



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN DERECHO

FACULTAD DE DERECHO

LA INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA SOCIAL DE LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL EN EL SECTOR SALUD,
PERÍODO 2007-2012

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN DERECHO

PRESENTA

LEONILO REYES SÁNCHEZ

TUTOR:

DR. SERGIO MARTÍNEZ ROSASLANDA

FACULTAD DE DERECHO UNAM

MÉXICO, D.F., FEBRERO DE 2015.



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.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	4
TABLA DE ABREVIATURAS	5
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	9
HIPÓTESIS.....	10
INDICADORES.....	11
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
CAPITULO PRIMERO.....	12
ANTECEDENTES DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIÓLOGICA EN MÉXICO	12
I.INTRODUCCIÓN	12
II. ANTECEDENTES.....	15
III. LA PRESENCIA DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS EN MÉXICO.....	24
IV. LAS EMPRESAS TRANSNACIONALES AGROALIMENTARIAS MÁS IMPORTANTES EN MÉXICO.....	29
V. IMPOSICIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS	38
VI. CONCLUSIONES.....	44
CAPITULO SEGUNDO	46
ORDENAMIENTO JURÍDICO CONSTITUCIONAL QUE REGULA LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	46
I.INTRODUCCIÓN	46
II. NUEVO ESQUEMA DE PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA CONOCIDO COMO PROYECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PPS)	50
III. LA INFRAESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD BAJO EL ESQUEMA DE PROYECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PPS).....	60

IV. LA PRESENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN CLÁSICA EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD.....	69
V. CRÍTICAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	75
VI. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	78
VII. CONCLUSIONES	81
CAPITULO TERCERO.....	83
TEMAS EXPUESTOS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012, QUE SON OBJETO DE CRÍTICA.....	83
I.INTRODUCCIÓN.....	83
II. ESTADO DE DERECHO COMO EJE CENTRAL DE PND 2007-2012.....	83
III. SALUD Y PND 2007-2012	87
IV. TESIS JURISPRUDENCIALES EN MATERIA DE SALUD.....	97
V. EL CAPITAL FINANCIERO EN EL SECTOR SALUD.....	107
VI. LA INFLUENCIA DE LA CRISIS ECONÓMICA DE 1982 PARA LAS REFORMAS CONSTITUCIONALES DE 1983 Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	110
VII. CONCLUSIONES	116
CAPITULO CUARTO.....	119
LOS DERECHOS AL BIENESTAR Y LA SALUD, TUTELADOS COMO HUMANOS, QUE SE DESPRENDEN DE LOS ARTÍCULOS 1° TERCER PÁRRAFO Y 4° TERCERO Y CUARTO PÁRRAFOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	119
I.INTRODUCCIÓN.....	119
II.DERECHOS HUMANOS Y GLOBALIZACIÓN.....	122
III.LOS ARTÍCULOS 1° SEGUNDO PÁRRAFO 4° TERCERO Y CUARTO PÁRRAFOS CONSTITUCIONALES.....	124
IV.EFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN LA SALUD	131
V. CONCLUSIONES.....	134
CONCLUSIONES GENERALES	136

PROPUESTAS	138
BIBLIOGRAFÍA.....	144

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo para para la elaboración de este escrito.

En especial, agradezco al Dr. Sergio Martínez Rosaslanda por las sugerencias para el mejoramiento y especificación del problema planteado

TABLA DE ABREVIATURAS

AFORE: Administración de Fondos para el Retiro

AMNPAPF: Acuerdo por el que se expide el Manual de Normas Presupuestarias para la Administración Pública Federal

ANSA: Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

ANTAD: Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales

APF: Administración Pública Federal

APP: Asociación Público Privadas

CANAINPA: Cámara Nacional de la Industria Panificadora y Similares de México

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CFPC: Código Federal de Procedimientos Civiles

CGIAR: Grupo Consultivo para la Investigación Agrícola Internacional

CONAGUA: Comisión Nacional del Agua

CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

COFEPRIS: Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios

CPSS: Comisión de Protección Social en Salud

DGAPBP: Dirección General de Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública

DGCHRAE: Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad

DGDIF: Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física

DOF: Diario Oficial de la Federación

HFR: Hospitales Federales de Referencia

HRAE: Hospitales Regionales de Alta Especialidad

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INSALUD: Instituto Nacional de Salud

IRRI: Instituto Internacional de Investigación del Arroz

ISEMYM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LA: Ley Agraria
LAASSP: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público
LAPP: Ley de Asociación Público Privada
LBN: Ley de Bienes Nacionales
LE: Ley de Expropiaciones
LFPRA: Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
LGS: Ley General de Salud
LOPSR: Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las Mismas
OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OIEA: Organización Internacional de Energía Atómica
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PABI: Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas dirigida al Público Infantil
PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX: Petróleos Mexicanos
PMIFS: Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PPS: Proyectos de Prestación de Servicios
PRONASA: Programa Nacional de Salud
PROSESA: Programa Sectorial de Salud
REDESS: Red de Servicios de Salud
REDSAES: Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad
RLA: Reglamento de la Ley Agraria
RLFRA: Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
RPSS: Régimen de Protección Social en Salud
SCJN: Suprema Corte de Justicia de la Nación
SCT: Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEGOB: Secretaría de Gobernación

SEMAR: Secretaría de Marina

SEP: Secretaría de Educación Pública

SHCP: Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SIC: Subsecretaría de Innovación y Calidad

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SNPSS: Sistema Nacional de Protección Social en Salud

SP: Seguro Popular

SS: Secretaría de Salud

UNA: Unión Nacional de Avicultores

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura

ZMVM: Zona Metropolitana del Valle de México

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación está presentando la causa que generó el fenómeno, que en el sector salud se le ha llamado transición epidemiológica, tiene su origen en la caída tendencial de la tasa de ganancia de las empresas transnacionales, situación que las obligó a buscar una contratendencia para neutralizar esta caída; encontraron que el sector agrícola ofrecía niveles muy aceptables de rentabilidad, siempre y cuando se utilizara la tecnología militar derivada de la segunda guerra mundial, por supuesto, reconvirtiéndola para ponerla al servicio de este sector, el caso más típico es la fabricación de tractores, además de la utilización de los productos químicos como insecticidas, fungicidas, pesticidas, herbicidas y fertilizantes de síntesis. También la tecnología nuclear se sumó rápidamente en la agricultura en la forma de técnicas para el control de plagas, mediante la esterilización de ejemplares irradiados y para la conservación de alimentos mediante la esterilización nuclear, actividad desarrollada durante las décadas de los cuarenta y cincuenta. También empezaron a industrializar los alimentos utilizando sustancias químicas para su conservación y almacenamiento hasta su consumo. Estas acciones tardaron años en presentar sus resultados, los seres humanos empezaron a padecer enfermedades crónico degenerativas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cáncer pulmonar, cáncer gástrico y obesidad, enfermedades largas, pausadas y de resolución a largo plazo 77.3 años de expectativa de vida. Este problema obligó a realizar reformas a la constitución, por lo que para 1983, la salud se elevaría a rango constitucional promulgando la Ley General de Salud, después de este año la Ley sufriría una serie de reformas para atender las epidemias que está padeciendo la sociedad mexicana. Sin embargo, a la fecha el Estado no ha tomado las medidas necesarias para revertir este fenómeno, por lo que está violando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus Artículos 1° segundo párrafo, 4° tercero y cuarto párrafos.

OBJETIVO GENERAL

Estudiar y analizar las causas del origen de la transición demográfica y epidemiológica que está experimentando nuestro país, con la finalidad de demostrar que son factores económicos los que están influyendo para que la población mexicana padezca de enfermedades, y, como consecuencia; que no se cumple con los Artículos 1° segundo párrafo, 4° tercero y cuarto párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que se están violando los derechos humanos concernientes al bienestar social y a la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Análisis de los objetivos fundamentales y los ejes rectores del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 para determinar cuáles son las propuestas gubernamentales para resolver el problema de la falta de recursos humanos como son médicos y enfermeras, así como de medicamentos para atender a la población sin seguridad social.

Análisis del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012.

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

Ley de la caída tendencial de la tasa de ganancia, Plusvalor, Burguesía y proletariado, Enajenación, Valor de uso nocivo, Capital social, El Estado benefactor y Estado neoliberal.

La ley de la caída tendencial de la tasa de ganancia se refiere a la productividad que consiste en producir más con menos, pero entre mayor sea la productividad empieza a operar esta ley, se tiene la creencia que a mayor productividad mayores son las ganancias, cuando en verdad sucede lo contrario.

El plusvalor es la parte de la jornada laboral que no se le paga al trabajador, se refiere a la parte que el capitalista se apropia. En una jornada laboral de 8 horas, el trabajador labora 4 horas para sí mismo, se le paga un salario que lo utiliza para

adquirir los medios de subsistencia para seguir sobreviviendo y reproducirse. Las otras 4 horas es el plus para el capitalista.

La burguesía, es la clase que posee los medios de producción y compra fuerza de trabajo para poner en operación a ambos y obtener el plusvalor mediante la explotación a los trabajadores.

Proletariado, es la clase que carece de los medios de producción que para poder subsistir vende su fuerza de trabajo.

Enajenación, se refiere a que los valores de uso son producidos socialmente y quienes los producen observan cómo se les escapan de las manos porque son destinados para el mercado.

Los valores de uso son todos los objetos que son útiles para el ser humano como los alimentos, la ropa, la tecnología, el suelo, las casas, nuestro planeta, nuestro propio cuerpo, nuestro cerebro que produce ideas e imaginación, el territorio.

Los valores de uso nocivos son los que se producen con fines lucrativos que en vez de beneficiar al ser humano cuando los consume le provocan enfermedades, lo deforman tanto física como emocionalmente, en la actualidad casi todos son nocivos.

Estado benefactor se refiere al Estado que interviene en la economía a través de invertir en empresas paraestatales, regula los precios y genera empleos beneficiando a la población.

Estado neoliberal se refiere a que el Estado entrega todas las empresas paraestatales e incluso los servicios que proporciona para la sociedad al sector privado y tiene poca intervención en la economía que en su lógica de pensamiento tiene la creencia que las fuerzas del mercado tienden hacia el equilibrio a través de la competencia de las empresas privadas y que la regulación deviene por sí misma, que no requiere de la intervención del hombre.

HIPÓTESIS

La solución de los problemas de salud de la población mexicana depende de los alimentos que consume, y la distribución del personal médico, enfermeras,

medicamentos e infraestructura hospitalaria de acuerdo a la demanda de los solicitantes de estos servicios; situación que el Estado no cumple y, en esa virtud, se violan los artículos 1º, segundo párrafo, 4º tercero y cuarto párrafos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

INDICADORES

Surtimiento de medicamentos recetados por institución, 2006-2012

Gasto público en salud, 2006-2011

Recursos humanos por cada 1,000 habitantes, 2007-2010

Número de establecimientos públicos de atención ambulatoria, 2007-2010

Razón de camas por cada 1,000 habitantes, 2007-2010

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se utilizó la metodología expuesta en *El Capital: Crítica de la economía política* desarrollada por Carlos Marx y demás autores que han utilizado los conceptos del marxismo para explicar la nueva época del capitalismo y su tendencia. También se realizó un análisis documental y de las normas sobre el tema; con el propósito de delimitar el problema y mediante el método deductivo se llega a las conclusiones.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIÓLOGICA EN MÉXICO

I.INTRODUCCIÓN

Como todo organismo social lleva dentro de sí su propia muerte, víctima de sus contradicciones, proceso que está demostrado por la historia, por lo que no podemos concluir que el sistema económico y social en el que vivimos, es decir, el capitalismo, tenga que ser eterno, aunque en la apariencia, se muestre como algo vigoroso con capacidad de dominio y sometimiento de todos los seres humanos que se le opongan, aun, emitiendo Leyes para justificar legalmente su acción en contra de sus enemigos históricos, el proletariado, esto no quiere decir, que siempre será así.

Internamente o dentro de su composición orgánica, empiezan a aparecer situaciones que van vulnerando su propio ciclo de vida, frente a la cual tiene que encontrar mecanismos para contrarrestar el deterioro que va experimentando en su proceso de desarrollo; uno de estos es la aplicación de la ciencia y la tecnología en la agricultura y la modificación de los alimentos, mediante su industrialización, que el ser humano consume.

La incorporación de la ciencia y la tecnología en la agricultura así como de la industrialización de los alimentos, en apariencia, es sumamente benéfica para la población, debido al incremento de la producción de los mismos, lo que no se observa es que, producidos capitalistamente, tienen una función completamente diferente a la satisfacción del hambre del ser humano, más bien, su aplicación está encaminada a resolver la insuficiencia de ganancias en este modo de producción. Si el hecho de producir alimentos en grandes cantidades para la población fuera una verdad, entonces no tendríamos que implementar un programa de *“cruzada nacional contra el hambre”*, pues el problema estaría resuelto con la aplicación de la ciencia y la tecnología en la agricultura y en la industrialización de los alimentos.

El problema esencial en el capitalismo es que su fin es la obtención de ganancias, así que las empresas capitalistas desde su establecimiento en nuestro planeta, han perseguido siempre un fin lucrativo, donde éste no existe, es una

actividad sin sentido, es decir, invierten en donde existe rentabilidad para obtener ganancias, cuando observan que éstas empiezan a caer buscan el modo de contrarrestar la *Ley de la baja tendencial de la tasa de ganancia*¹. Así, visto el problema, el fin último, de las empresas capitalistas, son las ganancias; sus preocupaciones no son el darles de comer a los seres humanos, sino el de cuidar que los alimentos se conserven en un “buen estado” hasta que sean consumidos.

Frente al problema de la caída tendencial de la tasa de ganancia, la sociedad entera es utilizada para contrarrestar este descenso, a través de una imposición de un sistema alimentario nocivo, por la modificación de los mismos, porque están hechos por las necesidades de acumulación de capital.

En el capitalismo, es ampliamente conocido el concepto de productividad, que significa hacer más con menos, es decir, fabricar mucho más mercancías con menos trabajo y se logra utilizando una mayor tecnología en el proceso de producción, pero, curiosamente, entre mayor sea la tecnología utilizada, manteniendo constante la fuerza de trabajo, más tiende a caer la tasa de ganancia, entonces es cuando hay que buscar las formas de contrarrestar esta caída, tarea que el capitalismo se encargó de realizar durante la segunda guerra mundial que es cuando incursiona en la agricultura y la modifica a sus intereses muy particulares.

Si observamos bien lo dicho, el proceso de aplicación de la ciencia y la tecnología, en la agricultura y después por la industrialización de los alimentos, es el inicio de la alteración del desarrollo natural de los granos lo cual, implica que también, que es el comienzo del consumo de éstos, químicamente modificados, que también alteran la composición fisiológica del ser humano con las consecuencias futuras; pues, es, en este proceso en donde se originan las enfermedades degenerativas, no son un producto natural, sino generadas históricamente por el sistema capitalista a través de subordinar el proceso de generación de alimentos

¹ Marx, Carlos, *El capital: crítica de la economía política*, sección tercera, ley de la baja tendencial de la tasa de ganancia, capítulo XIII, la ley en cuanto tal, 19a. reimpresión, siglo XXI editores, 2010, t. III, pp. 269 al 293. En estas páginas desarrolla ampliamente esta tendencia progresiva de la tasa de ganancia a la baja.

desde su producción, distribución y consumo, por su adecuación a las necesidades de extracción del plusvalor y la acumulación del capital.

Así, que solamente, el capitalismo ha logrado imponer un sistema alimentario que de suyo es completamente nocivo para la salud humana, no así para el propio sistema, por ser útil para la generación de ganancias. Este cometido lo logró a través de someter a todo el sistema alimentario tradicional y las dietas culinarias, o, solamente las soporta, en tanto que también le son útiles para sus intereses económicos. Así pues, el capitalismo tiene la capacidad para determinar de cómo se pueden reproducir los seres humanos y también el de influir directamente en la reproducción de sus sistemas corpóreos, dando origen a enfermedades como la obesidad, la diabetes y el cáncer². *“El Dr. Th. Slage y Dr. R. Shearer, del Centro de Investigaciones Hutchinson, en Seattle (Washington), precisaron en marzo de 1976, que el 80% de las enfermedades cancerosas en el ser humano, son causadas por los productos químicos en el ambiente y el 20% por productos químicos en los alimentos”.*

Que son los más comunes en la población mexicana. Más autores se han dedicado a investigar sobre la contaminación de los alimentos con pesticidas³. *“Ya son varios los estudios sobre la repercusión de estos productos sobre la salud humana, ya sea por contacto directo o por ingestión. En 1962, Rachel Carson en su polémico libro Silent Spring presentaba datos alarmantes sobre la contaminación de los alimentos por pesticida”.*

² Wú, Guin, Silvia y Alvarado, de la fuente Fernando, “Transgénicos, cáncer y otros males”, 14 de agosto de 2009, www.ecoportal.net/.../Transgenicos/Transgenico_cancer_y_otro_males, página consulta el 15 de mayo de 2012.

³ Ceccon, Eliane, “La revolución verde tragedia en dos actos”, Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, México, Ciencias, vol., 1, núm. 91, julio-septiembre, 2008, <http://redalyc.uaemex-mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?jcv=6441463004>

Sin embargo, este hecho histórico tiene su origen durante la segunda guerra mundial, situación que nos obliga a revisar los antecedentes.

II. ANTECEDENTES

Desde la época del desarrollo del capitalismo en Inglaterra, Carlos Marx ya había observado la revolución que provocó la gran industria en la agricultura por la aplicación conciente de la ciencia y la tecnología ampliando las áreas de cultivo, además de las modificaciones de las relaciones sociales por la disminución de la población campesina en términos absolutos convirtiéndolos como trabajadores asalariados y como consecuencia el crecimiento de la población urbana. El modo de producción capitalista se desarrolla uniendo la agricultura con la gran industria a costa de erosionar y hacer infértil grandes áreas del suelo, además el de destruir la salud físicas de los obreros urbanos y la vida intelectual de los trabajadores agrícolas, reiterando para el caso de Estados Unidos de América (posteriormente solamente se mencionará como Estados Unidos) que inicia su desarrollo a partir de la gran industria.

Y todo progreso de la agricultura capitalista no es sólo un progreso en el arte de esquilmar al obrero, sino a la vez en el arte de esquilmar el suelo: todo avance en el acrecentamiento de la fertilidad de éste durante un lapso dado, un avance en el agotamiento de las fuentes duraderas de esa fertilidad. Este proceso de destrucción es tanto más rápido, cuando más tome un país –es el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo- a la gran industria como punto de partida y fundamento de su desarrollo. La producción capitalista, por consiguiente, no desarrolla la técnica y la combinación del proceso social de producción sino socavando, al mismo tiempo, los dos manantiales de toda riqueza: la tierra y el trabajador⁴.

Sin embargo, el capitalismo como sistema económico y Estados Unidos en particular, avanzó no solamente en la aplicación de mejoras en la técnica de cultivos de alimentos, sino la utilización de químicos para incrementar la “calidad” y cantidad de los mismos, socavando la tierra y a la población en general.

Así, en México, la Fundación Rockefeller tuvo presencia durante los años cuarenta del siglo veinte, teniendo como actividad el de incursionar hacia la agricultura con un objetivo principal, la selección genética de nuevas variedades de cultivo de alto rendimiento, relacionada con la explotación extensiva e intensiva permitida por la geografía y el riego, utilizando masivamente fertilizantes químicos, insecticidas, fungicidas, pesticidas, herbicidas y fertilizantes de síntesis, así como el uso de tractores y demás maquinaria pesada que al compactar el suelo eliminaron la fauna, que ayudaba a controlar otros seres vivos que causaban daño a los cultivos; además de una erosión genética de las propias semillas. Después, Estados Unidos exportaría semillas hacia los países subdesarrollados como una propiedad privada con un valor mucho más alto, salidos de México, sin costo y como herencia de la humanidad. Además, durante la segunda guerra mundial, las grandes

⁴ Marx, Carlos, *op. cit.*, nota 1, 25a, reimpresión, Siglo XXI editores, 2011, t. I, vol. 3, pp. 612-613.

industrias de Estados Unidos, desarrollaron una tecnología militar, que no tuvo demanda en el mercado de manera inmediata, al terminar el conflicto bélico, por lo que tuvieron que reconvertirla para su uso en la agricultura, y en los demás sectores de la economía, el caso más típico es la fabricación de tractores a partir de la experiencia en el diseño de tanques de combate y la utilización de agrotóxicos como producto accesorio de una pujante industria químico-biológica dedicada a la fabricación de armas para la guerra. Esta tecnología bélica está fabricada para la destrucción de todo tipo de vida, aplicarla a la agricultura no es más que una forma de sometimiento de un sector de la economía mexicana que no estaba completamente subsumida a los intereses del desarrollo imperialista estadounidense.

Otro ejemplo es el de la tecnología nuclear que se sumó rápidamente en la agricultura en la forma de técnicas para el control de plagas mediante la esterilización de ejemplares irradiados y para la conservación de alimentos mediante la esterilización nuclear, actividad realizada por la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA), perteneciente a las Organizaciones Internacionales conexas al sistema de las Naciones Unidas.

La radiación ionizante ha demostrado ser sumamente valiosa para aumentar la variabilidad genética de las plantas de cultivo. Induce mutaciones tanto dañinas como beneficiosas, y permite a los Fito técnicos utilizar nuevos genes y combinaciones de estos para obtener variedades de cultivos resistentes a las enfermedades, mejor adaptadas y de mayor rendimiento.

En virtud del mismo mecanismo, la radiación ionizante esteriliza las plagas de insectos reduciendo así su reproducción, y esteriliza o mata los agentes patógenos y organismos que causan las enfermedades transmitidas por los alimentos así como el deterioro de éstos.

De ahí que las diversas aplicaciones de la tecnología nuclear, por sí mismas o en combinación con otras tecnologías avanzadas, hayan contribuido a esta revolución en todas las etapas de la cadena de producción de

alimentos: desde los suelos, el riego y las semillas, pasando por el desarrollo de plantas y animales y por la protección de los alimentos almacenados, hasta la entrada de éstos en el hogar del consumidor⁵.

La importancia de este argumento es que enfatiza lo que la tecnología nuclear ha contribuido a lo que le llaman la “revolución verde” porque mejora el suelo, las semillas, las plantas y protege los alimentos almacenados hasta ser consumidos. Más adelante veremos que esta actividad ha generado enfermedades que décadas más tarde se manifestarían, además de la degradación sistemática de los cereales como lo señala Gonzalo Flores.

La contaminación genética del maíz en México es el último capítulo de la degradación sistemática de los cereales que viene desde la Revolución Verde, la cual tuvo como uno de sus objetivos fundamentales socavar las producciones agrícolas de los países del tercer mundo, entre ellos México, puerta de entrada de Estados Unidos hacia América Latina y destruir así su autosuficiencia, seguridad y soberanía alimentarias⁶.

Desde 1941 iniciaron las investigaciones sobre la aplicación de la tecnología en la agricultura, los responsables de poner los cimientos fueron el vicepresidente de Estados Unidos, Henry Wallace, y el presidente de la Fundación Rockefeller, Raymond Fosdick. Para su proyecto de desarrollo agrícola pusieron la mira en América Latina y en México en particular. En 1943, la fundación inició su Programa

⁵ Sigurbjörsson, Björn y E., Lachance Leo, “El OIEA y la revolución verde. Desde los laboratorios de investigación hasta los campos de cultivo, las técnicas nucleares hacen sentir su influencia”, OIEA, Boletín, 3, 1987, http://www.iaca.org/publications/Magazines/Bulletin/Bull293/spanish/29305783842_es.pdf

⁶ Flores, Gonzalo, “Los organismos genéticamente modificados”, en Veraza, Jorge (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, México, Editorial Ítaca, 2007, pp.179-180.

Mexicano de Agricultura, centrando sus esfuerzos, en el mejoramiento del maíz y trigo. Esta fundación tuvo un papel muy importante para el establecimiento en nuestro país del Centro Internacional del Mejoramiento de Maíz y Trigo considerado como uno de los mejores centros de investigación en nuestro planeta.

Esta fundación al incursionar hacia la agricultura justificaba su actividad con la idea de realizar una “revolución verde” que tenía como misión acabar con el hambre, la cual se sigue utilizando reiteradamente, para su defensa. Aunque, se sabe que el aumento en la producción de alimentos no asegura su distribución de manera equitativa y que, además, el problema del hambre tiene una relación directa con la caída tendencial de la tasa de ganancia y la explotación de plusvalor como dice Jorge Veraza:

Sin nosotros saberlo, la alimentación se encuentra predeterminada en forma sistemática y, en el caso de la nuestra, por cierto en un sentido altamente nocivo para la salud, incluso en el caso de la así llamada comida casera, de manera que constituye ni más ni menos que un sistema capitalista de alimentación que apuntala a las mil maravillas al sistema capitalista de explotación de plusvalor⁷.

La Fundación Rockefeller al incursionar en la agricultura no solo generó enfermedades para el ser humano, sino, incluso, para las semillas, por las acciones del trabajo riguroso de selección genética, porque esta base genética las hace vulnerables a las enfermedades y a las plagas mientras que las especies nativas son más resistentes, porque poseen una alta diversidad genética; sin embargo la gama de genes de las especies nativas está siendo perdida por la erosión genética y se está volviendo cada vez más difícil combatir el surgimiento de estas enfermedades lo que resalta la vulnerabilidad de los cultivos comerciales. En realidad, la propuesta de esta fundación de uniformidad genética es una invitación

⁷ Veraza, Jorge (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, México, Editorial Ítaca, 2007, P. 17

para una epidemia devastadora para acabar con todas la especies en el planeta incluida la humana.

Durante los años cuarenta e inicios de los cincuenta, otras fundaciones privadas bien conocidas jugaron también un papel muy importante en la historia de la “revolución verde”, nos referimos a la Fundación Ford ya que se involucró desde inicios de los años cincuenta con diversos programas de investigación agrícola en la India. Esta Fundación en unión con la Fundación Rockefeller creó en 1960 en Filipinas, el Instituto Internacional de Investigación sobre el Arroz (IRRI) por sus siglas en inglés.

En 1966, el IRRI puso a la venta su primera variedad de arroz de gran rendimiento, el IRS, creado mediante el cruzamiento de una variedad Taiwanesa enana y una Indonesia de gran aceptación. Pese a varias desventajas serias –el grano de IRS era de baja calidad y la variedad carecía de resistencia a las enfermedades y plagas comunes del arroz- se distribuyó mucho debido a sus posibilidades de gran rendimiento. Hacia fines de la década de 1960, en el Tercer Mundo un 25% de la tierra dedicada al cultivo de arroz estaba plantada con el IRS o variedades semi-enanas similares. El arroz milagroso se había unido al trigo milagroso, en la supuesta búsqueda de vencer el hambre en el mundo, en la que estaba la Fundación Rockefeller⁸.

Más tarde se les uniría en el mismo proyecto, la Fundación Kellogg’s y después, estas fundaciones transfirieron todas las responsabilidades de la “revolución verde” a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dando origen a la creación del Grupo Consultivo para la Investigación Agrícola Internacional (CGIAR) por sus siglas en inglés.

⁸ GRAIN Y RAFI, El GIAR: “¿Investigaciones agrícolas para quién?”. El ecologista, s.l.i., v. 26, núm.6, noviembre-diciembre de 1996.

Aunque se fundó en 1971, los orígenes e intereses de CGIAR se remontan al fin del dominio colonial europeo directo de la década de 1940 y 1950 y al temor general que se apoderó de los dirigentes del Norte de que “el rápido aumento de la población” de los nuevos Estados independientes del sur conduciría a la escasez de alimentos y a exigencias de reforma agraria y otras políticas “subversivas”. A menos que se hiciera algo para incrementar la producción de alimentos y controlar el crecimiento demográfico, se pronosticaba que aumentaría el hambre y la “expansión comunista” (cosa que preocupaba especialmente desde que en 1949 se estableciera la República Popular de China). La Fundación Rockefeller, con sede en Estados Unidos, puso en movimiento la respuesta del Norte a esos temores. Mientras distribuía afanosamente anticonceptivos en el sur de Asia, empezó a respaldar un programa de mejoramiento del trigo en México. En 1962, ya habían aparecido las primeras variedades mexicanas de trigo de alto rendimiento y en 1966 ya ocupaban más del 95% de la superficie cultivada con trigo en México. En 1969, la producción de trigo había crecido más de tres veces y México se había vuelto “autosuficiente” en ese rubro. Los objetivos de los investigadores parecían haberse cumplido⁹.

Lo anterior es importante en la medida en que dichas Fundaciones son las responsables de un tipo de alimentación que se generó después de la implementación del sistema de agricultura propuesta por ellas y que posteriormente daría los resultados que son las enfermedades que conocemos a la fecha. Estas Fundaciones dan mucho que pensar, si desde las décadas de los cuarenta y los cincuenta su objetivo era el de resolver el problema del hambre, pero a la vez, inmiscuyéndose en el control del crecimiento de la población de los países subdesarrollados a través de la distribución de anticonceptivos, al no lograrlo, pues

⁹ [http://www.grain.org/esarticle/entries/808-el-cgiar-investigaciones agrícolas-para quien](http://www.grain.org/esarticle/entries/808-el-cgiar-investigaciones-agricolas-para-quien)

la población sigue creciendo, sus acciones se reorientaron hacia la generación de enfermedades y que mejor actividad que la de contaminar de manera conciente los alimentos, pues la población para saciar su hambre tiene que consumir estos “nutrientes”.

Sin embargo, en su momento, los experimentos genéticos de los investigadores establecidos en Texcoco particularmente en Chapingo y en Ciudad Obregón tuvieron un éxito rotundo. Para principios de la década de 1950, el programa estaba en condiciones de entregar a los agricultores de las principales zonas de riego sonorenses nuevas variedades híbridas que, si se cultivaban siguiendo cuidadosamente las recomendaciones de los técnicos, producían resultados espectaculares. Al generalizarse el empleo de semillas mejoradas durante las décadas de 1950 y 1960, se triplicaron los rendimientos de trigo en Sonora; en el proceso, los agricultores grandes de las zonas de riego hicieron ganancias extraordinarias.

En este modelo de cultivo pronto presentó problemas ecológicos para el desarrollo de zonas rurales mexicanas. Para la década de 1970 quedó clara la insostenibilidad de esta estrategia de productividad que dependía de la aplicación masiva de fertilizantes e insecticidas químicos a los campos agrícolas y que privilegiaba la utilización de grandes volúmenes de agua de riego. El costo del esfuerzo se medía no solamente en términos monetarios, sino del deterioro del suelo y de los mantos acuíferos sujetos a una continua sobreexplotación, además de su contaminación, desde estos años los daños ecológicos en nuestro país ya iniciaban y las empresas embotelladoras ya tenía la mira en el agua para limpiarla purificarla y convertirla en mercancía.

El cambio tecnológico que se presenta en los años cuarenta del siglo veinte es un acontecimiento de vital importancia para comprender la situación de los granos que se cultivan en México como productos elementales para la comercialización nacional e internacional, pues el capitalismo, en particular el imperialismo norteamericano, logró su cometido al dominar el campo mexicano e imponer su modelo a fin de obtener mayores rendimientos, tras las investigaciones

para la creación de semillas híbridas por la necesidad de utilizar la tecnología que se había generado en la segunda guerra mundial.

Lo destacado de estas acciones es que el proceso de desarrollo del capitalismo en México se concretó en la medida en que logró expropiar la propiedad privada de los productores agrícolas que se fundaba en el trabajo propio y que les servía como medios de subsistencia y al ya no contar con los mismos se convirtieron en trabajadores asalariados, formándose, a su vez, un ejército industrial de reserva¹⁰. *“El modo capitalista de producción y de acumulación, y por ende también la propiedad privada capitalista, presuponen el aniquilamiento de la propiedad privada que se funda en el trabajo propio, esto es, la expropiación del trabajador”*.

Por ende la mayor parte de todos los recursos públicos dedicados al apoyo a la agricultura fluían hacia la zona de riego y, dentro de estas zonas, a financiar ciertos cultivos estratégicos de exportación o de consumo básico de la población urbana. Por ello, hasta antes de la década de 1980, el campo fue objeto de especial atención por parte del Estado mexicano. Esta situación se modificó a partir del cambio del modelo de Estado Benefactor al neoliberal, el campo fue descuidado y se dejó a las fuerzas del mercado la determinación de qué empresas y actividades permanecerían con base a su capacidad de enfrentar y adecuarse a las nuevas condiciones de competencia. Como resultado de ello, gran cantidad de las actividades agrícolas fueron perdiendo importancia, por lo que, la producción de ciertos alimentos fue insuficiente para cubrir las necesidades del mercado interno; recurriendo a la importación del maíz y haciendo su presencia las empresas transnacionales en la industria de alimentos.

Aunque, para la industria de alimentos esta situación fue diferente ya que el nuevo modelo implicaba la apertura de las fronteras por lo que las materias primas e insumos podían ser obtenidos de fuentes nacionales o extranjeros.

¹⁰ Marx, Carlos, *op, cit.*, nota, 1, tomo I Vol. 3, p.967.

III. LA PRESENCIA DE LA INDUSTRIA DE ALIMENTOS EN MÉXICO

Desde la década de 1960, en busca de obtener mayores ganancias y asegurarse el control de las materias primas agropecuarias, las empresas transnacionales extendieron su presencia en el mercado de México y sobre todo en los demás países de América Latina, abarcando varios eslabones de la cadena agroalimentaria. Ello originó la organización de un sistema transnacional, cada vez más amplio de producción, circulación, distribución y consumo de alimentos y otros productos, sobre la base de las materias primas agropecuarias.

Durante la década de 1970 se presenta un fenómeno propio del desarrollo del capitalismo que se le denominó como la internacionalización del capital relacionada al aumento considerable de la presencia y el poder de las empresas transnacionales dentro del sistema agroalimentario del país. Se iniciaba un periodo de la presencia de capital extranjero en sectores como el de las frutas y legumbres, en el que compañías de muy variados tamaños construían plantas procesadoras, empacadoras, congeladoras, enlatadoras, asegurando su aprovisionamiento de materia prima. Estas agroindustrias, auténticas depredadoras, abandonaban sin ninguna dificultad una zona de producción en donde se habían degradado de manera inaceptable los recursos naturales de los que dependían. Aquí, cabe señalar que quien comprendió el desarrollo del capitalismo a nivel mundial apoyándose en el Capital: Crítica de la economía política de Carlos Marx sería Jorge Veraza que desde 1976 desarrolló el concepto de subsunción real del consumo bajo el capital.

La subsunción real del consumo bajo el capital es entonces la subsunción real del proceso de trabajo inmediato bajo el capital correspondiente con la medida mundial del capitalismo. Tan redondo como el dominio del capital sobre el mundo es su dominio de toda la sociedad, desde la producción hasta el consumo. Tan redondo y real, no sólo formal. Solo un sometimiento real del proceso de reproducción social como un todo puede corresponder

a la subsunción real del mundo por el capital, pues el mundo es el valor de uso total de la reproducción íntegra de la humanidad¹¹.

La industria alimentaria se apoderó de todas las fases del ciclo agroindustrial lo que significa que todo el proceso hasta la planificación, depende de un grupo, orientado fundamentalmente hacia el mercado con criterio industrial con una política adecuada a la demanda del mercado. El control de este proceso tiene importancia ante el incremento de la competencia en el mercado global.

Por lo tanto, no es sólo el aumento de las ganancias lo que orienta a estas empresas, sino el logro de la permanencia y el crecimiento abarcando otros mercados como una fuerza centrífuga que consiste en que un grupo de empresas o una individual se expande hacia afuera con la finalidad de abarcar todo el planeta, en contraposición del capital social que presiona hacia adentro, como una fuerza centrípeta que para incrementar su productividad utiliza la tecnología de la más alta calidad entendida ésta como generadora de plusvalor.

Es importante destacar, que las empresas que se encuentran en la producción de alimentos han puesto en práctica estrategias entre las que destacan la diversificación y el mejoramiento de sus líneas de valores de uso consuntivos, así como el de incursionar en mercados geográficos con características muy heterogéneas, en muchos casos mediante la adquisición de empresas en el país o región de interés.

Estas grandes empresas han buscado obtener ventajas de la comercialización de alimentos de marcas bien conocidas y han desarrollado un

¹¹ Veraza, Jorge, *Del Reencuentro de Marx con América Latina en la época de la degradación civilizatoria mundial. La subsunción real del consumo bajo el capital, la historia del desarrollo capitalista y la reconstrucción del marxismo hoy*. Bolivia, Vicepresidencia del Estado Plurinacional, 2011, p.138. La parte II de este libro que comprende de las páginas 133 a la 221 explica de cómo ha subordinado el capital a todos los valores de uso.

sistema de distribución a escala internacional, además de tener una capacidad de investigación para mantener los alimentos industrializados almacenados por mucho más tiempos hasta su consumo final¹².

¹² La Ley General de Salud en su Título Décimo Segundo Control Sanitario de Productos y Servicios de su Importación y Exportación, Capítulo I Disposiciones Comunes, Artículo 194 y Fracción I. Como su título lo indica es para el control sanitario, el problema, es el contenido y sus efectos posteriores en el organismo humano, debido a que no se manifiestan de manera inmediata, sino durante un periodo de tiempo, pues aunque en el etiquetado indique que es un producto saludable los resultados se manifiestan en el corto plazo o a muy largo plazo. En el Artículo 197 de esta misma Ley dice: *“Para los efectos de esta Ley, se entiende por proceso el conjunto de actividades relativas a la obtención, elaboración, fabricación, preparación, conservación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulación, transporte, distribución, almacenamiento y expendio o suministro al público de los productos a que se refiere el Artículo 194 de esta Ley.*

La Secretaría ejercerá las facultades relacionadas con el conjunto de actividades que en el ejercicio de su desempeño desarrollen los establecimientos dedicados al sacrificio de animales y procesamiento de bienes de origen animal para consumo humano, sin perjuicio de las atribuciones que corresponden a la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación conforme a lo dispuesto por la Ley Federal de Sanidad Animal”.

En apariencia los alimentos para consumo humano están elaborados conforme a este último artículo, lo que incide de manera notoria en la salud humana son los alimentos y los medicamentos que se le suministran a los animales, porque son para la comercialización y para la elaboración de productos cárnicos, es decir, entre más rápido crezcan y engorden, la obtención de ganancias es más rápida, de tal manera que animales que eran herbívoros los han convertido en carnívoros como es el caso de las vacas y las reses. Es importante destacar que en los rastros que suministran los productos cárnicos para los grandes mercados y supermercados, como la ciudad de México, tienen un Departamento de Subproductos en donde se

procesan con altas temperaturas todos los animales sacrificados que no se vendieron porque caducaron y toda la carne que no es apta para el consumo humanos, se convierten en harina de carne, además mediante tubería se envía toda la sangre captada en los sacrificios hacia los contenedores de este departamento para procesarla también con altas temperaturas para obtener harina de sangre; mismos que son utilizados como alimentos para las vacas y las reses. También lo confirma la Ley Federal de Sanidad Animal en su capítulo II. Definiciones, dice: *“Plantas de rendimiento o beneficio: fábrica o instalación que cuenta con equipo diverso como generadores de vapor, trituradores, molinos, cocedores, prensa mecánica o hidráulicas, secadoras, tamices, mezcladoras u otros para el beneficio, transformación o aprovechamiento de aquellos subproductos provenientes del sacrificio de animales que no resultan aptos para el consumo humanos”*.

Al respecto, Andrés Barreda, señala: *“Así, en la ganadería intensiva es común el uso de clenbuterol y de las harinas para el engorde de ganado, a lo cual se suma el agotamiento de la diversidad de las praderas y la homogeneización genética de las especies, además de las modernas manipulaciones químicas y genéticas que persiguen la abreviación del periodo de cría de aves, puercos y reses, así como el uso de harina de carne y hueso adicionados a los forrajes como suplemento proteico para que las vacas rindan más carne y más leche (...). El empleo de harinas de carne y hueso de oveja (secada a 80 grados) como alimento para alimentar animales herbívoros, muy especialmente vacas, han desatado, desde Europa, la inmensa oleada mundial del mal de las vacas locas o encefalopatía espongiiforme bovina (EEB). Hay quienes sostienen que la EEB está relacionada con el uso como alimento para ganado de harina de origen animal mucho más amplio pues éstas se están elaborando a partir de animales de todo tipo (incluyendo perros, gatos, ratas y bestias muertas por enfermedad o atropellamiento)”*. Barreda, Andrés, “Crisis actual en la forma capitalista de consumir carnes y demás alimentos de origen animal”, en Veraza, Jorge, (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, México, Ítaca, 2007, pp. 85-86.

En la industria alimentaria en México coexisten empresas extranjeras y de capital nacional. Estas empresas y grupos económicos cuentan con marcas bien posicionadas, conocidas por la población a nivel nacional o internacional; tienen acuerdos o alianzas con empresas transnacionales.

En México, es importante observar, la presencia de grandes complejos agroindustriales con empresas semilleras, agrobiotecnológicas, agroquímicas, agroindustriales y alimentarias, de diversas partes del mundo que tienen la capacidad y el poder para controlar la producción, distribución y el consumo a escala mundial. Su presencia es debido al cambio de prioridades que el Estado tuvo a raíz de la modificación de un modelo económico al pasar al neoliberal en aras de operar bajo las fuerzas del mercado con su mínima intervención, porque desde la década de los ochenta se dejó de considerar prioritario el apoyo al campo y la seguridad alimentaria sustentada en la producción nacional.

De esta manera, la industria alimentaria en nuestro país tiene una importancia relevante, pues aunque alimenta a la población no es su prioridad el que esté nutrida, sino la obtención de las grandes sumas de ganancias logrando obtener éstas a través de un complejo proceso industrial de envasado, conservación y almacenamiento, hasta que son consumidos, el problema básico de este proceso es la sustancia química utilizada para su conservación ya que tienen una influencia decisiva en el cambio fisiológico del ser humano¹³.

Todo este proceso de industrialización explica el por qué a finales de la década de los sesentas, la población mexicana empieza a padecer epidemias como: la obesidad, cáncer de pulmón, de mama, de cérvix, diabetes mellitus, hipertensión arterial, como resultado de la globalización y de la dominación de las industrias alimentarias, la farmacéutica y la medicina, pues, los mexicanos aunque tenemos la opción de elegir que comer, lo que comemos, las medicina que ingerimos, en vez

¹³ Desde nuestra propia reflexión, los Artículos 197, 198, 199, 199 Bis, Capítulo II Alimentos y Bebidas no Alcohólicas los Artículos 215 y 216 han quedado obsoletos frente a la forma moderna de producción de alimento y bebidas.

de nutrirnos y curarnos, nos matan. Así que, a su vez, no tenemos la opción de como morir, porque las enfermedades están ya determinadas de acuerdo a los intereses económicos de estas industrias globales, en seguida presentamos a las empresas trasnacionales agroalimentarias en nuestro país y sus ingresos por ventas de sus productos.

IV. LAS EMPRESAS TRANSNACIONALES AGROALIMENTARIAS MÁS IMPORTANTES EN MÉXICO

De acuerdo a la información presentada por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) correspondiente al año 2011, las empresas agroalimentarias presentes en la clasificación de las 500 mayores empresas más importantes por sus ventas en México son las siguientes¹⁴:

En el rubro de alimentos

Grupo Bimbo, Grupo industrial Lala, Gruma, Nestlé de México, Sigma Alimentos, Sukme y Danone.

En el rubro de bebidas y licores

Femsa, Coca-cola Femsa, Grupo Modelo, Cervecería Cuauhtémoc-Heineken, Pepsico de México y Embotelladora Arca.

En el rubro agroindustrial

Industrias Bachoco y Syngente Agro.

La industria avícola es de gran importancia en el sector de alimentos en México derivado de que la carne de pollo y el huevo son las dos proteínas animales de mayor consumo en nuestro país. De acuerdo a la Unión Nacional de Avicultores (UNA).

¹⁴ Elaboración propia con base al cuadro presentado por la CEPAL, Informe 2012, p., 105.
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/49845/LaInversionExtranjeraD212.pdf>

La carne de pollo es la de mayor consumo; durante el 2012 produjo 2,957, 922 toneladas, en segundo lugar lo ocupa la producción de huevo con 2, 386,576 toneladas y por último la producción de pavo con 8,192 toneladas. Representa el 35% del total de la producción pecuaria en nuestro país. La industria del pollo cuenta con 3 grandes empresas productoras de pollo; 29 empresas medianas y 150 empresas pequeñas¹⁵.

Bachoco es la empresa más importante en el mercado avícola mexicano de acuerdo a su informe del 2012.

Es la sexta más grande del mundo se fundó en 1952, tiene sus oficinas corporativas en Celaya, México. Sus principales líneas de negocios son: pollo, huevo, alimento balanceado, cerdo y productos de valor agregado de pavo y de res. Cuenta con más de mil instalaciones organizadas en 9 complejos productivos y 64 centros de distribución en México y un complejo productivo en Estados Unidos. Actualmente cuenta con más de 25,000 trabajadores y en el 2011 reportó ingresos por \$27,735 millones de pesos. La industria del huevo en México se compone de 9 empresas grandes, 32 medianas y 150 pequeñas. Bachoco es el segundo mayor productor y comercializador de huevo en el país y es líder en la producción de huevo café.

Grupo Herdez destaca en la industria de alimentos procesados en México y uno de los más destacados en la categoría de comida mexicana en Estados Unidos, participa en una amplia gama de categorías, incluyendo alimentos orgánicos, atún, burritas, cátsup, café, especias, guacamole, mayonesa, mermelada, miel, mini tacos, mole, mostaza, pasta, puré de tomate, salsas caseras, té y vegetales en conserva, entre otros. Sus productos los comercializa a través de marcas entre las que destacan: aires

¹⁵ Unión Nacional de Avicultores, *Producción Industrial avícola*. <http://una.org.mx/2012>. Página consultada el 25 de enero de 2013.

del campo, Barrilla, Chi-chis, del fuerte, Don Miguel, Doña María, Embaza, Herdez la Victoria, Mc Cormick, Wholly Guacamole y Yeminal¹⁶.

Grupo Herdez en su informe de 2012.

Reporta que cuenta con 13 plantas, 8 centros de distribución, 7 buques atuneros y cuenta con 6,000 trabajadores. Sus productos se comercializan en México, Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua y España, a través de cadenas de Autoservicio, Mayoristas y cuentas institucionales.

Reporta ventas netas de \$11,220 millones de pesos, lo que equivale a un incremento de 15.7% en relación con 2011.

Las principales marcas competidoras en el mercado mexicano son: La Costeña, Clemente Jacques, Del Monte, Hellmann's, Smucker's, French's, La Moderna, Dolores, Tuny, Jumex, Del Valle, V8 de Campbell's, Ades, Vita Real, Karo, Nescafé y Valentina¹⁷.

En Grupo Alfa se encuentra Sigma obtuvo ingresos en el 2012 de \$13,443 millones de dólares de acuerdo a sus informes correspondientes al ejercicio de 2012.

Es el más importante en el mercado de quesos de México, carnes frías en Estados Unidos y Canadá. El productor más importante de Salchichas en

¹⁶ Industrias Bachoco, *Anuncia sus resultados correspondientes al cuarto trimestre y anual 2012*, p. 2
<http://bachoco.com.mx/indudexfiles/olowloads/reporte.trimestral/a6wi1ji3.pdf>.
Página consultada 25 de enero de 2013.

¹⁷ Inversionistas Grupo Herdez, *Informe anual 2012*, p. 3,
www.inversionistasgrupoherdez.com/.../Grupo%20Herdez%20informe%... Página consultada el 25 de enero de 2013.

Estados Unidos. Sus principales productos: carnes frías, quesos, yogurt y comidas preparadas. Tiene 34 plantas y 133 centros de distribución, en nueve países, cuenta con 440,000 clientes tiene una capacidad de 1.25 millones de toneladas al año.

Sigma alimentos es líder en este mercado y se estima que su participación asciende a 50%, aproximadamente, tanto en el canal supermercados, como en el de pequeños detallistas o tiendas de esquina. Otras participantes en el mismo son Qualtia y Bafar.

Sigma produce y comercializa más de 500 productos de carnes frías, incluyendo jamones, salchichas, mortadelas, y tocinos, entre otros, todos ellos elaborados a base de carne de cerdo, pavo, pollo y res. Sus marcas gozan de un fuerte reconocimiento del consumidor. Por su parte, el volumen de ventas en el mercado de yogurt en México fue de 575 mil toneladas en el 2010. Se estima que este mercado creció a un ritmo de 10% anual de 2004 a 2007, aunque desde entonces se ha desacelerado a sólo 2% anual. Este crecimiento se explica por dos factores: primero la aceptación que ha tenido el yogurt entre el consumidor, que lo considera como producto nutritivo y no sólo un complemento del desayuno, y, segundo, la dinámica innovación que ha prevalecido en la industria. En este mercado, el líder es danone, otros participantes son Nestlé, Lala, Alpura y sigma.

El mercado mexicano de quesos es maduro y altamente fragmentado, con la participación de más de 600 productos en el mercado formal. Se estima que el mercado de quesos en México ha crecido a una tasa anual de aproximadamente 2% de 2005 a 2010, alcanzando un tamaño de 300 mil toneladas. El consumo de este alimento en México es muy importante, pero está muy influenciado por los gustos y preferencias regionales, lo que se debe también a la preferencia del consumidor mexicano por quesos frescos. Sigma estima que es líder de este mercado, con una participación de 27%, aproximadamente. Entre los principales participantes están: Sigma Alimentos, Chilchota, Lácteos Algil y Lala.

La industria de panificación en México, incluyendo pan, pasteles y galletas, tiene un valor de mercado de \$14,807 millones de dólares, mientras que el consumo per cápita asciende a 53.4 kilos al año y el gasto destinado a este concepto es de \$131.6 dólares.

En la industria panificadora, el pan blanco ha sido el más popular en México, con una presentación fuerte en los hogares de bajos recursos. Sin embargo, con la adopción de los consumidores de dietas más saludables, el consumo de pan blanco ha disminuido y las ventas de los productos sustitutos tales como pan integral se ha incrementado.

En el segmento de barras, una categoría con menos de una década de desarrollo, la competencia ha sido alta, al buscar alternativas para proporcionar a los consumidores que desean tener una alimentación más saludable¹⁸.

Grupo Bimbo manifiesta en su informe anual del 2012.

Que es una de las empresas de panificación más grande en el mundo y una de las compañías de alimentos más grande en el Continente Americano con una diversificación de aproximadamente 10,000 productos y más de 100 marcas reconocidas, incluyendo al propio Bimbo, Oroweat, Arnold, Marinela, Thomas y Nutrella. Su actividad fundamental es en la producción, distribución y comercialización de pan de caja, pan dulce, pastelería de tipo casero, galletas, barras de cereales, dulces, chocolates, botanas dulces y saladas, tortillas de harina de trigo, tostadas, cajeta y comida rápida, entre otros.

¹⁸ Grupo Alfa, Informe anual 2012, p., 3, <http://www.alfa.com.mx/down/informeAnual12.pdf>. Página consultada el 25 de enero de 2013.

El grupo ha obtenido una participación de dominio en el mercado en productos de panadería en los Estados Unidos, México, en la mayoría de los países de Latinoamérica, en España, Portugal y China. Al 31 de diciembre del 2012 contaba con 154 plantas de producción en todo el mundo. En este mismo periodo, contaba con una red de distribución directa de aproximadamente 51,000 repartidoras en más de 1,600 centros de distribución alcanzando a más de 2.2 millones de puntos de venta.

Sus ventas netas del 2012 fueron de 173,139 millones de pesos mientras que para el 2011 fueron de 133, 496 millones de pesos teniendo un incremento del 22.9%.

De acuerdo a su forma de consumo, el mercado mexicano está dividido en dos grandes segmentos: el de la galleta de conveniencia y en el que participan marcas como Gamesa, Nabisco, Lara y Marinela, y el de la galleta consumida como gratificación y regalo/lujo, el que está compuesto principalmente por Mac'Ma, Marian y en menor escala las galletas de importación. La participación de Galletas Mac'Ma en su segmento de galleta "Premium" o "Superior", es de alrededor del 60%, tanto en términos de volumen como de valor. En el mercado total de galletas dulces su participación es de aproximadamente del 2%. Se estima que el segmento del mercado mexicano de galleta "Premium", en donde participa Mac'Ma tiene un tamaño aproximado de 4,800 toneladas anuales. Según datos de Euromonitor, a diciembre de 2005 el mercado total de galleta dulce en México era de 541,800 toneladas¹⁹.

La muestra tomada de los informes de ingresos por ventas de productos reportados por las empresas mencionadas, indican el tipo de alimentos que

¹⁹ Grupo Bimbo, *Reporte Anual 2012*, p. 4, www.m2wed.com.br/grupobimbo/wed/arquivos/infoanua.pdf. Página consultada el 25 de enero de 2012.

ingerimos los mexicanos que se asocian con las enfermedades que padecemos que también tienen una incidencia importante en Estados Unidos y en América Latina.

A ello se añaden las preocupaciones por la comida saludable e inocua, la exigencia de los consumidores por conocer el origen del producto y las condiciones de manejo a los que ha sido sujeto, lo que ha favorecido en gran medida el desarrollo de nuevas tecnologías, así como la concentración creciente de las marcas privadas bajo la protección de las grandes cadenas comerciales de alimentos. Sin embargo, la preocupación fundamental de los capitalistas es la extracción del plusvalor en el cambio dietético su actividad nunca acabará, sino cuando el mismo sistema se acabe.

Como el principal motor del cambio dietético en el capitalismo es la sustracción tendencialmente ilimitada de plusvalor a los trabajadores, esta moderna manipulación de los alimentos y del cuerpo de los trabajadores y en especial de los consumidores no encuentra límite ni termina nunca. Además esta forma de desarrollo económico ocurre como una acumulación creciente de capital por lo cual las manipulaciones de los procesos reproductivos de la población también se acumulan²⁰.

Finalmente, cabe mencionar que los movimientos globales estarán dados por un mayor número de fusiones y adquisiciones de empresas involucradas en la distribución de alimentos al menudeo y la necesidad de invertir cada vez más en áreas de conocimiento, es decir, en logística e información así como la necesidad de impulsar alianzas estratégicas entre los participantes en la cadena de producción, distribución y consumo.

En México como en el resto de los países desarrollados, se han producido importantes cambios relacionados con la industrialización, la urbanización y el desarrollo tecnológico, que han dado lugar a nuevas formas de

²⁰ Veraza, Jorge, *op. cit.*, nota 7, p. 97.

producción, procesado, distribución y consumo de los alimentos²¹: *“Estos cambios han modificado y ampliado extraordinariamente los determinantes de la elección de los alimentos y, en definitiva el comportamiento y los hábitos alimentarios de la población, con una gran repercusión en el estado nutricional de la misma”*.

El alarmante aumento de la prevalencia de obesidad en el planeta, unido al elevado costo sanitario que representa debido a las enfermedades asociadas a la misma (diabetes, hipertensión, dislipemias, cardiopatía isquémica, cáncer) ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a considerarla no sólo la epidemia del siglo XXI, sino a promover estrategias internacionales para frenar su avance.

A estas industrias globales poco les importa, solamente las jugosas ganancias que obtienen. Así que la llamada “transición epidemiológica”, tiene su origen por el tipo de alimentos que la población consume, que a finales de la década de los sesenta, manifestarían sus efectos con mayor claridad, fenómeno que ha obligado a las autoridades mexicanas a tomar decisiones, cuando menos, sobre sus resultados, mas no así sobre las causas.

Con lo expuesto, podemos observar que los beneficios para nuestro país son: el primer lugar en obesidad y sobrepeso infantil, en jóvenes y adultos²², así

²¹ Belmonte, Susana, “Importancia de la nutrición y hábitos de vida en la prevención. Estrategias de educación nutricional en la comunidad de Madrid”, en Vaquero, Ma Pilar (coord.), *Genética, nutrición y enfermedad*, Madrid, Edimsa, Instituto Tomás Pascual Sanz y Consejo Superior de Investigación Científica, 2008, p.33. disponible en www.naos.aesan.msssi.gob.es/ca/.../Genetica_nutricion_y_enfermedad.pdf

²² Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Estado de Nutrición, Anemia, Seguridad Alimentaria en la Población Mexicana*. En esta encuesta la ENSANUT presenta su informe de la siguiente manera: SOBREPESO Y OBESIDAD Escolares. Los niños en edad escolar (ambos sexos), de 5 a 11 años, presentaron una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012 de 34.4%, 19.8% para sobrepeso y 14.6% para

como el cáncer y demás epidemias que han puesto en serios problemas al Estado mexicano.

En la actualidad, la tasa de mortalidad de cualquier país está en función de la calidad de alimentos que consume, ya no depende de la atención médica porque ésta ya no cura sino simplemente trata la enfermedad con un alto grado de dependencia de la industria farmacéutica. Así que la ciencia médica, Solamente trata las enfermedades, mas no las cura, porque el enfermo vive muchos años con su padecimiento, pero con la condición de que los medicamentos sean parte de sus alimentos, muy contrario a lo que pensó Hipócrates: “Que tus alimentos sean tu medicina y tu medicina tus alimentos”. Esta problemática nos obliga a leer a los clásicos o cómo se pregunta Manuel Garrido:

obesidad. Al analizar las tendencias puede observarse que las cifras de sobrepeso y obesidad en escolares no ha aumentado en los últimos seis años (2006 a 2012). El problema en adolescentes para el 2012, 35% de entre 12 y 19 años presenta sobrepeso y obesidad. Uno de cada cinco adolescente tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Entre 2006 y 2012 el aumento combinado de sobrepeso y obesidad fue de 5% para los sexos combinados, es decir, 7% para el sexo femenino y 3% para el masculino. Sobrepeso y Obesidad Adultos. La ENSANUT 2012 reveló una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres. De 1998 a 2006 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años se incrementaron extremadamente. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%. En el caso de los hombres mayores de 20 años, en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1%. Sin embargo, la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad =10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006(sobrepeso=2.9% y obesidad=24.7%). ENSANUT 2012_Nutrición. PDF. Pp. 25, 28.

¿Es realmente necesario leer a los clásicos? Hace cuarenta años solía decirse que esa lectura carecía de sentido. Unos veían en ella una simple marca elitista para separar al hijo del burgués del hijo del obrero y otros la juzgaban científica y tecnológicamente inútil por ser inactual. Hoy se tiende a pensar lo contrario. Los excesos de la ciencia y la tecnología en su aplicación sin restricciones a la naturaleza y a la vida, la destrucción del medio ambiente y de la moral social, las desigualdades entre países ricos y pobres, las guerras de exterminio parecen demandar el retorno a una conciencia humanista que los clásicos saben, mejor que otros, propiciar²³.

Lo que nos hace pensar que la ciencia y la tecnología ya no son neutras, tienen un fin, una actividad teleológica, dentro de un contexto histórico particular, es decir, han perdido su sentido transhistórico que es el de buscar que es lo mejor para toda la humanidad y no que es lo mejor para un reducido grupo de humanos que oprimen a los demás.

Con lo expuesto, queda comprobada una de las variables independientes de la hipótesis de la investigación; los alimentos son factores determinantes de la salud.

V. IMPOSICIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

La industria alimentaria que se estableció y se desarrolló en nuestro país, para lograr imponer un sistema dietético utilizó todos los medios de comunicación a su alcance y, en la actualidad, estos medios viven de los pagos que estas empresas

²³ Manuel Garrido es el Director de la colección de: “Los esenciales de la filosofía” que está incluido el libro de Ludwig Wittgenstein, el comentario se localiza en las páginas 10 y 11 de la obra *Tractatus lógico-philosophicus* de la 3a. edición y traducción de Luis M. Valdés Villanueva, Madrid, Editorial Tecnos, 2011.

realizan para promocionar sus productos a través del bombardeo constante de publicidad hacia la sociedad, de tal manera, que vive y duerme con la imagen proyectada, principalmente por la televisión e internet, que al despertar y saciar su hambre, en el mercado encuentra productos comunes, casi homogéneos que son similares a los consumidos en casi todos los países, lo único que cambia es su forma de presentación.

Otro lado oscuro de la erosión genética de las semillas, es la reducción continua de la variedad de alimentos consumidos por la gente. Los agricultores de dos siglos atrás cultivaban 300 especies de plantas, todas de importancia primordial. Hoy, una familia se alimenta de 30 plantas, responsables de 95% de nuestro potencial nutritivo en cualquier parte del mundo (sea en México, Canadá, Francia o Botswana).

Hace 20 años, la India poseía 300,000 variedades de arroz, hoy día sobrevive no más de una docena. En Turquía, donde se originó el lino, había 1000 variedades en 1945, en los años sesentas quedaba solamente una variedad y, además, importado de Argentina. De las 7000 variedades de manzanas que existían en E.U. en el siglo pasado, 6000 ya no están disponibles. En resumen, la diversidad genética de los cultivos agrícolas realizados por la humanidad en 10,000 años está ahora en severo riesgo en manos de las actuales fuerzas políticas y económicas y, por lo tanto, la posibilidad de una crisis real²⁴.

Por ello, los que viven en un idéntico entorno, se convierten en un condicionante fundamentalmente genético, por los hábitos de vida inadecuados de algunos les sitúan de mayor riesgo respecto a otras enfermedades degenerativas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, o las neurodegenerativas, cuya evolución se produce durante décadas.

²⁴ Ceccon, Eliane, *op. cit.*, nota 3.

En la actualidad las actividades humanas cotidianas de comunicación, se llevan a cabo por varios medios, que vienen siendo instrumentos originados por la tecnología como son: la radio, la televisión, el teléfono, la computación, así como el cine; que son los utilizados para comunicar pensamientos, emociones, o artículos o productos de consumo.

Estas formas de comunicación se llevan a cabo por medio de la publicidad, aunque no es la única forma de expresar o vender este tipo de información.

Los medios de comunicación manipulan la mente de los espectadores, con la representación de los productos o artículos que las empresas o instituciones en este caso comerciales le venden o intentan vender a los espectadores, por medio de la publicidad que tienen para mostrar sus productos. Como por ejemplo la publicidad que tiene la empresa Mac Donald, que presenta los alimentos que vende de una forma llamativa, incluyendo en ellos otro producto que le llame la atención a los niños para así consumirlos.

Los medios de comunicación son una parte importante que permite la comunicación entre culturas y ciudades; pero también son formas en las que se pueden manipular la mente de las personas vendiéndoles o mostrándoles diversas formas de vida como la alimentación; también las personas adoptan en ocasiones esos estilos de vida que les ofrecen esas empresas.

Además, los adelantos tecnológicos que existen provocan cada vez que sea menos necesario moverse para realizar una actividad, por ejemplo, antes para hacer un pago era necesario ir a un banco y efectuarlo, hoy en día con la ayuda de internet está acción cada día se va volviendo más obsoleta, ya que por medio de una computadora conectada a la red es posible hacer los pagos sin la necesidad de salir de casa.

Hoy diversos factores que ocasionaron el incremento de sedentarismo en México, como el uso del automóvil y transportes públicos, especialmente en trayectos cortos, los cuales podríamos caminar, sin embargo no sucede gracias a que vivimos con prisa, otro factor es los videojuegos, los cuales mantienen especialmente a los adolescentes pegados ante ellos todo el día, cabe mencionar que estos agentes, son consecuencia de la influencia de otros países al nuestro,

que se da por medio de los mercados globalizados ya que no son producto de nuestro país, además son parte de una moda mundial que invade a los jóvenes.

Cabe destacar que la imposición de hábitos alimenticios tiene su influencia fundamental a partir de que Estados Unidos se convierte en un país hegemónico he impone su patrón dietético a partir de la segunda mitad del siglo veinte.

-Cuando ha madurado la hegemonía mundial estadounidense en la segunda mitad del siglo XX- se mundializa la dieta hipercarnívora e hiperproteica y domina los segmentos más importantes del mercado mundial de alimentos humanos. Se implanta así a la buena o a la mala y con diversos grados de éxito y fuerza, incluso entre las naciones más pobres donde desplaza, subordina o degrada los diferenciados patrones dietéticos tradicionales²⁵.

En México gracias a la influencia cultural y a la adopción de su modo de vida, especialmente de Estados Unidos, cada vez es más frecuente encontrar con establecimientos como Mac Donalds, Burger King y Kentucky Friends Chicken, trayendo como consecuencia que cada día un mayor número de mexicanos asistan a comer a los establecimientos de comida rápida o adquieran este tipo de productos procesados, que por no representar un gasto muy fuerte en la economía de quien los consume, gracias a sus precios accesibles, además que el tiempo de preparación es rápida, han sido de gran aceptación en la sociedad.

Consumir productos procesados de rápida elaboración, en establecimientos o en la casa es cada vez más común, ya que son una excelente salida rápida para las familias que están en constante movimiento, debido a las múltiples actividades que tienen, sintiendo así que este tipo de productos son un auxilio para el estilo de vida moderno.

²⁵ Veraza, Jorge, *op. cit.*, Nota 7, P.100.

En este sentido, el ejemplo de la gran epidemia mundial que constituye la obesidad y el sobrepeso, los hallazgos de la medicina capitalista que apuntan a que los individuos más conservadores mantienen un genotipo ancestro, muy útil en los inicios de la humanidad, porque permitió asimilar al máximo la escasa ración de alimento que había disponible, pero que en la actualidad, con la excesiva ingesta de alimentos de mala calidad nutritiva y la escasa actividad física que caracteriza a la sociedad moderna, les coloca en el grupo poblacional con más riesgo de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, con el consiguiente costo social y económico; además la civilización humana tiene sus orígenes dentro de un contexto geográfico, dice Bolívar Echeverría:

Así en el oriente el hombre elige producir el arroz como alimento central; en las regiones americanas elige el maíz y en otras, en fin, como Levante y Europa, elige el trigo. Esta elección tiene una importancia definitoria en la construcción del mundo humano o de la civilización, de modo que ésta se organiza siempre en torno a la domesticación, el cultivo, la producción y el consumo de este alimento “privilegiado”. Este hecho implica en cada caso una organización completamente diferente del conjunto de la vida social.²⁶

Pues cada cultivo requiere de cierta fuerza de trabajo, cuidado de la tierra, las plantas y de tecnología

La ciencia nos indica que si bien la humanidad en lo global es una, en lo particular, los individuos que la componen son plurales, resultado de siglos de organización, forma de trabajo y de utilización de tecnologías muy diferentes entre ellos y que éstas explican o pueden ayudar a explicar los numerosos resultados contradictorios o no concluyentes observados en los estudios poblacionales y las

²⁶ Echeverría, Bolívar, *Modelos Elementales de la oposición campo-ciudad. Anotaciones a partir de una lectura de Braudel y Marx*, México, Itaca, 2013. Pp.29-30.

diferentes respuestas individuales o de grupo ante unos determinados dietas alimentarias o hábitos de vida.

Si bien la historia de la humanidad, se puede explicar con bastante precisión mediante la historia de la alimentación, se han producido importantes cambios entre el hombre prehistórico y el hombre actual algo evidente simplemente fijando la atención en el cambio del significado de la alimentación. El hombre prehistórico se preocupaba sobre todo por la cantidad de alimento, ya que su mayor interés se basaba en la supervivencia, mientras que el hombre actual dispone de muchos más recursos, sin apenas esfuerzo, centrando su elección en la calidad, determinada además por las costumbres, tradiciones, creencias y el saber culinario, entre otros. El hecho de elegir según la calidad, no implica que se coma mejor, dado el creciente número de enfermedades relacionadas con la alimentación.

Las enfermedades crónicas que tienen su causa en el consumo excesivo de grasa y azúcar, son factores de riesgo que constituyen la principal causa de muerte en casi todos los países y su prevención es asunto fundamental de salud pública y política sanitaria. Tanto más en países que cuentan con sistemas de salud muy limitados para hacer frente a las necesidades de tratamiento de procesos crónicos como son las enfermedades cardiovasculares.

Hay que observar que la homogeneidad de los productos hacen referencia a la homogeneidad de las enfermedades, es decir, la globalización ha generado enfermedades con carácter global, de tal manera podemos observar que la diabetes mellitus es una epidemia mundial generado por el capitalismo mundializado, entonces el mayor logro del capitalismo a nivel mundial es enfermar a la población mundial.

Los productos industrializados influyeron de manera considerable en estos cambios, el café soluble desplazó al café en grano y al té; los refrescos embotellados presentaron una tendencia ascendente, al igual que el polvo para bebidas preparadas; comenzaron a consumirse cereales empacados, carnes frías, pollo rostizado, chocolate soluble, jugos y atún enlatado, chiles en lata, verduras y sopas en lata, frituras y leche en polvo. Con lo expuesto está comprobado que uno

de los factores determinantes de la salud son los alimentos, por lo que se comprueba una de las variables de la hipótesis de la investigación.

VI. CONCLUSIONES

El capitalismo está enfrentando un serio problema económico que es la caída tendencial de la tasa de ganancia, situación que está experimentando con más agudeza después de la segunda guerra mundial, misma que lo ha obligado a encontrar una contratendencia para revertir este problema, lo encontró en la agricultura a través de la aplicación de la ciencia y la tecnología en este sector, reconvirtió la maquinaria de la guerra para ser utilizada en la siembra de semillas y granos, el caso más típico es el de los tractores que con el paso del tiempo erosionaron los suelos de cultivo porque eliminaron la fauna natural de las plagas en los sembradíos, además de la utilización de grandes cantidades de agrotóxicos, fertilizantes, insecticidas y fungicidas. En el caso de México, las grandes extensiones de siembras de maíz y trigo se realizaron con fines lucrativos no para resolver el problema del hambre, porque este sector ofrecía cantidades enormes de ganancias. Por ello la Fundación Rockefeller tuvo presencia en nuestro país en la década de los años cuarenta, además de llevarse la variedad genética de los granos y semillas de México que después regresarían como propiedad privada con un valor mucho más elevado.

Durante la década de los sesentas y setentas las empresas agroindustriales hacen presencia en México con la finalidad de apropiarse del mercado de las frutas, legumbres, hortalizas y granos para industrializarlos conservarlos y distribuirlos hasta su consumo. Este proceso está relacionado con la transición epidemiológica que está sufriendo la sociedad mexicana, pues durante las décadas de los cuarenta y cincuenta las enfermedades que padecía como la tuberculosis, el sarampión, las diarreas y de las vías respiratorias eran típicas del subdesarrollo y a raíz de la industrialización empieza a padecer de enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, la diabetes mellitus, las cardiovasculares, el sobrepeso y la obesidad, como consecuencia de la imposición de hábitos alimenticios y la forma de vida influenciados por Estados Unidos.

Debido a la homogenización de los alimentos el reto para la humanidad es identificar las ventajas comparativas de diferentes opciones de producción agrícola para las diversas condiciones agroecológicas y culturales de los consumidores finales. Tendrá que estar contenido la problemática ecológica para que el esfuerzo por el desarrollo de la ciencia y la tecnología incluyan la necesidad de un medio ambiente sano y se tomen en cuenta las demandas sociales, considerando su viabilidad económica.

Todo lo expuesto explica del por qué la Organización Mundial de la Salud (OMS) formularía una estrategia referida a la responsabilidad de los gobierno de promover un nivel de salud en sus pueblos, con la meta de “*Servicios de salud para todos en el año 2000*”, que se desprende de la declaración de Alma-Ata, del 12 de septiembre de 1978, meta que el Estado Mexicano no ha alcanzado.

También podemos concluir que en relación a los alimentos se están violando los Artículos relacionados con la nutrición de la Ley General de Salud que son los siguientes: Artículo 3º fracciones IV Bis y XII, Artículo 27 fracción IX, Artículo 64 fracción II, Artículo 110, Artículo 111 fracción II, Artículo 112 fracción III, Artículos 114 y 115, Artículo 199 Bis, Artículo 212 párrafo dos, Artículo 215 fracciones I y II y Artículo 278 fracción II. Además de los Artículos 1º tercer párrafo, 4º tercer párrafo, Constitucionales, por lo que queda comprobado una variable independiente de la hipótesis.

CAPITULO SEGUNDO

ORDENAMIENTO JURÍDICO CONSTITUCIONAL QUE REGULA LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

I.INTRODUCCIÓN

Los cambios efectuados en la agricultura mediante la aplicación de la ciencia y la tecnología, que en vez de mejorar los granos y demás alimentos provenientes de ella, propiciaron la contaminación y con ello generaron una alteración en la composición celular del ser humano apareciendo las enfermedades no transmisibles y aumentando considerablemente desde 1979, cuando constituía 44% del total de las muertes registradas en ese año, para ser la causa de 75.3% del total de las muertes registradas en 2008, iniciando así la transición epidemiológica del que se habla en el sector salud de nuestro país.

Comparando las causas de mortalidad en los últimos 50 años, entre 1955 y 2005, quedó claro que las enfermedades crónico-degenerativas cambiaron de manera radical su contribución a las causas de mortalidad en el país. En 1955 contribuyeron con 23% y predominaban las enfermedades diarreicas, las enfermedades respiratorias y la tuberculosis, mientras que en 2005 fueron las enfermedades crónicas las responsables de 75% de todas las causas de muerte, sobre todo la diabetes mellitus, la enfermedad cardiovascular y las neoplasias malignas (principalmente cáncer de mama, de pulmón y de cérvix)²⁷.

²⁷ González, Robledo, Ma. Cecilia *et al.*, “La promoción de la salud y la prevención de enfermedades” en Córdova Villalobos, José Ángel, (comp.) *La salud de los mexicanos 2007-2012*, México, Editorial Alfil, Academia mexicana de cirugía, colección platino, 2009, p. 25.

El cambio de la alimentación de los mexicanos tardó décadas en manifestar las enfermedades mencionadas, explica, asimismo, porque las reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) el relativo a la protección a la salud, se realiza hasta 1983, con la modificación del Artículo 4º Constitucional. El párrafo tercero dice: *“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad, el Estado lo garantizará”*.

Este dicho se incorpora en el CPEUM cuando el daño ya estaba consumado; en la actualidad, se ha profundizado y se ha extendido en casi en todo el territorio nacional, además de que han aparecido el cáncer de mama que aunque todavía no está confirmado por la parte médica está relacionado con la vestimenta.

A partir del surgimiento de estos fenómenos sociales y por recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsabilidad del estado y de los sectores de la sociedad de tener previstos medidas protectoras de la salud que resulten necesarias para atender a un sector de la población más vulnerable, por lo que, en 1983 se eleva a rango constitucional el derecho a la salud mediante la incorporación del párrafo cuarto en el artículo cuarto de la Constitución.

Con el deseo de buscar esquemas que favorecieran una integración de los servicios de salud, desde 1983 se instrumentaron diversas reformas, entre las que destacan el reconocimiento constitucional del derecho a la protección a la salud –promulgación del Derecho a la Salud-, que desapareció el Código Sanitario, y la reforma que dio inicio en las entidades federativas a la descentralización de los servicios de salud que a la población no protegida por los seguros sociales. Las reformas se acompañaron de políticas orientadas a la formación de recursos humanos para la salud y al impulso de la investigación básica, clínica y social²⁸.

²⁸ Sánchez, González, Jorge, Manuel y Ramírez, Barba, Éctor Jaime, *Servicios de salud en México*, Editorial Alfil, Academia mexicana de cirugía, colección platino, 2009, p. XVIII.

Los organismos que contaminaron los alimentos y las empresas productoras de alimentos industrializados, probablemente no tenían conciencia de las repercusiones posteriores en la salud humana, actualmente se requieren de enormes recursos para la investigación para detener estas enfermedades que se convirtieron en epidemias (ver figura VI. gasto público en salud).

A inicios de la década de los noventa, específicamente en 1993 los investigadores dedicados al sector salud del Banco Mundial, determinaron que todo gasto destinado a la salud no es propiamente un gasto, sino más bien, una inversión, porque lo más importante de un país es su población, es decir, los seres humanos establecidos dentro de un territorio; un espacio geográfico, puede ser muy rico en recursos naturales, minerales, y estar poblado de seres humanos deteriorados completamente en su salud, incapaces de transformar esta riqueza natural para su beneficio, por lo que, recomendaron que no había razones para escatimar recursos para invertir en este sector. Sin embargo, llama la atención cuando los investigadores recomiendan la intervención del sector privado para el suministro de materiales, medicamento y servicios de salud financiado con fondos públicos.

Debido a que la competencia y la diversidad pueden hacer que mejore la calidad y bajen los costos, los gobiernos deberían fomentar en la esfera del suministro de servicios en insumos del sector salud, en particular medicamentos, materiales y equipos. En los casos en que ello sea factible, esto podría incluir la prestación por el sector privado de servicios de atención de salud financiados con fondos públicos o mediante seguros²⁹.

²⁹ Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993, Invertir en salud*. P. 7

Lo que está recomendando en Banco Mundial es que se deje al sector privado para que proporcione los servicios e insumos para la salud, porque según el Banco, puede mejorar la calidad y bajar costos. A partir de esta nueva manera de concebir a la salud, las autoridades encargadas de la Administración Pública Federal, en 1995, se dedicaron a culminar la descentralización de estos servicios, delegando facultades a las autoridades estatales e incluso municipales para administrarlos y proporcionarlos a la población sin seguridad social.

Por todo lo anterior, el objetivo general para este segundo capítulo es el de fundamentar de cómo la transición demográfica y epidemiológica en México han generado cambios significativos económicos y sociales que obligan llevar a cabo lo establecido en el ordenamiento jurídico para asignar los recursos humanos e infraestructura hospitalaria necesarios para hacerle frente. Por lo que, se dedicará a exponer el ordenamiento jurídico que regulan los proyectos de inversión y particularmente para la infraestructura hospitalaria. Por ello, se presentará la problemática que enfrenta la población mexicana al momento de solicitar los servicios de salud, porque, no solamente es la falta de hospitales, sino la falta de personal médico, enfermería y de camas (ver figura II. Recursos humanos por 1,000 habitantes y figura III. Número de establecimientos públicos de atención ambulatoria y razón de camas por 1,000 habitantes) para atender a los solicitantes del servicio y debido a la saturación en los mismos, los servicios han resultado ser deficientes y de mala calidad aumentando, con ello, los problemas de salud de la población demandante³⁰.

La infraestructura hospitalaria ha resultado ser insuficiente a raíz de estas epidemias, lo que ha implicado un presupuesto cada vez mayor para controlarlas; más no para combatir las.

³⁰ El IMSS, *En su reporte estadístico de 2012*, registró un total de 406,549 trabajadores, de los cuales 320,615 son del área médica, tiene 185,939 en el área administrativa cuando lo ideal es que en el área médica debe haber más médicos y enfermeras. www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/pages/memoriaestadistica.aspx. Página consultada 23 de febrero de 2013.

II. NUEVO ESQUEMA DE PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA CONOCIDO COMO PROYECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PPS)

De esta manera el sistema económico moderno, no solamente incursionó en la industria alimentaria, porque una vez que logró modificar los valores de uso alimentarios y enfermar a la población, ahora, tiene las posibilidades de invertir en la construcción de hospitales, venta de tecnología, medicamentos y ambulancias.

Así, a principios de la década de los años noventa, con la implementación de la política neoliberal de Margaret Thatcher, en Gran Bretaña, se impulsaron esquemas de Asociaciones Público Privadas para llevar a cabo la inversión pública necesaria para la provisión de servicios, en áreas como transporte, defensa, agua, educación y salud. La asociación pública privada, se refiere al involucramiento de las empresas privadas, en la provisión de servicios públicos y obras. El caso del Estado mexicano con su avance hacia la política económica neoliberal, adoptaría este esquema, de manera formal, a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el acuerdo por el que se establecen las reglas para la realización de Proyectos para Prestación de Servicios (PPS), dice:

Título II. De los Proyectos para prestación de Servicios

4. Para ser considerado como tales, los proyectos para prestación de servicios deben cumplir con lo siguiente:

I. Su realización debe implicar la celebración de un contrato de servicios de largo plazo y, en su caso, cualquier otro acto jurídico necesario para llevarlo a cabo;

II. Los servicios que se presten a la dependencia o entidad contratante deberán permitir a ésta dar un mejor cumplimiento a los objetivos institucionales que la misma tiene asignados conforme a lo establecido en las disposiciones aplicables y en el Plan Nacional de Desarrollo y

III. La prestación de los servicios debe hacerse con los activos que el inversionista proveedor construya o provea, con base en lo requerido por la

dependencia o entidad correspondiente y de conformidad con el contrato de servicio de largo plazo³¹.

Sin embargo, no bastó con la publicación de este (PPS), sino que el Estado Mexicano ha utilizado a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) de acuerdo a sus intereses y el del capital industrial justificando sus acciones a través del artículo 134 de esta norma suprema. Además de la Leyes reglamentarias, dando origen al ordenamiento jurídico de los Proyectos de Prestación de Servicios (PPS) sustentado por la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, (LFPRA) artículos 25 y 50; Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, (LAASSP) artículos 24 y 25. Criterios para determinar los límites de asignación presupuestaria anual aplicable a los PPS, completo³², Lineamientos para el análisis costo y beneficio de los proyectos para prestación de servicios; completo³³, Metodología para la comparación de ofertas económicas en los procedimientos de contratación de los proyectos para prestación de servicios a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; completo³⁴.

A todo el ordenamiento jurídico anterior, se agregó la nueva Ley de Asociaciones Público Privadas (LAPP)³⁵ y su reglamento³⁶.

La Ley de Asociación Público Privada (LAPP) fue aprobada el 12 de octubre de 2010. A través del proyecto de decreto mediante el cual se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las mismas, (LOPSR), la Ley de Expropiaciones (LE), la Ley Agraria (LA) el reglamento de la Ley Agraria (RLA), la Ley General de Bienes

³¹ *Diario Oficial de la Federación* viernes 9 de abril de 2004, p. 2

³² *Diario Oficial de la Federación* viernes 9 de abril 2004.

³³ *Diario Oficial de la Federación* martes 4 de agosto 2009.

³⁴ *Diario Oficial de la Federación* martes 4 de agosto 2009.

³⁵ *Diario Oficial de la Federación* 16 de enero 2012

³⁶ *Diario Oficial de la Federación* 5 de noviembre 2012.

Nacionales (LGBN), así como del Código Federal de Procedimientos Civiles (CFPC). Esta Ley tiene por objeto regular el desarrollo de Proyectos de Asociaciones Público Privadas, bajo los principios de los artículos 25 y 134 Constitucionales. Este tipo de asociaciones se presenta como un esquema en donde participa la Administración Pública Federal, (APF) con inversión de capital privado en la construcción, operación y mantenimiento de obras para la población. Lo relevante es la existencia de un contrato jurídico mediante el cual interviene el Estado y el Sector Privado, con una temporalidad, de acuerdo a la propia Ley, con una vigencia de hasta cuarenta años, con posibilidades de prórroga, que tiene por objeto una meta, utilizando el discurso de beneficio social amplio, bajo un financiamiento preponderantemente privado para la construcción de obra pública, mantenimiento de la existente o prestación de servicios, o combinados, sin la erogación de grandes cantidades de financiamiento público, siempre limitado y sujeto a las políticas prioritarias de acuerdo a tal o cual administración, bajo este esquema, se observa, para el caso de los hospitales, si la población mexicana se enferma está pagando por adelantado su atención para la salud, dice:

Artículo 87. Cuando en un proyecto de asociación público privado el uso de bienes públicos o la prestación de los servicios por parte del o de los desarrolladores requieran de permisos, concesiones u otras autorizaciones, éstos se otorgarán conforme a las disposiciones que las regulen, con las salvedades siguientes:

I.- Su otorgamiento se realizará mediante el procedimiento de concurso previsto en la presente Ley; y

II.- La vigencia de cada una de las autorizaciones para la prestación de los servicios se sujetará a lo siguiente:

- a) Cuando el plazo inicial máximo que establezca la Ley que regula la autorización sea menor o igual al plazo de cuarenta años, aplicará éste último;
- b) Cuando la ley que rige la autorización establezca un plazo inicial máximo mayor al de cuarenta años, aplicará el plazo mayor , y

- c) Independientemente del plazo inicial por el que se otorgue la autorización, con las prórrogas que en su caso se otorguen conforme a la Ley de la materia, no podrá exceder el plazo máximo señalado por dicha Ley³⁷.

La diferencia sustancial con estos esquemas de contratación, lo es sin duda el financiamiento y la operación o mantenimiento del objeto del contrato, que se originan fundamentalmente del capital privado; esta particularidad evita la erogación de grandes sumas de dinero público sustituyéndolas por ministraciones de largo plazo tendientes a recuperar la inversión privada y la obtención de ganancia, así como la garantía en la prestación de servicios con la calidad, generalmente deficiente de los prestados por el Estado, que es el discurso sostenido en el contrato.

La empresa privada aporta la totalidad o la mayor parte de los recursos financieros, recuperándolos mediante las ministraciones que el Estado provee a lo largo de un periodo, generando ganancias adicionales con servicios relacionados que van directamente a las manos de los inversionistas.

Además de la temporalidad, la Ley de Asociaciones Público Privadas, en su artículo 76, otorga un marco jurídico a las expropiaciones de bienes públicos o privados a favor del capital privado, ya sea nacional o extranjero, al establecer como causa de utilidad pública la adquisición de inmuebles, bienes y derechos necesarios para realizar proyectos de Asociación Público Privadas, dice:

Artículo 76. Son causas de utilidad pública, además de las previstas en la Ley de expropiación, en la Ley Agraria y en otras disposiciones aplicables, la adquisición de inmuebles, bienes y derechos necesarios para la realización de un proyecto de asociación público-privada en términos de la presente Ley.

³⁷ Ley de Asociaciones Público Privadas. Diario Oficial de la Federación 16 de enero 2012.

Para acreditar la existencia de la utilidad pública bastará el dictamen de la dependencia o entidad en que se demuestre la factibilidad técnica y rentabilidad social del proyecto de asociación público-privadas.

La dependencia responsable procederá a hacer la declaración de utilidad pública. En el caso de una entidad, solicitará la declaración a la dependencia coordinadora de sector³⁸.

La Ley también posibilita que los bienes sujetos a expropiación pueden ser valuados por parte de las instituciones de crédito del país, corredores públicos o profesionistas con posgrado en valuación. Cualquier institución de crédito que opere en el país, casa de bolsa u operador financiero van a tener la posibilidad de emitir avalúos, por lo que el capital industrial nos hace recordar que el capital financiero y el Estado están a su servicio.

Artículo 68. Para proceder a la adquisición a través de la vía convencional o, en su caso, a la expropiación de los inmuebles, bienes y derechos necesarios para el proyecto de asociación público-privada, se solicitará avalúo de los mismos al Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales o a las Instituciones de crédito del país que se encuentren autorizadas o a corredores públicos o profesionistas con posgrado en valuación, en los términos, que indique el Reglamento³⁹.

Esta Ley es, complementaria, en cierta medida, junto con la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público (LAASSP) y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con la misma (LOPSR), este ordenamiento jurídico es un gran avance del capitalismo por recuperar su caída tendencial de la tasa de ganancia.

³⁸ Ley de Asociaciones Público Privadas

³⁹ Ley de Asociaciones Público Privadas.

Si confrontamos lo establecido por la LAASSP y la LOPSR con lo que indica la Ley de Asociaciones Público Privadas, tenemos la diferencia en la base constitucional, pues mientras aquellos sólo reglamentan lo relativo a la contratación pública para obras o arrendamientos y servicios a nivel federal, contenida en el artículo 134 constitucional, la Ley en comento también tiene como base constitucional el artículo 25 de la norma suprema, lo cual no es menor pues dicho precepto, se ocupa de la conducción y la rectoría económica del Estado, que por cierto, esta actividad del Estado, va encaminado siempre, a beneficiar a la industria privada y, si no es así, ésta se encarga de rectificar las acciones de aquel.

Comparativamente, la nueva Ley será aplicable en supuestos específicos, que serán no la contratación con un ente público, ni la duración del contrato, pues el concepto largo plazo es indefinible en términos jurídicos; sino en la celebración del proyecto, de infraestructura total o parcialmente provista por el sector privado, es la nota característica que puede diferenciar la aplicación de esta Ley de la aplicación de la LAASSP y la LOPSR.

Se pretende que la iniciativa privada se convierta en un proveedor de obra pública y servicios de la Administración Pública Federal, asumiendo en forma equitativa los riesgos que representa la ejecución de los proyectos.

El esquema, en general, pretende impulsar el desarrollo de nuevos proyectos de infraestructura, convencer a la iniciativa privada que la rentabilidad existe en los hospitales, debido a que en los próximos 15 años los demandantes de salud se incrementarán.

La nueva norma hará en condiciones de financiamiento distintas de las que refieren a las dos Leyes mencionadas; pues la idea sustancial es que el sector privado funja como proveedor de obra pública y servicios según consta en el artículo 2° párrafo dos de la propia Ley.

La falta de precisión técnica en los alcances y objetivos de la norma la hacen inexacta y confusa, pues no se alcanza a distinguir la diferencia sustancial si en cuestión de obra pública también la iniciativa privada tiene participación conforme a la LOPSR, de suerte que el sector privado de hecho participa en la construcción de la obra, asimismo, la pregunta es: ¿por qué una nueva norma si ya existe la

posibilidad legal de contratar la prestación de servicios, adquisiciones y arrendamientos con el sector público?.

La crítica fundamental es por la falta de claridad en los objetivos de la Ley, porque si se pretende crear una legislación especial que contradiga con las normas existentes, pues de ser así la siguiente pregunta sería: ¿para qué crear una nueva norma, que soporte y aún permita la aplicación de las dos clásicas, cuando sería mejor el adecuar las existentes para permitir la generación de proyectos bajo el esquema de participación público privado? Más, si se han construido infraestructura bajo esta modalidad de financiamiento privado con anterioridad a la expedición de la Ley, es decir, con base en la LAASSP y la LOPSR. Lo nuevo que incorpora esta Ley es sobre la expropiación de predios de particulares argumentando que si tiene utilidad pública se deberá proceder conforme a la Ley de Expropiación.

En el artículo 134 de la Constitución, en la primera parte del párrafo tercero establece que si el procedimiento para cualquier contratación con servicios públicos ha de realizarse por licitación pública, entonces: ¿cuál es la necesidad de la expedición de una norma cuando ameritaría sólo la adecuación pues toda contratación ha de hacerse mediante ese procedimiento?

No se desconoce la ejecución de estos proyectos en otros países, pero para efectos de México, deja muchas dudas la creación de una Ley secundaria, cuando podría haberse adecuado la normativa existente y aprovechar la experiencia y antecedentes legales y administrativos respecto de la ejecución de proyectos de Asociación Público Privado, cuando a la fecha ya existen proyectos desarrollados bajo esta estructura, como el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), conforme a la normativa existente antes de la creación de la Ley que se comenta.

La Ley estima la conformación de un fondo para inversiones y desarrollo tecnológico, lo cual resulta paradójico cuando la Asociación tiene como elemento sustancial la ausencia de recursos en la inversión o la diversificación del riesgo en las inversiones estatales, pues si el Estado gozara de los recursos necesarios, no habría necesidad de recurrir a esquemas distintos de financiamiento mediante Asociación Público Privado, lo que da a entender es que los recursos destinados a

la investigación en ciencia y en tecnología se destinen al sector privado, dejando a segundo término a los centros de investigación y las universidades públicas de nuestro país. Así leemos el Artículo 3°, párrafo tercero:

Con el propósito de promover el desarrollo de estos esquemas de asociación se constituirá un fondo para inversiones y Desarrollo tecnológico en los términos previstos por el capítulo III, Sección IV de la Ley de Ciencia y Tecnología. El objeto de este fondo será impulsar los esquemas de Asociación Pública Privada a que se refiere este artículo. Al efecto, podrá preverse anualmente la asignación de recursos destinados a este fondo en los términos previstos en esa Ley, a fin de que el mismo cumpla con su objeto⁴⁰.

La evaluación real de esta norma se verá en la medida en que la realización de los proyectos que por ella se consoliden muestren los resultados exactos sobre su pertinencia en algunos sectores o las adecuaciones que deban hacerse, además de ello quedará pendiente la forma en la cual los tribunales del país, especialmente la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), resuelva sobre el análisis de fondo que deba realizarse sobre si esta modalidad provee de las mejores condiciones para el Estado y a la vez no resulta limitativa a la libre participación de los interesados, principio fundamental de los procedimientos de licitación pública que es la forma de contratación conforme a lo previsto en el artículo 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Con esta Ley se pretende impulsar la inversión de nuevos proyectos de infraestructura para contrarrestar la caída tendencial de la tasa de ganancia. Lo que permitirá a empresas nacionales y extranjeras construir y operar todo tipo de servicios en la Administración Pública Federal. Además, los capitales particulares podrán participar, financiados con recursos públicos en la construcción de

⁴⁰ Ley de Asociaciones Público Privadas.

carreteras, escuelas, hospitales, cárceles, el agua, la electricidad, las telecomunicaciones, incluso administrarlos, con contratos hasta por cuarenta años.

En esta Ley lo que podemos observar es:

La integración de la iniciativa privada institucionalizada en las decisiones del Estado, hace a los sectores social y público o al Estado mismo, socios de las compañías transnacionales, cuyos intereses, al ser representados por el sector privado, participan también en las decisiones del Estado mexicano, incluso como condición para los préstamos de la banca internacional, a lo que hay que añadir la siempre presente presión colonialista del coloso del norte.⁴¹

Asimismo, establece que el gobierno y la iniciativa privada se podrán asociar sólo para la construcción total o parcial de infraestructura nueva. Mediante el sistema Compranet se adjudicarán, a través de invitación a tres personas o mediante adjudicación directa, los contratos a la iniciativa privada. En tanto que a la terminación del contrato los inmuebles, bienes y derechos pasarán al control y administración de la dependencia o entidad contratante y los demás bienes necesarios quedarán sujetos al dominio público de la federación.

En el proyecto de Decreto de Egresos de la federación de cada ejercicio se deberá prever, en un capítulo específico y por sector, los compromisos plurianuales de gasto que deriven de los proyectos de asociaciones público privado. No podrá realizarse la convocatoria correspondiente sin contar con las autorizaciones presupuestarias que, en caso, se requieran. Además de que la dependencia o entidad convocante tomará en cuenta las recomendaciones que, en su caso, haga la Comisión Federal de Competencia y emita en términos de la Ley Federal de

⁴¹ Pérez, Romero, Jorge, “Políticas Públicas en salud Pública, México 1958-1988, transición del Estado Benefactor” en Chávez Carapia Julia del Carmen y Padilla Aguilar Margarito, *Administración pública y políticas de salud*, Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, México, 2013, pp. 49-50.

Competencia Económica. La ley plantea la figura de afirmativa ficta exclusivamente a las autorizaciones que se requieran para iniciar los proyectos en caso de que las autoridades encargadas de otorgar una autorización o permiso necesario para el proyecto, no lo hagan en el plazo de 60 días hábiles.

Con este tipo de contratos, los gobiernos ganan en el corto plazo porque no tienen que realizar grandes desembolsos, pueden construir hospitales, escuelas, transformando gasto de capital en gasto corriente. Este tipo de contratos, aparentemente solo se convierten en un problema financiero por el hecho de afectar a las finanzas públicas del país, pero va mucho más allá, en tanto que el capital trasnacional ha encontrado una rentabilidad de largo plazo, enfermar a la población, después construir hospitales y vender permanentemente medicamentos. A decir verdad, ninguna empresa capitalista trabaja sino están de por medio las ganancias. Y ¿cuál es la razón del porqué presentamos todas estas acciones jurídicas del Estado Mexicano? Pues, simplemente para demostrar que la Constitución, las Leyes y demás acuerdos están elaborados para beneficiar a la burguesía cuando enfrenta problemas de crisis de extracción de plusvalor, así que no es más que una junta de acuerdos de la burguesía y su Estado para cargar el costo de las pérdidas de su ganancia hacia la población.

La burguesía, después del establecimiento de la gran industria y del mercado universal, conquistó finalmente la hegemonía exclusivamente del poder político en el Estado representativo moderno. El gobierno del Estado moderno no es más que una junta que administra los negocios comunes de toda la clase burguesa⁴².

Lo anterior, es completamente vigente y lo podemos observar a través de las reformas estructurales implementadas por el Estado mexicano que favorecen

⁴² Marx, Carlos y Engels, Federico, *Manifiesto del partido comunista*. Moscú, Progreso 1971, Obras escogidas en dos tomos, t. I, p. 22.

los intereses de capital social mundial que es el que está presionando para incrementar sus ganancias.

III. LA INFRAESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD BAJO EL ESQUEMA DE PROYECTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (PPS)

México, presenta un proceso de transición demográfica, la población mexicana creció tres veces y medio de 1960 a 2012 de 35 millones de habitantes a 116.9 millones⁴³. Este fenómeno, es propiciado por la acumulación de capital, para el caso de México, estaba culminando la etapa que los economistas del país denominaron “*El desarrollo estabilizador*” cuando la tasa de crecimiento económico promedio anual era 6.5 como resultado de las inversiones realizadas por el Estado con sus empresas paraestatales y la demanda de fuerza de trabajo, es decir, el crecimiento poblacional, en particular de la clase obrera, fue propiciada por el mismo capitalismo mexicano, que cuando entró en crisis durante la década de los setenta e inicios de los ochenta generó un ejército industrial de reserva que dentro de la literatura económica mexicana se conoce como desempleados o empleados temporales que los agrupan en la población en estado de pobreza y la Secretaría de Salud los considera como la población sin seguridad social, Marx observó este proceso histórico particular como una Ley de población capitalista y que cada modo de producción tiene su ley particular de población.

La población obrera, pues, con la acumulación del capital producida por ella misma, produce en volumen creciente los medios que permite convertirla en relativamente supernumeraria. Es esta una ley de población que es

⁴³ Informador.com.mx, *México cerrará 2012 con 116.9 millones de habitantes*, informó el secretario general del Consejo Nacional de Población (CONAPO), José Luis Ávila Martínez, <http://www.informador.com.mx/mexico/2012/420751/4mexico-cerrara-2012.con-1169-millones-de-habitantes.htm>. Página consultada el 26 de enero de 2013.

peculiar al modo de producción capitalista, ya que de hecho todo modo de producción histórico particular tiene sus leyes de población particulares, históricamente válidas. Una ley abstracta de población sólo rige, mientras el hombre no interfiere históricamente en esos dominios, en el caso de las plantas y los animales.

Pero si una sobrepoblación obrera es el producto necesario de la acumulación o del desarrollo de la riqueza sobre una base capitalista, esta sobrepoblación se convierte, a su vez, en palanca de la acumulación capitalista, e incluso en condición de existencia del modo capitalista de producción. Constituye un ejército industrial de reserva a disposición del capital, que le pertenece a éste tan absolutamente como si lo hubiera criado a sus expensas⁴⁴.

En 1990 la población total era de 87.1 millones de personas, mayores a 65 y más 3.7 millones, en el 2010 la población total era de 100.9 de personas, mayores de 65 y más ascendió a 5.2 millones, para 2012 la población total era de 116.9 millones de personas, mayores de 65 y más se incrementó a 7.5 millones, para 2018 según la proyección del Consejo Nacional de Población será de 123.4 millones de personas, mayores de 65 y más 9.1 millones, para el 2030, la población total será de 131.5 millones de personas, 65 y más será de 13.9 millones.

Como se puede observar, la población de adultos mayores está creciendo considerablemente y con ello de manera gradual disminuyen las personas que pagan impuestos; recursos que al Estado le interesa; los capitalistas, generalmente, no lo hacen, debido a que forman asociaciones con el pretexto de realizar actividades altruistas evaden sus responsabilidades tributarias.

El grupo productivo demográfico que representa un segmento mayoritario de la población se irá disminuyendo, innegablemente, con el tiempo. Se pronostica

⁴⁴ Marx, Carlos, *El capital: Crítica de la economía política*, 9a. ed., México, siglo XXI editores, 1982, t, 1, vol. 3, pp. 785-786.

que en el 2030 el sector de adultos mayores pasará de 9.1 millones de 2018 a 13.9 millones de personas de manera que para el año 2030 representará 11.8% de la población nacional. Los problemas de salud de este sector serán, por lo tanto, el componente que más atención demande.

Este cambio demográfico propicia un cambio epidemiológico, porque presenta importantes problemas, pues, las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida, como la diabetes y la hipertensión, así como las generadas por lesiones por accidentes o violencia, representan el 75% de todas las muertes que se registran en nuestro país en 2008. Estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso.

El otro 23 % corresponde a las muertes por enfermedades que le son propias a un país capitalista subdesarrollado como las infecciones, la tuberculosis, mismas que hace cincuenta años eran las más frecuentes en el conjunto de la población y que ahora afectan sobre todo a quienes viven en la pobreza, pues mueren a edades más tempranas que el resto de la población. Estos cambios han propiciado a que los solicitantes de salud se incrementen en los próximos años, situación que ha obligado al Estado mexicano a mejorar la infraestructura hospitalaria, presentando los *“Proyectos de Hospitales Regionales de Alta Especialidad Desarrollados por la Secretaría de Salud bajo el esquema de proyectos para prestación de servicios (PPS)”*⁴⁵.

Derivado de todos estos problemas se reforma la Ley General de Salud en materia de Protección Social, aprobado en mayo del 2003, está encaminado al desarrollo de una estrategia para la oferta de los servicios de salud, pero esencialmente es para consumir los productos de la industria de la construcción, toda la tecnología de la medicina desarrollada hasta el momento, así como, la

⁴⁵ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física, *Libro Blanco del Programa: Proyectos de hospitales Regionales de Alta Especialidad desarrollados por la Secretaría de Salud bajo el esquema de proyectos para prestación de servicios (PPS)*, México, octubre 2006.

ampliación de la red de la industria farmacéutica. A ello, habría que agregar que, además, de mecanismos de aseguramiento, se requiere realizar la ampliación de la oferta de intervenciones personales de salud, efectuar cambios organizacionales para asegurar su adecuada prestación y crear una nueva arquitectura de los servicios de salud. Así, una vez avanzada la industria alimentaria hacia todo el país, se requiere también de una transformación de la infraestructura física para la salud, es decir el desarrollo industrial del país, también requiere de un desarrollo de una infraestructura hospitalaria, para poder atender a la población, previamente enfermada.

La Secretaría de Salud, conviene con las entidades federativas el establecimiento de un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS)⁴⁶, articulado a través de redes de Servicios de atención a la Salud, con una nueva infraestructura para la protección de la salud de los mexicanos.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se considera como una de sus prioridades el de avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la salud, para lo cual se definieron seis líneas de acción, dentro de las que destacan la optimización de la capacidad instalada y la creación de redes virtuales para la prestación de servicios. Para el avance de esta propuesta, se realizó una reconversión de parte de la infraestructura existente y el diseño de una nueva que, bajo un esquema distinto de operación, pretende proporcionar la prestación de servicios basados en niveles de atención.

De esta manera y en el marco de la reforma del sector salud, y en cumplimiento con lo previsto en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se generó un proceso de análisis de información sociodemográfica, epidemiológica, de disponibilidad y acceso a infraestructura y servicios para la atención a la salud de la población del país. Dicho proceso culminó a finales de 2003 con la publicación del Plan Maestro mencionado, el cual representa un punto de partida para el

⁴⁶ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud Red de Servicios de Atención a la Salud*, México, Noviembre, 2003

reordenamiento de la infraestructura existente y la definición hacia 2012 para la construcción de nuevas unidades de atención a la salud en el país. En este Plan Maestro se establecen 18 regiones a nivel nacional, que se denominan cada una como Red de Servicios de Salud (REDESS). Este esquema es la repartición del mercado de salud entre los grupos privados transnacionales en la edificación y remodelación de la infraestructura hospitalaria, además de la venta de tecnología de vanguardia en medicina capitalista.

También, el 29 de noviembre de 2006 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, cuyos artículos 2 inciso B, fracción IV bis y 20 bis se crea la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (DGCHRAE)⁴⁷, la cual tiene como objetivo conducir las estrategias médicas, paramédicos y administrativos necesarios para establecer un sistema de gestión hospitalaria en red entre los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, dirigiendo, coordinando y evaluando su funcionamiento.

La ley General de salud apoya el cumplimiento de los objetivos de los proyectos que se mencionan, ya que en la reforma realizada a esa Ley se establece que con la finalidad de fortalecer la infraestructura médica de alta especialidad y su acceso o disponibilidad regional, la Secretaría de Salud, mediante un estudio técnico, determinará aquellas unidades médicas de las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federales como locales, que por sus características y ubicación pueden convertirse en centros regionales de Alta Especialidad o la construcción con recursos públicos de nueva infraestructura con el mismo propósito, que provean sus servicios en las zonas que determine la propia dependencia.

En esta Secretaría es la Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física (DGDIF) la encargada de los procesos de contratación y

⁴⁷ Diario Oficial de la Federación, 29 de noviembre 2006, www.salud.gob.mx/transparencia/marco_normativo/Regint.pdf. Página consultada en marzo de 2013.

ejecución de obras, adquisiciones y servicios para el desarrollo de la infraestructura Física. La Subsecretaria de Innovación y Calidad (SIC) realizó un análisis integral para identificar hospitales generales susceptibles de convertirse en hospitales de alta especialidad, mediante ampliación del inmueble, incorporación de especialidades, equipamiento y fortalecimiento, así como aquellos que debían construirse. A partir de este análisis se elaboró el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS) en donde se identificaron las acciones para el periodo 2001-2006, entre estas destacan el establecimiento de hospitales de alta especialidad⁴⁸.

El 29 de noviembre se publicaron los decretos de creación de los Hospitales Regionales De Alta Especialidad del Bajío, Oaxaca, Península de Yucatán y Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como organismos descentralizados de la Administración Pública Federal (APF).

En este programa, los proyectos para prestación de servicios se integran en dos generaciones:

Primera Generación Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

El periodo de vigencia comprende del 26 de marzo de 2003, fecha en que se publicó el acuerdo por el que se establecen las reglas para la realización de los proyectos para prestación de servicios, al 30 de noviembre de 2006.

El plazo establecido en el contrato para la prestación de los Servicios correspondientes al PPS de primera Generación es de 25 años, contados a partir del 25 de noviembre de 2005, fecha en se firmó el contrato de servicios de largo plazo, hasta el 24 de noviembre de 2030. El Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Unidad de Apoyo inició operaciones en febrero de 2007. Fue el primer proyecto que se concretó, cuya licitación fue presentada el 10 de marzo de 2005, el fallo se publicó el 20 de octubre del mismo año y resultó ganadora la empresa Española Acciona, S. A. vinculada al Partido Popular de derecha en ese país; el

⁴⁸ Plan Maestro de Infraestructura Física, http://www.dgdif.salud.gob.mx/pdf/PLAN_MAESTRO_DE_INFRAESTRUCTURA.pdf

contrato se celebró a veinte años. En este proyecto hay financiamiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. La Infraestructura no es propiedad del Estado mientras no se concluyan los pagos programados a 25 años⁴⁹.

El hospital está concebido para proporcionar servicios de salud de alta especialidad para la población infantil y adulta no asegurada de los estados de Guanajuato, Aguascalientes, Jalisco, Michoacán y Zacatecas.

La Segunda generación de Hospitales Regionales de Alta especialidad en las ciudades de Acapulco; Guerrero, Culiacán, Sinaloa; Chihuahua, Chihuahua, Ixtapaluca., Estado de México; Querétaro, Querétaro, Ciudad Victoria, Tamaulipas; y Torreón, Coahuila, son los que están conformados bajo el Proyecto de Prestación de Servicios.

⁴⁹ Tiene la ficha técnica siguiente:

Terreno: 62,000.00 metros cuadrado

Área construida: 24,963.70 metros cuadrados

Capacidad: 184 camas censables (144 para adultos y 40 pediátricas), 83 camas no censables

Consultorios de especialidades: 27

Salas de cirugía: 7

Especialidades proyectadas: 25 Especialidades médicas y 1 de Epidemiología, así como auxiliares de Diagnóstico en Imagenología, Radiología convencional, unidad de Rayo "X", Cistoscopia, Doppler, Ultrasonografía, Hemodinámica, Ecocardiografía y Tomografía computarizada de alta resolución

Servicios de la unidad de apoyo: Quimioterapia (6 lugares) y Radioterapia, Rehabilitación, Hemodiálisis (8 lugares) y Cirugía Ambulatoria (2 salas).

Población beneficiada: 5, 000,000 de habitantes.

Red de servicios: Centro occidente 1.

Ubicación: Boulevard. Aeropuerto s/n Km 9 carretera León-Irapuato, Antiguo Aeropuerto de San Carlos, cp. 37670, León, Gto.

Los hospitales que tuvieron un esquema de inversión presupuestaria tradicional es el Hospital Federal de Referencia ubicado en el Distrito Federal y área metropolitana y como Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Guadalajara y Monterrey, los que fueron fortalecidos es el de Puebla, San Luis Potosí y Veracruz y los que se construyeron el de Mérida, de Oaxaca, de Tapachula, de Tuxtla Gutiérrez y Villahermosa que en total con los del Proyecto de Prestación de Servicios (PPS), suman 18.

Con lo anterior se consolida la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad, que contribuyó al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, lo conforman los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), en unión a los Institutos Nacionales de Salud (INSALUD), los Hospitales Federales de Referencia (HFR) y otros Hospitales vinculados con Universidades, con ellos inicia la Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES), ampliando a nivel nacional la oferta de servicios especializados que ya se ofrecen.

El proceso de licitación pública internacional para la construcción del hospital de Ciudad Victoria, se emite la convocatoria el 19 de octubre de 2006 se formaliza la contratación el 11 de julio de 2007, iniciando su construcción el 5 de octubre de 2007, abre operaciones formales el día 7 de abril del 2010, teniendo como zona de influencia a los estados de Tamaulipas, Veracruz y parte del estado de Hidalgo⁵⁰.

⁵⁰Tiene la ficha técnica siguiente:

Terreno: 48,000.00 metros cuadrados,

Área construida: 14,497.39 metros cuadrados

Capacidad: 100 camas

Consultorio de especialidades: 25,

Quirófanos: 4

Especialidades proyectadas: 21 Especialidades médicas, así como diversos auxiliares de Diagnóstico como Audiología, Endocrinología, Endoscopia, Cardiología, Urología, Neurocirugía, entre otros.

Cabe señalar que la ganadora de esta licitación pública internacional fue la empresa Infraestructura Hospitalaria del Norte (Marhnos), propiedad de Nicolás Mariscal Servitje (integrante del consejo de administración de grupo bimbo).⁵¹

Habría que recordar lo dicho en el capítulo 1 de este escrito, que Grupo Bimbo es una empresa trasnacional dedicada a la producción, circulación y distribución de alimentos industrializados, es uno de los responsables del incremento de la obesidad en nuestro país, ahora invirtiendo en infraestructura hospitalaria, hecho, que solamente explica el grado de irracionalidad de los grupos industriales por dominar a los seres humanos del planeta; no obstante, el 12 de julio del 2012, la Secretaría de Salud firmó el⁵² *“Acuerdo para la disminución de Sal en el Pan de Caja y en el Bolillo”* para la reducción de la obesidad en un lapso de cinco años, mediante un convenio con la Cámara Nacional de la Industria Panificadora y Similares de México, “CANAINPA”, La Asociación Nacional de Tiendas de Autoservicio y Departamentales, “ANTAD” y Bimbo, S.A. de C.V., “BIMBO”.

La empresa ganadora para la edificación del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca y Unidad de Apoyo, fue GIA, Constructora Urbana⁵³.

Servicios de la Unidad de Apoyo: Hemodiálisis, Cirugía Ambulatoria, Oncología, Rehabilitación.

Población beneficiada: 1, 001,782 habitantes

Red de servicios: Noreste 1

Ubicación: Al noreste de Ciudad Victoria, sobre el Boulevard Naciones Unidas, entre la salida a la carretera a Matamoros y Soto la Marina

⁵¹ <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2009/03/15/ssa-contratos-millonarios-a-empresarios-panistas>.

⁵² Diario Oficial de la Federación, 22 de junio de 2012.

⁵³ Tiene la ficha técnica siguiente:

Terreno: 70,000.00 metros cuadrados

Área construida: 28,643.09 metros cuadrados

Capacidad: 246 camas

Quirófano:

Para los Hospitales Regionales de Alta Especialidad de Mexicali, Queretaro, Torreón, Culiacán, Acapulco, Chihuahua y Cancún, no se tiene la información de las Empresas ganadoras, sin embargo, con información de la revista milenio las competidoras para la edificación de los hospitales, además de su participación en otros sectores de obras públicas como es el carretero, son: Teya-IGSA Solutions, Grupo Marhnos, Prodemex y Abengoa que no solamente tienen presencia en el Estado de México, sino a nivel nacional⁵⁴.

IV. LA PRESENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN CLÁSICA EN LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD

A mediados del siglo XIX, en Inglaterra y posteriormente en Francia, se desarrolla una nueva metodología que prevalecerá hasta nuestros días: la historia clínica que también influirá en el proceso administrativo de los hospitales, siendo los médicos clínicos y quirúrgicos los que administrarán las instalaciones tomando como modelo los desarrollados desde el siglo VI en los hospitales de esa época, aunque con una complejidad mayor. Conforme se desarrolla el capitalismo, fue Frederick Winslow Taylor⁵⁵ quien observó dentro de una fábrica la división del trabajo, la racionalización, la estandarización, el estudio de tiempos y movimientos,

Especialidades proyectadas: 28 especialidades médicas, así como diversos Auxiliares de Diagnóstico, como Imagenología, Banco de Sangre, Endoscopia, Quimioterapia, Inhaloterapia, entre otros

Servicios de la Unidad de Apoyo: Cirugía Ambulatoria, Hemodiálisis, Rehabilitación y Oncología (Quimioterapia y Radioterapia)

Red de servicios: Centro 1

Ubicación: Municipio de Ixtapaluca, Estado de México.

⁵⁴ <http://www.milenio.com/edb/doc/noticias2011/1b6bce8bf538d981ccb8ca58c31a3?....>, página consultada en octubre de 2013.

⁵⁵ Winslow, Taylor, Frederick, *Principios de la administración científica*, 10^a .ed., Argentina Librería el Ateneo, 1987, desarrolla estos principios a partir del segundo capítulo, páginas de la 146 a la 208.

según este autor, los capitalistas y los obreros tienen los mismos intereses, pues ambos pueden obtener muchas ganancias si elevan la productividad mediante una metodología científica que disminuya los tiempos de producción y mejore la eficacia de las personas, por lo que, desarrolla su teoría de la Administración a través de reducir los tiempos en la producción de mercancías, que en realidad corresponde a un tipo de explotación de plusvalor relativo.

Paralelamente, Henri Fayol ingeniero industrial francés, desarrolla su teoría de la administración dándole peso a la estructura de una empresa, para este autor, la administración es de importancia mayor debido a que coordina las actividades de los otros departamentos de una empresa, concibe a ésta como una estructura piramidal y con sus componentes bien definidos, creando un ambiente de rigidez y de orden. *“La autoridad consiste en el derecho de mandar y en el poder de hacerse obedecer”*⁵⁶, visualiza la división en los diferentes departamentos y secciones que consta una empresa. Enfatiza que para cumplir con los objetivos, la organización debe tener una coordinación entre todos los departamentos para trabajar de manera armónica.

El concepto unidad de mando es el utilizado por Fayol para argumentar que debe existir un solo jefe al que se le obedecerá de acuerdo a sus indicaciones, así como de contar con una unidad de dirección, que es un grupo de apoyo a las acciones y ofrece sus servicios a los diferentes niveles operativos, pero no tiene una operación directa, enfatiza, no confundir unidad de dirección con unidad de mando. *“La unidad de dirección se crea mediante una buena constitución del cuerpo social; la unidad de mando depende del funcionamiento del personal”*⁵⁷. Dentro de su teoría no se contempla el aspecto humano, sino lo puramente productivista, técnico y, sobre todo, las ganancias de las empresas capitalistas. Sin embargo, es la teoría que más influencia ha tenido en la estructuración de la administración de hospitales

⁵⁶ Fayol, Henri, *Administración industrial y general*, 10^a ed., Argentina Librería el Ateneo, 1987, p. 25.

⁵⁷ *Ibíd*em, p.29

privados y públicos. Ambos Frederick Winslow Taylor y Henry Fayol constituirían lo que se conoció como la escuela clásica de la administración.

El segundo pensador sobre la administración fue Max Weber⁵⁸, no retoma el aspecto de la ingeniería, sino que introduce elementos sociológicos, desarrollando una teoría más sólida y consistente sobre administración, la teoría burocrática, que tiene como característica la racionalización, la división del trabajo que lo denomina como sectores jurisdiccionales, con una perspectiva jerárquica, trabajando sobre la organización, funciones, procesos, procedimientos y formalidad en la comunicación, concentrado fundamentalmente en una normatividad.

Los hospitales, hasta la fecha, no han cambiado la forma de funcionar, la teoría de Fayol fue pensado para las fábricas, pero sus fundamentos se han utilizado para la organización de los hospitales, escuelas, universidades y están contruidos y estructurados de acuerdo a la teoría de Fayol. La influencia de este teórico de la administración no solo se deja ver en la organización interna de un hospital, sino también en su forma de aparecer en el ámbito de la gestión por la Secretaria de Salud. Bajo este esquema el hospital ocupa la cúspide del sistema de organización de salud, con una jerarquización de la competencia y responsabilidades bien definidas y estructuradas. El hospital bajo este concepto está definido como el establecimiento de la más alta complejidad y con el mayor grado de respuesta, pero con la menor cobertura de servicios.

Sin embargo, no podemos dejar pasar que la organización administrativa de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad en México (HRAE), está determinado por la tecnología, es decir, es ésta la que ha obligado a reducir a dos niveles para que el paciente que requiera de atención especializada sea casi directo, proviene también del avance de los sectores farmacéuticos, biotecnológico, genómico y de la informática. No hay que olvidar que el consumo de alimentos transgénicos está en espera de dar sus resultados, por ello, no es casual la rapidez

⁵⁸ Weber, Max, *¿Qué es la burocracia?* 4a. ed., trad. De Rufino Arar, México, Ediciones Coyoacán, 2010. En el capítulo I de las páginas 21 a la 25 desarrolla su teoría.

con la que se pretende atender a los pacientes porque representa grandes cantidades de ganancias para las industrias mencionadas, o, lo que es lo mismo, el consumo de los productos de los sectores mencionados en el hospital ha contribuido, por una parte, a aumentar una falsa longevidad y, por otra, una elevada calidad de vida de la población al depender de por vida de los medicamentos. El alto consumo de la tecnología, medicamentos y demás productos de la medicina, son los que determinan que el hospital y su personal sean altamente productivos, o lo que es lo mismo, los hospitales y su personal entre más tecnología, medicamentos y demás productos de la medicina consuman, son altamente productivos que es lo que, finalmente, le interesa a las empresas capitalista de la medicina.

Como se verá en seguida los Hospitales Regionales de Alta Especialidad no lograron trascender el modelo administrativo clásico, pues su organización sigue siendo vertical y autoritario.

En los hospitales, tradicionalmente existen direcciones con este estilo de liderazgo, desde la facultad de medicina se le acostumbra al alumno, tanto en clase como en las rotaciones hospitalarias a obedecer órdenes. Durante el internado, el servicio social y en la residencia, el sistema es prácticamente el mismo. De tal suerte que se le hace un condicionamiento desde su gestación como médico. Las instituciones dirigidas por médicos educados bajo estos principios difícilmente aceptarían que hubiese un modelo diferente de administración y de liderazgo⁵⁹.

⁵⁹ Lomelí, Rivas, Álvaro, “Influencia de la teoría de Fayol en la administración hospitalaria contemporánea” en Chávez Carapia Julia del Carmen y Padilla Aguilar Margarito, *Administración Pública y políticas de salud*, México, Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, 2013, p., 22.

Aunque con esta organización, el nivel de atención de los solicitantes del servicio se reduce a dos; en el esquema anterior, estaba integrado por tres niveles, los cuales, en la práctica constituían fuertes barreras para la adecuada atención al paciente. El cambio que se hizo con la organización en redes, el paciente si requiere atención en un Hospital Regional de Alta Especialidad tendrá acceso directo, además de que estos hospitales están integrados a una red mayor que abarca los hospitales de alta especialidad del sector que tiene seguridad social.

Cada Hospital Regional de Alta Especialidad está constituido como organismo Público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y Patrimonio propio.

El nivel Organizacional de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad son: en primer lugar un Gobierno; la Secretaría de Salud ejerce la función rectora, no sólo como cabeza del Sistema Nacional de Salud, sino a través de su presencia en los órganos de gobierno. En cada Hospital, el órgano máximo es la junta de gobierno, presidida por el secretario de salud, que cuenta con una representación de la entidad federativa sede del Hospital y de las entidades que formen parte de la red a la que el hospital pertenece. El director general del Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE), rinde cuentas y recibe autorización de la junta de gobierno.

La junta de gobierno está constituido por diferentes comités especializados para analizar asuntos relacionados con la atención médico-quirúrgico, así como con los aspectos administrativos, los presentan ante la junta de propuestas y acuerdos, según el ámbito específico de acción de cada uno de ellos.

La organización interna de un Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) en su estructura orgánica es altamente jerárquica y vertical, al comparar la del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán y el de Ixtapaluca, es similar, cuentan con una Dirección general, una Dirección médica con dos subdirecciones; una de servicios clínicos y otra de servicios quirúrgicos, una Dirección de operaciones con cuatro subdirecciones; la de atención al usuario, de atención ambulatoria, de atención hospitalaria, de atención en quirófanos y medicina crítica y de ingeniería biomédica; la subdirección de enfermería con dos departamentos el de atención hospitalaria y el de atención ambulatoria; la Dirección

de planeación, enseñanza e investigación con tres subdirecciones, de enseñanza e investigación, de tecnología de la información y de planeación y desarrollo; Dirección de administración y finanzas con cuatro subdirecciones, de recursos humanos, de recursos materiales, de recursos financieros y de conservación, mantenimiento y servicios. En lo que respecta al órgano interno de control, el HRAE de la Península de Yucatán cuenta con un área de responsabilidades, un área de control y auditoría y un departamento de asuntos jurídicos, en cambio el HRAE de Ixtapaluca cuenta con un titular del órgano interno de control, un titular de área de auditoría de control y evaluación y apoyo al buen gobierno, un titular del área de auditoría interna, un consultor auditor, un titular de responsabilidades, un titular del área de quejas y un departamento de asuntos jurídicos.

Como puede observarse, la estructura orgánica tiene influencia administrativa propuesta por Fayol, cada dirección, subdirección y departamento funciona de acuerdo a un engranaje y normatividad que lo hace parecer más a una máquina, que un centro de trabajo compuesto por seres humanos, tal rigidez, difícilmente, el personal puede tener iniciativa propia o pensar de cómo mejorar su trabajo, porque tal alienación es con fines totalmente productivista, pues las indicaciones provienen del jefe superior. Sin embargo, aún hay más, lo importante de estos hospitales diseñados de forma capitalista es el consumo del material quirúrgico, tecnológico, y farmacéutico, exigencias de las empresas trasnacionales del sector salud. Aunque es importante agregar que cuando interviene el sector privado es con la finalidad de obtener plusvalor utilizando a los recursos humanos provenientes de las escuelas públicas, al respecto Jorge Veraza dice:

En las escuelas públicas el capital social pone a funcionar con dinero de toda la sociedad un proceso que aparentemente está al servicio de toda la nación pero que en realidad sirve al capital de esa nación. De esas escuelas públicas deben salir jóvenes trabajadores calificados y profesionistas que

deben poner en movimiento los distintos procesos de producción de plusvalor⁶⁰.

V. CRÍTICAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Un aspecto crítico referido a este sistema es su carácter fragmentario por parte de las Instituciones públicas que se subdivide en por lo menos en dos grandes subsistemas: el de la seguridad social y el de los servicios públicos; lo cual impide en muchos casos la coordinación, la consolidación y el establecimiento de políticas, planes programas y proyectos tecnológicos comunes, por la diversidad de intereses, objetivos sociales y problemáticas financieras, operativas y programáticos de las instituciones que integran dichos subsistemas.

Así encontramos que dentro del Sistema de Salud tiene una importancia crucial los servicios de seguridad social que son proporcionados por las instituciones que cuentan con la mayor infraestructura en los servicios de salud con una mayor cobertura en este campo: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE), dado que su creación obedeció a importantes conquistas sociales y laborales con propósitos esenciales para garantizar la protección de salud de los trabajadores y sus familiares.

El fin del Estado Mexicano es reestructurar el Sistema de Salud Nacional. La coordinación y cooperación intersectorial, bajo el mando de la Secretaria de Salud, tomando en cuenta a la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA) a la Secretaria de Marina (SEMAR) Petróleos Mexicanos (PEMEX).

A propósito de estas Instituciones, en el 2008, el IMSS tenía asegurados 49 millones de derechohabientes, el ISSSTE un poco más de 11 millones, PEMEX, 728 mil, SEDENA, al 2004, 677 mil, SEMAR, al 2008, 218 mil, Estatal, al 2007, 1424 que

⁶⁰ Veraza, Urtuzuástegui, Jorge, *Leer el capital hoy, pasajes selectos y problemas decisivos*, México, Ítaca, 2007, p. 180.

corresponden al ISEMYN y al seguro popular 27 millones 168 mil estas cifras se encuentran registradas en la tabla XI.1. Población asegurada en instituciones públicas de salud en México, 1980-2008 (miles)⁶¹.

En este año, la población total ascendía a 106, 682, 518, la asegurada 61,614, 424, la diferencia 45, 068,094 son los desempleados o que no tenían un empleo formal, o como los denomina la Crítica de la Economía Política el ejército industrial de reserva. Así bajo el capitalismo, la Ley de la tendencia decreciente de la tasa de ganancia, en general, la ley de la acumulación capitalista, así como su contrapartida, la ley de población son los determinantes de la existencia del ejército industrial de reserva de una creciente miseria relativa y absoluta, así como de una sobreacumulación de riqueza de capital para unos cuantos capitalistas. Sin embargo, es esta población, sin empleo, a la que está destinado el seguro popular que para el primer semestre de 2013 incorporó a 55.5 millones de personas⁶².

Es importante señalar que la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), Petróleos Mexicano (PEMEX) y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISEMYN), se rigen por sus propias leyes y sólo están obligadas a mantener relaciones de coordinación en lo que se refiere a su operación, desarrollo y control con otras dependencias, por lo que gozan de autonomía en su desempeño.

Sin embargo, la Ley General de Salud como reglamentaria del artículo 4° constitucional, regula los servicios de salud públicos y privados agrupándolos en un Sistema Nacional de Salud. Este sistema está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal y municipal así como por personas morales y físicas que prestan servicios de salud.

⁶¹ Durán, Arenas, Luis, XI. "Modelo Institucional de Atención a la Salud en México", en Cordera Rolando y Murayana Ciro (coordinadores). *Los determinantes sociales de la salud en México*, México Fondo de Cultura Económica, 2012, p.576.

⁶² Sistema de Protección Social en Salud, *informe de resultados*, enero-junio 2013, gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/ago/inf_salud-20130816.pdf.

El artículo 18 de esta Ley se establece las funciones que le corresponden a la Secretaría de Salud, en su carácter de dependencia coordinadora del Sistema Nacional de Salud, así como las asignadas a los servicios estatales de salud para el logro de los objetivos fijados. La coordinación entre la federación y las entidades federativas y los municipios se logra mediante un Convenio Único de Desarrollo⁶³.

Con base a lo anterior, a la Secretaría de Salud le corresponde, entre otras, la responsabilidad de evaluar la prestación de los servicios de salud a nivel nacional. Lo más importante de la Ley General de Salud es su Título tercero Bis porque aborda lo relativo a la Protección Social en Salud y como se mencionó, México cuenta con más del 50% de su población en estado de pobreza, que no tiene acceso a la seguridad social y de conformidad con la Constitución de que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados a la protección social en salud, por lo que en los términos de lo dispuesto en el artículo 77 Bis-33, se constituye el Consejo Nacional de Protección Social en Salud como órgano colegiado integrado por los siguientes: Titulares de los Servicios de Salud, Desarrollo Social y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretario del Consejo de Salubridad General. Titulares de los Servicios Estatales de Salud de cinco entidades federativas que representen a las regiones del país, a invitación del Secretario de Salud. Representante del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud. Asimismo en acato al artículo 77 Bis-35 se crea como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

En el artículo 4° de la Ley se establece que las autoridades sanitarias competentes son: el Presidente de la República, El Consejo de Salubridad General,

⁶³ El Artículo 18 de la Ley General de Salud, dice: “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 Secretaría de Salud y los Gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Distrito Federal.

VI. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Ley General de Salud señala que este sistema estará integrado por el conjunto de órganos de la Administración Pública Federal, por la Administración Pública Estatal y Municipal, así como de las instituciones de los sectores sociales y privados.

En la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su primer artículo se establecen las bases para la organización que será centralizada y paraestatal y el artículo 39 se especifica que a la Secretaría de Salud le corresponde conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud.

En el artículo 17 de la misma Ley encontramos que se mencionan los órganos administrativos que están jerárquicamente subordinados a la Secretaría de Salud y de acuerdo al Reglamento Interior de esta misma Secretaria se encuentran los órganos desconcentrado siguientes:

1. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.
2. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
3. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
4. Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.
5. Centro Nacional de Trasplantes.
6. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
7. Centro Nacional para la Prevención y el Control de la Adicciones.
8. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida.
9. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia.
10. Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios.
11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
12. Comisión Nacional de Bioética.
13. Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
14. Instituto de Geriátría.

15. Servicios de Atención Psiquiátrica.

En términos del artículo 45 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, son organismos descentralizados, la entidades creadas por Ley o Decreto del Congreso de la Unión o por Decreto del Ejecutivo Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios y de acuerdo a la relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley de las Entidades Paraestatales y su reglamento que se publican en el Diario Oficial de la Federación cada año, encontramos con fecha 15 de agosto de 2013 son los siguientes⁶⁴:

Hospitales

1. Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas
2. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”
3. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”
4. Hospital Infantil de México “Federico Gómez”
5. Hospital Juárez de México
6. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria “Bicentenario 2010”
7. Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca
8. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán
9. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca
10. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Institutos

1. Instituto Nacional de Cancerología
2. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”
3. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
4. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”
5. Instituto Nacional de Geriátrica

⁶⁴ Diario Oficial de la Federación. *Relación de Entidades Paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento*. Jueves 15 de agosto de 2013.

6. Instituto Nacional de Medicina Genómica
7. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”
8. Instituto Nacional de Pediatría
9. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”
10. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”
11. Instituto Nacional de Rehabilitación
12. Instituto Nacional de Salud Pública
13. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Del listado podemos observar que 4 de los hospitales y todos los institutos están ubicados en el Distrito Federal que es el espacio geográfico de mayor desarrollo económico, social y cultural capitalista de nuestro país, lo que quiere decir que desarrollo es sinónimo de aparición de enfermedades.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el DOF en la fecha mencionada pública como un organismo descentralizado; de conformidad con el artículo 172 de la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social su actividad es la promoción de la salud con carácter de asistencia social.

En el artículo 5° de la Ley de Entidades Paraestatales, el IMSS y el ISSSTE se rigen por sus propias Leyes, por lo se les considera como organismos descentralizados no sectorizados.

Continuando con el artículo 46 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, las empresas de participación estatal mayoritaria, adoptan distintas modalidades como las siguientes:

Que el gobierno Federal o una o más entidades paraestatales conjuntan o separadamente aporte o sean propietario de más del 50% del capital social, que son los fideicomisos.

Las asociaciones civiles en las que la mayoría de los asociados sean dependencias o entidades de la Administración Pública federal o servidores públicos federales que participen en razón de sus cargos o alguna o varias de ellas se obliguen a realizar las aportaciones económicas preponderantes, tiene este carácter los siguientes:

1. Centro de Integración Juvenil, A.C.
2. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V.

Se observar que la estructura del Sistema Nacional de Salud es centralizada, es la Secretaría de Salud quien distribuye las funciones, organiza y evalúa las políticas en el sector. El hecho de reorganizar el Sistema Nacional de Salud, de construir los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y remodelar los existentes sea una prioridad del Gobierno Federal, se convierte como tal por las exigencias del mercado y la tecnología médica que le urge conseguir territorios para ser consumido. Tampoco es en el sentido de que el Gobierno sea muy paternalista y esté preocupado en atender las necesidades de salud de la población lo que lo lleva a realizar acciones de asistencia social, más bien, las empresas trasnacionales han encontrado la manera más efectiva de contrarrestar la caída tendencial de la tasa de ganancia que están sufriendo. Invertir en Salud, para ellas es un buen negocio, no hay pérdida de utilidades, pues está presupuestado la adquisición de medicamentos y tecnología.

No es la construcción de hospitales lo que puede llevar a la población a una vida saludable, sino la prohibición de los alimentos que contienen altos grados de químicos para su conservación y la implementación de formas alternativas de producción de alimentos naturales, se puede lograr a través de fuertes inversiones hacia el campo, sector olvidado por la presencia de las trasnacionales alimentarias.

VII. CONCLUSIONES

El capitalismo en nuestro país, ha seguido su propia lógica de desarrollo, a través de la implementación de la política neoliberal, de permitir que las acciones de libre mercado determinen la permanencia de las empresas, por su competitividad, o las que mejor se adapten a las nuevas circunstancias de la globalización y con la llegada de las empresas trasnacionales que se han apropiado el mercado de alimentos y los han industrializado extendiendo en toda la república una transición epidemiológica misma que se manifiesta mediante enfermedades no transmisibles como son: la obesidad, la diabetes mellitus, el cáncer de estómago y problemas cardiovasculares. Fenómeno que ha obligado al Estado a realizar

reformas a la Constitución y a la Ley General de Salud, a partir de 1983 y que posteriormente seguirían toda una serie de reformas e implementación de los Proyectos de Prestación de Servicios para la elaboración del Plan Maestro de Infraestructura Física, debido al incremento en la demanda de servicios de salud de alta especialidad.

Lo anterior, da origen a un ordenamiento jurídico para la infraestructura hospitalaria con el cual se procede a la construcción de 18 Hospitales Regionales de Alta Especialidad distribuidos en toda la República. Sin embargo, las reformas continuaron con la promulgación de la Ley de Asociaciones Público Privadas con la cual las empresas trasnacionales pueden construir y administrar los Hospitales mencionados, con lo cual el Estado ha coadyuvado para detener la caída de la tasa de ganancias de estas empresas.

La administración de estos hospitales no superó las propuestas de Henry Fayol, porque siguen siendo altamente jerárquicas, porque dentro de ellos persiste la figura de un jefe que es quien ordena las acciones a realizar, conforme a una normatividad, casi como dogma que no permite que las personas que la laboran en ellos tengan iniciativa propia para mejorar su trabajo, pero, además, orientados hacia la alta productividad, es decir, el consumo de la tecnología, medicamentos y demás productos de la medicina.

Asimismo, en la estructura orgánica de Administración Pública federal encontramos que está organizada de manera centralizada y paraestatal. A la Secretaría de Salud le corresponde conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas de servicios de salud; los órganos desconcentrados están jerárquicamente subordinados a ésta secretaría y los organismos descentralizados que se rigen por la Ley de Entidades Paraestatales y por último los fideicomisos.

Por la falta de infraestructura hospitalaria para atender a los demandantes de salud encontramos que se están violando los artículos de la Ley General de salud como son: Artículo 77 bis 5 apartado A), fracción XVII, apartado B fracción IV, artículo 77bis 10 fracción III, artículo 77 bis 18, artículo 77 bis 30. También podemos observar que otra de las variables independientes de la hipótesis está comprobada.

CAPITULO TERCERO

TEMAS EXPUESTOS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012, QUE SON OBJETO DE CRÍTICA

I. INTRODUCCIÓN

Para este escrito, solamente se mencionan los temas que tengan relación con la problemática desarrollada, de tal manera que se especifica la página en donde se encuentra el discurso para su análisis como soporte para su crítica. Para la elaboración de este Plan se utiliza la Ley de planeación que tiene como objetivos: establecer las normas y principios básicos conforme a los cuales se llevará a cabo la Planeación Nacional de Desarrollo y encauzar, en función de ésta, las actividades de la Administración Pública Federal; la integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática, para que el Ejecutivo Federal coordine sus actividades de planeación con las entidades federativas, conforme a la legislación aplicable; para promover y garantizar la participación democrática de los diversos grupos sociales, a través de sus organizaciones representativas para la elaboración del plan y los programas a que se refiere esta ley; para que las acciones de los particulares contribuyan a alcanzar los objetivos y prioridades del plan y programas.

De esta manera el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 está estructurado en cinco ejes rectores: Estado de Derecho y Seguridad, Economía Competitiva y generadora de empleos, Igualdad de oportunidades, Sustentabilidad ambiental y Democracia efectiva y política exterior responsable. Para esta investigación, lo importante es la inversión en infraestructura social.

II. ESTADO DE DERECHO COMO EJE CENTRAL DE PND 2007-2012

La estrategia propuesta por el Plan Nacional de Desarrollo (PND) menciona al fortalecimiento de Estado de Derecho y la Seguridad Pública como eje principal de Acción.

Ello se establece en la perspectiva de dar seguridad jurídica a la inversión privada, como el aspecto esencial para impulsar el desarrollo económico.

El problema fundamental de la nula inversión en México, no es por la falta de seguridad jurídica a las personas y a la propiedad privada, como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo (PND), sino la falta de ganancias. Las empresas privadas invierten aunque no exista seguridad jurídica, pues, finalmente, obligan al Estado para que se los proporcione. En relación a la inversión en infraestructura se reconoce que:⁶⁵ *“Los montos de inversión son relativamente bajos: la inversión en infraestructura, excluyendo petróleo, como porcentaje de PIB en México es de alrededor de 2%, Chile invierte más del doble, mientras que China destina un monto equivalente a 9% del PIB para inversión en infraestructura”*.

Cuando el PND habla de infraestructura se está refiriendo a los proyectos de infraestructura productiva de largo plazo como son los sectores de agua, comunicaciones y transportes, electricidad, hidrocarburos y turismo. Lo relevante de este Plan es que reitera:⁶⁶ *“Brindar mayor certidumbre jurídica para promover una mayor participación del sector privado en el desarrollo de infraestructura y perfeccionar los esquemas de financiamiento para potenciar la inversión en el sector”*.

Es importante señalar que la inversión en infraestructura social, en este caso la hospitalaria, no fue por brindar certidumbre jurídica al sector privado, sino, por las altas ganancias que ofrece el sector salud lo que ha motivado su interés, pues, ningún capitalista arriesga su capital si no hay ganancias de por medio. Se reitera la necesidad de las reformas estructurales y la Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), para legalizar la participación creciente de la inversión del capital privado nacional y extranjero en los sectores estratégicos, en infraestructura económica y social, para estimular dicha inversión. Cabe recordar que después de la segunda guerra mundial, los capitalistas no requerían que se le abriese la oportunidad de inversión en los sectores mencionados, los cuales eran

⁶⁵ *Plan Nacional de Desarrollo: 2007-2012*, p, 123
http://www.snieg.mx/contenidos/español/normatividad/marcojuridico/PND_2007-2012.PDF

⁶⁶ *Ibíd*em, p. 124

desarrollados por el Estado; el sector privado invertía en la agricultura y en el industrial, dadas las atractivas ganancias que estas ofrecían como se mencionó el capítulo primero de este escrito. En cambio, desde la década de los años ochenta y con el proceso de apertura económica o la implementación de la política económica neoliberal, tales sectores dejaron de ofrecer niveles de rentabilidad atractivas, por lo que, los recursos dejaron de canalizarse hacia estos sectores, y los capitalistas empezaron a demandar que se abriesen los sectores estratégicos y la infraestructura económica para invertir en ellos, dados los altos niveles de rentabilidad que ofrecen. Por ello, la posición del gobierno de legalizar dicho proceso, porque se está violentando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) con la participación de la inversión privada en tales sectores. Ante tal situación, la política económica (manteniendo al capitalismo como sistema mientras se presentan las condiciones para superarlo), debe reorientarse para ofrecer rentabilidad aceptable en el sector manufacturero y el agrícola, para que se invierta ahí y se recuperen su capacidad productiva.

Para el Estado Mexicano los problemas de la economía se derivan de la falta de certidumbre jurídica, como si el país tuviera un Estado carente de derecho jurídico, y que ello es lo que desestimula la inversión privada en la esfera productiva. Lo cual resulta ilógico, pues no podemos decir que en las décadas de los años cincuenta, sesenta y setenta había mayor certeza jurídica y que por ello el sector privado invertía en la agricultura y en la industria, mientras que en el periodo 2007-2012 no hay certeza jurídica, razón por la cual no se invierte en estos sectores. Hay que recordar que la inversión se orienta en función de la ganancia, si ésta no existe en los niveles deseados, no fluye a éstos por más certeza jurídica que se ofrezca.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) reconoce la contaminación de los mantos acuíferos, deterioro de los suelos, la pérdida de los bosques; sin embargo, no presenta las acciones a realizar para revertir esta tendencia a degradar la naturaleza, es obvio que no lo hizo, pues es contraproducente por el poderío económico de las empresas trasnacionales, situación bastante complicada para el Estado Mexicano; además de que las materias primas que necesitan las

transnacionales provienen de la naturaleza, sin embargo, las necesidades del capital son muy diferentes a los ciclos de la naturaleza, al respecto Jorge Veraza dice:

La gran industria se mueve con insumos que provienen de la naturaleza, y los ciclos de reproducción de estos insumos no son ciclos homogéneos, abstractos, sino naturales: los bosques se reproducen secularmente, no anualmente, como quisiera el capitalista que explota los bosques; los suelos se reponen cada 30 o 50 años, no anualmente como quiere el capitalista que explota la agricultura, etcétera. Los ciclos de reproducción de la naturaleza no son tan rápidos como el ciclo de rotación del capital en las diferentes ramas de la economía. Estas diferencias suscitan necesariamente una contradicción entre el dominio del capital industrial y los ciclos biológicos del planeta⁶⁷.

Llama la atención el objetivo 8 “*abastecer el mercado interno con alimentos de calidad sanos y accesibles provenientes de nuestros campos y mares*”⁶⁸, como se señaló en este escrito, desde la década de los años ochenta en el campo mexicano no se ha invertido por el cambio de la política económica y la apertura a la inversión extranjera en este sector, lo cual resulta contradictorio, pues los granos básicos y demás productos provenientes de la agricultura son importados. Sin embargo, las empresas agroindustriales han incrementado su producción:

El PIB agroalimentario aumentó durante el periodo 2000-2006 a un ritmo anual de 2.4% lo cual duplica al crecimiento de la población (1.2%) durante el mismo lapso. La producción agroalimentaria de esos años fue 16.6% mayor a la observada entre 1999 y el año 2000 y 31.8% a la de 1989 y 1994. Mientras que el PIB agropecuario y pesquero aumentó a una tasa anual (2.5%) superior a las alcanzadas en los dos sexenios previos, para

⁶⁷ Veraza Urtuzuástigui, Jorge, *op. cit.*, nota 57, p. 25.

⁶⁸ *Plan Nacional de Desarrollo, 2017-2012*, p.115.

colocarse en 13.7% y 24.7% por encima del valor generado en esos periodos⁶⁹.

Como se ha venido insistiendo en este escrito estas empresas encontraron al menos de manera temporal revertir la caída tendencial de la tasa de ganancia, a costa de las enfermedades y muertes que generan.

III. SALUD Y PND 2007-2012

Los responsables de la salud en México, han detectado que los alimentos industrializados presentan mala calidad nutrimental, que son los responsables de la obesidad, la diabetes mellitus y los problemas cardiovasculares, que a su vez, el tratamiento, no cura estas enfermedades y son muy costosas con un incremento cada vez mayor del presupuesto (ver figura 3 del anexo) ¿por qué seguir manteniendo un sistema alimentario que está enfermando a la población mexicana? La única explicación lógica de este comportamiento del capitalismo es que ha iniciado su proceso de declive, debido a que las ganancias son nulas. El capital para seguir acumulando necesita enfermar a los seres humanos, como una opción para seguir teniendo vida. El Plan Nacional de Desarrollo reconoce:

Hoy en el país predomina como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, (...). Las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida –como la diabetes y la hipertensión–, así como las lesiones por accidente o violencia, representan hoy el 85% de todas las muertes que se registran en México. Estos padecimientos son complejos y de tratamiento costoso⁷⁰.

⁶⁹ Ibidem, p. 113.

⁷⁰ Ibidem, p. 161.

Resulta bastante ocioso seguir analizando este PND porque no presenta alternativas viables para combatir los fenómenos expuestos, solamente acciones de recomendación para mejorar las condiciones de salud de la población que se encuentra en el objetivo 4, mientras los medios de comunicación, principalmente la televisión, promociona a cada instante productos como la Coca-Cola, sabritas y toda una serie de alimentos chatarra con cero nutrimentos.

Si analizamos el Programa Nacional de Salud 2007-2012 los contenidos de los objetivos y de las estrategias exponen la visión rectora del Estado sobre las políticas de salud en el país.

En la exposición de los objetivos se habla de la transición epidemiológica que está atravesando el país sin especificar las causas.

En el planteamiento de los objetivos, en especial el tercero, se refiere en prestar servicios de salud con calidad y seguridad; sin embargo, no se especifica cómo se puede lograr, pues México desde inicios del 2008 enfrenta un déficit de médicos y enfermeras, y, sobre todo, un grave problema de distribución de estos recursos, mientras el Distrito Federal contaba con 3.1 médicos y 4.4 enfermeras por cada 1000 habitantes, en contraste Baja California contaba con 1.1 médicos y 1.7 enfermeras, mientras que el Estado de México contaba con 0.9 médicos y 1.2 enfermeras. El problema se complica cuando el mismo Plan Nacional de desarrollo reconoce que:

El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Claramente, en nuestro país aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes⁷¹.

⁷¹ Ibidem, p, 164.

Los objetivos cuatro y cinco plantean: evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar que contribuya al combate a la pobreza. El problema es que la población que sobrevive en la pobreza tiene problemas de salud y si se alimenta con productos carentes de nutrientes su situación se agrava.

En las estrategias del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012, se orientan en un enfoque general de nueva gestión pública. Muchas de éstas se refieren a fortalecer procesos de funcionamiento, de calidad, modernización y mejora, con énfasis en indicadores de procesos, más que en indicadores de impacto del sistema nacional de salud. El permitir que constantemente en todos los medios de comunicación se promocionen los alimentos con nulos nutrientes es un impacto negativo en la mejora de la salud de la población.

En los contenidos de las estrategias notamos en el documento una falta de visión de justicia social, del derecho a la salud como derecho humano y de equidad de género. Se presenta como una probabilidad, no como algo que el ser humano se merece, por el hecho de serlo.

Sin embargo, es importante presentar datos que están relacionados con la hipótesis de la investigación que corresponden a los recursos como: los humanos hospitales, camas, y medicamentos que son factores independientes de los cuales depende la salud de los mexicanos.

El programa Nacional de Salud 2007-2012, se puso en marcha el 13 de febrero de 2007, no sin antes presentar datos estadísticos de cómo se encontró el Sistema Nacional de Salud con respectos a los recursos mencionados, por lo que presenta el siguiente cuadro⁷².

⁷² Corresponde al cuadro V del Programa Nacional de Salud 2007-2012, que por la exposición de este escrito se considera como el primero. La fuente, indica PRONASA, que los datos son de la Dirección General de Información en Salud que no están publicados. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, 2007, p 54.

Cuadro I. Unidades de atención, camas y quirófanos en instituciones públicas, México 2005

		Población sin seguridad social	Población sin seguridad social	Población sin seguridad social	Población con seguridad social	Población con seguridad social	Población con seguridad social
	Nacional	Secretaría de Salud	IMSS-O	Otros	IMSS	ISSSTE	Otros
Hospitales	1,121	533	69	26	264	106	123
Camas	78,643	33,388	1,181	782	29,351	6,825	6,116
Unidades de consulta externa	19,156	12,030	3,540	53	1,507	1,127	899
Quirófanos	2,893	1,259	69	39	992	284	250

Fuente: DGIS. Secretaría de Salud (datos propios no publicados), como lo indica el Programa Nacional de Salud 2007-2012, P. 54.

Como se puede observar en el cuadro I, México cuenta con un total de 1,121 hospitales públicos de los cuales 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social y 493 a la que cuenta con seguridad social. PRONASA informa que en el 2005,

La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. Las disponibilidades de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México⁷³.

Lo anterior es una muestra de la mala distribución de los hospitales en nuestro país, por lo que los servicios de salud no se pueden considerar de calidad.

Por lo que se refiere a camas el número por cada 1,000 habitantes, en el sector público mexicano, es de 0.74, muy inferior al valor estándar sugerido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es de 1 cama por 1,000 habitantes.

⁷³ Idem, p. 54.

La cifra correspondiente a las instituciones de seguridad social es de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

En unidades de atención ambulatoria el sector salud cuenta con 19, 156 unidades de consulta externa, incluyendo unidades y brigadas móviles. La mayoría (12,030) pertenece a los Servicios Estatales de Salud. Le siguen en orden de importancia IMSS-O, con 3,540 unidades, y el IMSS, con 1,507.

Quirófanos, el Sector Salud cuenta con 2,893 quirófanos en todo el país; 1,526 pertenecen a las instituciones de seguridad social y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

En seguida presentamos las cifras correspondientes a los recursos humanos.

Cuadro II. Médicos y enfermeras por sector, México 2005

Personal	Sector publico		Sector privado	total
	Seguridad social	otros		
Médicos contratados	74,968	67,485	55,173	197,626
Enfermeras contratadas	109,234	87,441	37,697	234,372

Fuente: Dirección General de Información en Salud (Datos propios no publicados)⁷⁴

Como se puede observar en el cuadro II nuestro país enfrenta un déficit de médicos y enfermeras, sobre todo un grave problema de distribución de estos recursos⁷⁵. *“Estas cifras, al distribuirse en la población del país, arrojan una tasa de 1.85 médicos por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio de la OCDE, que es de 2.9, y a las de Argentina (3.0) y Uruguay (3.6), pero superior a las de Brasil (1.15) y Colombia (1.35)”*

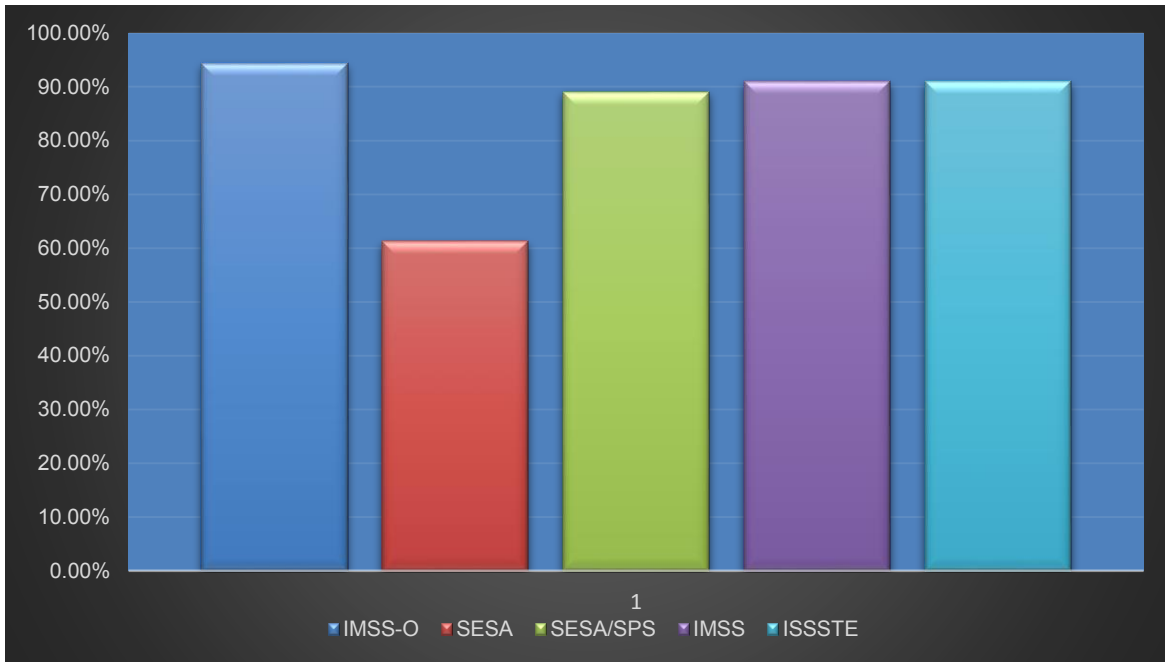
La situación de las enfermeras es similar. A nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8.

⁷⁴ Corresponde al cuadro VI del Programa Nacional de Salud, 2007- 2012.

⁷⁵ Secretaría de Salud, *op. cit.*, nota 63.

En medicamentos los porcentajes se presentan en seguida.

Figura I. Porcentaje de recetas surtidas completamente en unidades de atención ambulatoria por institución, México 2005.



Fuente: Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012 p. 57.

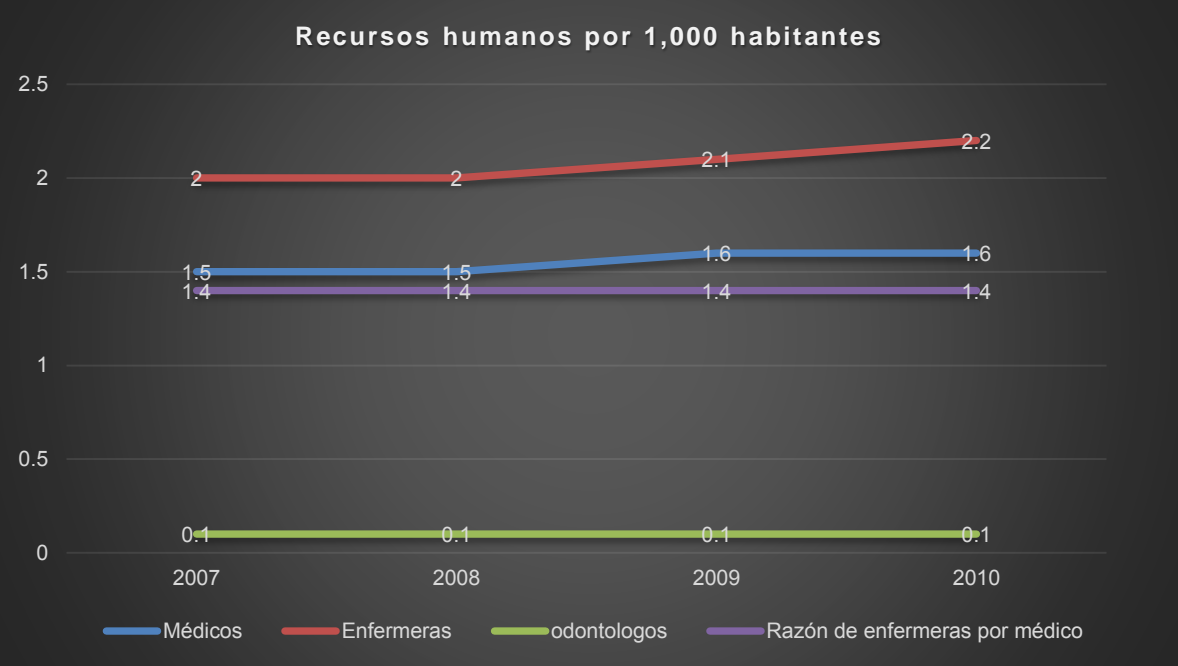
En 2005 los porcentajes de recetas surtidos completamente en unidades ambulatorias variaron entre instituciones. El IMSS-O presentó porcentajes de 94.3% contra sólo 61.2% en las unidades de los SESA que no atienden a la población afiliada al SPS. Los datos de SESA/SPS de recetas completamente surtidas en unidades ambulatorias es de 89%, para el IMSS e ISSSTE el surtimiento de recetas para ambos Institutos fue superior al 90%.

Las cifras que presenta el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que corresponden al año 2005, podemos observar con qué recursos contaba el Sistema Nacional de Salud en México, en seguida presentamos las cifras correspondientes al periodo de estudio.

Como podemos observar en la figura II, los médicos por cada 1,000 habitantes es de 1.5 para los años 2007 y 2008, 1.6 para 2009 y 2010, estos números son inferiores a los del año 2005 (ver cita 68). En relación a las enfermeras que son de 2 por cada 1,000 habitantes en los años 2007 y 2008, 2.1 y 2.2 para el

2009 y 2010 respectivamente. Solamente en los dos últimos años tuvieron una pequeña variación con respecto al 2005 (hay que tener en cuenta que estamos presentando cifras correspondientes a cuatro años). La razón de enfermeras por cada médico es de 1.4.

Figura II. Recursos humanos por 1,000 habitantes, 2007- 2010



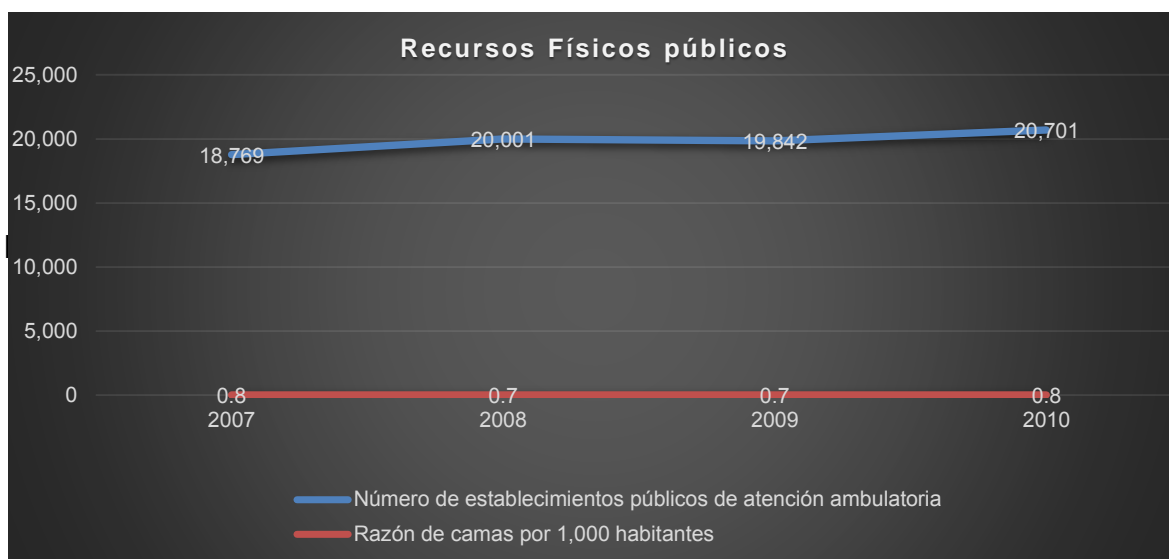
Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Se puede elaborar un discurso en donde se manifieste que los servicios de salud han mejorado en nuestro país, sin embargo, los datos indican lo contrario, porque solamente los médicos y enfermeras son los que atienden a los pacientes, los servicios de calidad y calidez al parecer no existen.

En relación al número de establecimientos públicos de atención ambulatoria (se refiere a unidades de consulta externa que incluyen unidades y brigadas móviles. La mayoría pertenece a los Servicios Estatales de Salud, IMSS-O, ISSSSTE y otros, ver cuadro I), para el año 2007 fue de 18, 789 cifra inferior al 2005 que es de 19, 156, se incrementa en 2008 a 20, 001 para volver a disminuir en el 2009 a 19, 842, para el 2010 es de 20, 701. Como podemos observar los recursos físicos públicos no tienen variaciones significativas en un entorno de alta demanda de servicios médicos.

En cuanto a las camas por cada 1,000 habitantes para el 2007 es de 0.8, 0.7 para los años 2008 y 2009, para volverse a incrementar para el 2010 a 0.8, no tiene variaciones significativas con respecto al 2005.

Figura III. Número de establecimientos públicos de atención ambulatoria y razón de camas por 1,000 habitantes



Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Si analizamos el surtimiento de medicamentos en el lugar de consulta en el IMSS, para el año 2012 con respecto al 2006, existe un déficit en este rubro de 1.9 porcentual, mientras que los que obtuvieron todos los medicamento fuera del lugar de consulta se observa un déficit de 2.7 porcentual con respecto al 2006, en cuanto al rubro de obtuvieron solo alguno o ninguno de los medicamentos se observa un incremento de 0.8 porcentual con respecto al mismo año.

Para el ISSSTE el surtimiento de medicamentos en el lugar de consulta para el año 2012, presenta un déficit de 16.6 porcentual con respecto al 2006, en lo que se refiere al rubro de obtuvieron todos los medicamentos fuera del lugar de consulta presenta un incremento del 14.5 porcentual con respecto al 2006, en cuanto al rubro de obtuvieron solo alguno o ninguno de los medicamento representa un déficit de 2.6 porcentual con respecto al 2006.

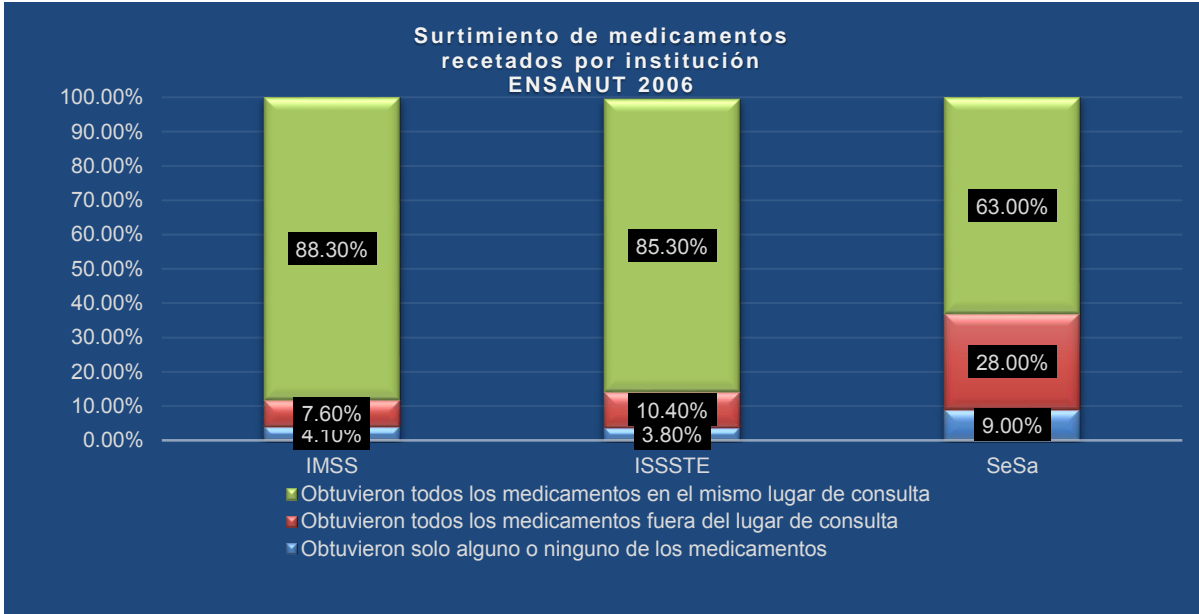
Para la Secretaria de Salud en el rubro obtuvieron todos los medicamento en el mismo lugar para el año 2012 presenta un incremento de 1.4 porcentual con respecto al 2006, en lo que se refiere al rubro de obtuvieron todos los medicamentos

fuera del lugar de consulta presenta un déficit de 6.4 porcentual con respecto al 2006, en cuanto al rubro de obtuvieron solo alguno o ninguno de los medicamentos se incrementó en un 5 porcentual con respecto al 2006. Lo que podemos observar es que el año 2012 no fue favorable para los pacientes en cuanto al surtimiento de medicamentos. En relación a las cifras presentadas por PRONASA en 2005 el surtimiento de medicamentos es mucho mejor que los correspondientes al 2012.

Estos resultados se presentan en un contexto en el cual se ha incrementado el gasto público en salud, como se puede observar en la figura VI.

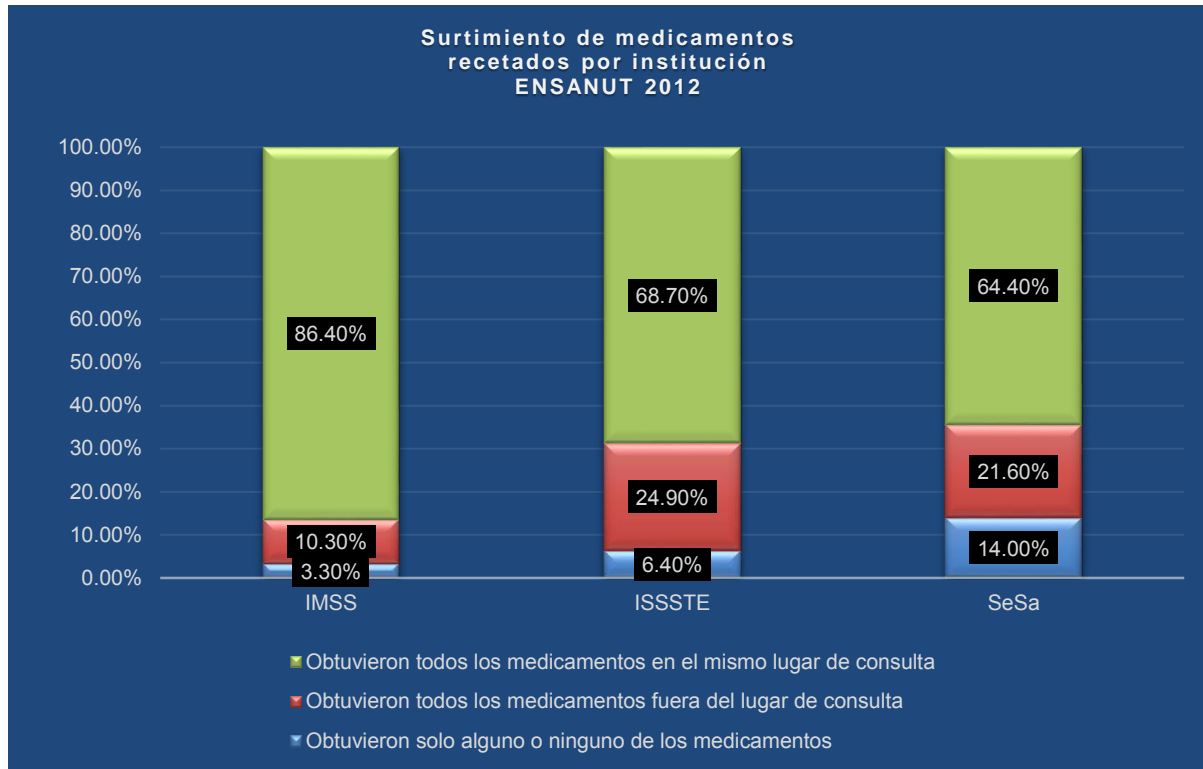
México enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras, y, sobre todo, de problemas de distribución de estos recursos. La media de la OCDE, en 2007 era de 3.1 médicos y de 9.6 enfermeras por cada 1,000 habitantes para los países capitalistas desarrollados, por lo que nuestro país está muy lejos de alcanzar estos requerimientos, en una situación en la que la población no decidió enfermarse de esta manera. Con lo expuesto, se comprueba la hipótesis que la salud de la población mexicana depende de la distribución del personal médico, paramédico, medicamentos e infraestructura hospitalaria, como se pudo observar no se cumple con la demanda de los solicitantes de estos servicios

Figura IV. Porcentaje de recetas surtidas en unidades de atención ambulatoria por institución, 2006



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

Figura V. Porcentaje de recetas surtidas en unidades de atención ambulatoria por institución, 2012



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Figura VI. Gasto público en salud, 2006-2011



Fuente: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gatopublico.html>.

IV. TESIS JURISPRUDENCIALES EN MATERIA DE SALUD

A pesar de que existen tesis jurisprudenciales sobre salud, y, en particular, el derecho de los pacientes de contar con los medicamentos necesarios para restablecer su salud, los faltantes siguen siendo una constante en los hospitales y centros de salud como se puede observar en la figura V. Lo cual indica que los argumentos de la Suprema Corte de Justicia de la Nación no influyen para mejorar las prestaciones que la población sin seguridad social se merece, al respecto se reproduce la tesis siguiente:

SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4 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. La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4, párrafo cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2, 23, 24, fracción 1, 27, fracción 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 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. 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 respectivos⁷⁶.

Dos aspectos destacan en esta tesis: primero, su énfasis en la dotación de medicamentos para los pacientes, que éstos no deben faltar, además corresponden al cuadro básico: segundo el reconocimiento que las enfermedades son tratables, más no curables, como el caso de la diabetes mellitus que el ser humano que la padece vive con ella hasta el final de su vida, lo que confirma nuestro dicho, que la industria farmacéutica es la que tiene bien asegurada sus ganancias.

Continuando con las tesis jurisprudenciales la siguiente reitera:

DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y

⁷⁶ Tesis aislada P.XIX/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XI, marzo de 2000, p. 112.

SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS.

Este Alto Tribunal ha señalado que el derecho a la protección de la salud previsto en el citado precepto constitucional tiene, entre otras finalidades, la de garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, y que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. Así, lo anterior es compatible con varios instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que alude al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y refiere que los Estados deben adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En este sentido y en congruencia con lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no solo como el derecho a estar sano. Así, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las

personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Asimismo, la protección del derecho a la salud incluye, entre otras, las obligaciones de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; de ahí que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud⁷⁷.

Es importante destacar que esta jurisprudencia menciona el derecho a estar sano y de vigilar que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, lo cual indica que la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconoce el proceso de privatización del sector salud y que la violación a los derechos humanos es ya visible por parte del sector privado, incluso de los propios hospitales y centros de salud a cargo de los gobiernos estatales como el caso del Hospital de Guaymas⁷⁸ que en sus puertas falleció un indigente y del centro de salud de Jalapa de Díaz del estado de Oaxaca donde nació un bebé en el jardín que no solamente se han violado sus derechos humanos sino también los Artículos 2o fracción V, Artículo 3o fracciones II, IV, VII, Artículo 6o fracción III, Artículo 23, Artículo 25, Artículo 27 fracción X, Artículo 32, Artículo 25, Artículo 27 fracción X, Artículo 32, Artículo 34

⁷⁷ Tesis 1a. LXV/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena época, t. XXVII, julio de 2008, p. 457.

⁷⁸ No hay que olvidar que los hospitales del Sistema Estatal de Salud, tiene déficit de médicos y enfermeras. Fallece indigente en patios del hospital; le niegan atención por no tener dinero, <http://www.proceso.com.mx/?p=356152>

fracción I, Artículo 35, Artículo 51, Artículo 51 Bis párrafo segundo, Artículo 54, Artículo 61 Bis y Artículo 103 Bis 2 de la Ley General de Salud. Al respecto, la tesis jurisprudencial siguiente señala:

DERECHO A LA SALUD. IMPONE AL ESTADO LAS OBLIGACIONES DE GARANTIZAR QUE SEA EJERCIDO SIN DISCRIMINACIÓN ALGUNA Y DE ADOPTAR MEDIDAS PARA SU PLENA REALIZACIÓN.

Del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenio internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de

un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el pacto referido, continúa el párrafo 32 de la observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud⁷⁹.

El problema fundamental de que el Estado no cumpla adecuadamente con la prestación de los servicios públicos es por la falta de personal médico y enfermeras como se puede observar en la figura II. Recursos humanos por cada 1,000 habitantes y figura III. Número de establecimientos públicos de atención ambulatoria y razón de camas por 1,000 habitantes. Cabe señalar que la discriminación no proviene directamente de los hospitales y del personal médico y enfermería, sino más bien del propio Estado por el incumplimiento de no garantizar con los recursos suficientes para la atención a la salud, además de no contar con una política de prevención de la salud, a pesar de que se habla mucho de ella, la realidad es que la población mexicana está enferma.

En general, la tesis jurisprudencial aplicable al Sistema Nacional de Salud es la siguiente:

La Ley General de Salud, reglamentaria del citado precepto constitucional, precisa que los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: a) servicios públicos a la población general, que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, cuyas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán

⁷⁹ Tesis: P.XVI/2011. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 29

relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando éstos carezcan de recursos para cubrirlas; b) servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, que son los prestados a las personas que cotizan o las que hubieren cotizado conforme a sus leyes, así como los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal se presten por tales instituciones a otros grupos de usuarios; c) servicios sociales y privados, los primeros se prestan por los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios de los mismos, directamente o mediante la contratación de seguros individuales y colectivos, y privados, los que se prestan por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetos a las leyes civiles y mercantiles, los cuales pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y, d) otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria, como lo son aquellos que conforman el Sistema de Protección Social en Salud, previsto para las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, que será financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los propios beneficiarios mediante cuotas familiares que se determinarán atendiendo a las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia de éste sea limitante para acceder a dicho sistema. Lo anterior permite advertir que el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas

de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquellos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso⁸⁰.

Lo anterior, en concordancia con el Sistema Nacional de Salud en México que está conformada por instituciones y dependencias verticales que atienden a la población con seguridad social como son: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Los que prestan servicios a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) Servicios Estatales de Salud (SES) el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Programa IMSS-oportunidades. Por parte de la población que no tiene capacidad de pago por la prestación de servicios. Lo anterior, siendo congruentes con los derechos humanos que tanto se menciona, los servicios médicos asistenciales deben ser iguales a los que se proporcionan a la población con seguridad social y evitar la discriminación.

En el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012, hace referencia de las instituciones que se encuentran en este sector y se orientan en los objetivos de PRONASA estos son: seguridad social, que prestan servicios a sus derechohabientes; IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR, SEDENA.

Los que prestan servicios a la población sin seguridad social: SECRETARÍA DE SALUD, SERVICIOS ESTATALES DE SALUD y PROGRAMA IMSS-oportunidades.

⁸⁰ Tesis P./J.136/2008, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena época, t. XXVII, octubre de 2008, p. 61.

Estas última cuentan con un Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), conocido como el Seguro Popular (SP), es voluntario y solo la población sin seguridad social puede ser afiliada, se financia con recursos fiscales de los gobierno federal y estatales, ofrece un paquete de servicios muy inferior a los seguros médicos de los que cuentan con seguridad social y solo incluye un reducido número de enfermedades de alto costo, este sistema tiene carencias de recursos humanos que además están mal distribuidos geográfica y socialmente, con un sector privado en aumento que ha crecido por diversos subsidios públicos.

Antes del 2004, la Ley General de Salud establecía que la afiliación al Seguro Popular era un derecho de todo mexicano sin seguridad social, independientemente de su condición económica. A partir de 2007 en el discurso oficial se eliminó el concepto de derecho por el de una política de combate a la pobreza y lo focaliza en la población vulnerable.

Todas las reformadas hechas a la Constitución y a la Ley General de Salud han tenido como propósito fundamental reducir la acción estatal en distintos ámbitos de la prestación de servicios de salud para liberar las fuerzas del mercado, sin que ello ponga en entredicho el nuevo orden social implementado por el capitalismo. Dicho de otro modo, debe impulsar la acumulación capitalista sin menoscabo del papel de legitimización del Estado; tarea llena de contradicciones que se refleja en estas reformas.

En este proceso de acumulación capitalista, el capital financiero y el Estado han jugado un papel muy importante para su realización lo que podemos observar es la capacidad que tiene de dismantelar los servicios públicos con carácter de asistencia social, traspasarlos a la iniciativa privada, sin que nadie se oponga a este proceso.

En el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, estima que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Este acuerdo presenta las causas de esta epidemia que para su criterio son de tipo económico, políticos y sociales; en lo económico, porque existe una industria alimentaria que produce y distribuye alimentos y bebidas con alta densidad energética y altos en sodio, bebidas que

aportan calorías y, por parte de la población un sedentarismo y escasa actividad física lo que produce un desequilibrio en la ingesta y el gasto energético.

Como resultado, la obesidad que genera las enfermedades siguientes: Diabetes mellitus tipo 2, dislipemias, arteriosclerosis, hipertensión arterial, cardiovasculares, padecimientos osteomusculares y cáncer. El problema lo transfiere a la población, pues es ella la responsable de padecer estas enfermedades, por lo que, recomienda mejorar su dieta y realizar actividades físicas. Para la industria alimentaria se pretende generar los mecanismos de coordinación necesarios que permitan:

Continuar con el proceso de innovación y desarrollo de nuevos productos, así como explorar las posibilidades de reformulación de líneas de productos existentes, para ofrecer más y mejores opciones a los consumidores.

Proveer a los consumidores de mejor y más clara información sobre la composición nutricional de alimentos bebidas no alcohólicas.

Adoptar medidas voluntarias en la mercadotecnia y publicidad de alimentos y bebidas, especialmente la dirigida a niños y;

Promover la actividad física, el deporte y estilos de vida saludables, incluyendo el lugar de trabajo⁸¹.

Frente a la agresividad de la industria alimentaria, recomendaciones superficiales para que no dañen sus objetivo de obtener ganancias y seguir con el proceso de acumulación de capital. Prohibir los alimentos que ocasionan la obesidad, tendría resultados catastróficos para el capitalismo mexicano, pues es el que genera trabajo formal para los médicos, enfermeras, laboratorios y la tecnología

⁸¹ Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. *Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad.*
<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>.

de la medicina. Con estas actitudes, lo que podemos decir es que existe una crisis de la salud, porque los nuevos fenómenos en el ámbito del consumo, generados por la alteración de los alimentos en los últimos años, han limitado la capacidad de los seres humanos para construir diariamente su propia naturaleza, su emocionalidad y su intelectualidad hasta el grado en que se vuelven adictos de los alimentos que consumen. El consumo de estos alimentos que permiten la construcción cotidiana del cuerpo humano individual y social ha quedado en manos de las empresas capitalistas al tiempo que los sistemas médicos, cada vez más complejos, caros y que también dominan ya la producción de salud y enfermedad, se muestran incapaces para enfrentar la oleada de padecimientos degenerativas que afectan a la población.

La crisis de la salud y de la alimentación está tocando fondo pues incluye, entre sus características la imposibilidad de resolver los problemas que provoca la expansión explosiva de objetos de consumo nocivos, a los más que pueden hacer las autoridades sanitarias es recomendar que mejoren la calidad nutricional de estos objetos de consumo.

V. EL CAPITAL FINANCIERO EN EL SECTOR SALUD

El Seguro Popular para la población sin seguridad social, utilizado a partir de 2004, está diseñado por el ajuste y cambio de las funciones del Estado en el sector salud, tiene su fundamento teórico en la ineficiencia de la prestación de este servicio, por lo que, se debe permitir que el sector privado se haga cargo de él. El esquema básico es el modelo planteado en invertir en Salud del Banco Mundial de 1993.

Este planteamiento de la reforma en México consiste en separar las funciones de regulación, de administración de fondos y de la prestación de estos servicios. En este modelo le corresponde al Estado regular o modular el sistema de salud que incluye a todas las instituciones públicas y privadas que presten servicios de salud. Esta regulación se ejerce a través de la formulación de la política general de salud, la expedición de reglamentos y de la normatividad de carácter obligatorio para todas las instituciones, públicas y privadas.

Las responsabilidades de la seguridad sanitaria le corresponden al Ejecutivo Federal por medio de la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud pero cuyo comisionado es nombrado directamente por el presidente de la república.

Llaman la atención Las Leyes del IMSS y del ISSSTE, pues especifican que la administración de los recursos del seguro de salud será responsabilidad de estas instituciones. Sin embargo, ambas Leyes obligan a estas instituciones para que transfieran los recursos del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez a las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORE), para lo cual se hizo una legislación especial para las instituciones de seguros especializados en retiro, Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, incluso, el propio IMSS tiene su AFORE siglo XXI, para los trabajadores que no quisieran contratar los servicios de otras Administradoras o de la banca comercial. Las reformas a Ley del ISSSTE de 2007, establece la autonomía de un organismo equivalente que es el PENSIONISSSTE responsable de administrar los recursos del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez de los trabajadores al servicio del Estado, sorprende porque en el artículo 109 dice:

La Comisión Ejecutiva del PENSIONISSSTE deberá establecer el régimen de inversión de los recursos cuya administración se encuentre a cargo del PENSIONISSSTE.

El régimen deberá tener como principal objetivo otorgar la mayor seguridad y rentabilidad de los recursos de los trabajadores. Asimismo, el régimen de inversión tenderá a incrementar el ahorro interno y el desarrollo de un mercado de instrumentos de largo plazo acorde con el sistema de pensiones. A tal efecto, proveerá que las inversiones se canalicen preferentemente, a través de su colocación en valores, a fomentar:

- I. La actividad productiva nacional,
- II. La construcción de vivienda;
- III. La generación de energía, la producción de gas y petroquímica,
- IV. La construcción de carreteras.

El PENSIONISSSTE deberá invertir en valores, documentos, efectivo y los demás instrumentos que se establezcan en el régimen de inversión determinado por su Comisión Ejecutiva, el cual deberá observar en todo momento las reglas de carácter general que establezca la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro para la inversión de los recursos invertidos a las sociedades de inversión especializados de fondos para el retiro⁸².

El sistema capitalista, no solamente ha profundizado y perfeccionado la extracción de plusvalor a la clase trabajadora, sino que utiliza los pocos recursos con que ésta cuenta para invertirlos en actividades productivas.

Los arreglos institucionales tanto en el IMSS como en el ISSSTE están hechos para que la Administración de Fondos para el retiro y la prestación de los servicios tiendan hacia la competencia regulada o administrada con la inclusión del sector privado lucrativo. Con lo anterior, tenemos otros elementos para argumentar que las reformas Constitucionales están dirigidas a contrarrestar la caída tendencial de la tasa de ganancia.

En el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) la Comisión de Protección Social en Salud (CPSS) y los Regímenes de Protección Social en Salud (RPSS) estatales cumplen esta función.

El Seguro Popular alcanzaría su aseguramiento universal en 2010, no cumplió con sus objetivos señalados; en este año, solamente logró afiliar 43.5 millones de personas, sin embargo, en este mismo año se cambió el financiamiento por familia al financiamiento por persona, lo que permitió contar con una base de datos más real, de tal manera que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), al mes de junio de 2013, reportó una afiliación acumulada de 53, 287,070

⁸² Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

personas⁸³. Los objetivos no son alcanzados debido a que la población rural para recibir los servicios médicos tiene que recorrer largas distancias para llegar a ellos.

VI. LA INFLUENCIA DE LA CRISIS ECONÓMICA DE 1982 PARA LAS REFORMAS CONSTITUCIONALES DE 1983 Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los cambios dentro de la Administración Pública, supuestamente, se realizan por la necesidad de ofrecer mayores y mejores servicio a la población, al menos, es el argumento; sin embargo, si analizamos bien estas modificaciones, tienen una relación directa con la crisis económica de 1982, que posteriormente, el gobierno entrante se dio a la tarea de enfrentar con una serie de reformas de acuerdo al modelo de apertura económica internacional, como se le conoce, o, lo que es lo mismo, la política económica neoliberal; dentro de estas reformas se encuentra la descentralización de los servicios de salud⁸⁴. Este proceso se realizó con la finalidad de transferir recursos y la toma de decisiones para los gobiernos estatales y municipales para reducir gastos y mejorar los servicios de salud.

Al Transcurrir el tiempo, los propósitos originales de coordinación se fueron abandonando y resultaron en un enfoque eminentemente centralizado de administración de servicios, los cuales se hallaban fragmentados y con poca coordinación. Los esquemas de planeación eran muy limitados, así como la participación de los gobiernos estatales y municipales. El centralismo administrativo resultaba abrumador porque se pretendía atender todos los

⁸³ Sistema de Protección Social en Salud, *Informe de resultados: enero-junio 2013*, p.6, http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/ago/inf_salud-20130816.pdf

⁸⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 30 de agosto de 1983, Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

asuntos de los servicios coordinados en materia de presupuesto, recursos humanos, adquisiciones y programas⁸⁵.

Esta decisión está fundamentado en que estos gobiernos tienen mejores conocimientos de las necesidades de la población que se desenvuelve dentro de su demarcación, por lo que, se les delega la responsabilidad Administrativa. Aunque este proceso es para reafirmar que el Estado no ha dejado su responsabilidad de proporcionar los servicios de salud hacia la población, sino de mejorarlos.

Bajo el supuesto de mejorar los servicios de salud para la población, se tiene que el proceso de descentralización se ha desarrollado en tres periodos que los podemos identificar en las reformas que se implementaron en los últimos 30 años.

El primero, la podemos ubicar en el periodo 1983-1994, que tuvo como objetivo la creación del Sistema Nacional de Salud y la transferencia de la administración de los centros de salud y los hospitales de salubridad a los gobiernos estatales. En este período, los recursos federales así como de las cuotas de recuperación por la prestación de los servicios médico asistenciales, eran auditados por los propios gobiernos locales con poca intervención del gobierno federal, solamente se descentralizaron los servicios de salud para los estados de Aguascalientes, Baja california Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco y Tlaxcala. Los estados restantes permanecieron como desconcentrados y para que pudieran ejercer los recursos de cuotas de recuperación por la prestación de servicios médico asistenciales, elaboraban su presupuesto de ingresos y egresos que era autorizado por la Dirección General de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (DGAPBP), además eran supervisados por el personal de esta Dirección

⁸⁵ Sánchez, González, Jorge Manuel y Ramírez, Barba, Éctor, *op., cit.*,
Nota 26. p. 18.

General y para el Presupuesto de Egresos de la Federación eran auditados por el personal de Secretaría de la Función Pública.

En 1983 se aprobó la reforma constitucional que consagraría el derecho a la salud y en 1984 se promulgó la Ley General de Salud (LGS)⁸⁶ que regularía las competencias y responsabilidades en torno a la Salud Pública entre los tres órdenes de gobierno. A partir de la reforma constitucional, el 30 de agosto de 1983 el gobierno federal decretó las bases para el programa de descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, la presidencia destacó que la nueva Ley de Planeación le obligaba realizar consultas populares.

En el Diario Oficial de la Federación del 31 de mayo de 1983, se refiere que también hubo una reiterada demanda por descentralizar los distintos aspectos de la vida nacional y reforzar la capacidad de las autoridades y sectores locales para propiciar el desarrollo regional más equilibrado del país; en este sentido, los diversos grupos sociales opinaron en favor de regionalizar los servicios de salud.

El Plan Nacional de Desarrollo al determinar esta petición establece objetivos específicos relativos a la salud, el lograr una cobertura nacional de estos servicios con garantías de un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país; mejorar sus niveles de salud, particularmente de los sectores rurales y de los urbanos rezagados; contribuir con respeto integro a la voluntad de la pareja, entre otros.

La orientación estratégica sobre el tema se sustentó en cinco grandes áreas: acciones preventivas, reorganización y modernización de los servicios; consolidación del sistema, reorganización de la asistencia social: formación, capacitación e investigación.

Estas estrategias apuntan al mejoramiento de las condiciones de salubridad general del país, así como el impulso de la actividad preventiva. Después de la perspectiva administrativa, estas estrategias están orientadas a la consolidación de un sistema integral, así como a la desconcentración y descentralización de los

⁸⁶ *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984.

servicios. Se contemplan acciones específicas orientadas a incrementar la productividad y la eficiencia en el manejo de los recursos del sector.

En cuanto a los objetivos de provisión de servicios, desde 1983 se inició un cambio de política se concentró en mínimos de salud y en la prevención, de igual manera, se aprecia un cambio de perspectiva administrativa dirigido a desconcentrar y descentralizar, así como a mejorar la productividad y la eficacia.

En el decreto del 30 de agosto de 1983, en el que se establecen las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se señala que la descentralización llevará a la creación de sistemas locales, lo cual permitirá un uso más eficiente de los recursos.

Estas reformas se dividieron en diez estrategias, descentralización, sectorización institucional, modernización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Coordinación intersectorial, participación comunitaria, investigación en salud, desarrollo de recursos humanos, información en salud, financiamiento e insumos para el sistema nacional de salud.

El segundo lo identificamos en el periodo: 1994-2000, se propuso garantizar una rectoría central clara y asignar recursos financieros adecuados para la atención médica básica de todos los ciudadanos. Inició en 1995 con los acuerdos de la Secretaría de Salud para cumplir la cobertura del Sistema, finalizar el proceso de descentralización al transferir competencias y financiamiento a todos los estados de la República e incluir los elementos para evaluar los programas que se centran en la salud. En este período se les transfirió la administración de los centros de salud y hospitales a los gobiernos locales faltantes que eran desconcentrados a Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas, culminando con ello la descentralización de los servicios de salud a nivel nacional.

De la misma manera se crearon programas precisos centrados en sus objetivos para grupos específicos, como Progresa, después IMSS-Oportunidades.

El acuerdo nacional de salud para la descentralización de los servicios de salud, publicado en DOF el 25 de septiembre de 1996 da un nuevo impulso al

proceso de descentralización, especialmente al fortalecer el Consejo Nacional de Salud, integrado por las autoridades de las áreas de salud del país. El consejo es el órgano donde se propondrán lineamientos para la coordinación entre las autoridades y se percibe que logrará resolver algunos de los problemas administrativos surgidos por la transferencia de responsabilidades.

Las funciones del consejo son:

- Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en materia de salubridad general;
- Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública;
- Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los sistemas estatales de salud;
- Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad;
- Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en todo el país;
- Promover en las entidades los programas de salud; e,
- Inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización y estudiar y proponer esquemas de funcionamiento complementario para la atención de la salud pública⁸⁷.

En este segundo periodo, resalta la formación de un consenso entre los gobiernos estatales y el gobierno federal acerca de cómo llevar a cabo la siguiente ola de descentralización, especialmente cuáles serían los límites de las transferencias financieras redistributivas entre los estados, así como las funciones administrativas precisas. Tanto los decretos, acuerdos y reformas de la última etapa de la renovación del Sistema Nacional de Salud se dirigen a cimentar el proceso de descentralización con coordinación central de los parámetros de calidad de los servicios ofrecidos por los estados.

⁸⁷ *Diario Oficial de la Federación*, 25 de septiembre de 1996.

El tercer periodo 2000-2012, que consistió en crear una estructura financiera con fondos asegurados que garantizará la atención creciente de todos los padecimientos en este periodo encontramos la construcción de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, esta etapa puede identificarse con la reforma de la Ley General de Salud en 2003 en la cual se crea la Comisión Nacional de Protección Social en Salud con un enfoque de ampliación de cobertura con beneficios definidos a la población sin seguridad social en los estados de la República y se establece una política pública, por ley, que determina que se otorguen recursos especiales hasta 2010 para registrar a la población sin seguridad social al Sistema de Protección Social en Salud. En las disposiciones generales del nuevo título sobre la protección social en salud, en el artículo 77 Bis 1 establece los derechos específicos de los ciudadanos mexicanos en materia de salud.

El programa ante la sociedad que hace realidad el sistema de protección es el llamado Seguro Popular. Éste reporta que ha registrado al universo de la población sin seguridad social, cumpliendo con la meta de universalizar la otorgación de derechos. Sin embargo, aún no se constata el otorgamiento de servicios.

En este tercer periodo de reformas, el Seguro Popular se convierte en el ejemplo de reestructuración del Sistema Nacional de Salud. Por una parte, tiene reglas centrales de calidad, un catálogo de padecimientos e intervenciones cubiertas, aún pésimas pero las tienen, y reglas de transferencias de recursos según la población sin seguridad social, por otra parte, los estados administran la red de servicios y pueden derivar recursos humanos y materiales para atender padecimientos locales o regionales y de esta manera hacer más eficiente su uso. Las reglas del programa pueden derivar, sin embargo, en un nuevo modelo centralizado o permitir la eficiencia local.

Con estos periodos podemos decir que el proceso de descentralización al iniciarse durante la crisis económica, al no aumentar las transferencias de recursos financieros a los estados, algunos en la primera oleada de descentralización disminuyeron sus gastos, porque dependían de sus propios recursos.

Las restricciones financieras inhibieron el crecimiento de los recursos físicos y de recursos humanos en los estados. Algunos mejoraron, otros empeoraron.

Entre el grupo de estados con responsabilidades administrativas de los centros de salud y hospitales y los que aún no habían sido descentralizados, era favorable para los primeros porque la cobertura, utilización de servicios, accesibilidad, productividad, calidad y equidad eran mejores.

Dado que los resultados de los servicios de salud, solo pueden observarse después de varios años, los indicadores no mostraron diferencias claras entre unos estados y otros. Sin embargo, la descentralización de los servicios de salud no tiene ningún impacto

Mejorar el gasto en el proceso de descentralización no sólo no lo logra, sino que lo hace más ineficiente, en especial la duplicidad de actividades administrativas para cumplir la reglamentación; la falta de recursos humanos especializados aumenta los errores y los costos; las economías de escala se pierden y el manejo de los recursos en manos de administradores sin experiencia desvía los probables beneficios.

VII. CONCLUSIONES

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 expuso como eje fundamental de sus acciones el de ofrecer seguridad jurídica para los inversionistas, éstos cuando invierten, lo que persiguen es la rentabilidad, de no existir, emigran hacia otros territorios y si la seguridad jurídica no existe, obligan a los gobiernos a que se lo proporcionen, entonces, no es el aspecto jurídico lo que incentiva para las inversiones, sino la obtención de ganancias. Se argumentó en este escrito que en las décadas de los años cincuenta, sesenta y setenta las inversiones fluían hacia la agricultura y la manufactura por la alta rentabilidad de esos sectores en esos años, motivo por el cual, no presionaban al gobierno para la apertura de inversiones en infraestructura carretero, eléctrica y de hidrocarburos.

El capital privado desde inicios de los años ochenta por la apertura comercial en nuestro país empezó a invertir en la agroindustria y la industrialización de los alimentos generando enfermedades con las cuales se abrieron las

posibilidades de inversión en infraestructura hospitalaria para atender a la población demandante de salud en los próximos años, es decir, los grupos industriales han invertido en estos sectores por las ganancias que están ofreciendo, la seguridad jurídica se presenta después de las inversiones, por ello las constantes reformas a la Constitución, a la Ley General de Salud, a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y la Ley del ISSSTE, para que estas inversiones sean legales y no exista ninguna violación al marco jurídico mexicano.

Destaca también el capital financiero que junto con el Estado Mexicano han posibilitados la acumulación de capital y el desarrollo del capitalismo en nuestro país, pues con las reformas a las leyes mencionadas se han encargado de administrar los recursos de salud así como de los fondos para el retiro y los han canalizado para el financiamiento de la infraestructura carretero, vivienda y en hidrocarburos, tal como lo señala la Ley del ISSSTE en uno de su artículo que se especificó en párrafos anteriores.

La caída tendencial de la tasa de ganancia del capitalismo a nivel mundial ha provocado una feroz competencia entre todas las industrias para neutralizar esta caída, han encontrado momentáneamente neutralizar esta descenso mediante la inversión en la industria de alimentos, en la infraestructura carretero y hospitalaria, y están presionando para la inversión en el sector petrolero por las altas ganancias que ofrecen, por lo que, en los próximos años lo que veremos es la profundización de la degradación del ser humano por la epidemia de la obesidad y la degradación de nuestro planeta por la sobreexplotación de los mantos acuíferos y de los hidrocarburos.

El futuro no es nada alentador para las próximas generaciones, a las empresas trasnacionales no les importa el aspecto humano, están avanzando sobre nuestro planeta bajo un solo objetivo, las ganancias.

La mundialización del capitalismo neoliberal ha significado la mundialización de crisis económica, ambiental, de salud, educativa, tecnológica, entre otras muchas, ahora podemos hablar de una crisis total del sistema capitalista. En este trabajo solamente se trabajó en la crisis de la salud, pues se trata de la vida de los seres humanos que vivimos en este país y que el capitalismo se ha apropiado

destruyendo todo a su paso y utilizando al organismo humano para sus fines lucrativos. Solamente bastaron seis años para demostrar lo fatal que ha sido este modo de producción en nuestro país.

En relación al personal médico y de enfermería, la Ley General de Salud, solamente menciona las responsabilidades de este personal, sin especificar con cuanto de ellos debe contar un hospital en relación al número de habitantes que atiende.

En abastecimiento de medicamentos se están violando los artículos siguientes de la Ley General de Salud: artículo 27 fracción VIII, artículo 29, artículo 30, artículo 77 bis 5 apartado B fracciones I y V, artículo 77 bis 9 fracción VII, artículo 77 bis 10 fracción II, artículo 77 bis 15 fracción III párrafo tercero, artículo 77 bis 28, artículo 77 bis 29, artículo 77 bis 36, artículo 77 bis 37 fracción IV y artículo 166 Bis 3 fracción VII.

Todas estas violaciones son también a los derechos humanos en problemas de salud, a su vez que los son a los párrafos tercero y cuarto constitucionales. Por lo que quedan comprobados las variables independientes que son la distribución del personal médico, enfermeras, medicamentos e infraestructura hospitalaria de la hipótesis.

CAPITULO CUARTO

LOS DERECHOS AL BIENESTAR Y LA SALUD, TUTELADOS COMO HUMANOS, QUE SE DESPRENDEN DE LOS ARTÍCULOS 1° TERCER PÁRRAFO Y 4° TERCERO Y CUARTO PÁRRAFOS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

I.INTRODUCCIÓN

En nuestro país, los gobiernos que enarbolaron la revolución democrática burguesa y su proyecto (que después se convirtió profundamente antidemocrático con un solo partido en el poder durante setenta años), plasmaron sus ideas más generales en la Constitución de 1917 que enunciaba los derechos sociales, como parte central de lo que sería el Estado burgués mexicano, trataban de resolver la problemática de la población sumida en la ignorancia, una explotación salvaje contra los trabajadores, despojo de tierras contra los campesinos, concentración de la riqueza en pocas manos, capital trasnacional dueño de las principales riquezas nacionales, todo ello utilizando los modernos conceptos de salud donde se consideraba que es interdependiente de las estructuras económicas, sociales, educativas y culturales. Tal parece que la Constitución de 1917 fue reformada para que la burguesía, años después, repitiera las mismas acciones, pues, todos los problemas mencionados han resurgido, es decir, el capitalismo mexicano junto con su Estado se encuentran dando vueltas en un círculo vicioso, el caso más reciente es el de permitir la inversión extranjera directa para la explotación de hidrocarburos, pues cedieron ante las presiones de las transnacionales, porque éstas están previendo la caída tendencial de su tasa de ganancia y observan el grado de rentabilidad que ofrece este sector.

Como mencionamos en capítulos anteriores, en el capitalismo lo que se promueve es la enfermedad, el sistema es global ésta también lo es. La globalización ha provocado un gran número de problemas a la humanidad. Pobreza, desigualdad social, desempleo, falta de justicia, imposición de valores, violencia, dificultad para tener acceso a los servicios de salud. Esta realidad nos muestra que el gobierno mexicano responde con estrategias congruentes con la economía de

libre mercado y en su lógica crean los seguros de gastos médicos. Estos son en modalidades diferentes: gastos médicos mayores, menores y el Seguro popular. Los capitalistas y los políticos mexicanos trabajan por causas comunes, pues aplican estrategias con las cuales poco a poco van avanzando en la privatización del sector Salud. Las empresas capitalistas con sus estrategias de mercado se han convertido en auténticas fábricas de enfermos: obesos, diabéticos, hipertensos y enfermos mentales, porque con estos tienen garantizadas las ganancias que en otros sectores de la economía han estado perdiendo o simplemente ya no ofrecen rentabilidad para sus inversiones. Así, que la política del gobierno mexicano es la entrega de la infraestructura social en salud al sector privado para la extracción de plusvalor de sus trabajadores, argumentando que los empresarios proporcionan servicios eficientes. Sobre todo por recomendaciones del Banco Mundial como se señaló en el capítulo III. Que podría ser como un paso más de Estados Unidos hacia México y su hegemonía sobre América Latina.

Desde 1981 la economización de la sociedad (en particular de la política) ofreció el aspecto de aplicación de la política económica neoliberal, abriendo paso salvajemente a los intereses privados de maximización de la ganancia no sólo en la sociedad civil, sino también en la sociedad política. La dualidad estructural constitutiva de la república burguesa entre la esfera privada orientada por la propiedad privada y el reino de la ganancia y la mezquindad, por un lado, y, por otro lado, la esfera pública, orientada por el bien común y el reino de la moral y lo universal, vio potenciada su hipocresía, su doblez ocultadora según la cual la opresión de clase es en favor del pueblo y la nación⁸⁸.

⁸⁸ Veraza, Urtuzuátegui, Jorge, *Lucha por la nación en la globalización ¿Quién en la lucha? y ¿Por qué tipo de nación?*, México, Editorial Ítaca y Ediciones de paradigmas y utopías, 2005, p 14.

Actualmente, se utiliza el concepto de democracia para argumentar que los servicios públicos que proporciona el Estado, se tienen que privatizar porque es una decisión de la mayoría del pueblo de México representada en el Congreso de la Unión por la necesidad de promover empresas formales para que generen empleos bien remunerados para las familias mexicanas y que la injerencia de las empresas globales no tienen nada que ver con la privatización, pues son argumentos de los grupos opositores.

En el pensamiento y retórica de la clase hegemónica, poco o nada importan situaciones de los seres humanos, como: la salud y la vida de los ciudadanos; la pobreza de la gente, las cifras de mexicanos pobres, la pobreza multidimensional: económica, educativa, de salud, ética, cívica; la violencia, las desigualdades sociales, el retorno de viejas epidemias como la tuberculosis, el cólera, o el que aparezcan otras nuevas, como los accidentes, las adicciones, el cáncer y las enfermedades crónicas degenerativas⁸⁹.

Lo anterior es una realidad que genera emociones y éstas no son apresuradas, sino de una reflexión que conduce a expresarse con bases a conocimientos de causas, aún más porque el sistema nos ha convertido en cosas, en mercancías, que cuando ya no somos productivos para sus intereses nos desecha como cosas inservibles, porque ya no generamos plusvalor; pero hace creer a los demás que los pobres existimos porque somos mediocres cuando, previamente, ya nos ha enfermado, además, de generar conceptos como el de derechos humanos para repromocionarse una y otra vez como sistema que se preocupa por los seres humanos.

⁸⁹ Cruz, Vázquez, Francisco, “La promoción de la salud en el mundo globalizado” en Chávez, Carapia, Julia del Carmen y Padilla, Aguilar, Margarito, *Administración pública y políticas de salud*, México, Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, 2013, p. 235.

II.DERECHOS HUMANOS Y GLOBALIZACIÓN

Sin embargo, el capitalismo se ha realizado mundialmente, es un sistema que se ha globalizado, es decir, ha cumplido su misión histórica de dejar atrás al feudalismo, a los sistemas de trabajo artesanales que se caracterizaban como actividades domiciliarias y a los campesinos propietarios privados de sus pequeñas parcelas, para convertirlos en trabajadores asalariados, más aún, cree haber acabado con un sistema económico que se autodenominó socialismo, cuando éste ni siquiera ha existido y que lo que realmente existió fue otra forma de dominio o como se le ha denominado: capitalismo de Estado, es decir, el capitalismo cree haber triunfado y con ello, ya no hay historia; la posibilidad de una sociedad diferente es imposible y que solamente es nombrado por teóricos nostálgicos o inadaptados que siguen pensando en la utopía; fuera del libre mercado no hay más, la competencia entre unos y otros, conduce a la armonía -existen teóricos del capitalismo que consideran a la competencia como un concepto divino- al equilibrio y al enriquecimiento de todos, obviamente, se refiere a la acumulación de dinero, aunque sea a costa de la destrucción de nuestro planeta y a la eliminación multitudinaria de seres humanos, como el caso de la obesidad que está reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una epidemia global.

Cada vez más escuchamos conceptos como costo beneficio, eficiencia, eficacia, efectividad, escasez de recursos, calidad, cliente, crecimiento económico y necesidades del mercado.

Con sus medios de comunicación y su tecnología ha logrado que los diferentes países muestren sus éxitos o sus fracasos en lo político, económico y social, a su vez, que un mayor número de seres humanos puedan comunicarse a través de sus computadoras o celulares con un enorme desprecio hacia lo comunitario.

También en lo político, se han generado conceptos como Democracia, Estado Democrático de Derecho, Estado Social de Derecho y Derechos Humanos, mismos que han empezado a tener relevancia en el momento en que inicia su época de decadencia; no olvidemos que generó dos guerras mundiales.

El enorme genocidio de este conflicto bélico, puso en evidencia que el ejercicio del poder a cargo de representantes del capitalismo, constituye una actividad peligrosa para los seres humanos y la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), no es, sino, otra forma de dominio de un país que inició su hegemonía después de la segunda guerra mundial, nos referimos a Estados Unidos, que ha impuesto su política a países miembros y no miembros de este organismo que, sin embargo, al hacer un recuento de la protección de los derechos humanos han resultado ser un discurso dudoso.

Es innegable que en la mayoría de los países que conforman nuestro planeta, el sistema económico dominante es el capitalismo, las formas de organización del gobierno son mediante los poderes Ejecutivo, Judicial y el Legislativo, organización que está reconocido por las Constituciones de estos países. Sin embargo, con la globalización y el avance del neoliberalismo, la privatización de empresas que en alguna ocasión fueron propiedad del Estado, que por exigencias de los capitalistas le fueron entregadas para revertir la caída tendencial de la tasa de ganancia, lo cual obligó las reformas a la Constitución y para que no se vea la enorme depredación que ejercen los capitalistas sobre la sociedad han utilizada el concepto de derechos humanos para ocultar su culpabilidad en la transición epidemológica, así llegamos que el 10 de junio de 2011 se publica en el Diario Oficial de la Federación la reforma que modifica la Denominación del Capítulo I, título primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)⁹⁰, el cual señalaba de las garantías individuales, ahora se establece de los Derechos Humanos y sus garantías; debido a que se eliminan las palabras garantías individuales porque solo señalaba la protección de derechos individuales, lo cual se contradecía debido a que la Constitución desde 1983 también protege derechos sociales como salud, educación, laborales, vivienda y seguridad social.

⁹⁰ Diario Oficial de la Federación viernes 10 de junio de 2011. www.lsf.cjf.gob.mx/cds/.../Dossier_reforma_ddhh.pdf.

Es importante mencionar que las modificaciones mencionadas son de carácter gramatical y de complementariedad de acuerdo a la nueva denominación del capítulo primero del título primero, el cual señalaba “*de la Garantías Individuales*” ahora se establece “*de los Derechos Humanos y sus Garantías*”.

Esta reforma tiene múltiples consecuencia en los diferentes órganos de gobierno. Los derechos y sus obligaciones no están dirigidos sólo a los Jueces, Magistrados o Ministros del Poder Judicial, sino a todos los integrantes de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial a nivel Federal, local o municipal. Lo anterior, es consecuencia del hecho que desde los tratados Internacionales de los Derechos Humanos puede incurrir en la responsabilidad internacional por los actos realizados por las autoridades de todos los niveles,

La reforma al artículo primero constitucional es más bien el resultado de la globalización para que esté en armonía con los tratados internacionales y en concordancia con el avance de la hegemonía de Estados Unidos en el planeta, concretamente sobre América Latina.

Los Derechos Humanos son verdaderamente contradictorios, pues no pueden ser respetados en una sociedad dividida en clases sociales ya que una, en este caso la burguesía cuenta con su Estado y cuando son afectados sus intereses no dudan en solicitar que sean restablecidos a como están acostumbrados a vivir.

III.LOS ARTÍCULOS 1° SEGUNDO PÁRRAFO 4° TERCERO Y CUARTO PÁRRAFOS CONSTITUCIONALES

Lo que ha originado un cambio del discurso del Estado mexicano, porque todo ser humano, por el solo hecho de serlo, es titular de derechos, mismos que se han logrados a través del tiempo, y uno de estos es la salud, por lo que, los Artículos 1° y 4° lo garantizan mediante la obligación a las autoridades encargadas de la salud a proporcionarlo y vigilar a que se cumpla, pero en realidad esto no ocurre.

Las empresas capitalistas no están dispuestas a perder sus ganancias, pues para ello se constituyen utilizando el mecanismo de persuasión y psicológica para que la población consuma sus alimentos produciendo la enfermedad en su organismo y se convierta en negocio.

Resulta que los responsables de la salud y el Estado en general, saben que los alimentos industrializados y más los denominados chatarra, producen enfermedad, por lo que, sus productores están violando los Derechos Humanos, llama la atención el párrafo segundo del artículo 1° Constitucional, dice:

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más alta⁹¹.

Sin embargo, para que este derecho proceda no se le puede reclamar a los responsables directos, en este caso, a la burguesía de la industria de alimentos, sino a través del Estado lo cual resulta contradictorio y problemático, pues existen dos responsables, pero, que sin embargo, el responsable directo no aparece como tal, sino algún funcionario que no cumplió con ciertos preceptos, con lo cual la problemática no está resuelta, sino que sigue presente y en desarrollo. En una sociedad que se fundamenta en la división del trabajo y en la propiedad privada⁹² es una sociedad problemática, porque se refiere a la riqueza de los que unos tienen y a otros que la carecen, en tanto que una clase social que tiene se asocia junto con su Estado generando el Derecho para protegerse contra los que no tienen, con lo cual nace una ideología que constantemente es utilizada para decirles a los que no tienen que es un derecho humano por luchar para alcanzar los niveles de vida de

⁹¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

⁹² Sobre la propiedad privada Karel Kosík dice: -las leyes de la economía son en realidad definiciones de una fuerza llamada egoísmo- muestra una estrecha analogía con el mecanismo de la física. El egoísmo como resorte de la actividad humana sólo es válido en el ámbito de un sistema hipotético en el que el hombre, al tratar de satisfacer sus intereses privados, asegura el bien de todos. Pero ¿qué es este “bien de todos” que se presenta como *resultado*? Es el supuesto y la *premisa* ideologizada de que el capitalismo es el mejor de todos los sistemas posibles. Kosík, Karel, *Dialéctica de lo concreto*, México, Grijalbo, 1967, p., 108.

los que tienen, cuando previamente se les había arrebatado sus medios de trabajo que les permitía obtener sus medios de subsistencia que después quedarían “libres” de vender su fuerza de trabajo para la valorización del capital de los que sí tienen, pero que, además, los que no tienen se convierten en productores de valores de uso que jamás serán para ellos, sino para el mercado generándose, así la alienación.

La verdadera libertad, la libertad personal (que para Marx es un concepto positivo) significa el máximo desarrollo del individuo (el fin de la alienación) y exige, por lo tanto, la abolición del trabajo y de la propiedad privada y, en general, de las condiciones de existencia de la antigua sociedad burguesa, incluyendo el Derecho y el Estado⁹³.

Lo cierto es que el concepto de derechos humanos surgió solamente en los albores de la sociedad capitalista. Es un discurso que constituye a los seres humanos en ciudadanos, o sociedad civil, como lo consideró Marx, es decir, en individuos de cara a otro ente, que es el Estado. Todos los hombres modernos viven sus aspiraciones como derechos que ejercen contra el Estado.

Pero, los miembros de esta sociedad, están agrupados en clases. Y, por tanto, no tienen las mismas aspiraciones. Por ejemplo, como lo han demostrado en incontables oportunidades, los miembros encumbrados de la clase de los empresarios y banqueros, tienen como máxima aspiración colocar sus ganancias en Suiza. Mientras que los desposeídos aspiran a una vida buena, lo cual implica salud, educación, comida, vivienda digna⁹⁴.

⁹³ Atienza, Rodríguez, Manuel, *Marx y los derechos humanos*, Perú, Palestra Editores, 2008, p. 86.

⁹⁴ Corres, Óscar, *Acerca de los derechos humanos, apuntes para un ensayo*, México, Coyoacán-Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2003, p. 83.

El Estado, en su discurso, sostiene que es a él a quien debe reclamársele. Incluso otorga organismos para defender los derechos humanos, como es el caso de Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), pero siempre que su violación provenga de un funcionario público, o sea de sí mismo. Pero luego, con argumentos medios extraños, advierte que no tiene con qué hacer frente al reclamo, puesto que todas las empresas capitalistas están constituidas como Sociedad Anónima de Capital Variable al mismo tiempo que les disminuye los impuestos para que inviertan. De esta manera, el discurso estatal, atrayendo sobre sí la atención, la desvía de los auténticos obligados: los que tienen los medios que les falta a los otros, para el bienestar. Así es como, en una hábil maniobra discursiva, política por cierto, los explotados se han quedado frente a un Estado sin responsabilidad.

Marx se dio cuenta de que los derechos humanos, las libertades burguesas, eran una de las principales contradicciones generadas por el capitalismo y de que su desarrollo y realización podían hacer de ellos una palanca fundamental para acabar con el propio sistema capitalista. Pero no los consideró nunca como fines en sí mismos; no les atribuyó un valor propiamente ético, sino puramente político, instrumental⁹⁵.

Las autoridades de salud al saber que la industria de alimentos son las responsables de los orígenes del cáncer, la diabetes mellitus, la obesidad, los problemas cardiovasculares ¿por qué estas industrias siguen operando? Lo real de todo este discurso, es que los que tienen el poder son estas industrias y lo que diga la Constitución no tiene importancia, lo que vale son las ganancias. Los enfermos no tienen derechos humanos, es una ilusión, pues desde el momento en que se les arrebató la salud dejaron de tener este derecho, si es que alguna vez la tuvieron, es decir, el hecho de estar enfermo no es un derecho, sino un objeto de explotación para las industrias farmacéuticas, después de las alimentarias. Un derecho humano

⁹⁵ Ibidem, p. 223.

es que todos tengan salud, casas similares a los de la burguesía, hospitales sin carencias, el hecho es que si unos tienen y los otros carezcan de lo más elemental para vivir no parece ser que sea derecho humano, sino más bien completamente antihumano, así que⁹⁶: *“La ideología no piensa, solamente calcula y mistifica. La filosofía y la ideología no sólo se excluyen mutuamente sino que están en permanente contradicción. La misión de la filosofía es criticar cualquier ideología, y toda ideología intenta poner a cualquier filosofía a su servicio”*.

Si continuamos con la Constitución el párrafo tercero del Artículo 4° agrega: *“Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”*.

Mientras la diabetes en escolares, adolescentes y adultos sigue en aumento en nuestro país⁹⁷, por lo que la garantía mencionada no corresponde a la realidad, a decir verdad, hay indicios que el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas no Alcohólicas dirigida al Público Infantil (PABI), el cual se basa en la autorregulación por parte de la industria de alimentos suscrito en 2009⁹⁸, no ha sido respetado por algunos sectores de esta industria. No es fácil para algunos debido a que la base de su existencia son las ganancias y tienden a violar sus propios códigos como hábito para su propia sobrevivencia.

Así, en nuestro país, encontramos a las principales empresas productoras de comida chatarra que constantemente se promocionan en la televisión como son: McDonald’s Corporation, Coca-cola Corporation, Pepsico, Burger King, Kentucky Fried Chicken, Pizza Hut, Bimbo, Nestlé, Kellog’s.

La industria de alimentos, agrupada en el Consejo Mexicano de la Industria de Consumo (CONMEXICO), ha resultado ser un obstáculo para la implementación

⁹⁶ Kosík, Karel, *Reflexiones antediluvianas*, trad. De Fernando de Valenzuela, México, Ítaca, 2012, p. 22.

⁹⁷ En la nota 21 presentamos las estadísticas correspondientes a 2012 del Instituto Nacional de Salud Pública.

⁹⁸ www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/.../codigo_pabi.pdf

de medidas para la prevención de obesidad en México, dado su poder económico y la falta de interés de la salud pública, este organismo argumenta que no hay evidencia científica que demuestre que una categoría de producto incida directamente en el sobrepeso y la obesidad, por lo que no hay razón para incrementar impuestos a las bebidas refrescantes y a la comida denominada “chatarra”⁹⁹

El párrafo quinto del Artículo 4° de la Constitución que es parcialmente atendido dice: *“Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quién lo provoque en términos de los dispuesto por la ley”*.

Lo anterior, mientras sobre nosotros caen toneladas de óxido de azufre y plomo, este párrafo es violado por parte de las autoridades encargadas del medio ambiente y de la industria automotriz y por los mismos seres humanos, en este caso, por la burguesía que cuenta con cinco automóviles, uno por día laboral para no viajar en transporte público pues éste es utilizado por el proletariado.

Los efectos de la contaminación se conocen menos que las consecuencias generales en la salud a pesar de la aprobación de normas sobre límites de emisiones, la mejora en la calidad de las gasolinas, la eficiencia energética y la reconversión productiva, las prácticas de verificación del estado de los motores, el mayor uso de los medios de transporte público y la vigilancia del cumplimiento de la normatividad los problemas de salud de la población no ha mejorado, lo asevera el informe de resultados de la COFEPRIS.

En 2010 se avanzó en el análisis de la información histórica de las bases de datos epidemiológicos cruzando la información obtenida con los resultados de las concentraciones de los contaminantes atmosféricos

⁹⁹ <http://www.enexpansion.com/economía/2013/19/17/conmexico-rechaza-impuestos-a-refrescos>

reportados a través del monitoreo ambiental, de la zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM), Toluca, Estado de México; Guadalajara, Jalisco, Monterrey, Nuevo León; Cd. Juárez Chihuahua; Tijuana y Mexicali, Baja California, Tula –Vito- Apaxo, Estado de Hidalgo y Salamanca, Guanajuato. El análisis y procesamiento de la información, establecen que existe una relación estrecha entre el aumento de la concentración de partículas fracción inhalable PM₁₀ y algunos padecimientos respiratorios y cardiacos como: infecciones respiratorias agudas, neumonías, bronconeumonías, asma y estado asmático, otitis y enfermedades isquémicas del corazón, entre otras, en la población que habita éstas zonas urbanas, de igual manera se han realizado el análisis para otros contaminantes tales como el Dióxido de Azufre (SO_2), ozono (O_3), encontrando una relación estrecha entre las altas concentraciones de contaminantes criterio y las afectaciones en la salud de la población por padecimientos respiratorios en particular¹⁰⁰.

A pesar de las mejoras de calidad de gasolinas y otros derivados del petróleo, la mejora cada vez más alta de los motores de combustión interna y de otros equipos, las distancias de recorrido son mayores, por el crecimiento de las ciudades, el incremento constante del número de vehículos relacionado con el de combustibles permite prever que en las próximas décadas el problema se agravará. No solo el aumento de vehículos de transporte, la demanda de combustibles, el crecimiento urbano, sino también las del cambio climático, cuyas consecuencias para la contaminación y la salud han sido estudiadas no sólo por el comportamiento de las emisiones sino también por otras mediciones como las ondas de calor o las modificaciones previsibles en los ecosistemas. Como podemos observar el problema de la contaminación del medio ambiente trae consecuencias desastrosas, pues la naturaleza está reaccionando con lluvias torrenciales, ciclones, huracanes como los que afectaron el estado de Guerrero recientemente.

¹⁰⁰ COFEPRIS, *Informe de Rendición de cuentas de la APF: 2006-2012*

Por supuesto que la Organización Mundial de la Salud ha reconocida que el cambio climático está generando riesgos para la infraestructura en salud y para los propios seres humanos.

En el 2008, los 193 Estados que integran la Asamblea Mundial de la Salud, aprobaron una resolución por la se compromete a los países a fortalecer la acción encaminada a proteger la salud frente al cambio climático. El 2009, el consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un plan de trabajo que define las modalidades específicas de apoyo a los países para lograr ese objetivo¹⁰¹.

Existe un aumento de los riesgos asociados a la exposición ante la contaminación atmosférica, el manejo de productos o sustancias químicas a pesar de la aplicación de programas de calidad del aire, sobre todo por la expansión urbana descontrolada, el acelerado crecimiento del consumo de vehículos y el retraso en la mejora de la calidad de los combustibles. El sector privado trasnacional está presionando para invertir en el sector de hidrocarburos debido a las altas ganancias que promete por el incremento del consumo de vehículos para los próximos años, por lo que la contaminación seguirá presionando junto con las enfermedades asociadas a ella. Lo expuesto confirma la violación a los Artículos y párrafos Constitucionales mencionados.

IV.EFECTOS DE LA EDUCACIÓN EN LA SALUD

La educación es la parte medular de un país, a mayor grado de escolaridad mayores beneficios en salud individual, familiar y en la sociedad, también tiene repercusiones en el aspecto laboral, en la alimentación, en lo político. Por ello, el

¹⁰¹ Organización Mundial de la Salud, *Proteger la salud frente al cambio climático. Evaluación de la vulnerabilidad y la adaptación*, P.7

gobierno mexicano tardó años en reformar la Constitución y establecer como obligatorio el estudio media superior, porque siempre temió a una sociedad más exigente y crítica con respecto a sus acciones de no atender las demandas que está obligado a resolver.

Sin embargo, la reforma a la Constitución no fue porque el gobierno estuviera interesado por incrementar el grado de escolaridad de la población, sino por la exigencia de organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Habría que señalar, que estos organismos internacionales, no es porque sean muy humanitarias, sino por los efectos económicos que genera el que la población tenga mayores grados de estudios, es decir, siempre lo recomiendan desde la perspectiva del capitalismo, pues representa un aumento de la productividad y la competitividad de las empresas. Sin embargo, la educación en México es muy desigual, pues depende fundamentalmente del desarrollo económico regional, es razonable pensar que quienes no tienen acceso adecuado a la educación tendrán menor aprovechamiento de los sistemas de salud. En la medida en que la educación puede tener efectos sobre las personas en lo que respecta tanto a la concepción de sí mismos como de las actitudes, la desigualdad implica un acceso diferenciado a conocimientos e información que determina en las condiciones de aprendizaje y cultural bajo las que las personas y sus familias toman decisiones respecto de su salud y de las opciones para cuidarla.

La desigualdad en la distribución de la calidad educativa tiene consecuencias en la salud de las personas: una educación de baja calidad no proporciona información adecuada, no propicia aprendizajes importantes en salud y no promueve el desarrollo de valores y actitudes que favorezcan comportamientos saludables. Lo anterior, si consideramos que el desigual desarrollo económico en nuestro país es notable, pues los estados del norte presentan un grado de desarrollo más avanzado con respecto a los del sur que cuentan con menos medios de comunicación y los servicios de salud son deficientes, y si no, los hacen las

personas encargadas de proporcionar el servicio, como el caso del bebe que nació en el jardín del Centro de Salud de Jalapa de Díaz en el estado de Oaxaca¹⁰².

La enseñanza-aprendizaje, debe centrarse en que el aprendiz puede resolver problemas relacionados consigo mismo, como el caso del cuidado a su salud, porque de ésta depende que pueda seguir desarrollándose a lo largo de su vida, lo cual implica que inicia desde la edad preescolar. Sin embargo, aprender no es sólo acumular información o ejercitar habilidades. Aunque es innegable el carácter individual del aprendizaje, éste se compone no sólo de representaciones personales, sino que además se sitúa en el plano de la actividad social y la experiencia compartida. No podemos presumir que los estudiantes universitarios hayan aprendido a cuidar su salud, pues dentro de las mismas universidades se comercializan comida chatarra y Coca-Cola; los estudiantes las consumen. Lo que podemos constatar que la industria alimentaria y las refresqueras tienen dominado completamente a la sociedad, induciéndola al consumo de sus productos, a la sociedad la han hecho adicta a estos productos.

Ante la economía de libre mercado, la población debe ser educada en salud para que mejore su conciencia, debe alfabetizarse en salud, tiene que aprender a distinguir lo que es útil para su organismo y lo que le produce enfermedad degenerativa.

Todo lo expuesto comprueba la hipótesis planteada, los médicos y enfermeras son insuficientes por cada 1000 habitantes, la OMS recomienda que debe haber 3 no se logró en el periodo de estudio, lo confirma la figura 4 de los indicadores de salud.

Los derechohabientes así como para la población sin seguridad social, no alcanzan una cama por cada 1000 habitantes como lo confirma la figura 5 de los indicadores de salud.

En los servicios que proporciona la Secretaría de Salud, en el 2012, los medicamentos no se surtieron al 14% de la población en el lugar donde se proporcionó el servicio como lo confirma la figura 2 de los indicadores de salud.

¹⁰² <http://www.proceso.com.mx/?p=354510>

Para el periodo de estudio la hipótesis queda comprobada.

El hecho de que se hayan construido 18 Hospitales Regionales de Alta Especialidad es porque la población a nivel nacional ya está enferma, debido a que el Estado no cuenta con una política preventiva de salud, a pesar de que se habla mucha de ella, el problema es que en los establecimientos comerciales y en la tienda de la esquina se siguen vendiendo productos alimenticios chatarra.

Si los recursos económicos del país son escasos no hay alternativa más que prohibir los alimentos nocivos para la salud y su publicidad en los medios masivos de comunicación; se debe poner los intereses sociales a los intereses privados.

Por ello la propuesta de la Ley General de Nutrición para que los Administradores de los centros de salud, hospitales y en general en salud pública, cuente con las herramientas técnico-administrativas que los habiliten para enfrentar la problemática del sector y sobre todo, cuenten también con la ética y los valores necesarios para mejorar paulatinamente el Sistema Nacional de Salud en todos los ámbitos y niveles sociales a que está destinado; el problema de la obesidad y sobrepeso no distingue clases sociales está afectando a toda la población.

No se pueden implementar políticas de salud si no se cuenta con un sustento técnico, porque la justificación social está presente, lo cual indica que la Ley General de Salud no se aplica adecuadamente o ha quedado rebasada por la realidad.

V. CONCLUSIONES

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos a partir del 10 de junio del 2011 se modifica la denominación del Capítulo I, Título Primero, el cual señalaba de las garantías individuales, ahora se establece de los Derechos Humanos y sus Garantías, que en apariencia pone en serios problemas a las autoridades que imparten justicia en nuestro país; pero un discurso, no puede cambiar la situación de injusticia humana de un país, pues ésta proviene de una situación económica que se refiere a la riqueza y de cómo se reparte, es decir, el de tenerla o no tenerla derivada por la división del trabajo y de la propiedad privada.

Desde el desarrollo mismo del modo de producción capitalista los productores directos les fueron expropiados sus medios de producción que les servían para obtener sus medios de subsistencia, estos hechos fueron de manera directa o por el desarrollo mismo del sistema, con lo cual se quedaron “libres” para vender su fuerza de trabajo generándose un fenómeno de alienación.

Con el paso del tiempo la clase poseedora de los medios de producción junto con su Estado han formulado un discurso ideológico que se dirige hacia los desposeídos indicándoles que tienen derechos humanos, para el caso de México, este concepto se incluyó en la Constitución a partir del 2011 para estar en sintonía con la Globalización, pues debe existir un discurso único porque el sistema es único en el planeta.

Este concepto al ser aplicado en la realidad, resulta completamente contradictorio, pues es la clase poseedora de los medios de producción alimenticios la que ha generado las enfermedades que padece la población. Así que es esta clase y su Estado los que violan los derechos al bienestar y la salud, tutelados como humanos y que se desprenden de los artículos 1° y 4° de la Constitución, es decir han violado su propia norma suprema.

Cabe señalar que el párrafo segundo del artículo 1° Constitucional menciona sobre los tratados internacionales para la protección de los derechos humanos, por lo que podemos decir que existe una violación al artículo 25.1 de La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1940, así como los artículos 12.1 y 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la ONU en 1999, los artículos 10 fracción d) y 19 de la Declaración Sobre el Progreso y Desarrollo en lo Social, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1969, el artículo 8.1 de la Declaración Sobre el Derecho al Desarrollo de 1986 aprobada por la Asamblea de la ONU, los artículos XI y XVI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en 1948, el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como pacto de San José que fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1969, ratificado por México en 1981 y el artículo 10.1 del

Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador aprobado por la Asamblea General de la OEA en 1988.

CONCLUSIONES GENERALES

PRIMERA. EL reto para la humanidad proletarizada es encontrar una tecnología que sea benéfica para la producción de alimentos, además deberá observar las ventajas comparativas de diferentes opciones de producción agrícola para las diversas condiciones agroecológicas y culturales de los consumidores finales. Tendrá que estar contenido la problemática ecológica para que el esfuerzo por el desarrollo de la tecnología incluya la necesidad de un medio ambiente sano.

SEGUNDA. Como avance de la política neoliberal implementada por el Estado mexicano a partir de 1981, para el caso del sector salud, que proporciona servicios a la población sin seguridad social, a partir del 2004 se elaboraron los Proyectos de Prestación de Servicios que consisten en que el sector privado participe en la construcción de Hospitales Regionales de Alta Especialidad con financiamiento público; el Estado está coadyuvando a las empresas trasnacionales a revertir la caída de la tasa de ganancia de éstas, porque les va a permitir la extracción de plusvalor a los trabajadores de estos hospitales y la población no tiene ningún beneficio ya que previamente fue enfermada por las industrias alimenticias. Con estas acciones el Estado está promocionando legalmente las enfermedades generadas por estas empresas y reconociendo que son generadoras de empleos formales, es decir, la producción de enfermedades es altamente rentable, pues reactiva la industria de la construcción, la tecnología de la medicina y la industria farmacéutica. Bajo este argumento, se elaboró el Proyecto de Prestación de Servicios para la construcción de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad (HRAE), como una acción más hacia la privatización de los servicios de salud que presta el Estado a la población carente de seguridad social.

TERCERA. El Plan Nacional de Desarrollo del periodo de estudio reconoce el déficit de personal médico y enfermeras, así como de camas censables y no

censables para la población con seguridad social como la que carece de estos servicios sin presentar propuestas para subsanar estas deficiencias.

CUARTA. Se ha observado que hay un aumento considerable de enfermedades como el cancer, diabetes mellitus, problemas cardiovasculares y obesidad, generadas por la industria de alimentos lo que denota que el Estado mexicano no ha cumplido con el párrafo tercero del artículo 1° constitucional, pues está violando un derecho humano de las personas, porque no está garantizando este derecho universal como es la salud, el hecho de que la población esté enferma es porque ha permitido la producción, circulación, distribución y consumo de alimentos que carecen de nutrientes, con un alta índice de calorías, lo que se traduce, también en una violación al párrafo tercero del artículo 4° constitucional en donde se especifica que la población tiene derecho a una alimentación suficiente y nutritiva.

Lo anterior indica que las instituciones públicas encargadas de hacer posible este derecho no están funcionando correctamente o son aliados en propagar epidemias, por los enormes beneficios económicos que genera. Con estas acciones, la tendencia es reducir las garantías de los derechos sociales y la falta de políticas para ampliar la protección de estos derechos. Frente a estas acciones son responsables los legisladores por omitir normas más estrictas para evitar que se sigan produciendo alimentos que generan enfermedades, la Administración Pública Federal, Local y Municipal por la falta de políticas públicas tendientes a ofrecer una garantía efectiva, real a los bienes jurídicos que se protege como la salud, la educación, la alimentación, medio ambiente sano. El poder judicial como última garantía de las omisiones o excesos de los otros dos poderes, a decir verdad, no existe jurisprudencia sobre el derecho a la alimentación nutritiva.

QUINTA. No se puede argumentar que la reforma al artículo primero constitucional entró en vigor en el 2013, pues para ello se contaba con los instrumentos internacionales que tutelan los derechos humanos como es el caso de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas.

SEXTA. México ocupa el primer lugar en obesidad lo cual indica que se ha violado este instrumento internacional además de la Constitución misma. El

problemas de las enfermedades persiste y sigue en aumento, poniendo en evidencia que los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial están perdiendo su sentido de ser, pues observan pasivamente como se aniquila a la sociedad masivamente.

SÉPTIMA. La salud, la educación, la vivienda o el medio ambiente sano, son bienes cuya afectación pueden producir tanto daños individuales como colectivos, cuya reparación puede exigir intervenciones puntuales, dirigidas a dar respuesta a la vulneración del derecho de una persona, como intervenciones más complejas dirigidas a resolver la situación de grupo de afectados más amplios. Podemos seguir hablando de todos los instrumentos internacionales sobre los derechos humanos y de la Constitución misma, pero la realidad nos ha rebasado, porque quien tiene el poder es el que impone, en este caso, lo tiene la industria de los alimentos junto con los medios de comunicación.

PROPUESTAS

PRIMERA. Le corresponden a la burguesía industrial del sector alimenticio subsanar la problemática expuesta, porque es la que tiene bajo su dominio la producción, circulación y distribución alimentos nocivos para la salud, además de que tiene a su servicio al capital comercial, al financiero y a su forma transfigurada que es el Estado. Con tal poder de dominio y sometimiento de la sociedad y de los demás capitales, tiene la posibilidad de revertir el proceso de producción de enfermedades y generar salud. Este poder se funda y se despliega a través de la NOM-051-SCF1/SSA1-2010 (Especificaciones generales de etiquetado para Alimentos y Bebidas no Alcohólicas Preenvasados Información Comercial y Sanitarios) así como de la NOM-086-SSA1-1994 (Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas no Alcohólicas con Modificaciones en su Composición. Especificaciones Nutrimientales). Estas dos normas son las que legalizan la producción de alimentos típicamente capitalistas, son también las que neutralizan la caída tendencial de la tasa de ganancia.

SEGUNDA. Conforme a la fracciones I, II, III y IV del Artículo 71 de la Constitución pueden presentar como iniciativa la *Ley General de nutrición* porque la

Ley General de salud solamente cuenta con dos artículos sobre el tema que son el 114 y el 115. Para tal efecto, se deberá solicitar la participación de los nutriólogos, dietólogos, biólogos, trabajadoras sociales, sociólogos, psicólogos, abogados, químicos, pedagogos y médicos para que aporten sus conocimientos debido a que la obesidad y el sobrepeso se han convertido en una epidemia global.

TERCERA. Es necesario realizar una reforma al párrafo tercero del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

<p>Dice: Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.</p>	<p>Debe decir: Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad y no debe producir enfermedades como la obesidad, el cáncer y la diabetes o cualquier otra relacionada con la misma; el daño o deterioro en la salud generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la Ley.</p>
--	--

CUARTA. Modificar el numeral 9.1.1.1 de la NOM-031-SSA2-1999 (Para la atención a la salud del niño).

<p>Dice: Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia.</p>	<p>Debe decir: Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia, debe consumir los alimentos siguientes: (Consultar con los nutriólogos)</p>
--	--

Modificar el numeral 4.3.7 de la NOM-043-SSA2-2012 (Servicios básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación).

<p>Dice: Se debe promover y orientar, sobre la consulta y el entendimiento de las etiquetas de los alimentos procesados para conocer sus</p>	<p>Debe decir: Se debe promover y orientar sobre la consulta y el entendimiento de la etiquetas de los alimentos procesados para conocer sus</p>
---	---

ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente.	ingredientes, información nutrimental, modo de uso, forma de conservación, así como fecha de caducidad o consumo preferente, debe equilibrarse con alimentos naturales.
--	---

El numeral 4.4.

Dice: Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.	Debe decir: Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación industrializada.
---	---

El numeral 4.4.1

Dice: Se debe señalar que las deficiencias y los excesos en la alimentación predisponen al desarrollo de desnutrición, caries, anemia, deficiencias de nutrimentos, obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer, osteoporosis e hipertensión arterial, entre otros padecimientos .	Debe decir: Se debe señalar que las deficiencias y los excesos en la alimentación industrializada predisponen al desarrollo de desnutrición, caries, anemia, deficiencias de nutrimentos, obesidad, aterosclerosis, diabetes mellitus, cáncer, entre otros padecimientos, por lo que se recomienda de preferencia el consumo de alimentos naturales, frutas y verduras.
---	--

El numeral 4.4.2

Dice: Se deben señalar los factores de riesgo, en particular los relacionados con la dieta y los asociados en la génesis de las enfermedades crónico degenerativas.	Debe decir: Se deben señalar los factores de riesgo, en particular los relacionados con la dieta de alimentos industrializados y bebidas embotelladas con edulcorantes calóricos, porque están asociados con la génesis de las enfermedades crónica degenerativas.
--	---

Modificar el numeral 5.8.1 de la NOM-169-SSA1-1998 (Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo).

<p>Dice: La producción de alimentos para autoconsumo que considere promoción, capacitación e instalación de huertos, hortalizas, cría de especies menores y acuacultura, a nivel escolar, familiar y comunitario.</p>	<p>Debe decir: Se debe promocionar a nivel escolar, familiar y comunitario la producción de alimentos para autoconsumo, con capacitación para la instalación de huertos para hortalizas, cría de especies menores y acuacultura. Debe ser prioritario para las comunidades rurales y las que cuenten con espacios para estas actividades.</p>
--	--

QUINTA. Adicionar una fracción en el Artículo 2 de la Ley de Ciencia y Tecnología lo siguiente: Los investigadores, tecnólogos e innovadores, una de sus prioridades debe ser la generación de salud en la población, por lo que deben generar conocimientos y una tecnología para la producción y conservación de alimentos evitando la agresión al medio ambiente.

SEXTA. Modificar la fracción IX del Artículo 7° de la Ley General de Educación.

<p>Dice: Fomentar la educación en materia de nutrición y estimular la educación física y la práctica del deporte.</p>	<p>Debe decir: Fomentar la educación en materia de nutrición haciendo énfasis que el consumo de alimentos industrializados como parte de la dieta diaria provoca enfermedades degenerativas y estimular la educación física y la práctica del deporte.</p>
--	---

SÉPTIMA. Modificar la fracción VIII del Artículo 6° de la Ley General de Salud.

<p>Dice: Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al</p>	<p>Debe decir: Promover un sistema de fomento sanitario para la industria de alimentos y bebidas no</p>
--	--

desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.	alcohólicas para que coadyuven al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.
--	--

Modificar la fracción VIII del Artículo 7°.

Dice: Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud.	Debe decir: Impulsar las actividades científicas y tecnológicas para que restablezcan completamente la salud y no solo como tratamiento del enfermo.
---	---

Modificar el primer párrafo del Artículo 97.

Dice: La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponde al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.	Debe decir: La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponde al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud para que no generen enfermedades degenerativas.
---	--

OCTAVA. De conformidad con los artículos 104 fracción III, 105, 106 y 107 de la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud debe coordinar la presentación de la información estadística de la infraestructura hospitalaria del país, camas censables, no censables y quirófanos. Así como de los recurso humanos, médicos y enfermeras por cada mil habitantes.

NOVENA. De conformidad con el artículo 77 bis 9. Fracción VII de la Ley General de Salud, la población sin seguridad social tiene derecho al surtimiento de medicamentos, siendo una obligación de la Secretaría de Salud, los estados y el Distrito Federal el de promover que las unidades médicas de las dependencias y entidades de la administración pública federal y local que estén incorporados al Sistema de Protección Social en Salud el de proveerlos, entre otros de sus servicios

mínimos que proporcionen, además estos no son del todo gratuitos, porque los solicitantes aportan una cuota de recuperación que se determina con base a las características socioeconómicas de cada familia, recursos que deben ser destinados al suministros de medicamentos como lo establece el artículo 77 bis 22 de la misma Ley. Deber que no se cumple como lo muestran las figuras 1 y 2 del anexo.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian, *Los derechos sociales como derechos exigibles*, 2ª. ed. Madrid, trota, 2004, 255 pp.
- ATIENZA, RODRÍGUEZ, Manuel, *Marx y los Derechos Humanos*, Perú, Palestra Editores, 2008, 226, pp.
- CEPAL, *La inversión extranjera directa en América Latina y el Caribe*, Organización Mundial de las Naciones Unidas, informe correspondiente a 2012.
- CORDERA, Rolando y MURAYANA, Ciro (coordinadores), *Los determinantes sociales de la salud en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2012, 654, pp.
- CÓRDOVA, VILLALOBOS, José Ángel, *La salud de los mexicanos 2007-2012*, México, Editorial Alfil, Academia mexicana de cirugía, colección platino, 2009, 235 pp.
- CORREAS, ÓSCAR, *Acerca de los derechos humanos, apuntes para un ensayo*, México, Ediciones Coyoacán, 2003, 157 pp.
- CHÁVEZ, CARAPIA, Julia del Carmen y PADILLA, AGUILAR, Margarito, *Administración Pública y Políticas de Salud*, México, Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública, 2013, 312 pp.
- ECHEVERRÍA, BOLÍVAR, *Modelos Elementales de la oposición campo-ciudad. Anotaciones a partir de una lectura de Braudel Y Marx*, México, Editorial Itaca, 2013, 107pp.
- FAYOL, Henri, *Administración industrial y general*, 14ª. ed. Argentina, Editorial El Ateneo, 1987, 116 pp.
- KOSÍK, Karel, *Dialéctica de lo concreto*, Trad. Adolfo Sánchez Vázquez, México, Editorial Grijalbo, 1965, 269 pp.
- _____, *Reflexiones Antediluvianas*. Trad. Fernando de Valenzuela, México, Editorial Itaca, 2012, 248 pp.
- LEFEBVRE, Henri, *Lógica formal, lógica dialéctica*, Trad. M. Esther Benítez Eiroa 21ª reimpresión en español, México, siglo XXI editores, 2012, 344 pp.

- MARX, Carlos, *El capital: crítica de la economía política*, Trad. Pedro Scaron 29ª reimpresión, México, siglo XXI editores, 8 vols., 2011, 1314 pp.
- MARX, Carlos y ENGELS, Federico. Obras escogidas en dos tomos, Moscú, Editorial Progreso, t. I, 1971, 648, pp.
- MAX, Weber, *¿Qué es la burocracia?*, 4ª. Ed., México, Ediciones Coyoacán, 2010, 112 pp.
- _____, *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Trad. Luis Legaz Lacambra, 2ª. Ed. México, Colofón, 2012, 266 pp.
- SÁNCHEZ, GONZÁLEZ, Jorge Manuel y RAMÍREZ, BARBA, Éctor Jaime, *Servicios de salud en México*, México, Editorial Alfil, Academia mexicana de cirugía, colección platino, 2009, 465 pp.
- VERAZA, URTUZUÁSTEGUI, Jorge, *Lucha por la nación en la globalización ¿Quién en la lucha? y ¿Por qué tipo de nación?*, México, Editorial Ítaca coedición con paradigmas y utopías, 2005, 188 pp.
- _____, *Del reencuentro con Marx con América Latina en la época de la degradación civilizatoria mundial. La subsunción real del consumo bajo el capital, la historia del desarrollo capitalista y la reconstrucción del marxismo hoy*. Bolivia, Vicepresidencia del Estado Plurinominal, 2011, 565 pp.
- _____, (coord.), *Los peligros de comer en el capitalismo*, México, Editorial Ítaca, 2007, 307 pp.
- _____, *Leer el capital hoy, pasajes selectos y problemas decisivos*, México, Editorial Ítaca, 2007, 348 pp.
- WINSLOW, TAYLOR, Frederick, *Principios de la administración científica*, 10ª. ed. Argentina, Editorial el Ateneo, 1987, 46 pp.
- WITTGENSTEIN, LUDWIG, *Tractatus lógico-philosophicus*, trad., Luis M. Valdés Villanueva, 3ª ed. Madrid, Editorial Tecnos, 2011, 303 pp.

ORDENAMIENTO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF 5 de febrero de 1917, última reforma DOF 8 de octubre de 2013

LEYES

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, DOF 4 de enero de 2000, última reforma DOF 9 de abril de 2013.

Ley de Asistencia Social, DOF 2 de septiembre de 2004, última reforma 23 de abril de 2013.

Ley de Asociaciones Público Privadas, DOF 16 de enero de 2012.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales, DOF 14 de mayo de 1986, última reforma DOF 4 de abril de 2012.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, DOF 30 de marzo de 2006, última reforma DOF 9 de abril de 2012.

Ley de Planeación, DOF 15 de enero de 1983, última reforma DOF 9 de abril de 2012.

Ley General de Salud, DOF 7 de febrero de 1984, última reforma DOF 24 de abril de 2013.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, DOF 31 de marzo de 2007, última reforma DOF 28 de mayo de 2012.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, DOF 24 de diciembre de 1976, última reforma DOF 2 de abril de 2013.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con las mismas DOF 4 de enero de 2000, última reforma DOF 9 de abril de 2012.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
<http://www.snieg.mx/contenido/español/normatividad/marcojurídico/PND-2007-2012.pdf>.

Plan Nacional de Salud 2007-2012,
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programas_nacional_salud.pdf

Programa Sectorial de Salud 2007-2012,
http://wwwgeriatria.salud.gob.mx/descargas/pla_sectorial_salud.pdf.

Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud,
http://www.dgdif.salud.gob.mx/pdf/PLAN_MAESTRO_DE_INFRAESTRUCTURA.pdf

Sistema de Protección Social en Salud, *informe de resultados*, enero-junio 2013, http://gaceta.diputados.gob.mx/gaceta/62/2013/ago/Inf_salud_20130816.pdf

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud, DOF 5 de abril de 2004, última reforma DOF 8 de junio de 2011

Reglamento de la Ley Federal de la Entidades Paraestatales, DOF 20 de enero de 1990, última reforma DOF 23 de noviembre de 2010.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, DOF 28 de junio de 2006, última reforma DOF 5 de noviembre de 2012

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF 31 de diciembre de 1992, última reforma DOF 10 de enero de 2011.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, DOF 28 de julio de 2010.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionadas con la misma, DOF 28 de julio de 2010.

Reglamento de la Ley de Asociaciones Pública Privadas, DOF 5 de noviembre de 2012.

ACUERDOS

Acuerdo por el que los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas en materia de salud. DOF 26 de septiembre de 1994.

Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la realización de Proyectos para Prestación de Servicios, DOF 9 de abril de 2004.

Acuerdo por el que se modifica el Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal, DOF 24 de julio de 2013.

Relación de Entidades Paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento, DOF, 15 de agosto de 2013.

Lineamientos para la elaboración y presentación de los análisis costo y beneficio de los programas y proyectos de inversión, DOF 18 de marzo de 2008.

Lineamientos relativos a los dictámenes de los programas y proyectos de inversión a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, DOF 18 de marzo de 2008.

Lineamientos para la determinación de los requerimientos de información que deberá contener el mecanismo de planeación de programas y proyectos de inversión, DOF 18 de marzo de 2008.

Criterios para incluir las erogaciones plurianuales para proyectos de inversión en infraestructura, en el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, DOF 18 de marzo de 2008.

DECRETOS

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, DOF 29 de noviembre de 2006.

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal, DOF 29 de noviembre de 2006.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-031-SSA2-199 (Para la atención a la salud del niño)

NOM-043-SSA2-2012 (Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación)

NOM-051-SCF1/SSA1-2010 (Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados información comercial y sanitaria)

NOM-086-SSA1-1994 (Bienes y servicios alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición. Especificaciones nutrimentales).

NOM-169-SSA1-1998 (Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo)

PÁGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

<http://una.org.mx/2012>

<http://bachoco.com.mx/indudexfiles/olownload/reporte.rimestral/a6wi1ji3.pdf>

http://irri.org/index.php?optiom=com_k2&view=item&layout=item&cid=952&itemid

<http://www.alfa.com.mx/down/informeAnual12.pdf>

<http://www.contralinea.info/archivo-revista/index-php/2009/03/ssa-contratos-millonarios-a-empresarios-panistas>

<http://www.grain.org/esarticle/entries/808-el-cgiar-investigacionesagricolas-paraquien>

<http://www.milenio.com/edb/doc/noticias2011/1b6bcde8bf538d981ccb8ca58c31a3>

www.alma-ata.es/declaraciondealamaata/declaraciondealmaata.html

www.inversionistasgrupoherdez.com/.../Grupo%20Herdez%20informe%...

www.m2wed.com.br/grupobimbo/wed/arquivos/infoanua.pdf