises/2_3_11.asp [accessed 12 /04/02].

Memoria del 4º. Congreso sobre Discapacidad del 13 al 15 de marzo del 2002, Francisco Sosa 439, Coyoacán, México, D.F., consulta en www.discapacidad.hypermat.net

Mujer 2000, *Igualdad entre los géneros y, desarrollo y paz para el siglo XXI*, [on line], New York, 5 a 9 de junio de 2000. nota informativa n. 1. available from: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/fs1.htm> [accessed 04/05/04].

Oficina para el desarrollo de los pueblos indígenas, *Salud: indicadores* [on line], México, available from: <http://indigenas.presidencia.gob.mx/html/salud.html> [accessed 26/02/03].

SEDESOL, (2002) *¿Qué es el INAPLEN?*, [on line] Secretaría de Desarrollo Social, México, available from: <http://www.insen.gob.mx/inaplen/> [accessed 12/04/02].

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, *Al interior del DIF*, [on line] México, available from: <http://www.dif.gob.mx/dif/interior/dif.html> [accessed 26/02/03].

Universidad Autónoma de Chapingo, *Historia*, [on line] México, available from http://www.chapingo.mx/mod.php?mod=userpage&page_id=8 [accessed 15/01/04].

Werner David y David Sanders, "Cuestionando la Solución: Las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil", *Cap. III. Alma Ata y la Institucionalización de la Atención Primaria de Salud*, [on line], trad. de David Pérez Solís, healthwrights@igc.org available from: www.healthrights.org/static/cuestionando/indice.htm. [accessed 11/02/00].

Werner, David, (2001) "Insuring the necessary resources for the human right to health: national and international measures", *In Global Assembly on advancing the human right to health*, Iowa City, Iowa, April 20-22, Full text, [on line] available from: www.healthrights.org [accessed 26/02/02].

Werner, David, et al., (2000) "Qué determina realmente la salud de una población?" capítulo 3, *De la Atención de Salud Comunitaria a la lucha por la tierra y la justicia social* [on line], trad. de María Álvarez Lloret, healthwrights@igc.org available from: www.healthrights.org/static/cuestionando/conclu3.htm [accessed 13/02/00].

Werner, David, et al., (2000) "Un ejemplo de México "El proyecto Piaxtla", capítulo 19, *De la Atención de Salud Comunitaria a la lucha por la tierra y la justicia social*, [on line] trad. de David Pérez Solís, healthwrights@igc.org available from: www.healthrights.org/static/cuestionando/indice.htm. [accessed 13/02/00].

World Health Organization, (1998) *health for all: origins and mandate* [on line], Geneva, Switzerland, © Copyright World Health Organization (WHO), available from: <http://www.who.int/archives/who50/en/health4all.htm> [accessed 12/03/01].

VII Seminarios, conferencias, mesas redondas y otros eventos

Barragán Barragán, José, *Tradiciones jurídicas y los procesos de recepción en la formación de los derechos nacionales*, ponencia en el Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, Colegio de Ingenieros Civiles, Cd. de México, IIJ-UNAM, 9 al 14 de febrero del 2004.

Calvo, José Luis, *Los derechos humanos y la globalización*: mesa redonda organizada por la CNDH en la Facultad de Derecho de la UNAM, México, 16 de mayo del 2002.

Contreras Nieto, *Los derechos humanos y la globalización*: mesa redonda organizada por la CNDH en la Facultad de Derecho de la UNAM, México, 16 de mayo del 2002.

Farell Campa, María Rosa, *Seguridad Social en México: el siguiente paso*, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Cd. de México, 21 de septiembre de 2001.

García Ramírez, Sergio, *Protección jurisdiccional internacional de los derechos económicos, sociales y culturales*, Trabajo presentado en el Seminario sobre justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales, Centro por la Justicia y el Derecho Internacional y Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Notre Dame, 26 de julio del 2002, en coordinación con IIJ-UNAM.

Heras, Antonio, *Federalismo cooperativo en salud; las estrategias del Programa Nacional de Salud*, Taller sobre federalismo y política de salud, Coordinación General de Planeación Estratégica, Monterrey, Nuevo León, 8 de noviembre de 2002.

Instituto de las Américas, *Reglamentación del sector salud en México*, Resumen de la mesa redonda y seminario técnico, Cd. de México, 4 y 5 de noviembre de 1999.

Instituto de Pobreza Humana, *Conclusiones del seminario sobre ciudades humanas y pobreza urbana*, Cd. de México, 6-9 de noviembre del 2001.

Instituto de Pobreza Humana, *Conclusiones del seminario sobre ciudades humanas y pobreza urbana*, Cd. de México, 6-9 de noviembre del 2001.

Leviol, Jean (Consejero económico y comercial de la Embajada de Francia), *El sistema de seguro social en Francia*, Seminario del Instituto de Estudios Sindicales y de Seguridad Social, México, 23 de mayo 2001.

Martínez Villalba, Luis José, *Desafíos y propuestas en el financiamiento de la seguridad social*, mesa redonda organizada por el IJ-UNAM, México, 18 de mayo del 2004.

Müller, Enrique Carlos, *Equidad en los servicios de salud*, ponencia en el Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, Colegio de Ingenieros Civiles, Cd. de México, IJ-UNAM, 9 al 14 de febrero del 2004.

Raya, Alonso, *Desafíos y propuestas en el financiamiento de la seguridad social*, mesa redonda organizada por el IJ-UNAM, México, 18 de mayo del 2004.

Ruiz Massieu, José Francisco, *El derecho a la salud*, trabajo presentado ante el seminario sobre protección interamericana de los derechos económicos, sociales y culturales, organizada por la Comisión de Derechos Humanos de la OEA y México, IJ-UNAM, 23 de agosto 1984.

Tapia Conyer, Roberto, *Derecho a la protección de la salud pública*, ponencia en el Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, Colegio de Ingenieros Civiles, Cd. de México, IIJ-UNAM, 9 al 14 de febrero del 2004.

VIII Discursos y entrevistas

Discurso del presidente Vicente Fox Quezada en Valladolid, Yucatán, 20/02/03.

Entrevista con el Lic. Ignacio Ibarra Espinosa, Subdirector General de Asuntos Jurídicos (DGALC) de la Secretaría de Salud, Cd. de México, 15/09/02.

Entrevista con el Lic. Eduardo Poumian Nucamendi, Coordinador de Asesores de la Dirección Jurídica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd. de México, 14/05/04.

Frenk Mora, Julio, *Desempeño del Sistema Nacional de Salud*, Discurso en los Pinos el 18/06/01.

Frenk Mora, Julio, IV Reunión Nacional de Municipios por la Salud, Coatzacoalcos, Veracruz, 22/04/04.

Frenk Mora, Julio, Mensaje con motivo de la presentación del Programa Nacional de Prevención y Rehabilitación de las personas con discapacidad, los Pinos, 03/12/01.

Palabras del Presidente Vicente Fox Quezada, durante la presentación del informe: Estado Mundial de la Infancia, México D.F., 11/12/02.

XI Información audio y videográfica

Consideraciones de la OPS sobre la problemática de la salud en México, "Atando Cabos", Radio Fórmula, Cd. de México, 21/01/03, 13:30-14 hrs.

Cumbre de la Infancia, "Panorama", Grupo Acir, Cd. de México, 9/05/02, 14:30-15 hrs.

Entrevista a Griselda Hernández, Directora Técnica de CENSIDA, Fuente CONASIDA/SSA, En programa especial con Adriana Pérez Cañedo, Canal 11, Cd. de México, 24/11/02, 22-23 hrs.

La pobreza en México, "Circulo Rojo", Canal 22, Cd. de México, 2/04/02, 11:20-12 hrs.

Mujeres, "Detrás de la Noticia", Radio-UNAM, Cd. de México, 16/04/02, 6-10 hrs.

Pobreza, "Reporte 13", T.V. Azteca, Canal 13, Cd. de México, 22/08/02, 23:45-0:15 hrs.

Problemas del Medio Ambiente, "Ventana 22", Canal 22, Cd de México, 23/04/04, 13:30-14 hrs.

S/t, " Reporte 13 ", T.V. Azteca, Canal 13, Cd. de México, 22/08/02, 23:45-00:15 hrs.

S/t, "Acir Noticias", Grupo Acir, Cd. de México, 23/04/04, 14:30-15 hrs.

S/t, "Detrás de la Noticia", Radio-UNAM, Cd. de México, 16/04/02, 6 -10 hrs.

S/t, "Detrás de la Noticia", Radio-UNAM, Cd. de México, 3/03/02, 6-10 hrs.

S/t, "Formato 21", Grupo Radio Centro, Cd. de México, 15/04/02, 19-19:30 hrs.

S/t, "Frente a Frente", T.V. Canal 40, Cd. de México, 20/12/02, 00:45-01:15 hrs.

S/t, "Frente a Frente", T.V. Canal 40, Cd. de México, 9/11/02, 00:45-01:15 hrs.

S/t, "Hechos", TV Azteca, Canal 13, Cd. de México, 09/04/04, 22 -23 hrs.

S/t, "Hechos", TV Azteca, Canal 13, Cd. de México, 23/03/02, 22 -23 hrs.

S/t, "Programa once noticias", Canal 11, Cd. de México, 22/11/02, 22 - 22:30 hrs.

S/t, "Programa Visión AM," emisora: Canal 4, Cd. de México, 8/03/02, 21-22 hrs.

S/t, "Radio Fórmula", Emisora Cadena Radio Mil, Cd. de México, 28/03/02, 18:00 hrs.

S/t, "Radio Fórmula", Emisora Cadena Radio Mil, Cd. de México, 29/04/02, 18:00 hrs.

S/t, s/p, Notimex (prensa escrita), Boca del Río Veracruz, 5/01/03.

Salud Mental, "Circulo Rojo", Canal 11, Cd. de México, 12/05/02, 22-23 hrs.

SIDA, "programa especial", Canal 11, Cd. de México, 24/11/02, 22-23 hrs.

X. Enciclopedias y diccionarios

Becerra Ramírez, Manuel, "Derecho Internacional Público", *Enciclopedia Jurídica Mexicana*, México, Porrúa-UNAM, 2002, Vol. X.

Carlos Sainz de Robles, Federico, *Diccionario Español de Sinónimos y Antónimos*, 8ª. ed., 15ª. reimpresión, Madrid, Ed. Aguilar, 1989.

Diccionario terminológico de ciencias médicas, 13ª. ed., México, Ed. Salvat, Ciencia y Cultura Latinoamericana. S.A. de C.V., 1995.

García-Pelayo y Gross, Ramón, *Pequeño Larousse ilustrado*, 18ª. ed., México, Ed. Larousse, 1982.

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, 3ª. ed., México, Ed. Porrúa-UNAM, 1989, tomo D-H, pp. [811-1602].

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, 3ª. ed., México, Ed. Porrúa-UNAM, 1989, tomo I-O, pp. [1603-2302].

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, 3ª. ed., México, Ed. Porrúa-UNAM, 1989, tomo A-CH, pp. [1-810].

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico Mexicano*, 3ª. ed., México, Ed. Porrúa-UNAM, 1989, tomo P-Z, pp. [2303-3272].

Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social*, México, UNAM-IMSS-ISSSTE, 1994.

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 21ª ed., Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 1992, tomo II, H-Z, pp. [1080-2133].

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 21ª ed., Madrid, Ed. Espasa-Calpe, 1992, tomo I, A-G, pp. [1- 1077].

Valdés, Raúl y Enrique Loaeza Tovar, *Terminología Usual en las Relaciones Internacionales*, III Derecho Diplomático y Tratados, Tlatelolco, México, D.F., SRE, 1976.

APÉNDICE DOCUMENTAL 1

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA DE 1978

Salud para Todos

“La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:”

I

“La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”.

II

“La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países”.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

III

“El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo”.

IV

“Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”.

V

“Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo”.

VI

"La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, y constituye el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada".

VII

"La atención primaria sanitaria:

(1) Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.

(2) Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

(3) Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiado tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.

(4) Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

(5) Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

(6) Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

(7) Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras,

comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda; así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario, a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad”.

VIII

“Todos lo gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un Sistema Nacional de Salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles”.

IX

“Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo”.

X

“Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos

mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarme podrían ser bien empleadas en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada”.

“La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración”.

APÉNDICE DOCUMENTAL 2

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES¹

El decálogo incluye además, en cada uno de sus artículos, el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia:

1. Recibir atención médica adecuada

“El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico”.

Ley General de Salud, artículos 51 y 89; y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 21 y 48.

2. Recibir trato digno y respetuoso

“El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”.

¹ CONAMED, noviembre 2002.]

Ley General de Salud, artículos 51 y 83; y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 25 y 48.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

“El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad”.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 29 y 30, y numeral 5.5 de la NOM-168SSA1-1998, sobre el Expediente Clínico.

4. Decidir libremente sobre su atención

“El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales”.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1.1; Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, artículo 4, fracción 4.3 “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

“El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos”.

Ley General de Salud, artículos 100 fr. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1.1.

6. Ser tratado con confidencialidad

“El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley”.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico, numeral 5.6; Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, artículo 36; Ley General de Salud.

artículos 136, 137 y 138; y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 19 y 35.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

“El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud”.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 29 y 30, y numerales 4.9 y 5.5 de la NOM-168-SSA-1-1998, sobre el Expediente Clínico.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia

“Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones”.

Ley General de Salud, artículo 55; y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 71 y 73.

9. Contar con un expediente clínico

“El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la

normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido”.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 32, y NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

“El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud”.

Ley General de Salud, artículo 54; y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, artículos 2, 3, 4 y 13

APÉNDICE DOCUMENTAL 3

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2001-2006²

.....

“El Plan establece los objetivos que permitirán realizar los cambios medulares que este gobierno impulsará: cambios que consoliden el avance democrático, que abatan la inseguridad y cancelen la impunidad, que permitan abatir la pobreza y lograr una mayor igualdad social; una reforma educativa que asegure oportunidades de educación integral y de calidad para todos los mexicanos; cambios que garanticen el crecimiento con estabilidad en la economía, que tengan como premisa fundamental ser incluyentes y justos; cambios que aseguren la transparencia y la rendición de cuentas en la tarea del gobierno y que descentralicen las facultades y los recursos de la Federación”.

(...)

“En el marco de un buen gobierno, de una política exterior proactiva y de la vigencia plena del Estado de derecho, este Plan Nacional incorpora la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y los aspectos estructurales del desarrollo en el marco de las tres prioridades marcadas por los ciudadanos: desarrollo social y humano, crecimiento con calidad y orden y respeto”.

.....

“El reto fundamental consiste en renovar las políticas económicas y sociales del gobierno, y cambiar los criterios de asignación de recursos públicos para aprovechar oportunidades y mitigar los efectos adversos del proceso. La

² Sinopsis atingente al derecho a la protección de la salud.

renovación se debe sustentar en la educación, la gobernabilidad democrática, la salud, la seguridad pública, el desarrollo económico dinámico e incluyente y la competitividad, como los elementos más importantes para tener el potencial que nos permita aprovechar las oportunidades”.

“Estos ejes influyen en el desarrollo económico y social de México y aun en la misma participación política; pero su alcance es todavía mayor, cada elemento es indispensable para garantizar la viabilidad de México como país independiente, con un desarrollo social armónico que salvaguarde el Estado de derecho y el medio ambiente. Sin embargo, la educación es el eje fundamental y deberá ser la prioridad central del gobierno de la República”.

“No podemos aspirar a construir un país en el que todos cuenten con la oportunidad de tener un alto nivel de vida, si nuestra población no posee la educación que le permita, dentro de un entorno de competitividad, planear su destino y actuar en consecuencia; tampoco será posible si la población no cuenta con servicios adecuados de salud y si no existe seguridad para personas e instituciones”.

(...)

El reto de la salud

“La educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean. La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización

administrativa y financiera. El progreso alcanzado en el pasado, que se manifiesta, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad infantil y en el crecimiento de la esperanza de vida, no debe conducir a ignorar que existen todavía sectores de la población que no tienen a su alcance la atención, los servicios médicos y los medicamentos que les ayuden a tener una vida sana y les proporcionen la seguridad y confianza que requieren para su cabal desarrollo”.

”Por otro lado, el perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el sida, hasta muy recientemente de poca importancia nacional”.

”El gobierno de la República tiene el compromiso de seguir desarrollando los sistemas de salud, de forma tal que se extiendan a la totalidad de la población, eviten la duplicación de esfuerzos, ahorren recursos y prevengan las enfermedades. Las estrategias que se plantean buscarán, por lo tanto, unificar los esfuerzos de las principales instituciones y sistemas de salud que existen en el país, el desarrollo de criterios uniformemente aplicados relativos a los fármacos y a los servicios sanitarios y epidemiológicos, y el apoyo para el mejoramiento de las instalaciones, equipamiento y material de los hospitales, las clínicas y las instituciones de salud en general. El esfuerzo deberá desembocar en una mejoría clara en la atención médica y en el trato que recibe la población”.

“Además de los cambios que están ocurriendo por efecto de la educación y la salud, las transiciones demográfica, social, económica y política han modificado y siguen transformando el espectro social y humano de nuestro país. Los cambios en la estructura y distribución de la población, la recomposición social que ha tenido lugar y que significa la presencia activa de grupos y regiones hasta hace poco ignorados o callados, las fuerzas y apoyos que plantean la competencia global y la tecnología moderna, se unen a las demandas y exigencias ancestrales y afectan las posibilidades y el rumbo para el desarrollo de la nación”.

(...)

“Para facilitar y reforzar la cabal comprensión de esta política emancipatoria, a continuación se presentan los ejes rectores de la política nacional en materia de desarrollo social y humano”.

Los ejes de la política

“Las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación en que se encuentran muchos mexicanos, así como las escasas oportunidades que tienen de educación, capacitación y empleo, merman su confianza personal y familiar. Estas circunstancias les impiden participar de manera constructiva en la colectividad. No es posible un desarrollo humano efectivo y sostenido cuando se vive en condiciones de insalubridad y hambre; no es posible potenciar las capacidades de las personas que se encuentran en la pobreza extrema; no es posible pedir que sean autosuficientes a quienes luchan por subsistir”.

“El primer eje de la política de desarrollo social y humano se refiere, precisamente, a los niveles de bienestar de los mexicanos, y está orientado

a evitar que existan grupos de la población mexicana cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación personal y de participación social, se encuentren por debajo de ciertos umbrales”.

“El objetivo consiste en romper el círculo vicioso de la pobreza que existe en todo el país, en particular en las comunidades indígenas geográficamente más aisladas. Para lograrlo, no sólo se debe impulsar un crecimiento económico sostenido, al mismo tiempo se necesita invertir en el desarrollo social y humano. Por ello, habrán de continuarse e iniciarse programas y acciones específicas que transfieran recursos económicos y se canalicen para mejorar los servicios médicos y sanitarios; proporcionar respaldo educativo y capacitación considerando, en casos específicos, las características de las culturas bilingües; invertir en infraestructura para que cuenten con servicios esenciales como carreteras, energía eléctrica, agua potable, sistemas de comunicación. Todo ello, para agilizar su incorporación a la dinámica general del país y crear mayores oportunidades productivas”.

(...)

“A fin de evaluar los resultados de la acción gubernamental en las tareas de incrementar la satisfacción de las necesidades básicas en cantidad y calidad, se medirán los avances en aspectos tales como educación, salud, vivienda, infraestructura y reducción de la pobreza”.

(...)

“Con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables -los indígenas, los niños y ancianos, los

discapacitados- y tomarán en cuenta las necesidades de otros sectores amplios -como las mujeres y los jóvenes-, sin perder de vista los programas de cobertura general que deberán ser atendidos”.

“Como indicadores de los resultados de gobierno se utilizará información sobre las oportunidades en el acceso a la salud, a la educación, al trabajo y en otros aspectos del ámbito social y humano que tengan distintos grupos de la población, para lo cual las estadísticas que elaboren las dependencias de la administración pública reflejarán las diferencias por género”.

.....

El compromiso con la salud

“La salud está ligada al destino de la nación. A medida que el país se transforme, su sistema de salud también debe hacerlo. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos”.

“Las premisas que inspiran el compromiso del gobierno de la República con la salud de los mexicanos son:

1. La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades.
2. La salud es, junto con la educación, componente central del capital humano, que es el capital más importante de las naciones. Desde este punto de vista, mejorar la salud es fortalecer la capacidad de las personas y de la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

3. Por ser un valor en sí misma y por su potencial estratégico, se debe concebir la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir. Para ello se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables (que abarquen acciones en todos los sectores).
4. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas y, por tanto, es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad”.

“El mensaje central del esfuerzo nacional en salud es que para mejorar la salud de los mexicanos es necesario democratizar la atención a la misma. Esta democratización supone aplicar las normas y los procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por otros principios, como el control coactivo, la tradición social, el juicio de los especialistas o las prácticas administrativas. Implica, igualmente, aplicar estas normas y procedimientos a individuos que antes no gozaban de tales derechos y obligaciones, como las mujeres, los jóvenes o las minorías étnicas”.

“El desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales. En consecuencia, debe ser el principio de ciudadanía el que defina tanto las reglas de acceso de la población a los servicios de salud como los mecanismos de participación de los mexicanos en las decisiones del sistema. Este principio indica que los servicios de salud no deben ser considerados una mercancía, un objeto de calidad o un privilegio, sino un derecho social. El acceso a ellos, por lo tanto, debe ser universal, y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas y la efectividad de las intervenciones”.

“Implícitos en la democratización de la salud están también la obligación de los servidores públicos de rendir cuentas y el derecho de los ciudadanos a exigirlos. En este sentido, lo primero que debe garantizarse es el derecho de los ciudadanos a exigir que se haga efectivo el acceso incondicional a los servicios básicos de salud”.

“Para hacer realidad la democratización de la atención de la salud, México debe contar con un sistema al que tengan acceso todos los mexicanos, independientemente de su capacidad de pago; que responda con calidad y respeto a sus necesidades y expectativas; que amplíe sus posibilidades de elección; que cuente con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones. Democratizar es, en suma, construir un sistema de, por y para la gente”.

“Para enfrentar cada uno de los retos antes señalados, la presente administración se ha planteado cuatro objetivos principales:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud”.

Objetivos Rectores y Estrategias

5.3. Objetivos rectores y estrategias

5.3.1. Niveles de educación y bienestar

Diagnóstico

Características de las viviendas particulares, 1990 y 2000³

Concepto	1990	2000
Total de viviendas particulares	16 035 233	21 954 733
Con piso que no es de tierra	80.4%	86.7%
Con agua entubada	80.0	84.6
Con drenaje	64.8	78.5
Con energía eléctrica	87.5	95.1
Con área sólo para cocinar	80.3	78.4
Disponen de sanitario	75.3	86.4

“..., la demanda de servicios que presta el gobierno se incrementará y será especialmente alta en educación y salud. A este respecto, el aumento de la esperanza de vida, así como la transición epidemiológica, en la que las enfermedades crónico-degenerativas están remplazando a las enfermedades diarreicas e infecciosas, representan un enorme reto para los servicios de salud, más aún cuando dos millones de hogares utilizan más del 30% de su ingreso disponible en la atención a la salud, lo que implica un alto costo para el presupuesto familiar”.

“Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado entre 1997 y 1999 en centros de salud y hospitales generales de la Secretaría de Salud, indican que el abastecimiento de medicamentos es insuficiente, y que el equipo en los hospitales es inadecuado y obsoleto. Además, hay un uso

³ FUENTES: Para 1990: INEGI, Resultados definitivos, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México, 1992; para 2000: XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos nacionales.

deficiente de los expedientes clínicos y un serio problema de falta de apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. Otro indicador de problemas de calidad es la falta de certificación de las unidades de salud”.

”Por otra parte, es urgente una reforma integral del sistema de pensiones para darle viabilidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado existe un grave déficit en los fondos de reserva para el servicio de las obligaciones, además del crecimiento de los costos de operación, de modo tal que ambas instituciones enfrentan una situación de insolvencia. Esta crisis financiera ha obligado a absorber el fondo destinado a servicios sociales y culturales”.

”En cuanto a los servicios sociales, la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo hace necesario ampliar de manera significativa el servicio de guardería. En la actualidad, el IMSS atiende a 103 300 niños, mientras que el ISSSTE atiende a 34 270 niños, lo cual representa 12% de la población potencialmente demandante: 289 059 infantes derechohabientes”.

Objetivo rector 1: mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos

(...)

d]. “Eleva los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias. Asegurar el acceso a los servicios de salud y que los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al

mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las desigualdades. Asimismo, se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud”.

e]. “Contribuir al desarrollo integral de las familias mexicanas mediante el otorgamiento de prestaciones y servicios de seguridad social. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales. El gobierno de la República desarrollará y ampliará las modalidades de seguridad social: brindará una mejor atención a la población actual y a las nuevas familias que demandarán y tendrán derecho al servicio, y apoyará a quienes no tienen esta protección; mediante la concertación entre instituciones públicas y privadas, se buscará aumentar las oportunidades de acceso a las estancias infantiles para los hijos de las madres trabajadoras y mejorar así las oportunidades de participación de las mujeres en la vida productiva para elevar su calidad de vida”.

f]. “Desarrollar una cultura que promueva el trabajo como medio para la plena realización de las personas y para elevar su nivel de vida y el de sus familias. Promover una nueva cultura laboral que fomente el trabajo por medio del establecimiento de condiciones de empleo digno y bien remunerado, con énfasis en grupos vulnerables, particularmente los excluidos del desarrollo, y que culmine en una reforma laboral integral incluyente”

(...)

jj. "Promover que las actividades científicas y tecnológicas se orienten en mayor medida a atender las necesidades básicas de la sociedad. Crear mecanismos para que las actividades de investigación científica y desarrollo tecnológico se orienten de manera creciente a atender problemas que afectan el bienestar de la población, fundamentalmente en temas prioritarios como alimentación, salud, educación, pobreza y medio ambiente, tomando en cuenta que la ciencia básica es una prioridad para la educación y el desarrollo cultural del país. Impulsar la descentralización de las actividades científicas y tecnológicas e incorporarlas a los temas de interés regional y local, además de difundir el conocimiento científico y tecnológico".

5.3.2. Equidad e igualdad

Diagnóstico

"Las inequidades y desigualdades son patentes en los ámbitos regional, social y cultural. Se observan, entre otros fenómenos, grandes desigualdades de género, una inequitativa distribución del ingreso, pobreza en amplios sectores de la población, marginación de los grupos indígenas, insuficiente integración de las personas con discapacidad y vulnerabilidad de la niñez. Sobresalen también los contrastes entre el grado de desarrollo alcanzado en general en el norte del país y el atraso evidente en las entidades federativas del sur".

"Aunque la tasa de natalidad ha venido disminuyendo desde los años setenta, el ritmo de crecimiento de la población es todavía significativo y desigual. En consecuencia, las demandas sociales y económicas de los grupos de corta edad seguirán siendo considerables en el corto y el mediano plazos, y de no tomarse medidas adecuadas acentuarán las inequidades y desigualdades de la sociedad mexicana".

“La inequidad es el principal problema que enfrenta la educación en nuestro país: el promedio de escolaridad de la población es de sólo 7.56 grados y encierra grandes disparidades asociadas a los niveles de pobreza y marginación. Asimismo, sólo uno de cada cinco jóvenes tiene acceso al nivel superior. La búsqueda de mayor calidad y equidad requerirá aun mucho mayores esfuerzos de los gobiernos federal, estatal y municipal, así como la incorporación de nuevos actores que compartan la responsabilidad”.

“La inequidad se manifiesta también según el género. Así, se mantienen en la actualidad condiciones de dependencia, subordinación, exclusión, discriminación y violencia en las formas de relación entre mujeres y hombres, en los ámbitos familiar, social e institucional. La participación de las mujeres en los puestos de decisión sigue siendo reducida. La representación de las mujeres en las cámaras es sólo de 16% y la presencia de éstas en los cargos públicos y de gerencia en el sector privado es de apenas 23%. No existe una cultura de género que permita diferenciar necesidades, prioridades y condiciones de la población femenina y masculina”.

“Las oportunidades y opciones de trabajo para las madres trabajadoras, hasta ahora, no han sido compatibles con las necesidades de la crianza y el cuidado de los hijos por falta de apoyos institucionales. En 1999 el promedio de horas de trabajo doméstico semanal de las mujeres era de 27.6, mientras que los hombres sólo dedicaban 10.5 horas. Respecto del trabajo extradoméstico, las mujeres dedicaron 37.7 horas a la semana, en tanto que los hombres emplearon 46.3 horas”.

(...)

“Desde el punto de vista demográfico, México es un país joven, pues casi la mitad de su población tiene menos de 23 años, y 30 millones de personas tienen entre 10 y 24 años de edad. Este grupo de población plantea demandas especiales para su inserción social. En materia de salud, es evidente la importancia que tienen los temas de embarazo en adolescentes, el aborto, el SIDA, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo. A manera de ejemplo, las crecientes necesidades de escolarización de las jóvenes -el porcentaje de mujeres mayores de 15 años sin instrucción o con primaria incompleta ha pasado de 72.2% en 1970 a 29.9% en 2000-, trae consigo requerimientos específicos de apertura de oportunidades y de atención para favorecer su desarrollo integral en todos los aspectos de la vida”.

“Los niños, por su vulnerabilidad, han sido objeto de explotación y maltrato, y requieren políticas públicas específicas. Más de dos tercios de los niños habitan en zonas urbanas, lo que implica la necesidad de crear espacios de esparcimiento y condiciones de seguridad y convivencia que propicien su sano desarrollo y aseguren sus derechos sociales y humanos”.

“El aumento de la esperanza de vida en México plantea importantes retos de carácter económico, político y social. En la actualidad, el grupo de población de 60 años y más es de 7.1 millones de personas, y las proyecciones muestran que el grupo seguirá aumentando significativamente en términos absolutos y relativos. Esto demanda el establecimiento de un mejor sistema de pensiones, servicios de salud y la creación de instituciones y de formas de convivencia sociales que les permitan gozar de oportunidades para una vida plena”.

“El grupo de los adultos en edades productivas atraviesa por una transición importante. Los cambios estructurales en la economía del país y las profundas transformaciones tecnológicas y económicas en todo el mundo plantean nuevos requerimientos de educación y formación continua, además de la responsabilidad de sostener tanto las necesidades de niños y jóvenes, como de adultos mayores”.

”Por otra parte, no se han dado las condiciones suficientes para la integración cultural, educativa, laboral y social de este grupo de población, problema que se agrava debido a que la situación económica ha limitado la asignación de recursos para este fin”.

”Las condiciones históricas de injusticia han colocado a los pueblos indígenas en situación de desigualdad, marginación y desventaja respecto del resto de la población nacional: la desnutrición entre los niños indígenas menores de cinco años ocasiona deficiencias en su crecimiento y desarrollo y eleva las tasas de enfermedades y mortalidad; los porcentajes de hogares indígenas sin agua entubada, energía eléctrica o drenaje son significativamente superiores a los de las regiones del país con baja densidad de población indígena. En el aspecto educativo, los rezagos son también notables: a mediados de la década pasada el analfabetismo entre los indígenas era casi cuatro veces mayor que el índice nacional; asimismo, la eficiencia terminal en las escuelas primaria bilingües fue 20% menor que el promedio nacional. Las condiciones de empleo e ingreso en las comunidades indígenas los obliga a emigrar y a padecer discriminación económica, política y social”.

Objetivo rector 2: acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades

“Incrementar la equidad y la igualdad de oportunidades implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana”.

Estrategias

(...)

b]. “Crear las condiciones para eliminar la discriminación y la violencia hacia las mujeres. Transformar las condiciones de inequidad de género en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, y poner a disposición de las mujeres los medios y recursos para que desarrollen integralmente sus capacidades, contribuyan, tengan acceso, control y disfrute efectivo de los servicios y beneficios del desarrollo del país y decidan en condiciones de equidad en todos los aspectos de la vida nacional”.

(...)

d]. “Dar protección y promover el desarrollo pleno de niños y adolescentes”. Crear las condiciones que permitan a los niños desarrollarse en un ambiente emocional y físicamente seguro, garantizándoles bienestar, educación, salud y equidad. Para tal efecto, se elaborará la agenda que servirá de guía para un movimiento nacional a favor de la niñez y se promoverá un consejo para apoyar el desarrollo de infantes y adolescentes.

e]. “Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada. Brindar a los adultos de edad avanzada mayores retribuciones, asistencia y oportunidades, incluyendo el empleo, que les permitan alcanzar niveles de bienestar acordes con sus necesidades y que valoren su contribución al desarrollo del país”.

“Fortalecer, enriquecer y ordenar las políticas y programas que atienden a las personas de edad avanzada, mediante la promoción de un Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de comités estatales, con la inclusión de más instituciones gubernamentales y privadas. El propósito es que este grupo de edad se mantenga en el más alto nivel posible de sus capacidades físicas, mentales y sociales. Se pondrá énfasis en la preparación de modelos de participación ciudadana con carácter autosustentable. Al mismo tiempo, se elaborarán programas de carácter preventivo”.

f]. “Promover y fortalecer el desarrollo de las personas con discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida nacional. Impulsar y promover la ampliación de la cobertura y una mejoría en las políticas públicas encaminadas a fomentar la integración social de las personas con discapacidad. Con este fin, se fortalecerán los programas institucionales mediante una coordinación intersecretarial que cuente con un sistema de evaluación y seguimiento. Se propondrán modificaciones al marco jurídico y se estimulará la participación de las organizaciones de la sociedad civil mediante la aplicación de proyectos ciudadanos autosustentables para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos con discapacidad. Asimismo, se elaborará el registro nacional de la población con discapacidad”.

g]. “Propiciar la participación directa de los pueblos indígenas en el desarrollo nacional y combatir los rezagos y las causas estructurales de su marginación con pleno respeto a sus usos y costumbres. Apoyar el proceso de desarrollo integral indígena dentro del contexto nacional creando las

condiciones para lograr una comunicación e interacción efectiva con diversos sectores de la sociedad, además de establecer programas gubernamentales de gran trascendencia que combatan los problemas estructurales que han obstaculizado o limitado el desarrollo de los pueblos indígenas, con el propósito de mejorar su nivel de vida”.

.....

APÉNDICE DOCUMENTAL 4

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006⁴

(suma)

La democratización de la salud

“El futuro de la salud de nuestro pueblo depende en buena medida de la construcción de reglas, vehículos y espacios que propicien la responsabilidad explícita de los funcionarios y estimulen la participación ciudadana. De hecho, el mensaje central del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es que existe un vínculo profundo entre salud y democracia”.

“El término ciudadano se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco de una Constitución. Estos derechos y obligaciones no son exclusivamente civiles y políticos. Las concepciones modernas de ciudadanía consideran que la libertad, la igualdad ante la ley y el ejercicio de los derechos políticos son nociones ambiguas a menos de que todos los habitantes hayan alcanzado un nivel digno de vida. Puede incluso afirmarse que el desarrollo de la ciudadanía culmina con la implantación de los derechos sociales, los cuales se hacen realidad a través de las actividades de instituciones tales como el sistema educativo y los servicios de salud”.

“El disfrute de los derechos sociales con frecuencia va precedido del ejercicio de los derechos individuales y políticos. Los mejores ejemplos son las democracias de Europa occidental. En la primera mitad del siglo XX, los

⁴ Algunos puntos relevantes para el trabajo.

ciudadanos de estos países exigieron con éxito a sus autoridades un mayor acceso a los servicios de salud, la educación y la seguridad social. Pero éste no ha sido siempre el caso. Los regímenes autoritarios de Europa oriental del siglo pasado, por ejemplo, pudieron garantizar un acceso equitativo a una cantidad razonable de servicios sociales, pero en ausencia del respeto a los derechos individuales y políticos básicos. Este último modelo resultó insostenible. En realidad lo que se requiere es el refuerzo mutuo de estos derechos”.

“Los cambios históricos que nuestro país está viviendo nos ofrecen oportunidades para avanzar en ambos sentidos. Podemos aprovechar los nuevos espacios de participación ciudadana para hacer de México un país más próspero y equitativo. Pero al ampliar los ámbitos de prosperidad y reducir las brechas sociales, podremos a la vez contribuir a consolidar nuestra democracia. En el caso específico de la salud, podemos afirmar que al democratizar la atención de la salud, los mexicanos elevaremos nuestros niveles de bienestar y al mismo tiempo estaremos contribuyendo a mejorar la salud de nuestra democracia”.

Los retos

El reto de la equidad

“México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos. En menos de 30 años el país acumuló rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno-infantiles se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico; en el otro están las enfermedades no

transmisibles y las lesiones, problemas que, con diferente magnitud, predominan en todos los países desarrollados”.

“Los problemas del rezago se concentran en las comunidades rurales dispersas y en la periferia de las grandes ciudades. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza y su solución definitiva depende de la posibilidad de incrementar el nivel de bienestar general de estas poblaciones. Sin embargo, existe información que demuestra que aun en presencia de estas condiciones de pobreza es posible reducir considerablemente el peso de estos padecimientos a través de intervenciones altamente efectivas y accesibles desde el punto de vista financiero”.

“Los problemas emergentes, por su parte, se deben en su mayoría a la creciente exposición a estilos de vida que dañan la salud. El sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, la inseguridad pública y vial, la violencia en el hogar, y el deterioro de las redes familiares y sociales han crecido incesantemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país. Su control depende de la implantación de estrategias anticipatorias y preventivas que incidan sobre los hábitos de vida. Pero la complejidad de la actual situación de salud va más allá de la yuxtaposición de problemas. Aunque los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población y, además de sufrir de las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen de problemas propios para los que ya

existen soluciones probadas y de bajo costo. El abatimiento de estas desigualdades sanitarias es un asunto que no puede postergarse más”.

El reto de la calidad

“Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social. El sistema mexicano de salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana”.

“Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1 952 centros de salud urbanos y rurales, y 214 hospitales generales de la SSA entre 1997 y 1999 son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego a la normatividad de los programas prioritarios. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33, 44 y 20 por ciento, respectivamente. En los hospitales el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89 por ciento

de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto. Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales apuntan en el mismo sentido. De los casi 4 mil hospitales que existen en el país, sólo han sido evaluados y dictaminados por esta comisión 518 (13%). Esto significa que en más del 85 por ciento de las unidades hospitalarias se carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada. Otro indicador que refleja problemas de calidad es el porcentaje de cesáreas. A escala nacional esta cifra se ha incrementado de 23.5 en 1991 a 32 por ciento en el momento actual (véase figura 1.9). El caso más extremo es el del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en donde 51 por ciento de los nacimientos son cesáreas”.

“Los problemas de calidad no son privativos del sector público. De las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en el proceso de evaluación obtuvieron calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y en un nivel inferior al de los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Un caso especial son las 1 500 unidades hospitalarias privadas que cuentan con cinco camas o menos y que funcionan sin regulación. Estas unidades suelen estar mal equipadas, tienden a estar atendidas por médicos no certificados, no cuentan con médicos de tiempo completo y tienen un servicio de enfermería a cargo de

pasantes o auxiliares. Por lo que se refiere a las cesáreas, el problema es todavía más grave en este sector”.

El reto de la protección financiera

“Un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud. En este rubro, el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requieren”.

“Las cuentas nacionales de salud indican que más del 50 por ciento del gasto total en salud es gasto privado y más del 90 por ciento del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal (en adelante “gasto de bolsillo”). También se sabe que este último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Asimismo, se calcula, conservadoramente, que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos. Este fenómeno es más común entre los hogares pobres comprendidos en los deciles de ingreso 1, 2 y 3, como se muestra en la figura 1.13. Sin embargo, el aseguramiento ofrece protección financiera, especialmente a los hogares pobres. (...) los gastos catastróficos son menos comunes en las familias pobres aseguradas que entre las que no gozan de seguro”.

“No es de sorprender que dos de cada diez mexicanos posterguen la atención de su salud cuando la requieren y que incluso deban renunciar a ella. Entre los discapacitados y enfermos crónicos esta cifra llega a ser mayor. Asimismo, según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 20 por ciento de las personas reportaron haber tenido problemas para pagar las cuentas del médico y del hospital, y para pagar por las medicinas prescritas. Un alto porcentaje reportó haber tenido que disminuir sus gastos en otros rubros para cubrir sus gastos de salud. Este último fenómeno fue particularmente frecuente entre los entrevistados de menores ingresos”.

.....

Objetivos

“En concordancia con los objetivos rectores del área de desarrollo social y humano del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, que buscan mejorar los niveles de bienestar de los mexicanos, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se plantea como objetivos los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.”

Estrategias y líneas de acción

“Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.”

ESTRATEGIA 1. Vincular a la salud con el desarrollo económico y social

“Una de las premisas centrales de este programa es que existe una estrecha relación entre salud y desarrollo económico y social. La salud, de hecho, depende de múltiples factores cuyo control escapa al sistema de salud. La mejoría en las condiciones de salud de la población depende, por lo tanto, de la colaboración con otros sectores. En otras palabras, las *políticas de salud* deben complementarse con *políticas saludables*”.

“La inversión en salud incrementa el capital humano y contribuye con ello al desarrollo. Los servicios de salud, además, son ellos mismos un vigoroso sector de la economía. Adicionalmente a este efecto multiplicador en el plano económico, la experiencia internacional demuestra que la atención de la salud de los ciudadanos fortalece la cohesión y el desarrollo sociales”.

“Las acciones que dan cuerpo a esta primera estrategia son consistentes con los siguientes dos propósitos generales: i) promover que todo proyecto de desarrollo tome en consideración sus efectos sobre la salud, para así garantizar el diseño e implantación de políticas saludables, y ii) promover actividades multisectoriales sobre los determinantes de la salud, en especial sobre el crecimiento y distribución de la población, educación –sobre todo de las mujeres–, alimentación, agua potable y saneamiento, vivienda, medio ambiente, seguridad vial, seguridad pública, salud en el trabajo, recreación y deporte”.

ESTRATEGIA 2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres

“Bajo el término rezago se ubican los daños a la salud evitables, que generalmente se relacionan con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y la reproducción. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza, por lo que su solución definitiva depende de la reducción de la misma. Sin embargo, existe información que demuestra que aún en presencia de esta condición es posible reducir considerablemente el peso de estas enfermedades a través de intervenciones altamente efectivas que tienen un costo razonable”.

“Una característica importante del rezago es su concentración en ciertos espacios geográficos, grupos socioeconómicos, grupos de edad y

enfermedades. En México, una parte considerable se concentra en los menores de cinco años y en las mujeres en edad reproductiva de la población pobre de cuatro estados: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Dentro de los daños a la salud que presentan estas poblaciones se incluyen la desnutrición, la anemia, las parasitosis, las diarreas, las infecciones respiratorias, la tuberculosis, las muertes maternas y el cáncer cérvico-uterino”.

“Para los problemas del rezago es necesario garantizar el acceso efectivo de la población de alta marginación, tanto rural como urbana, a servicios básicos de salud mediante la focalización de ciertos programas (PROGRESA, Arranque Parejo en la Vida, Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas) en las comunidades y grupos poblacionales más vulnerables”.

ESTRATEGIA 3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades

“El perfil epidemiológico del país se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, tanto accidentales como violentas. A diferencia del rezago, estos problemas no están concentrados y afectan tanto a las poblaciones de ingresos altos y medios como a los pobres”.

“Los problemas emergentes exigen una definición clara de prioridades, la promoción de estilos de vida saludables y mayores esfuerzos para detectar tempranamente los principales padecimientos de este grupo. La discapacidad generada por estos problemas debe atenderse con la participación de otros sectores de la administración pública y la sociedad.

Los objetivos, en este caso, además de contribuir a la rehabilitación de los discapacitados, incluyen la oferta de infraestructura y servicios públicos especiales, y la puesta en marcha de programas para suprimir la discriminación de esta población y favorecer su integración social y laboral. En este frente se propone: i) promover estilos de vida saludables –el ejercicio y la adopción de hábitos nutricios razonables, entre otras cosas; ii) colaborar con otros sectores en la construcción de una nueva cultura vial que atienda de manera prioritaria los accidentes de tráfico; iii) promover el diagnóstico temprano del sobrepeso, la diabetes y la hipertensión; iv) adoptar medidas para desalentar el consumo de alcohol y tabaco; v) diseñar programas para la prevención de los problemas de salud mental y de las adicciones en general; v) desarrollar intervenciones costo-efectivas y protocolos clínicos para atender los daños de los padecimientos emergentes, y vi) fortalecer los programas de rehabilitación e integración laboral y social de los discapacitados”.

ESTRATEGIA 4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud

“La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La calidad tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal”.

(...)

ESTRATEGIA 5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población

“La salud tiene siempre un elemento de incertidumbre. Nadie sabe cuándo va a enfermar. Si estos acontecimientos impredecibles se enfrentan sin un seguro de salud o sin ahorros suficientes, se corre el peligro de incurrir en

gastos catastróficos. Pagar del bolsillo en el momento mismo en que se necesita la atención es la peor forma de financiar los servicios de salud, debido a la incapacidad para tomar decisiones bien informadas y a la imposibilidad de generar recursos por efecto de la misma enfermedad. No obstante, más de la mitad del gasto total en salud en México es gasto de bolsillo”.

“La transición del país hacia una economía moderna con instituciones sólidas requiere de un sistema de salud financieramente más justo y que proteja a la población contra pagos excesivos y potencialmente catastróficos. Esto puede lograrse invirtiendo *anticipadamente* en servicios de salud. Para fortalecer el aseguramiento y desalentar el pago de bolsillo en México, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se propone actuar en tres frentes:

1. La consolidación de la protección básica de todos los mexicanos y la creación de un seguro de salud popular universal, equitativo y que garantice calidad en los servicios cubiertos.
2. La ampliación de la afiliación al seguro social.
3. El reordenamiento y la regulación de los seguros privados como medida complementaria de las dos anteriores

Estas tres formas de prepago pueden garantizarle a todo mexicano en los próximos años protección financiera en materia de salud y acceso a servicios de salud integrales y de calidad. El concepto de *población abierta* podrá entonces desecharse ya que todos los mexicanos tendrán la categoría de derechohabiente”.

“El seguro popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento. Los seguros sociales, financiados principalmente a través

de cuotas obrero-patronales y aportaciones del gobierno, comprenden a las instituciones creadas *ex profeso* para ello, como el IMSS o el ISSSTE. Los seguros privados se financian voluntariamente con gasto de las familias y empresas, y en este esquema se asumen como mecanismos complementarios al aseguramiento público”.

ESTRATEGIA 6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud

“Consolidar el federalismo es una prioridad del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. Con esto se busca llevar las decisiones y los recursos a donde suceden las cosas, acercar los servicios a los ciudadanos y lograr una distribución más equitativa de oportunidades entre los distintos niveles de gobierno. En las últimas dos décadas, México realizó un notable avance en materia de federalización. No obstante, todavía existe una amplia agenda de pendientes en este rubro que incluye desde temas de financiamiento y rectoría hasta asuntos operativos y de coordinación. Para atender esta agenda se propone fortalecer el federalismo bajo un enfoque de cooperación que preserve los principios de solidaridad y corresponsabilidad. Desde la perspectiva de la salud, el federalismo cooperativo busca articular un sistema que dé fuerza y solidez a la Federación en un marco de respeto a las atribuciones de los diferentes niveles de gobierno y mediante un proceso de revisión dinámica en la que la distribución equilibrada de facultades responda a las necesidades cambiantes del Sistema Nacional de Salud. Esto supone establecer arreglos de cooperación entre las entidades y la Federación”.

“Las líneas de acción que se proponen van dirigidas a uno o más de los cuatro niveles de gobierno en el que se enmarca el federalismo cooperativo: federal, estatal, municipal y regional”.

“El tema del financiamiento se aborda desde una perspectiva federal, ya que solo así puede garantizarse una contribución proporcional a la capacidad de pago y una redistribución proporcional a las necesidades de salud. Adicionalmente se considera el financiamiento de los servicios otorgados por los organismos descentralizados, cuyo ámbito de acción es regional. La descentralización de la SSA y la desconcentración de las instituciones de seguridad social buscan consolidar y extender la distribución de facultades y recursos en el nivel estatal. Las acciones de cooperación interestatal en el ámbito regional se dirigen a los servicios de alta especialidad y de salud pública. La necesidad de enfrentar riesgos que rebasan las fronteras estatales y aprovechar economías de escala requiere que éstos operen bajo esquemas de colaboración horizontal”.

“Finalmente, se propone llevar la prestación de servicios hasta el plano municipal, siempre en función de la capacidad económica y organizativa de los gobiernos municipales”.

ESTRATEGIA 7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud

“La Ley General de Salud le confiere a la SSA las funciones de rectoría sobre todo el sector, que comprende a todos los actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales que desempeñan actividades relacionadas directamente con la salud. Esto incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las diferentes dependencias y entidades”.

“La función de rectoría ha evolucionado y hoy implica la separación de funciones y el abandono, por parte del Estado, de la prestación directa de servicios. Supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e

insumos, la generación y el análisis de la información, y la evaluación del desempeño”.

“La presente administración se propone fortalecer la función rectora de la SSA mediante la consolidación de su papel como instancia encargada del diseño e instrumentación de las políticas nacionales de salud, la coordinación de las actividades regulatorias, la representación internacional, la generación de información sectorial y la evaluación del desempeño”.

ESTRATEGIA 8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud

“La atención a la salud en prácticamente todo el mundo ha pasado de privilegiar el acto clínico curativo, hospitalario, especializado e institucional a promover cada día más la salud preventiva en el medio familiar y en la comunidad. Por otro lado, los esfuerzos por mejorar la respuesta del sistema y la satisfacción de los pacientes con los servicios de salud han acercado la toma de decisiones y el manejo de los recursos al ámbito local y le han otorgado a los usuarios mayor capacidad de decisión”.

“A tono con esta transición, la presente administración propone la adopción de un nuevo Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). Se trata de un modelo comunitario, de atención integral, basado en compromisos, orientado al usuario y articulador del cuidado profesional con el autocuidado. Un modelo que, retomando los éxitos de cobertura alcanzados, restablezca la continuidad de la atención”.

ESTRATEGIA 9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención

“El desarrollo democrático de México debe sustentarse en el ejercicio de los derechos ciudadanos y el reconocimiento de la riqueza de la sociedad civil. En el plano de las políticas sociales esto debe traducirse en políticas de inclusión y mecanismos e instancias de participación”.

“Un sistema de salud efectivo y eficiente requiere de ciudadanos y grupos organizados interesados en incorporar temas a su agenda y participar en el diseño, implantación y evaluación de sus políticas y programas; ciudadanos y grupos que se constituyan en parte de su soporte técnico, que le den legitimidad a sus iniciativas y cuerpo al nuevo pacto que la sociedad estableció con sus instituciones públicas. Para hacer esto realidad, los ciudadanos y sus representantes deben tener acceso a información relevante; contar con foros para dar a conocer sus opiniones y propuestas; participar en la toma de decisiones en todos los niveles del sistema, y contar con mecanismos para presentar quejas y sugerencias, a las que se deberá responder con oportunidad y eficiencia. El sistema debe ofrecer, asimismo, opciones a los usuarios en el primer nivel de atención. Dado el carácter tan íntimo de la relación médico-paciente, los usuarios deben contar con la posibilidad de ejercer el derecho a elegir al prestador que se hará cargo de su salud y la salud de su familia. Esta libertad tiene la ventaja adicional de que genera una sana competencia que influye positivamente en la calidad de la atención”.

“Las actividades incluidas en esta estrategia van dirigidas específicamente a ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión del sistema de salud; la promoción de la posibilidad de elegir al prestador en el

primer nivel de atención; establecimiento de mecanismos que promuevan la incorporación de los grupos de autoayuda y las ONG a las discusiones y decisiones de políticas, y a la creación de instrumentos que hagan accesible la información de salud a todos los ciudadanos para así propiciar una clara y continua rendición de cuentas”.

ESTRATEGIA 10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud

“La producción de servicios de salud se caracteriza por el empleo intensivo de una amplia gama de recursos humanos y materiales, información y conocimiento. En la medida en que estos recursos se generen y distribuyan de manera racional y equitativa se garantizará una prestación de servicios de salud equitativa y de calidad”.

“En México hay insuficiencia de ciertos recursos y un problema grave de distribución en la mayoría de ellos. Mientras que en las ciudades hay un exceso de personal médico y paramédico, que se traduce en desempleo y subempleo, en las áreas rurales hay escasez. Asimismo, los centros generadores de conocimiento se concentran en unas cuantas instituciones ubicadas en su gran mayoría en las tres grandes ciudades del país”.

“Estos problemas son resultado de una falta de planeación y una falta de coordinación entre las instancias generadores de recursos, por un lado, y los tomadores de decisiones y los prestadores de servicios, por el otro”.

“El objetivo de las acciones que se incluyen en esta estrategia es incorporar al diseño de las políticas de salud la idea de que la inversión en capital humano, conocimiento e infraestructura tiene una importancia estratégica.

La sugerencia fundamental es planear el desarrollo de estos recursos haciendo uso de criterios explícitos y tomando en cuenta las necesidades concretas de salud. En este sentido se retomará y profundizará el trabajo de instancias tales como la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud y el Comité de Colaboración Sectorial”.

.....

Rendición de cuentas

“La rendición de cuentas sobre las acciones del sistema de salud tiene múltiples objetivos. Además de generar información para la ciudadanía, puede ser un medio eficaz para mejorar la toma de decisiones, identificar nuevos desafíos, promover el diálogo acerca de las políticas nacionales de salud y contribuir a poner a la salud en el centro de los debates nacionales, proporcionando información oportuna y confiable sobre un aspecto central del bienestar de los ciudadanos”.

“El Ejecutivo Federal rendirá cuentas sobre el desempeño del sistema de salud: a los ciudadanos, mediante la presentación de informes públicos a la Asamblea Nacional de Salud; al Poder Legislativo, a través de presentaciones en las Comisiones de Salud y Seguridad Social de las cámaras de Diputados y Senadores, y al sector salud y la Federación, mediante la presentación de informes al CSG y al CNS”.

“Los medios masivos de comunicación, las instituciones académicas y otras organizaciones sociales, como las ONG, recibirán información sobre el Sistema Nacional de Salud a libre demanda y únicamente con las

restricciones que implican la protección de la confidencialidad de los usuarios y el respeto de la vida privada”.

Informes al Congreso de la Unión

“La democracia supone la rendición regular de cuentas por parte del Poder Ejecutivo al Poder Legislativo. El espacio para este ejercicio es el Congreso de la Unión. Con carácter periódico y a solicitud expresa, el C. Secretario de Salud rendirá cuentas a las Cámaras de Diputados y Senadores a través de sus respectivas Comisiones de Salud y Seguridad Social mediante un Informe de Avances del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. En este informe se dará cuenta del grado de avance de las estrategias y acciones de dicho programa, del grado de cumplimiento de sus metas, y de las medidas correctivas o complementarias que haya sido necesario adoptar en su periodo de vigencia”.

Seguimiento por el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud

“El CSG es un órgano que depende directamente de la Presidencia de la República y tiene como mandato constitucional participar en el diseño de las políticas de Estado en materia de salud, con énfasis en la cooperación y acción intersectorial. El CNS es un órgano involucrado en la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud. Es una instancia de alto nivel en donde las autoridades de salud analizan y definen las políticas de salud nacionales y coordinan las acciones respectivas entre la Federación y los estados”.

“El titular de la SSA presentará un informe anual de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* ante el CSG y CNS. Las recomendaciones y

observaciones que se produzcan en las discusiones de estos informes se incorporarán al Informe de Avance del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* que se presentará ante el Congreso”.

Asamblea Nacional de Salud

“En los programas IMSS-Solidaridad, PASSPA y Progresá se dieron experiencias de participación social que deben recuperarse y fortalecerse. La acción ciudadana, individual o colectiva, enriquece la acción pública: democratiza las decisiones, legitima la definición de prioridades y mejora la asignación de recursos. En esta administración la participación social se promoverá en todos los niveles de gobierno (nacional, estatal y municipal) y en todas las instancias de decisión pública en materia de salud (instituciones y unidades de salud). Como foro de participación organizada se propone la creación de una Asamblea Nacional de Salud que se reunirá anualmente. La asamblea funcionará como un espacio para la rendición de cuentas, y como foro para el intercambio y la discusión de ideas y experiencias”.

“Por su parte, el Consejo Ciudadano de Seguimiento del Programa Nacional de Salud 2001-2006 conocerá con detalle las acciones llevadas a cabo por el sistema de salud para la consecución de sus objetivos y el alcance de sus metas, y propondrá mecanismos para evaluarlas. La SSA dotará a este Consejo de todas las facilidades para el cumplimiento de su cometido”.

Opinión ciudadana

“La medición de la opinión de los ciudadanos sobre asuntos de interés público es ya una práctica habitual. Las encuestas de opinión permiten

conocer, por ejemplo, el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios públicos”.

“Con la intención de atender mejor las inquietudes de los usuarios de los servicios de salud, la presente administración incorporará a sus herramientas de gestión encuestas de percepción que se aplicarán de manera periódica. Los resultados de estas encuestas se difundirán de manera masiva por medios impresos y electrónicos”.

ÍNDICE

Tabla de siglas y abreviaturas	IX
Introducción	XVII

CAPÍTULO I

EL ESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: MARCO ANTECEDENTAL Y CONTEXTUAL	27
A. Los derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de los derechos humanos: perfiles conceptuales para una correcta delimitación	27
1. Contexto histórico	27
2. Perfiles conceptuales	36
B. Los derechos económicos, sociales y culturales en México, y el impacto del modelo económico neoliberal.....	43
1. Los derechos económicos, sociales y culturales en el contexto político y económico de México.....	44
2. Influencia de la economía internacional	58
C. Vínculo entre los instrumentos internacionales en la materia y la Constitución Política Mexicana.....	61
1. Declaración Universal de Derechos Humanos.....	62



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.

2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	66
3. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	68
4. Convención Americana y Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	69
D. Los derechos sociales en la Constitución de 1917: razones histórico-jurídicas de su evolución	80
1. Artículo 123 constitucional	84
2. Artículo 27 constitucional	87
3. Artículo 3º. constitucional	89

CAPÍTULO II

DIMENSIÓN OBJETIVA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MEXICO: MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO	93
A. Naturaleza de las obligaciones del Estado	93
B. Función del Estado en la protección del derecho a la salud	96
C. Marco normativo e institucional del derecho a la protección de la salud	103
1. Artículo 4º. constitucional y el derecho a la protección de la salud	104

2. Planes nacionales y programas sectoriales	108
3. Ley General de Salud.....	115
4. Panorama general de los reglamentos federales del derecho a la protección de la salud.....	126
D. Distribución de competencias en el Sistema Nacional de Salud.....	129
1. Control y regulación del derecho a la protección de la salud en las entidades federativas.....	132
2. Ejemplo de la descentralización integral de los servicios de salud en las entidades federativas: Aguascalientes.....	136
3. Esquema de descentralización integral de los servicios de salud para la población abierta del Distrito Federal.....	138
4. Algunas Constituciones estatales.....	140

CAPÍTULO III

SITUACIÓN EN MÉXICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, CON LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR EL ESTADO, EN CUMPLIMIENTO A LA OBLIGACIÓN DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD.....	145
A. Aspectos generales de diagnóstico.....	163
1. Orientación demográfica: causas y efectos.....	166
a) Mortalidad.....	174
b) Nutrición.....	176
c) Condiciones salubres.....	181
d) Esperanza de vida	184
2. Recursos financieros	185

B. Actividades preventivas.....	198
C. Actividades curativas.....	206
1. Servicios públicos a la población en general.....	228
2. Servicios para personas protegidas por instituciones públicas de seguridad social	233
3. Servicios sociales o privados.....	238
4. Insumos.....	242
D. Asistencia a grupos vulnerables	251
1. Niños.....	253
2. Ancianos	262
3. Mujeres	265
4. Indígenas	270
5. Indigentes	278
6. Discapacitados.....	283

CAPÍTULO IV

INSTRUMENTOS DE DEFENSA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	289
A. Recursos administrativos.....	289

1. Recurso administrativo ante la Secretaría de Salud.....	290
2. Quejas institucionales ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.....	292
3. Quejas institucionales ante el Instituto Mexicano del Seguro Social	297
4. Procedimiento de responsabilidad administrativa ante las Contralorías	304
B. Otros mecanismos alternativos de carácter administrativo tipo <i>ombudsman</i> o de conciliación y arbitraje	308
1. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.....	308
a) Antecedentes.....	308
b) Atribuciones.....	309
c) Competencia	309
d) Procedimiento de queja	311
2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	316
a) Funciones.....	317
i) Conciliación	318
ii) Arbitraje.....	321
b) Naturaleza de las decisiones.....	327
3. Procuraduría Federal del Consumidor.....	329
C. Mecanismos jurisdiccionales nacionales de protección del derecho a la salud.....	332

1. Juicio civil	334
2. Juicio penal	336
D. Mecanismos de protección del derecho a la salud en el Sistema Interamericano y de Naciones Unidas.....	341
1. La Organización de Estados Americanos	341
2. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	342
3. Corte Interamericana de Derechos Humanos	348
4. Mecanismos de protección del derecho a la salud en el marco de las Naciones Unidas	351
Conclusiones.....	355
Propuestas.....	361
Fuentes consultadas	363
I. Bibliografía	363
a. Monografías y libros	363
b. Manuales y obras colectivas	369
c. Artículos científicos en revistas especializadas.....	374
II. Hemerografía.....	381
a. Periódicos	381
b. Revistas.....	381
III. Legislación.....	382
a. Nacional	382
b. Internacional.....	384

IV.	Jurisprudencia y otras resoluciones.....	385
V.	Documentos oficiales.....	387
	a. Nacionales.....	387
	b. Normas.....	392
	c. Internacionales.....	392
	i. Documentos de la Organización de Naciones Unidas.....	392
	ii. Documentos de la Organización de Estados Americanos.....	397
	iii. Otros documentos internacionales.....	398
VI.	Fuentes virtuales.....	398
VII.	Seminarios, conferencias, mesas redondas y otros eventos.....	402
VIII.	Discursos y entrevistas.....	404
IX.	Información audio y videográfica.....	405
X.	Enciclopedias y diccionarios.....	406
Apéndice documental.....		409
	1. Declaración de Alma-Ata.....	409
	2. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.....	415
	3. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.....	421
	4. Programa Nacional de Salud 2001-2006.....	439
Índice.....		461