



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE DERECHO**

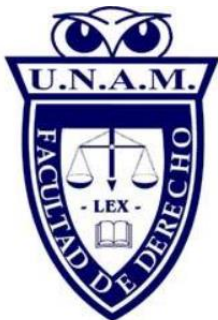
LA RELACIÓN ESTADO-SALUD EN MÉXICO

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

**PRESENTA:
MAURICIO SARMIENTO CHAVERO**

TUTOR: DR. MIGUEL ÁNGEL GARITA ALONSO



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., 2021



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.

LA RELACIÓN ESTADO-SALUD EN MÉXICO

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1: ¿Qué es el Estado?	4
1.1 El origen del Estado	4
1.2 Diversas concepciones de Estado	20
1.3 Elementos constitutivos del Estado	28
1.4 Finalidad del Estado	35
1.5 Estado y Derecho	38
Capítulo 2: ¿Qué es la salud?.....	39
2.1 Concepto de Salud.....	39
2.2 La salud y su protección como derecho fundamental.....	46
2.3 Las instituciones de salud pública.....	49
Capítulo 3: Relación entre Estado y salud.	57
3.1 La sanidad y salud pública como imperativos del Estado.....	57
3.2 Justicia distributiva y recursos en materia de salud.....	63
Capítulo 4: La relación Estado-Salud en el ordenamiento jurídico mexicano.....	67
4.1 Bloque de constitucionalidad	67
4.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	69
4.1.2 Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho a la protección de la salud.....	74
4.1.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos	74
4.1.1.2 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.....	75
4.1.1.3 Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales....	78
4.1.1.4 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Protocolo de San Salvador”	85
4.1.1.5 Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial	87
4.1.1.6 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	89
4.1.1.7 Convención sobre los Derechos del Niño	92
4.1.1.8 Otros instrumentos.....	93
4.2 Leyes secundarias, reglamentos y normas oficiales mexicanas.....	94

4.2.1	Ley General de Salud	94
4.2.2	Reglamentos de la Ley General de Salud	98
	CAPÍTULO 5: Perspectiva histórica de la relación Estado-Salud en México	99
5.1.	Primera etapa: De las culturas originarias de América hasta la Constitución de 1917	99
5.2	Segunda etapa: La Constitución de 1917 y hasta la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943).	108
5.3	Tercera etapa: Inicia con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) hasta el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en 1983.	112
5.4	Cuarta etapa: Inicia con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en 1983 hasta nuestros días	118
	CAPÍTULO 6: El Sistema Nacional de Salud en México	126
6.1	Órganos rectores	128
6.1.1	Consejo de Salubridad General	128
6.1.2	Consejo Nacional de Salud	132
6.1.3	Secretaria de Salud (SSA)	134
6.2	El subsistema público	137
6.2.1	Secretarías de Salud de los Estados	137
6.2.2	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	138
6.2.3	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	140
6.2.4	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM)	142
6.2.5	El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Instituto de Salud para el Bienestar	143
6.3	El subsistema privado	146
6.3.1	Hospitales, clínicas y consultorios privados	147
6.3.2	Consultorios adyacentes a farmacias	148
6.4	Otras instituciones relacionadas	150
6.4.1	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	150
6.4.2	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)	153
	Conclusiones	157
	BIBLIOGRAFÍA	160
	BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA	162
	REVISTAS	162

Introducción

La salud y el bienestar de la población son dos fines fundamentales del Estado. A pesar de que la relación entre Estado y Salud ha existido desde el origen del Estado, su configuración es compleja y se ha transformado mientras la humanidad ha transitado por sus diversas etapas históricas. Para entender lo estrecha que es esta relación resulta ejemplificativo narrar una anécdota: Unos estudiantes le preguntaron a la antropóloga Margaret Mead cual consideraba ella que era el primer signo de civilización en la humanidad; la antropóloga contestó que el primer signo es la presencia de un fémur fracturado y posteriormente sanado. En el mundo natural, que un animal se fracture un fémur es igual a una condena a muerte; dentro de una civilización, el hecho de que alguien pueda sobrevivir a una fractura de ese tipo significa que vive en una comunidad civilizada, en la que recibió cuidados y logró curarse en lugar de morir. Esta anécdota se ha contado de cien maneras diferentes, pero tiene mucho que ver con el tema que a continuación expongo, debido a que pone a la salud y su cuidado en el inicio mismo de la civilización.

En la actualidad, la humanidad enfrenta grandes retos cuya solución pasa necesariamente a través de dicha relación. Es importante entender a la salud como una labor comunitaria que depende de la interacción de todos los elementos del Estado, no sólo como una meta individual. En el último siglo, gracias a los grandes avances de las ciencias médicas y la salubridad pública, el enfoque de la salud ha cambiado; ahora se entiende principalmente como una empresa individual, pero en el fondo, la salud del individuo depende de una interacción adecuada entre el ambiente y su comunidad. Para comprobar esto basta analizar la historia; a pesar de que las guerras parecen ser los eventos catastróficos más grandes de nuestra existencia, la realidad es que la enfermedad es el principal adversario del ser humano. Ninguna guerra ha cobrado tantas vidas como las grandes epidemias que ha sufrido la humanidad. La salud y el bienestar de los individuos depende de las

decisiones que toman día con día, pero, también, de la manera en que las comunidades humanas se relacionan con el ambiente y entre ellas.

La desigualdad es otro de los grandes retos al que se enfrenta la humanidad; no se puede hablar de ella sin abordar el tema de la relación entre el Estado y la Salud. No existe un Estado que pueda satisfacer por completo todas las demandas de salud de su población, por lo que necesita tomar decisiones sobre cuáles de estas demandas son “más urgentes” o “más importantes”. Con el análisis de dichas decisiones se pueden apreciar cuáles son los valores y prioridades de un Estado, por ejemplo: ¿Los recursos deben de utilizarse para proteger a los niños o a los adultos mayores?, ¿Los servicios de salud deben de brindarse por el estatus laboral de los ciudadanos o a todos por igual?, ¿Los recursos deben de ser iguales para poblaciones urbanas y rurales?, ¿Iguales para ricos y pobres? Todas estas preguntas las debe de responder un Estado al ofrecer servicios de salud a su población y aunque pueden parecer sencillas, no siempre lo son. Es posible que en el discurso parezca que siempre se apoya al débil o al desafortunado, pero cuando se analizan las decisiones que toman los Estado se advierte que la realidad dista mucho del discurso. La historia de la desigualdad en la época contemporánea está íntimamente relacionada con la historia de la relación entre el Estado y la Salud.

Estudiar de que manera se vinculan el Estado y la Salud puede ayudar a disminuir la desigualdad. Un Estado que entienda que la salud y el bienestar son los pilares sobre los que se construye la igualdad de oportunidades es un Estado comprometido con el trato equitativo a sus habitantes. Existen pocas desigualdades más aberrantes que la desigualdad en el acceso a los satisfactores básicos y a los servicios de salud.

Por último, este trabajo es una proclamación de la importancia de los trabajos interdisciplinarios. A pesar de que es necesario que las ciencias se dividan por objetos de estudio, es esencial que se continúen realizando estudios interdisciplinarios. Desde mi punto de vista, la salud debe de dejar de ser un campo

reservado únicamente para los profesionales de la salud. Si se quieren reducir las injusticias en este campo se necesita de la cooperación de abogados, sociólogos, politólogos, antropólogos, economistas, etcétera. Si bien es cierto que cada ciencia tiene una metodología y un enfoque particular, es necesario que se hagan cada vez más trabajos que se atrevan a cruzar las líneas que dividen las áreas del conocimiento.

En el presente trabajo analizo tanto el concepto de Estado como de Salud, posteriormente se estudian ambos conceptos de manera conjunta y también los postulados de diversos tratadistas que estudian la relación de Estado y Salud. A continuación, se estudia la relación Estado y Salud en el ordenamiento jurídico nacional, la historia de la relación entre el Estado y la Salud en nuestro país y, al final, la manera en que está organizado el Sistema Nacional de Salud en la actualidad.

Capítulo 1: ¿Qué es el Estado?

1.1 El origen del Estado

El maestro Andrés Serra Rojas en su obra *Teoría Política* escribió: “Si acabaran los últimos seres humanos sobre la Tierra, con ellos desaparecerían: ética, derecho, política, economía, religión, lenguaje, estética y filosofía.”¹ Entre estas grandes ficciones intelectuales de la humanidad se puede incluir al Estado. ¿Qué es el Estado sin los seres humanos? Partiendo del hecho de que el Estado es una creación intelectual propia de nuestra especie, la búsqueda de su origen debe iniciarse con el estudio de la naturaleza humana.

¿Por qué el ser humano necesita de dichas ficciones? Desde hace aproximadamente setenta mil años, el ser humano ha vivido con un pie en el mundo natural y otro en un mundo artificial producto de sus propias creaciones. Es muy probable que la especie humana hubiera podido existir sin haber jamás creado nociones como ética, derecho, política o Estado, pero sería una especie radicalmente diferentes sin estos elementos; sin ellos jamás se hubiera logrado “la conquista social del planeta” en palabras del biólogo Edward O. Wilson.

El *homo sapiens*, al igual que el resto de los animales, posee instintos que lo ayudan a sobrevivir en la naturaleza, pero a diferencia del resto de los animales, también necesita mecanismos para navegar en un complejo mundo de ficciones y mitos² producidos por él mismo. El origen de cada uno de estos conceptos puede ser indagado, en parte, estudiando la historia natural y evolución de la especie humana. A lo largo de este apartado presentaré un resumen del camino más probable al origen del Estado basado en la evidencia científica actual. Para plantear los objetivos de este apartado haré eco de las palabras del maestro González Uribe

¹ Serra Rojas, Andrés, *Teoría del Estado*, México, Porrúa, 1993, p. 143.

² En el texto la palabra mito se utiliza de la manera propuesta por Carl Jung, como una historia fantástica fundacional para cierta comunidad que reside en el inconsciente colectivo, en un grupo particular de personas, en un lugar y tiempo particular.

cuando se cuestiona el origen del Estado: “¿De dónde viene el Estado? ¿Cuándo y cómo apareció en la historia de la humanidad? Tales son las interrogantes con que se plantea el problema del origen del Estado.”³

Debido a que el Estado es una creación del intelecto humano y no existe fuera de éste, antes de tratar de responder a las preguntas sobre su origen se deben de responder las preguntas con relación al origen y naturaleza del ser humano. Esta parece una tarea exageradamente ambiciosa, pero se debe de avanzar algo en esta dirección, para después poder hablar del origen del Estado.

Para comenzar a hablar de la naturaleza humana primero se deben de confrontar dos ideas que son muy importantes dentro de la cultura occidental —pero que también han resultado perniciosas—. La primera idea, es la costumbre de colocar al ser humano en el centro de la realidad, principalmente con respecto a tres dimensiones: el ser humano como centro del Universo-creación, el ser humano como centro del planeta Tierra y el ser humano como centro de la evolución.

La segunda idea a confrontar es la relativa a la supuesta supremacía del individuo sobre la comunidad. Me refiero a estas ideas como perniciosas debido a que para entender correctamente al ser humano se debe de ver primero en su justa medida, tan libre como sea posible de cualquier sesgo. No pretendo negar la utilidad de estas ideas o su importancia, simplemente menciono que pueden ser perniciosas cuando se habla de la naturaleza humano y el origen del Estado.

El ser humano logró la conquista del planeta Tierra en una larga lucha que se llevó a cabo durante los últimos 10 mil años, pero no siempre fue nuestra especie la cúspide de la cadena alimenticia como lo es ahora. La mayor parte de su historia fue un eslabón medio, una especie más dentro de un entorno que aún no lograba transformar a su entero beneficio. Como se expondrá más adelante, solamente gracias a sus creaciones intelectuales fue el ser humano capaz de dominar al medio

³ González Uribe, Héctor, *Teoría Política*, México, Porrúa, 2013, p. 442.

y prosperar casi en cualquier ecosistema. Es muy diferente entender que por medio de la evolución el hombre fue capaz de desarrollar las estrategias necesarias para conquistar al mundo, que pensar que desde su inicio el hombre fue creado como amo de la Tierra y el Universo.

La idea de la situación central del ser humano en el Universo es una premisa fundacional en la cultura occidental. Las religiones judeocristianas sostienen como uno de sus dogmas centrales que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios y que la creación fue concebida para su aprovechamiento: “Y dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y ejerza dominio sobre los peces del mar, sobre las aves del cielo, sobre los ganados, sobre toda la tierra, y sobre todo reptil que se arrastra sobre la tierra. Creó, pues, Dios al hombre a imagen suya, a imagen de Dios lo creó. (Genesis 1: 26-27)”

En el libro del maestro Serra Rojas se menciona que, a principios del siglo XVII, James Usher (anglicano) gran erudito en temas bíblicos realizó un estudio que consistió en contar las generaciones que aparecían en la Biblia. Al finalizar declaró que el mundo fue creado en el año 4004 antes de la era cristiana.⁴ En específico, el día 23 de octubre del año 4004, antes de Cristo. Esta visión del mundo ha sido defendida por mucho tiempo, ya que fue hasta la aparición de la teoría de la evolución en el siglo XIX que ésta se puso en duda. Aún hoy en día existen personas que defienden la postura de Usher a pesar de la abrumadora evidencia en contrario.

Esta discusión entre creacionistas y evolucionistas puede parecer fuera de lugar, pero es importante, ya que muchos de los grandes teóricos del origen del Estado vivieron en épocas previas al nacimiento de la teoría de la evolución y, por lo tanto, es imposible no ver pinceladas y matices de creacionismo judeocristiano en sus planteamientos. Puede parecer absurda la postura de que nuestro planeta tiene 6000 años como lo sostenía James Usher, pero en tiempos de Hobbes, Locke y Rousseau esta postura era la norma y lo absurdo era pensar otra cosa.

⁴ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 141.

Según las creencias judeocristiana el Universo fue creado para que en él habitara el ser humano, por lo que pensar que aquel pudiera tener miles de millones de años resultaba no sólo absurdo, sino que era incluso inconcebible. El Universo debería de tener aproximadamente la misma edad que la humanidad, lo mismo que el planeta Tierra, de otra forma surge la duda de si en verdad tanto el Universo como el planeta fueron creados para la humanidad. Del mismo modo, los seres vivos no humanos no necesitarían de un proceso evolutivo ya que aparecerían en el Universo de la forma más adecuada para ser aprovechadas por los humanos. Según esta concepción del universo las especies no humanas no son fines en sí mismas sino medios para satisfacer las necesidades del hombre. Todo lo que no es humano fue creado alrededor de él, teniendo su fin en la realización de los objetivos de este.

A pesar de que en la actualidad la gran mayoría ha abandonado la creencia de que el Universo tiene aproximadamente 6 mil años de existencia como lo afirma la corriente creacionista, aún está viva la idea de que el Universo fue concebido para aprovechamiento de nuestra especie. Resulta fundamental reconocer esto, porque veremos más adelante que esta deformación tiene efectos importantes en la manera en que algunas personas explican el origen del Estado y lo relacionan con conceptos como medio ambiente, salud y bienestar.

Las ciencias que estudian el Universo han realizado diversas estimaciones; el Universo tiene aproximadamente 13 mil millones de años, el planeta Tierra tiene 4 mil 500 millones de años y alberga vida desde hace 3 mil millones de años aproximadamente. Apenas hace unos 7 millones de años, aproximadamente, se separaron nuestros ancestros de los chimpancés, surgiendo el género *homo*, mientras que, para comparación, estimamos que las hormigas se separaron de sus ancestros comunes hace unos 120 millones de años.

Nuestra especie (*homo sapiens*) apareció en el planeta hace apenas unos 200 mil años. Desde el punto de vista universal y evolutivo, el ser humano no es un

evento relevante en la historia. La especie bien podría desaparecer el día de mañana y el Universo seguiría existiendo casi inalterado. En ocasiones, la creencia en la posición central del ser humano es evidente incluso cuando hablamos de la forma en que devastamos la naturaleza. Es común escuchar que estamos destruyendo la naturaleza, lo cual es falso, simplemente la transformamos hasta tal punto que es probable que no podamos seguir viviendo en ella, pero después de que desaparezcamos, seguirán viviendo cientos de miles de especies no humanas. Aunque el ser humano destruyera por completo el planeta, no habría hecho más que un minúsculo rasguño a la naturaleza del universo. Si la especie humana llegara a extinguirse por el daño ambiental que causó al entorno, el planeta en menos de un millón de años ya habría borrado cualquier evidencia de su existencia. Esta pequeña digresión deja de manifiesto que incluso en las discusiones sobre el daño ambiental predominan esas ideas que sitúan al ser humano como centro del universo.

Del mismo capítulo y versículo del Génesis que transcribí previamente prevalece otro mito: El hombre fue hecho a imagen y semejanza de Dios. Este versículo nos da a entender que el ser humano es único y excepcional. La realidad es otra, ya que durante la mayor parte de su existencia no ha sido siquiera la única especie humana sobre el planeta.

Es común que se piense en la evolución humana como un proceso lineal en la que el *Homo sapiens* está al final de una larga línea de antepasados que, poco a poco, se fueron erigiendo y llegaron al final a adoptar nuestra postura mientras que su cerebro aumentaba en masa y complejidad, como si todas las especies humanas se encontraran dentro de un mismo continuo evolutivo. La evidencia científica muestra que la evolución del ser humano fue diferente, el proceso evolutivo no se presentó de manera lineal, más bien se parece a las ramas de un árbol; de un mismo género (como puede ser el género humano), de un ancestro común, se puede separar diversas especies. De dichas especies es probable que algunas sobrevivan, pero la mayoría desaparecerán, por lo que es común que en un mismo periodo de

tiempo cohabiten diversas especies de un mismo género. En el caso del género humano, nuestra especie: *Homo sapiens*, cohabitó en el Planeta Tierra durante la mayor parte de su historia con otras especies humanas que actualmente han desaparecido. El *Homo sapiens* tiene aproximadamente 200 mil años de existencia, durante la mayor parte de este lapso vivimos acompañados de los *Homo neanderthalensis*, los cuales comparten con nosotros un mismo ancestro, pero no son nuestros antepasados, es decir, no evolucionamos de ellos, sino que somos hijos de los mismos padres. Se calcula que los *Homo neanderthalensis* dejaron de existir hace apenas 30 mil años, por lo que más de las tres cuartas partes de la existencia de nuestra especie la vivimos acompañada de los Neandertales.

Otro caso similar es el de los *H. floresiensis* que también cohabitaron el planeta Tierra con los *H. sapiens*, perteneciendo ellos también al género humano, pero que tampoco son nuestros antepasados. Los *H. floresiensis* desaparecieron hace apenas unos 12 mil años. Por lo tanto, resulta evidente que la mayor parte de su existencia, los *H. sapiens* han vivido acompañados de otros seres humanos de diversas especies. Es falso que sea una especie excepcional en cuanto a ser única en su género, los seres humanos son hijos de la evolución como el resto de los seres vivos. Es cierto que son los únicos sobrevivientes de su género, pero la mayor parte del tiempo que han habitado el planeta no han sido los únicos humanos sobre él.

Por último, la evidencia científica muestra que incluso dentro de las diferentes especies humanas, *H. sapiens* es una especie que ha existido por poco tiempo, ya que los *Homo erectus* lograron permanecer en el planeta por un periodo de tiempo de aproximadamente un millón de años, mientras que los *H. neanderthalensis* existieron por un período de 300 mil años antes de extinguirse. Los *H. sapiens*, con apenas 200 mil años de existencia, es una especie joven, y lo preocupante es que en estos momentos existen serias dudas sobre su capacidad incluso para sobrevivir mil años más. Antonio Ariño Villararoya expresa muy bien la crítica que se pretende

hacer de esta tradición al referirse a los hombres como: “Ni dioses ni bestias, animales simbólicos.”⁵

La segunda idea que se debe cuestionar es la referente a la supremacía del individuo sobre la comunidad. El gran biólogo británico Edward O. Wilson en una conferencia dictada en la Universidad de Harvard en defensa del uso de la sociobiología para el estudio de la especie humana, comentó:

“Muchos estudiosos de las ciencias sociales no ven el valor de la sociobiología porque están convencidos de que la diversidad de las culturas no tiene bases genéticas...haríamos bien en recordar la máxima de Rousseau de que aquellos que quieran estudiar a los humanos deben observarlos de cerca, mientras que aquellos que quieran estudiar a la humanidad deben observarla a la distancia. El especialista en ciencias sociales se interesa a menudo por las variaciones microscópicas, aunque importantes, de la conducta, variaciones que casi todo el mundo concuerda en que son debidas a la cultura y al entorno. El sociobiólogo se interesa por los aspectos más generales de la naturaleza humana y por las limitaciones que existen en la variación inducida por el ambiente.”⁶

Para estudiar el origen del Estado es necesario centrarse en la comunidad y no el individuo. Los hallazgos arqueológicos demuestran que desde el inicio de la especie, para el individuo alejarse de su grupo significó la muerte. El humano es antes comunidad que individuo, sólo dentro de la comunidad pueden prosperar y realizarse como individuos. El ser humano sobrevivió en su etapa inicial y prosperó gracias a la fuerza de sus comunidades, no a la genialidad de sus individuos. El Estado no fue creación de un único intelecto genial, sino de la cooperación de cientos, miles e incluso millones de personas. En término de supervivencia, el desarrollo y progreso de la comunidad es más importante que el individuo. Así como

⁵ Giner, Salvador, *Teoría Sociológica Moderna*, Barcelona, Ariel, 2011, p. 345.

⁶ Wilson, Edward, *La conquista social de la Tierra*, Nueva York, Liveright, 2012, p. 108.

se estudia a las hormigas desde la distancia, observándolas casi como un único organismo sin resaltar la individualidad de cada una, así también probablemente nosotros seríamos estudiados por una inteligencia superior.

El maestro Serra Rojas, inició el capítulo sobre el origen del Estado con las siguientes palabras: “No es el héroe, como quiere Carlyle, el motor de la historia, ni son los grandes hombres los que explican las profundas mutaciones sociales. Sobre todas las cosas está la misma sociedad, fuente y explicación de todos los fenómenos de la misma.”⁷ El actor principal de la historia es el hombre como comunidad y no como individuo, por supuesto que también existen individuos excepcionales por sus talentos, valores o valentía, pero estos siempre serán parte y reflejo de sus comunidades.

Para explicar el origen de las grandes ficciones y mitos que moldearon la existencia humana, se tiene que hablar del ser humano como un ser social de características únicas. Como se mencionó anteriormente, el biólogo Edward O. Wilson, en 1979, defendía a la sociobiología como una disciplina útil para estudiar al ser humano. A lo largo de su discurso habla de los reproches y reservas de los científicos sociales, ya que en parte no se quería dar valor a la sociobiología porque esta había surgido para estudiar a otro tipo de animales, conocidos como insectos eusociales⁸, entre los que se encuentran las hormigas, termitas, abejas y avispas. Muchos científicos se negaban a aceptar que la especie humana pudiera tener algo en común con aquellos insectos y que los modelos desarrollados para estudiarlos se pudieran aplicar al humano. Las cosas han cambiado desde 1979, y en los libros de sociología actuales se encuentra párrafos como este:

“En primer lugar, no significa lo mismo historia que evolución. La primera se refiere simplemente a la dimensión temporal del trayecto de la especie

⁷ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 125.

⁸ Eusocial se refiere a un nivel avanzado de organización social, en el que una única hembra o casta produce entre su descendencia individuos no reproductivos que cooperan en el cuidado de las crías. Generalmente en referencia a ciertos insectos.

humana, a su pasado. La evolución es otra cosa; es la sucesión en el tiempo de tipos o variaciones de los seres vivos y de los entes creados por el ser humano. Que existe una evolución en la naturaleza y en la especie humana es hoy un hecho aceptado. Como pertenecientes al reino animal, los humanos se originaron según las condiciones generales de la evolución biológica y zoológica. La aparición misma de la cultura entre nuestros antepasados remotos forma parte de tal evolución y es seguramente anterior al surgimiento del homo sapiens sapiens.”⁹

Después de tratar de exponer dos grandes sesgos que pueden dificultar el estudio del tema es hora de comenzar a estudiar el tema del origen del Estado. La historia de la humanidad se presentaron tres grandes revoluciones que cambiaron el rumbo de la especie¹⁰: una revolución cognitiva hace 70,000 años, una revolución agrícola hace 12,000 años y una revolución científica que comenzó hace aproximadamente 500 años. El Estado en sentido amplio es hijo de las dos primeras revoluciones, mientras que el Estado moderno se relaciona de manera íntima con la tercera revolución. El *homo sapiens* vivió los primeros 150 mil años de su existencia de la misma manera que el resto de las otras especies humanas, siendo un eslabón más dentro de la cadena alimenticia, pero una serie de eventos lo llevaron a cambiar la historia del planeta hace aproximadamente 70 mil años.

La revolución cognitiva parece ser que se debió en parte a una mutación en nuestro genoma que se conoce como mutación del árbol de la vida¹¹. Dicha mutación le otorgó al humano la capacidad para crear lenguajes complejos con los cuales pudo intercambiar información más detallada y extensa y sacar ventaja de su memoria a largo plazo, una de sus características más importantes. Dicha mutación hubiera quedado en el olvido si no hubiera sido por otra serie de “coincidencias” que permitieron que el *H. sapiens* continuara con su desarrollo, por ejemplo, la domesticación del fuego.

⁹ Giner, Salvador, *op. cit.*, p. 625.

¹⁰ Harari, Yuval Noah, *Sapiens: A brief history of humankind*, Nueva York, Harper Perennial, 2018, p. 3.

¹¹ *Ibidem*, p. 21.

El poder contar con el fuego hizo que sus antepasados pudieran refinar su dieta y poder pasar menos tiempo comiendo y digiriendo la comida cruda y poner atención en otras actividades; esto los llevó, en primer lugar, a mejorar su sobrevivencia y, en segundo lugar, a refinar las capacidades intelectuales que habían surgido en la revolución cognitiva. Antes de la revolución agraria, los *Homo sapiens* vivían en pequeñas comunidades nómadas al igual que el resto de las especies humanas que habitaban el planeta, incluso de manera similar a la forma en que están organizados los chimpancés y los bonobos en la actualidad. Debido a la cantidad limitada de alimentos y la incertidumbre de conseguirlo, estas comunidades no superaban jamás un cierto número de integrantes, pero una vez que se desarrolló la agricultura, los humanos no sólo tuvieron las condiciones necesarias para crear grandes comunidades, sino que estas se volvieron una necesidad.

Es importante mencionar que el paso de la vida nómada a la sedentaria no significó automáticamente una mejora en la calidad de vida o en la aparición del Estado. Estudios confirman que los primeros agricultores tenían una peor alimentación y eran más pequeños que los cazadores recolectores. Tuvieron primero que pasar muchos años y presentarse ciertas condiciones específicas de algunas zonas del planeta para que se desarrollaran los primeros Estados. Por lo tanto, tenemos que concluir que entre las bandas de cazadores-recolectores nómadas y los primeros Estados transcurrió un periodo considerable de tiempo en el que los seres humanos se organizaron en sistemas políticos preestatales. Con la revolución agrícola se crea la posibilidad de agrupar en una misma comunidad a un número cada vez mayor de personas, pero esta no fue suficiente para asegurar la creación automática de un Estado.

El antropólogo Robin Dunbar estudiando el tamaño de la corteza cerebral de los primates, llegó a la conclusión de que los *H. sapiens* tienen la capacidad para crear redes sociales basadas en el conocimiento y confianza mutuos entre todos los

miembros de la comunidad hasta un máximo aproximado de 150 individuos¹², existen otros autores que ponen este dato en duda y aumentan la cifra a 250 o más, pero parece existir consenso entre los expertos del tema en la existencia de esta cifra es muy inferior al número incluso de los habitantes de las primeras civilizaciones de las que tenemos evidencia.

La consecuencia más importante de estos estudios es plantear la pregunta ¿Cómo el *Homo sapiens* logró crear comunidades que sobrepasaran esta cifra? Es decir, ¿Cómo lograron crear redes sociales mayores a las posibilidades de su corteza cerebral? La respuesta se encuentra en la psicología, en un concepto que inicialmente se conocía como la capacidad mitopoyética del inconsciente¹³. Este concepto hace referencia a la capacidad del inconsciente de crear ficciones y mitos. Una de las características más importantes de la especie es su capacidad de crear narrativas, estas narrativas funcionan tanto en el aspecto individual como en el colectivo. Pierre Janet, uno de los más grandes neurólogos y psicólogos de la historia escribe: “Los seres humanos tienen una propensión a conformarse con la triste realidad contándose a sí mismos bellas historias. En algunas personas estas historias toman el mando, hasta el punto de que asumen más importancia que la realidad.”¹⁴ Este mecanismo que funciona tan bien en lo individual también puede ser utilizado en la vida colectiva, el ser humano crea narrativas para justificar sus acciones tanto futuras como pasadas.

El concepto de la mitopoyesis fue rescatado posteriormente por el fundador de la psicología analítica, Carl Gustav Jung. quien agregó a este postulado el concepto de los arquetipos. Los arquetipos son estos mitos y ficciones que aparecen una y otra vez a lo largo y ancho de la cultura humana, los cuales, son obra de lo que Jung conoce como el inconsciente colectivo. Dichos arquetipos no son creados una y otra vez por cada una de las nuevas generaciones, sino que de alguna manera

¹² Dunbar, Robin, *Neocortex size as a constraint on group size in primates*, Journal of Human evolution, no. 20, 1992, pp. 469-493.

¹³ Ellenberger, Henri, *El descubrimiento del inconsciente*, Madrid, Gredos, 1976, p. 373

¹⁴ *Ibidem*, p. 610.

se encuentran insertos en nuestra propia naturaleza inconsciente. Estos mitos y ficciones fundacionales generan cohesión dentro de las comunidades, ya que las personas, al reconocer las mismas creencias en el otro, lo incorporan a su comunidad a pesar de no saber nada más de él. Es probable que, dentro de una comunidad, un individuo no conozca personalmente a todos los integrantes de esta, incluso que ni siquiera los haya visto a todos, pero la creencia de que las otras personas comparten ciertos mitos y ficciones comunes hace más fácil la cooperación. No es necesario conocer a todos los miembros de la comunidad para sentirse parte de ella, para tener un mínimo de confianza y participar en las actividades cotidianas de la sociedad como son el comercio y la educación. La fe en estos mitos y ficciones fundacionales es esencial para la colaboración a gran escala.

Cuando una comunidad humana sobrepasa su capacidad para mantenerse unida únicamente basándose en sus relaciones cercanas, es necesario inventar ficciones y mitos comunes que hagan a todos partícipes de algo más grande. Como se comprueba en el famoso experimento del psicólogo Muzaref Sherif conocido popularmente como el experimento de Robber's Cave, en referencia al lugar en el que se llevó a cabo el estudio (parque estatal Robber's Cave en Oklahoma, EEUU),¹⁵ y el estudio realizado por Jane Elliot en 1968,¹⁶ los seres humanos son increíblemente tribales y únicamente falta que se les agrupe por alguna característica común (real o ficticia), para formar alianzas y trabajar en grupo en contra de un adversario común. Esa es exactamente una de las principales funciones de las ficciones como la religión o el Estado; permiten que las personas colaboren entre ellas a pesar de tener en común sólo el hecho de creer en los mismos mitos o ficciones. La ficción del Estado en sentido amplio se encuentra en la base de todas las grandes civilizaciones de la historia humana.

¹⁵ Zimbardo, Philip, *The Lucifer Effect, understanding how good people turn evil*, Nueva York, Random House, 2007, p. 281.

¹⁶ *Idem*.

Esta función de crear mitos y ficciones y agrupar a personas en torno a ellas establece las bases sobre las que se fundaran las estructuras políticas preestatales y posteriormente los Estados. Como se mencionó antes, el descubrimiento de la agricultura y la agrupación de personas alrededor de mitos comunes no son suficientes para que automáticamente surjan los Estados, tienen que presentarse algunas circunstancias posteriores, entre estos factores el antropólogo Henry T. Wright menciona los siguientes: La guerra, la cual es un motivo de cooperación y de hacer eficiente la organización. La intensificación de la producción, en particular la agricultura por irrigación. El crecimiento poblacional, que permite la creación de Estados y la estratificación en clases, es decir, la presencia de una jerarquía.¹⁷

Quizás nunca se sabrá en donde se originó el primer Estado, pero resulta importante mencionar que la revolución cognitiva se presentó mientras el *H. sapiens* permanecía en el continente africano y, por lo tanto, formaba una población pequeña que se encontraba en estrecho contacto. La revolución agraria, por otra parte, se presentó en un momento en el que el ser humano ya se encontraba disperso por todos los continentes. Por lo tanto, los resultados de la revolución agrícola no se vieron en un solo lugar, sino que se dieron en por lo menos ocho lugares distintos del planeta en momentos diferentes, lo cual nos lleva a pensar que la agricultura fue desarrollada por la humanidad no por casualidad o el genio de un individuo, sino que el *H. sapiens* había adquirido las habilidades necesarias gracias a un proceso evolutivo prolongado para desarrollar la agricultura si encontraba las condiciones ambientales necesarias. Del mismo modo, el Estado no surge en un único sitio del planeta o en una única población, sino que se presenta de manera similar en diversas regiones del mundo y diferentes momentos. No se puede hablar del primer Estado como la fuente de todos los demás. Estos surgieron en diferentes zonas del planeta, en poblaciones que es imposible que hayan tenido contacto, lo que hace pensar que el Estado es uno de esos mitos o ficciones fundacionales o arquetípicas para la conquista social de la Tierra. Si bien es cierto que en diferentes

¹⁷ Wright, Henry, *Recent Reserch on the origin of the state*, Annual Review Anthropology, núm. 6, 1977, p. 379-397.

regiones surgieron diversas formas de Estado, este es una solución elemental desarrollada por el hombre para sobrevivir en la naturaleza.

En 1998, el libro ganador de uno de los premios Pulitzer, fue la obra del geógrafo Jared Diamond titulada *Guns, germs and Steel*. En su libro explica una popular teoría sobre la aparición de las grandes civilizaciones en nuestro planeta. ¿Por qué en algunos sitios el humano sólo desarrolló pequeñas comunidades nómadas y en otros se desarrollaron grandes imperios? El autor concluye que: “La historia sigue diversos caminos para diferentes personas debido a diferencias en los ambientes de las personas, no porque existan diferencias biológicas entre las mismas personas.”¹⁸ Por lo tanto, se debe entender que el *H. sapiens* abandonó África hace mucho tiempo, pero una vez que salió de ahí, ya contenía dentro de su bagaje genético la información necesaria para desarrollar ciertas habilidades, las cuales, presentándose las condiciones óptimas en el ambiente podía desarrollar grandes comunidades, por lo que el desarrollo de los Estados y las grandes civilizaciones en ciertos lugares y en otros no, se debe más a las características geográficas particulares de cada lugar y en gran medida a la suerte y no al carácter o personalidad de los individuos de ciertas poblaciones.

1.1.1 Crítica a la clasificación de las teorías del origen del Estado.

En las obras clásica de la Facultad de Derecho sobre Teoría del Estado; tanto en la obra de González Uribe como en la de Serra Rojas y de Porrúa Pérez, se presentan clasificaciones similares sobre las teorías del origen del Estado. La más completa la presenta el maestro Serra Rojas, mencionando siete teorías:¹⁹ La teoría teológica, la teoría del origen familiar del Estado, teorías naturalistas, del origen violento del Estado, del origen convencional o voluntaristas, éticos espirituales y la constitución histórica, espontánea y necesaria del Estado. Si bien es cierto que dichas clasificaciones tienen una finalidad didáctica, en la actualidad, se deben realizar

¹⁸ Diamond, Jared, *Guns, germs and Steel*, EEUU, W.W. Norton and Company, 1997, p. 25.

¹⁹ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 156.

actualizaciones; en particular, con respecto al lugar que se le otorgan a las teorías teológicas y contractualistas. En primer lugar, porque la palabra teoría se utiliza de manera diferente en las ciencias sociales y en las ciencias naturales. En las ciencias sociales-humanidades, teoría se puede definir como una explicación probable o como un conjunto de reglas y principios, mientras que en las ciencias naturales las teorías son aquellas explicaciones de algún fenómeno natural que ya han sido probadas, aunque todavía no se convierten en ley.

Por ejemplo, cuando se habla de la teoría de la evolución, no estamos hablando de una explicación probable ni de una serie de reglas y principios probables: La teoría de la evolución es una explicación que ha sido probada de manera reiterativa por evidencia científica. Por lo tanto, cuando los grandes maestros de Teoría del Estado utilizan la palabra teoría me parece que lo hacen para presentar diversas explicaciones probables sobre el origen del Estado y no en el sentido utilizado por las ciencias naturales, pero si queremos agregar a dicha clasificación una teoría basada, en parte, en las ciencias naturales se tiene que hacer la aclaración que la palabra “teoría” se puede utilizar de diversas maneras en diferentes áreas del conocimiento.

La clasificación de las teorías sobre el origen del Estado colocan en un mismo nivel postulados que tienen fuentes y fines muy diversos. La teoría teológica que supone la creación del Estado por un Dios o principio creador es una explicación probable, pero no es posible comprobarla por medio de métodos científicos, por lo que no debería de colocarse a la par de, por ejemplo, a la teoría sociobiológica.

La explicación teológica escapa de los alcances de la ciencia y ni siquiera debe de ser llamada una teoría, ya que no se basa en evidencia científica sino en dogmas de fe y, debido a eso, no es del todo incompatible con el resto de las categorías. Por ejemplo, alguien puede creer en la evolución y pensar que esta es parte de la creación divina y, por lo tanto, estar de acuerdo con ambos supuestos. La explicación teológica se encuentra en otro nivel de estudio y, por lo tanto, no

debe de formar parte de la clasificación. Como bien lo da a entender el maestro Gonzales Uribe, la explicación teológica es teleológica, es decir, explica las causas últimas, mientras que el resto de las teorías explican las causas próximas del origen del Estado.

Por otra parte, están las llamadas teorías contractualistas o voluntaristas, las cuales me parecen que no son teorías en el mismo sentido que la teoría de la evolución o la teoría teológica. La evolutiva es una teoría en el sentido que se le da en las ciencias naturales, es decir, una explicación que se basa en evidencia científica y es más que una simple probabilidad.

Las tesis contractualistas de Rousseau, Hobbes y Locke como lo comenta el investigador Robert L. Carneiro en su estudio clásico sobre el origen del Estado las debemos entender de la siguiente manera: “[En relación a la tesis del contrato social]... sabemos ahora que ningún contrato como tal se firmó por los grupos sociales y las teorías del contrato social son hoy nada más que una curiosidad histórica.”²⁰ Por lo tanto, las tesis contractualistas no están basadas en conocimientos científicos, por lo que deben de separarse del resto de las explicaciones presentada por Serra Rojas y Pérez Porrúa. Es cierto que las tesis contractualistas tienen un inmenso atractivo para el maestro en una facultad de derecho, me parece que además de ser explicaciones sobre el origen del Estado, son también teorías sobre la naturaleza humana, y es en este segundo punto es en donde puede resultar peligroso darles demasiado valor a explicaciones que ignoran más de 200 años de estudios psicológicos, sociológicos y científicos sobre la naturaleza humana.

Por supuesto que las teorías contractualistas resultan especialmente interesantes a los profesionales y estudiosos del derecho y las ciencias políticas, ya que ponen un acto jurídico en el centro del mito originario, pero más allá de ser especulaciones atractivas no tienen ningún fundamento científico. Si se van a

²⁰ Carneiro, Robert, *A Theory of the origin of the state*, Science, núm. 21, vol. 169, agosto 1970, p. 733.

enseñar las tesis contractualistas dentro de un curso de Teoría del Estado debe de ser como curiosidades históricas o ejercicios intelectuales y no como explicaciones probables del origen del Estado o teorías sobre la naturaleza humana.

Por último, la clasificación sobre las diversas explicaciones sobre el origen del Estado debería incorporar la categoría de teoría científica del origen del Estado. En la actualidad existe una teoría del Estado basada en evidencia de diferentes ciencias como son la arqueología, antropología, biología, genética, psicología evolutiva y sociología.

1.2 Diversas concepciones de Estado

En el apartado previo se utilizó una definición amplia de Estado, esto con la finalidad de abordar el tema de sus orígenes, en el presente apartado y en el resto del capítulo se restringirá dicha definición. Como lo sostuvo Norberto Bobbio: “La cuestión de si el Estado existió siempre o si se puede hablar de Estado solamente a partir de una cierta época es un asunto cuya solución depende únicamente de la definición del Estado de la que se parte: si se da una definición amplia o restringida.”²¹ Por lo tanto, en el primer apartado, para hablar sobre el origen, era necesario ampliar la definición y, en el presente apartado, referente a las diferentes concepciones del Estado, es útil restringir el concepto.

El doctor Covián Andrade escribe: “Referirse al Estado en términos teóricos es algo por sí mismo complejo en la medida en que se trata de una abstracción, por lo que a nuestro juicio, cuando se trata de definir el concepto de Estado, en realidad sólo se expresan ideas sobre su significado.”²² Para tratar sobre el significado de la palabra Estado y sus diferentes acepciones seguiré el mismo modelo que utilizó Carl Schmitt al inicio de su obra *Teoría de la Constitución* cuando pretendió definir su objeto de estudio (la Constitución). El método de Schmitt es presentar las

²¹ Bobbio, Norberto, *Estado, gobierno y sociedad: Por una teoría general de la política*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, p. 91.

²² Covián Andrade, Miguel, *Diez estudios antidogmáticos sobre el sistema constitucional mexicano*, México, Centro de estudios de ingeniería política y constitucional, 2012, p. 35.

diferentes acepciones de la palabra constitución, desde el uso coloquial, el jurídico y político.

La palabra estado (con minúscula) es de uso común y se encuentra reconocida en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, mencionar la definición de diccionario resulta interesante por la larga lista de acepciones aceptadas para dicha palabra; en total , se reconocen 17 acepciones diferentes para dicha palabra. La primera: “Estado es la situación en que se encuentra alguien o algo, y en especial cada uno de sus sucesivos modos.”

Posteriormente el diccionario hace referencia a la palabra en diferentes ámbitos: el estado como estado civil, el estado como parte de la sociología, del gobierno, de la política, de la física, de la matemática, como unidades de medida e incluso con referencia a la arquitectura. No es necesario hacer una lista exhaustiva de todas las acepciones de la palabra dentro del diccionario, ya que la mayoría de estas es muy difícil que causen confusión con la acepción que interesa en el presente estudio, pero resulta interesante mencionarlo para hacer notar que la palabra estado significa muchas cosas y, a pesar de ser una palabra de uso común, es conceptualmente muy compleja y profunda.

Además de las diversas definiciones contenidas en el diccionario, en México se utiliza esta palabra para referirse a las entidades federativas. Por ejemplo, en el artículo 47 Constitucional se hace referencia al Estado de Nayarit y en artículo 117 Constitucional se enumeran las prohibiciones de los estados. En el presente texto se hace referencia al Estado como un orden de organización política.

Existe también un concepto de Estado que el maestro Sera Rojas denomina concepto científico del Estado y define de la siguiente manera:

“El Estado es un orden de convivencia de la sociedad políticamente organizada, en un ente político superior, soberano coactivo. Se integra con una población, asentada sobre un territorio o porción determinada del

planeta, provista de un poder público que se caracteriza por ser soberano y se justifica por los fines sociales que tiene a su cargo."²³

A esta definición se le da el nombre de concepto científico del Estado debido a que si bien es una buena definición para fines de estudio, en la práctica la definición de Estado está siempre impregnada por las condiciones políticas, sociales y económicas del momento y lugar en que se establece dicha definición.

El concepto de Estado es un campo de lucha política. Lograr definir al Estado en términos de la propia ideología es un paso esencial para la justificación de esta. Por lo tanto, desde que se difundió el uso de esta palabra para hacer referencia a cierta forma de organización política, las diferentes corrientes de pensamiento han tratado de apoderarse de su significado.

Fue en la obra *El Príncipe*, escrita por Nicolas Maquiavelo, en la primera mitad del siglo XVI, cuando se comenzó a difundir el uso político de la palabra Estado. La obra en cuestión comienza de la siguiente manera: "Todos los estados, todas las dominaciones que ejercieron y ejercen imperio sobre los hombres, fueron y son repúblicas o principados."²⁴ Maquiavelo no inventó la palabra o el uso político de la misma; la relación del autor con la palabra Estado es similar a la relación de Freud con la palabra inconsciente o de Marx con la palabra capitalismo. En estos tres casos, se presentan situaciones análogas: Un autor que logra un cambio paradigmático dentro de su área del conocimiento utiliza de manera novedosa un término, el cual él no inventa, pero logra que se establezca una relación muy estrecha entre término y concepto.

El libro titulado *El descubrimiento del inconsciente*, escrito por Henri Enzemberger es una obra cuyo tema principal es el estudio del desarrollo del concepto del inconsciente en la cultura occidental. Existe la costumbre de asociar

²³ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 167

²⁴ Bobbio, Norberto, *Estado, gobierno y sociedad: Por una teoría general de la política*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, p. 86.

el término inconsciente con la obra de Sigmund Freud, pero no fue él quien acuñó el término, por otra parte, el interés por el fenómeno que describe puede ser rastreado hasta los inicios de la civilización. A pesar de eso, la relación entre Freud y el concepto de inconsciente es innegable, ya que fue este destacado psicoanalista austriaco el que logró hacer del término inconsciente un pilar de la modernidad. Una relación similar se da entre el término capitalismo y Karl Marx y por supuesto entre Maquiavelo y Estado.

Antes de que se utilizara la palabra Estado para referirse a una forma de organización política, en diversas civilizaciones se refirieron a la organización política de diferentes maneras, las cuales, entre otras cosas, describen la manera en que estas civilizaciones entendían el fenómeno político. El maestro Porrúa Pérez en su libro *Teoría del Estado* explicó los diversos términos utilizados para nombrar las organizaciones políticas en algunas de las grandes civilizaciones occidentales.²⁵

Según el texto de Pérez Porrúa, en Grecia antigua se desarrolló el fenómeno de *la polis*, este vocablo correspondía a la realidad política que prevalecía en aquella época. En el mismo sentido, el maestro Emilio Rabasa escribió: “la palabra *polis* es idéntica a la de ciudad [...] El Estado se agotaba en la ciudad y la ciudad en el Estado.”²⁶ Posteriormente el maestro Rabasa continúa: “Lo político, por consiguiente, estaba confinado a los límites territoriales de la ciudad y sólo considerado en virtud del conjunto de hombres que habitaban esa ciudad.”²⁷

Después, en Roma surgieron diversos términos para hacer referencia al fenómeno político. Por un lado, el concepto de *res pública* considerada por Porrúa Pérez como: “la cosa común a todo el pueblo”²⁸ o por Rabasa como: “La comunidad de intereses, los intereses públicos.”²⁹ También se acuñó el término *civitas* que

²⁵ Porrúa Pérez, Francisco, *Teoría del Estado*, México, Porrúa, 2014, pp. 121-124.

²⁶ Rabasa Emilio, *Teoría General del Estado*, México, Porrúa, 2017, p. 127.

²⁷ *Ibidem*, p. 128.

²⁸ Porrúa Pérez, Francisco, *op. cit.*, p.122.

²⁹ Rabasa, Emilio, *op. cit.*, p.128.

puede ser entendido como el equivalente de la polis griega. Al final, con las grandes conquistas romanas, se creó el concepto de *imperium* que quiere decir poder y que tuvo gran importancia en la organización política de las épocas posteriores.

En la Edad Media surgieron palabras para referirse a la organización política en diferentes regiones, en Alemania se utilizaba *Reich*, que a su vez se derivaba de la palabra *regnum*. En castellano se utilizó Reino, en inglés *empire* y en francés *empire*. Con la llegada del Renacimiento es que se comenzó a utilizar la palabra Estado con el significado político que tiene en la época contemporánea.

Una vez que surge la palabra Estado para hacer referencia al Estado moderno, la discusión ya no se centró en el término adecuado para nombrar a esta organización política, sino sobre cuál era la naturaleza del Estado, lo cual hace que el concepto de este varíe y, por lo tanto, también su función y objetivos. Norberto Bobbio expone que diversos autores han sido identificados con diferentes formas de Estado: “Hobbes con el Estado absoluto, Locke con la monarquía parlamentaria, Montesquieu con el Estado limitado, Rousseau con la democracia y Hegel con la monarquía constitucional.”³⁰ El maestro Serra Rojas menciona algunas escuelas del pensamiento que estudian el fenómeno del Estado y brindan diversas definiciones³¹:

Platónicas.

Serra Rojas escribe que “el primer trabajo que merece llamarse de ciencia política es la República de Platón.”³² En dicha obra el autor concibe al Estado como un hombre gigantesco, integrado por los diferentes estamentos de la sociedad. El régimen que establece Platón en la República es aristocrático, ya que en la cima coloca al rey sabio.³³

Aristotélicas.

³⁰ Bobbio, Norberto, *op. cit.*, p. 69.

³¹ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 170- 189.

³² *Ibidem*, p. 171.

³³ Cf. Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 171.

Sobre Aristóteles el maestro Serra Rojas menciona que elaboró una doctrina política realista. Su idea del Estado se basa en la idea que existe un orden natural.³⁴ Para Aristóteles, el Estado se fundamenta en la familia, la cual a su vez es consecuencia de la unión entre los sexos. Después de esto viene la relación entre amo y esclavo, la cual también es natural. Para Aristóteles primero está la familia, después viene la organización en pequeñas comunidades, que se forma de la unión de varias familias y al final se genera el Estado.³⁵

Contractualistas.

Como se mencionó en el apartado anterior existen tres grandes exponentes del contractualismo: Thomas Hobbes, John Locke y Jean Jacques Rousseau. Estas tres teorías tienen en común la postura de que el Estado se funda en un momento determinado, cuando los seres humanos deciden celebrar un contrato social para poder vivir en sociedad y poder salir del estado de naturaleza. Por lo tanto, las teorías contractualistas nos dan una explicación tanto del origen del Estado como de la naturaleza del hombre.

El maestro Andrés Serra Rojas explica las diferencias entre las tres principales tesis contractualistas: En primer lugar, John Locke; el cual es colocado dentro de la corriente iusnaturalista; se le conoce como el teórico de la revolución inglesa de 1688, que terminó con el despotismo de los Estuardos. Sobre el estado de naturaleza, previo a al contrato social, Locke afirma que el hombre se encuentra en un estado de perfecta libertad. En segundo lugar, se encuentra Thomas Hobbes, para este pensador el motor de la humanidad para crear Estados es el miedo a la muerte. Por lo tanto, el Estado de naturaleza es un estado de guerra constante. En tercer lugar, está Rousseau, quien establece que el hombre vivía antes de crear sociedades en un Estado de naturaleza que se aproximaba a la libertad perfecta.³⁶

³⁴ *Ibidem*, p. 172.

³⁵ Cf. Barnes Elmer, Harry, *Theories of the origin of the state in classical political philosophy*, The Monist, Vol 34, No. 1, 1924, pp. 38- 39.

³⁶ Cf. Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 175-176.

Positivistas.

El positivismo es un corriente del pensamiento que inicio con Saint-Simón, pero fue su alumno, Auguste Comté, quien la tituló de esta manera. Según Comté existen tres fases del desarrollo de las ciencias: Una fase teológica, posteriormente una fase metafísica y por último la fase positiva que libera a la humanidad de las creencias de las fases previas. Esta ley se conoce como ley de los tres estados.³⁷

Resulta importante hablar del positivismo por el gran impacto que tuvo en la sociedad mexicana en el siglo XIX. Como se menciona en el libro *El positivismo en México*: “La divina trinidad positivista o, si se prefiere, la divisa del positivismo mexicano: Libertad, Orden, Progreso, expresó simultáneamente las metas del positivismo comtiano y las aspiraciones de la sociedad mexicana de la segunda mitad del siglo XIX.”³⁸

Uno de los ejemplos más claros del positivismo en México está plasmado en la ceremonia cívica realizada en Guanajuato en 1867, en donde Gabino Barreda pronuncia un discurso que el autor Daniel Curiel cataloga como de notable valor simbólico para el positivismo mexicano, el autor escribe: “Barreda incorporó la historia de México como un capítulo de la historia mundial [...] el influjo de las grandes transformaciones científicas, políticas y religiosas que se habían vivido en los principales países de Europa también se hicieron presente en nuestro país.”³⁹

La historia actualmente juzga a dicha corriente ideológica como un uso excesivo de la ciencia, para el positivista, la ciencia se había convertido en una verdadera religión y no podían quedar en la vida del ser humano, de la sociedad, rastros de las etapas previas del desarrollo como son la teológica y la metafísica. El positivismo llevaba a la ciencia hasta sus extremos haciendo de esta un modo de organización de la sociedad y una forma de entender al Estado. El maestro

³⁷ *Ibidem*, p. 177.

³⁸ Curiel Defoseé, Daniel, *El positivismo mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2000, p. 7.

³⁹ *Idem*.

González Uribe comentó sobre el positivismo: “El individuo es una abstracción. La sociedad es la única realidad. Es preciso luchar contra el individualismo liberal y construir a los hombres en sociedad. Ésta evoluciona según la ley de los tres estados. No existen derechos individuales. Sólo existen deberes para con la sociedad.”⁴⁰

Materialistas.

“El materialismo como concepción general del universo, enseña la reductibilidad total de lo real a la materia o fuerza enteramente sometidas a las condiciones de la misma.”⁴¹ El materialismo tiene diversas manifestaciones, pero la más conocida y trascendente es el materialismo histórico, que fue sustentado por Marx, Engels y sus discípulos. Se hace referencia a esta, debido a que de ella derivan las posturas ideológicas de algunos de los Estados más importantes del siglo XX, como lo son la Unión Soviética, China, Cuba y Vietnam. Carlos Berzosa escribe sobre el materialismo histórico:

*“Engels en la introducción de su obra del Socialismo utópico al científico de 1892, nos aproxima a lo que puede entender con el nombre de materialismo histórico: para designar esa concepción de los derrotados de la historia universal que ve la causa final y la fuerza propulsora decisiva de todos los acontecimientos históricos importantes en el desarrollo económico de la sociedad, en las transformaciones del modo de producción y de cambio, en la consiguiente división de la sociedad en distintas clases y en las luchas de estas clases entre sí.”*⁴²

Isaiah Berlín en su maravillosa obra titulada Karl Marx escribe: “Marx no publicó nunca una exposición completamente sistemática del materialismo histórico”,⁴³ pero posteriormente el mismo autor aclara que Marx con relación al

⁴⁰ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 649.

⁴¹ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 179.

⁴² Berzosa, Carlos, *Los socialistas utópicos, Marx y sus discípulos*, Madrid, Síntesis, 2000, p. 94.

⁴³ Berlín, Isaiah, *Karl Marx*, Madrid, Alianza, 2009, p. 115.

materialismo histórico pensaba que: “Los hombres actúan como actúan en virtud de las relaciones económicas que mantienen de hecho con los otros miembros de su sociedad, sean o no conscientes de ellas.”⁴⁴ Por lo que se entiende que para Marx, eran las condiciones económicas las que determinaban las relaciones de las personas y, por lo tanto, el resto de la estructura social.

Concepciones jurídicas del Estado.

El principal exponente de este tipo de concepciones es, sin duda, el jurista Hans Kelsen. Como escribió el maestro Serra Rojas: “Kelsen parte de la idea que el Estado es pura y simplemente un sistema normativo vigente.”⁴⁵ Por su parte González Uribe mencionó: “Hans Kelsen identificó al Estado con el Derecho y se redujo la Teoría del Estado a la Teoría del Derecho.”⁴⁶ De la opinión de estos autores queda claro que como su nombre lo indica, las concepciones jurídicas del Estado pretenden equiparar en mayor o menor medida la teoría del Estado a la teoría del Derecho.

1.3 Elementos constitutivos del Estado

El maestro Serra Rojas escribe sobre los elementos del Estado: “La teoría tradicional del Estado se compone de tres elementos: El territorio del Estado; la población del Estado; y el Poder del Estado.”⁴⁷ Extendiéndose más sobre estos elementos añade:

“El concepto de Estado pone de manifiesto los siguientes factores o elementos, subordinados al Derecho, que intervienen en su determinación, bajo muy singulares relaciones.

a. Una limitada región del planeta que se denomina genéricamente territorio del Estado [...].

⁴⁴ *Ibidem*, p. 119.

⁴⁵ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p.183.

⁴⁶ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 39.

⁴⁷ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p.231.

- b. *Una asociación de grupos humanos unidos por la fuerza de la sociabilidad que forma la población del Estado.*
- c. *El grupo político supremo, dominante y coactivo denominado poder o autoridad del Estado [...].*
- d. *Una organización jurídica soberana, con personalidad jurídica [...].*⁴⁸

Al analizar el fenómeno del Estado se debe de tener cuidado de no confundir al Estado con sus elementos. Los errores más comunes son querer identificar al Estado con la forma de gobierno o con el Poder. El doctor Covián Andrade le dedica un capítulo de su libro Diez estudios antidogmáticos sobre el sistema constitucional mexicano, a la confusión que existe entre el tipo de Estado y Régimen de Gobierno: “Cualquier Constitución contiene el tipo de Estado y la forma de gobierno, elementos que definen la organización del poder en cuanto a sus fundamentos, fines, estructuras e instituciones.”⁴⁹ Posteriormente, continua: “El poder se organiza constitucionalmente en cuanto a dos aspectos esenciales, a saber: sus fundamentos y su teleología, por una parte y sus estructuras e instituciones de gobierno por la otra. El primer aspecto se refiere al tipo de Estado y el segundo a la forma de gobierno.”⁵⁰

Debido a este tipo de confusiones es que se debe de tener muy claro cuáles son los elementos del Estado y a que se refiere cada elemento y, no hablar del Estado, cuando en realidad se habla sobre alguno de sus elementos.

Sobre los elementos del Estado, Emilio Rabasa escribió: “Clásicamente se ha estimado que los elementos del Estado son tres: el pueblo, el territorio y la soberanía, es decir, la potestad de imperio o el gobierno.”⁵¹ Posteriormente continúa: “las corrientes más modernas agregan un cuarto elemento, que es

⁴⁸ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p.234.

⁴⁹ Covián Andrade, Miguel, *op. cit.*, p. 31.

⁵⁰ Covián Andrade, Miguel, *op. cit.*, p. 36.

⁵¹ Rabasa, Emilio, *op. cit.*, p.171.

precisamente el fin del Estado, o mejor dicho, los fines del Estado.”⁵² El maestro Porrúa Pérez en palabras del profesor italiano Groppali comparte la opinión de que no existe un criterio uniforme para hablar de los elementos del Estado:

*“El profesor italiano Groppali, a propósito de este tema, dice que hay discordancia en la doctrina respecto de cuáles son los elementos del Estado. Dice que un primer grupo de pensadores afirma que los elementos constitutivos del Estado son tres: el pueblo o elemento humano, el territorio y la soberanía o poder, siendo ésta la doctrina que pudiéramos llamar clásica.”*⁵³

En su obra Porrúa Pérez continúa: “Otros autores añaden al parecer de Groppali, y nosotros también lo hacemos, otro nuevo elemento, que es el fin, como elemento unificador que coordina los esfuerzos de los hombres.”⁵⁴ Por otra parte, el doctor Miguel Covián Andrade escribe sobre los elementos del Estado: “cuatro elementos y un atributo, a saber: poder, Derecho, territorio, población y soberanía.”⁵⁵

A continuación voy a tratar cada uno de estos elementos por separado:

Población

Como se expuso en el primer capítulo, el Estado es una creación del intelecto de nuestra especie y, por lo tanto, es fundamentalmente una construcción social del ser humano que tiene profundas raíces en nuestra naturaleza humana. Como nos dice el profesor Jean Dabin: “se puede definir el Estado como la agrupación política por excelencia.”⁵⁶ El ser humano se encuentra en el centro del Estado, pero no sólo el ser humano como individuo, sino la comunidad formada por seres humanos.

⁵² *Idem.*

⁵³ Pérez Porrúa, Francisco, *op. cit.*, p, 201.

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ Covián Andrade, Miguel, *op. cit.*, p.35.

⁵⁶ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 238.

Antes de que existieran las grandes civilizaciones de la humanidad e incluso antes de los primeros Estados ya existían pequeñas comunidades humanas las cuales no necesariamente se limitaban a una única familia. Estas pequeñas comunidades son el origen del componente humano del Estado. Pérez Porrúa escribe: “Dabin considera que son dos los elementos anteriores al Estado; cierto número de hombres, que viven en un territorio delimitado.”⁵⁷

Se comparte la hipótesis detallada por el maestro Pérez Porrúa. Los dos elementos preestatales son tanto la comunidad de hombres como el territorio, esto es debido a que estos dos elementos son los que se podrían llamar, los elementos naturales del Estado. El ser humano existe antes de sus creaciones intelectuales, al igual que la naturaleza en la cual se delimitará el territorio. El resto de los elementos del Estado son la parte ficticia o mitológica del Estado, es decir, esa parte que únicamente existe en el inconsciente colectivo de las personas que viven dentro de la sociedad.

González Uribe escribió: “El Estado es ante todo, una agrupación de hombres, o sea, de seres racionales y libres, dotados de un destino individual, propio, que trasciende al de cualquier colectividad.”⁵⁸ En esta se aprecia que el Maestro tomó una postura individualista. Autor que se cita para demostrar que al tratar el elemento humano del Estado (la población) existe aún discrepancia entre la importancia central del individuo o de la comunidad. Esta discrepancia resulta interesante, ya que es un excelente ejemplo de cómo una discusión ideológica se puede introducir en una discusión sobre la definición de los elementos del Estado.

Territorio.

El maestro Serra Rojas explicó que la palabra territorio proviene de *terra patrum*, la tierra de los antepasados.⁵⁹ El territorio es el segundo elemento natural del Estado (junto con la población) y, como se mencionó anteriormente, también forma parte

⁵⁷ Pérez Porrúa, Francisco, *op. cit.*, p. 200.

⁵⁸ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 291.

⁵⁹ Serra Rojas, Andrés, *op. cit.*, p. 271.

de los elementos preestatales. Se menciona que es un elemento natural ya que está conformado por el componente geográfico del Estado, es decir, por la localización del mismo y las características propias del ambiente en que se encuentra, aunque se debe de reconocer que dentro de este elemento ya existe un componente intelectual importante; el territorio no es sólo el espacio geográfico, sino también sus límites, los cuales no son producto de la naturaleza, sino de convenciones humanas. Por otro lado, como lo afirma Hans Kelsen: “El territorio no es otra cosa que ámbito espacial de validez del orden jurídico del Estado.”⁶⁰

El antropólogo Jared Diamond, ganador del premio Pulitzer, al escribir sobre la importancia del territorio en el desarrollo de los diferentes Estados, explicó lo siguiente: “La historia siguió diferentes caminos para diferentes personas debido a la diferencia en los ambientes de estas personas y no por las diferencias biológicas de las personas.”⁶¹ Para Diamond el territorio es uno de los elementos fundamentales para entender porque algunas poblaciones se desarrollaron en grandes imperios mientras que otras poblaciones jamás desarrollaron la agricultura. El libro antes citado es de lectura obligatoria para cualquier persona que se interese por el elemento territorial del Estado.

El maestro González Uribe explicó que el territorio cumple dos funciones: “una función negativa, consistente en señalar al Estado sus límites, sus fronteras, el ámbito espacial de validez de sus leyes [...] la otra función es positiva, y consiste en dotar al Estado del instrumento físico necesario para el cumplimiento de su misión de servir al bien público.”⁶²

Por último, en cuanto a la naturaleza del derecho del Estado sobre el territorio. El maestro Pérez Porrúa explica que el derecho que tiene el Estado sobre un territorio es particular, ya que es un derecho de dominio, el cual a la vez es

⁶⁰ *Idem.*

⁶¹ Diamond, Jared, *op. cit.*, p. 25.

⁶² González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 297.

general, debido a que se extiende a todo el territorio, pero está limitado porque se ve obligado a respetar el derecho de propiedad que tienen sus habitantes.⁶³

Gobierno.

“Para llevar adelante el bien público temporal cuenta el Estado con un elemento de decisiva importancia: la autoridad o el poder público.”⁶⁴ El elemento constitutivo del Estado denominado autoridad o poder público se ve materializado en el gobierno.

“El Estado no podría existir, ni alcanzar sus fines, sin la existencia en el mismo de un poder, es decir, una autoridad.”⁶⁵ La autoridad se ve materializada en el gobierno, el cual, es la autoridad que manda dentro del Estado, normalmente la acción de gobernar se lleva a cabo mediante la creación y aplicación de normas jurídicas. La autoridad entonces tiene una primera tarea importante que es gobernar, además, tiene la tarea de administrar. Una manera de entender la diferencia entre gobernar y administrar es haciendo referencia al objetivo al que se dirigen, mientras que se gobierna a las personas se administran los recursos. El concepto de poder está relacionado estrechamente con el de autoridad y esta a su vez tiene dos funciones que son diferentes pero que están íntimamente relacionadas, el gobernar y el administrar. Evidentemente estas dos funciones se van a ver afectadas por los valores, ideología y fines de cada Estado en particular.

Sobre que es administrar, Porrúa Pérez nos dice: “administrar es proveer, por medio de servicios, a la satisfacción de los intereses que se consideran incluidos en la esfera del Estado y del bien público.”⁶⁶ Por lo tanto, administrar no es gobernar. El objeto que se administra es diverso, en general son servicios y productos, lo cual se hace a través de instituciones. Por otra parte, gobernar es dirigir, es ejercer el poder. Gobernar consiste en formular mandatos exigiendo su cumplimiento. Para gobernar se requiere la fuerza. Una autoridad que no puede hacerse obedecer es

⁶³ Pérez Porrúa, Francisco, *op. cit.*, p. 281.

⁶⁴ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 305.

⁶⁵ Pérez Porrúa Francisco, *op. cit.*, p. 297.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 305.

una autoridad sin poder. Por otro lado, para entender a la autoridad, tenemos que pensar en la administración. La administración se ejerce a través de diferentes instituciones a las que se les asigna un presupuesto y un objetivo, este objetivo puede ser la educación, la protección de los trabajadores, la economía o alguno de sus sectores y muy importante para este trabajo la salud.

El Estado requiere de instituciones encargadas de administrar los recursos destinados a la salud desde el punto de vista tanto preventivo como terapéutico. Como veremos más adelante es a través de las instituciones de salud por medios de las cuales se da principalmente la relación Estado y salud. En este punto es importante recordar que: “la existencia de los servicios públicos no implica la exclusión de los particulares en el desarrollo de estos servicios.”⁶⁷ En México por ejemplo existen instituciones de salud tanto públicas como privadas, las cuales pueden convivir de manera ordenada.

Por último, al analizar el régimen de gobierno de un Estado, se debe de aclarar la diferencia que existe entre tipo de Estado y forma de gobierno, esto es importante debido a que como ya se había mencionado, es frecuente que el práctica diaria se confunda Estado y gobierno. El doctor Covían Andrade nos enseña una forma sencilla de identificar la diferencia entre ambos conceptos:

“En el tipo de Estado se establecen los cimientos y los objetivos de la organización del poder, lo que equivale a decir que se responde a las preguntas sobre el ¿qué? Y el ¿para qué? del poder político, las cuales se contestan de acuerdo a la ideología predominante en el momento de definir el ser o no del ser del Estado [...] ahora bien, una vez que se ha optado por un tipo de Estado específico, es necesario establecer las estructuras de gobierno mediante las cuales se llevarán a la práctica las definiciones ideológicas de la organización del poder. En otros términos,

⁶⁷ *Ibidem*, p. 308.

la forma de gobierno se refiere al ¿Cómo? Se organizará el tipo de Estado es decir, a las estructuras y las instituciones de gobierno.”⁶⁸

1.4 Finalidad del Estado

El fin del Estado se puede estudiar como un elemento del Estado o de manera autónoma. Debido a la importancia del tema para la finalidad de este estudio se decidió tratarlo como un tema independiente, aunque para fines didácticos no se observa problema en agregarlo como uno de los elementos del Estado. González Uribe consideró que el bien común temporal es la finalidad del Estado, Porrúa Pérez y Serra Rojas estuvieron de acuerdo con él, aunque es importante mencionar que los tres hacen referencia al bien común temporal, esto para dejar en claro que dejan fuera de este concepto las opiniones religiosas que pretenden establecer como fin de Estado el bien común atemporal, es decir, aquel bien común que se presente después de esta vida o el bien que pudiéramos catalogar como espiritual. Parece un acierto hablar del bien común temporal, porque si bien es importante respetar las preferencias religiosas de todos los individuos, también debemos de respetar los principios de la laicidad y evitar que cualquier cuestión religiosa se entrometa en las finalidades del Estado.

El Estado en todo momento trata de establecer el orden y la paz; como se verá en el apartado siguiente, el Estado se auxilia del derecho para lograr establecer pautas de conducta reconocidas y aceptadas por la población; pero, el orden y la paz que procura el Estado, no es un fin en sí mismo, sino que debe de ser entendida en el contexto de la búsqueda del bien común temporal.

El bien común al que hacen referencia los maestros de la teoría del Estado va más allá del orden y la paz, también tiene que ver algo con cumplir las

⁶⁸ Covián Andrade, Miguel, *op. cit.*, p. 38.

necesidades de la población. Aristóteles en el Libro primero de la Política ya lo mencionaba: “toda comunidad se constituye con vista a algún bien.”⁶⁹

Aunque el Estado pretende ser neutral, para definir que es el Bien Común necesariamente se debe de tomar postura, ya que este puede ir desde el principio de Bentham del máximo bienestar para el máximo número de persona, hasta algunas ideas que ponen el bien de los individuos por debajo del bien común, al extremo de justificar el aislamiento o represión de ciertos sectores de la población. Un ejemplo son los partidarios del Estado mínimo como Robert Nozick que aceptan que el Estado debe de establecer el orden y la paz, pero nada más, el Estado debe dejar al mercado que se haga cargo de todas las otras necesidades del ser humano; salud, educación, trabajo y economía son esferas propias del individuo que se solucionan por medio del libre mercado. Otros planteamientos políticos aumentan las responsabilidades y esferas de acción del Estado, llegando incluso a las teorías totalitarias que predicán al Estado como ente regulador de todas las funciones y actividades humanas.

El Estado tiene que tomar una decisión ideológica al definir qué entiende por el bien público, esto puede ir desde dejar que los individuos hagan su voluntad, siempre y cuando no actúan contra la ley, hasta tratar de administrar y regular todas las actividades humanas. Un punto medio es el que toma Maurice Hauriou: “El Estado no tiene el monopolio de lo que es público, ni de la utilidad pública, ni del bien público, ni de los servicios públicos, de tal suerte que el desarrollo de la vida pública no significa necesariamente el desarrollo de la administración del Estado.”⁷⁰

Por su cuenta, Porrúa Pérez escribió con relación a la finalidad del Estado: “El fondo del problema consiste en determinar la naturaleza del bien público, independientemente de quien lo realice.”⁷¹ El maestro nos muestra que la parte medular del asunto es definir bien público, ya que el que tenga el poder para definir

⁶⁹ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p.298.

⁷⁰ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p.301.

⁷¹ Porrúa Pérez, Francisco, *op. cit.*, p. 286.

bien público en un Estado, tendrá el poder para decidir cuales acciones se deben de tomar para protegerlo, por lo que incluso se pueden justificar los más grandes crímenes en contra de la humanidad si se parte de una definición “viciada” de lo que es el bien común. No es la finalidad de este trabajo adentrarse en la definición de bien común, pero aun así vale la pena hacer un comentario. El bien común como escribió Porrúa Pérez es: “El bien público es el que concierne a la masa de todos los individuos y de todos los grupos. El bien público no sólo comprende a la generación presente, sino incluso a las venideras.”⁷²

Este tema, como muchos otros que se han analizado en este capítulo, es un área de lucha constante entre las diferentes ideologías políticas, un ejemplo claro de esto es la participación del Estado en la economía. Si el fin del Estado es el bien común temporal, entonces debe de participar de algún modo en la economía, ya que esta es un aspecto muy importante del bien común, pero la pregunta clave es: ¿Qué tanto tiene que intervenir el Estado? Por supuesto, no se pretende dar una respuesta a esa pregunta, ya que es un tema amplísimo que ha ocupado a algunas de las más grandes inteligencias de la historia. Con sólo mostrar la pregunta nos damos cuenta de la inmensidad del problema. ¿La economía debe de ser regulada por el Estado o no? El Estado debe de tener una misión activa en la vida pública, pero cuando se pretende llevar las palabras a los hechos es difícil encontrarse con que la respuesta no es tan sencilla.

En lo relativo a la salud, la cuestión también resulta importante. ¿Qué tanto debe de involucrarse el Estado en la salud y el bienestar de su población? La respuesta parecería sencilla, pero en el capítulo tres se explicará que existen varias maneras de ver el problema, sobre todo si se tiene en cuenta que el Estado, a pesar de que quiera resolver todos los problemas de su población, debido a que tiene un presupuesto limitado, tiene que tomar decisiones sobre cuál de los problemas es prioritario. La palabra bien común está relacionada con la palabra bienestar, la cual a su vez es parte de lo que se entiende como salud. Buscar el bien común de una

⁷² *Idem.*

población requiere, en mayor o menor medida, buscar el bienestar de dicha población.

Por último es importante establecer la diferencia entre bien común y utilidad común, ya que estos dos conceptos son similares, pero tiene un significado delimitado y no deben de confundirse; por un lado, bien común consiste en aquella serie de condiciones materiales y espirituales que permiten a la persona humana alcanzar la perfección plena de su naturaleza racional.⁷³ Por otro lado, la utilidad común abarca diversos grupos de fines: los individuales, ligados a la dignidad personal del hombre y que, al fin y al cabo, son los supremos en una sociedad bien ordenada; los sociales, ligados de modo inmediato al orden y a la paz de la comunidad humana; y los culturales, que permiten el desarrollo individual y colectivo en el sentido de un humanismo superior.⁷⁴

1.5 Estado y Derecho

Hasta este punto, en el presente capítulo se ha estudiado al Estado desde diferentes puntos de vista. En primer lugar, se estudió en un sentido amplio para poder dar una respuesta a la pregunta sobre su origen. De esta manera, abordamos su naturaleza social; como es que el ser humano logró organizarse en Estados y formar grandes civilizaciones desde su disposición original de pequeños núcleos poblacionales nómadas. Posteriormente, se restringió el concepto de Estado para poder analizar dicho concepto, desde la perspectiva de los Estados nacionales occidentales desde el siglo XVI. Además, de las diferentes concepciones del mismo a lo largo del tiempo. Después, se estudiaron sus elementos, entendiendo al Estado como una institución con una población y un territorio dotados de una autoridad soberana, el cual tiene valores propios, entendiendo que este fue creado para cumplir ciertos fines y, para lograrlos, requiere de un aparato administrativo que

⁷³González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 203.

⁷⁴*Idem.*

sepa distribuir y administrar los recursos. Además, de un aparato estatal que mantenga la paz y el orden.

En este apartado se estudiará, de manera muy breve, al Estado como una institución jurídicamente regulada, que tiene el poder para obtener cierto comportamiento de sus ciudadanos por medio de la coerción. González Uribe escribió sobre el tema: “El Derecho no es un fin en sí mismo sino que está siempre al servicio de fines superiores. Es un instrumento para alcanzar el bienestar humano y permitir a todo hombre, por el solo hecho de serlo, cumplir su destino en el mundo.”⁷⁵

El Derecho es parte del Estado y no puede entenderse como algo independiente de la población que le da origen; Derecho y Estado se encuentran íntimamente relacionados. Una pregunta muy importante sobre la relación Estado y Derecho es: “¿Cuál de los dos debe prevalecer o cómo deben armonizarse?”⁷⁶ El Estado y el Derecho se requieren mutuamente, sin el monopolio de la sanción, que históricamente recayó en el Estado, el Derecho se vuelve un ideal ineficaz y sin vigencia. El Estado por otra parte, al centralizar y convertir en funciones exclusivas suyas la definición y sanción del Derecho, garantiza, con toda la fuerza de que dispone, la seguridad jurídica.⁷⁷

Capítulo 2: ¿Qué es la salud?

2.1 Concepto de Salud

Un punto de partido adecuado para tratar el problema del concepto de salud es la definición más difundida sobre el término; es decir, la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud, en el preámbulo de la Constitución del

⁷⁵ González Uribe, Héctor, *op. cit.*, p. 204.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 206.

⁷⁷ *Idem*.

organismo, la cual entró en vigor en 1948, y que desde entonces, no ha sido modificada: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Esta definición es por lo general el punto de partida de cualquier discusión sobre que se debe de entender por salud. A pesar de su importancia, fue acuñada hace más de sesenta años, por lo que ha perdido vigencia y ha sido blanco de diversas críticas. La definición cumple la función de ser un referente desde el cual partir para tratar de entender que es la salud; pero se debe de tener cuidado de aceptar esta definición sin reparar en sus limitaciones. Como ya se mencionó, es un buen punto de partida para reflexionar, pero un pésimo punto de llegada, si únicamente atendemos a esta definición de salud, entonces la protección de la salud se convierte en una actividad sin esperanza, la salud se convierte en un ideal inalcanzable.

Algunas de las críticas que se hacen a esta definición y con las cuales no necesariamente se concuerda son las siguientes:

En primer lugar, se le critica por ser una definición utópica e idealista. Para sus redactores, la salud es un estado excepcional. Si se aplicara a cualquier población, solamente un porcentaje minúsculo de la misma se encontraría saludable (si es que existe un sujeto con completo bienestar físico, mental y social), la gran mayoría se encontraría en la categoría de enfermos o por lo menos de no sanos, la cual no es una categoría útil. Esta primera crítica es importante, ya que la definición, al ser tan ambiciosa coloca demasiada presión sobre cualquier teoría que defienda el derecho a la salud en un sentido tan amplio.

Resultaría imposible ofrecer salud a una población si se utiliza esta definición de manera estricta. Al hacer esta crítica, se debe tener en cuenta la época en que se produjo. En dicha época e incluso en la actualidad, en muchos lugares del mundo, la mayor parte de la población entiende a la salud como se entendía antes de la creación de la Organización Mundial de la Salud, es decir, como la ausencia de enfermedad, lo cual no es del todo equivocado, porque uno advierte que significa

estar saludable cuando se encuentra enfermo, es decir, cuando perdió la salud. Cuando alguien está sano es raro que reflexione sobre su buen estado de salud, es la enfermedad la que hace pensar en la salud.

Ver a la salud como la simple ausencia de enfermedad es una visión muy reducida, pues también tiene que ver con prevención y con algún grado de bienestar. La definición de la OMS en principio se propuso derribar esa concepción de que tener salud es tan sólo no estar enfermo. En su época de elaboración fue muy importante porque presentó a los gobiernos del mundo la idea de que cuidar la salud no sólo es evitar que sus ciudadanos no se enfermen, sino que deben de procurar el bienestar de sus poblaciones. Una persona no es sana sólo por encontrarse libre de enfermedad en un momento determinado, sino porque cuenta con las condiciones mínimas para desarrollarse en diferentes esferas como la social o psicológica. Por supuesto que esta concepción de salud puede resultar anacrónica, pero se debe recordar que gracias a ella se logró un gran avance y se establecieron las bases de los modelos actuales.

La segunda crítica, es que define a la salud como un “estado”, es decir, como algo estático. En este punto se debe enfatizar que la salud no es un estado, sino un proceso, el ser humano no se encuentra frente a dos realidades opuestas: salud y enfermedad, más bien la salud y enfermedad son procesos dentro de la vida de un ser humano, la enfermedad es tan natural al hombre y la mujer como la salud.⁷⁸ La salud y la enfermedad se encuentran dentro de un continuo, existen grados de salud y de enfermedad y ni siquiera se conoce con exactitud en donde se encuentra la frontera entre estar sano y estar enfermo, por supuesto que en los casos extremos la enfermedad es evidente, pero mientras más cerca se está de la frontera entre estos dos conceptos, más difícil es encontrar la diferencia.

⁷⁸ Cpr. López Cervantes, Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, México, UNAM, 2015, p. 30.

Por otra parte, el ser humano puede aspirar al bienestar, aunque se encuentre con alguna incapacidad, una enfermedad crónica o incluso una enfermedad terminal. Otra crítica que también es mencionada en el libro del doctor López Cervantes, es que al colocar el concepto de “completo” se podría entender que aquellos que no logren reunir todas las características (físicas, mentales y sociales) se encontrarían fuera de la salud, es decir, la salud sería el logro de unos cuantos. La salud no debe de ser completa, la salud debe de ser una aspiración en todo ser humano, pero debemos de entender que también puede existir bienestar en la enfermedad.

Actualmente, se encuentran otras visiones sobre lo que se entiende por salud. Por ejemplo, el doctor Julio Frenk muestra un punto de vista muy interesante sobre la salud: “La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva.”⁷⁹

Así, se estima que el comentario del doctor Frenk es acertado; la salud es punto de encuentro de muchas cosas. No se debe entender a la salud simplemente como la ausencia de enfermedad en el individuo. La salud tiene también una dimensión social y cultural muy importante. Como escribió el doctor Guillermo Soberón Acevedo: “La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de otras desigualdades sociales, si no se manifiesta en una vida sana y de mejor calidad.”⁸⁰ La salud es un fenómeno complejo que nace en la interacción del individuo con su ambiente, pero que también se genera y redonda en las poblaciones y sociedades. La salud va más allá del individuo.

El doctor Daniel López Acuña, con relación al carácter colectivo de la salud escribe:

⁷⁹ Frenk, Julio, *La salud de la población*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013, p. 17.

⁸⁰ Soberón Acevedo, Guillermo, *Derecho Constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, p. 9.

“La práctica médica y sanitaria, así como el saber y los enfoques de interpretación dominantes, ponderan excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad. Esto hace que se oculte o menosprecie la existencia de un proceso colectivo cuya expresión en daños a la salud reproduce tanto las condiciones sociales existentes como el tipo de relación que los miembros de una sociedad establecen con la naturaleza.”⁸¹

La manera en que se llevan a cabo las relaciones dentro de una comunidad así como sus relaciones con el ambiente repercuten de manera directa e inmediata en la salud del individuo, por lo tanto, para entender el concepto de salud se debe entender el aspecto social de la misma. El doctor López Acuña continúa: “La situación de salud en un país depende, fundamentalmente, de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que éstas se producen; en mucho menor grado operan las intervenciones médico-sanitarias como determinantes”.⁸²

Por lo tanto, la salud no se debe entender únicamente como el resultado de la relación del individuo con el medio, sino de observar también las condiciones de la comunidad en la que dicho individuo se encuentra inmerso. De esta manera se cambia el enfoque de la salud y no se centra únicamente en las intervenciones de tratamiento, sino también en la prevención y el cuidado del medio ambiente.

La salud, además de ser un fenómeno individual y colectivo, es también en parte un producto cultural. En palabras de Erich Fromm: “Lo que llamamos una persona sana depende del sistema general de referencias de una cultura dada.”⁸³

La definición de salud dependerá del momento histórico y cultural en que se encuentre el sujeto. Se debe de reconocer que la salud es algo muy frágil, y que

⁸¹ López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, México, Siglo veintiuno editores, 1980. P.18.

⁸² *Idem*.

⁸³ Fromm, Erich, *El corazón del hombre*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 140.

para mantenerla no se debe de esperar a que sea evidente que se ha perdido, la salud se protege principalmente con prevención, es decir, con medidas que ayuden a mantener a la población en un estado de bienestar y armonía entre ellos y con el medio ambiente.

Existen situaciones en donde es muy sencillo darse cuenta que la salud se ha perdido, por ejemplo, una persona que está vomitando todo el tiempo. En ese caso es evidente que ese individuo no goza de una buena salud, pero es difícil detectar cuando fue el momento exacto en que perdió la salud o cuales fueron las causas. Esta dificultad puede llevarnos a confundir el término salud con el término bienestar o incluso vida. Si bien salud no es únicamente estar libre de enfermedad, tampoco lo es únicamente tener bienestar o estar vivo. Se mencionan estos últimos dos términos, porque son muy importantes cuando se habla de salud, pero no cuentan la historia completa. Como escribió el economista ganador del premio Nobel, Angus Deaton: “La salud es el punto de partida obvio para una investigación sobre el bienestar. Para tener una buena vida necesitas una vida, y la salud menguada y la discapacidad pueden limitar severamente la posibilidad de disfrutar una vida que por lo demás es buena.”⁸⁴

Salud, bienestar y vida son términos inseparables, pero cada uno cuenta diferentes partes de una misma historia. Los gobiernos preocupados por la salud de sus habitantes se esfuerzan por recabar datos que los ayuden a desarrollar políticas públicas y medir el impacto de estas. El problema es que, como ya se había mencionado, el concepto de salud es difícil de definir y, por lo tanto, también de medir, a tal punto que actualmente no existe un indicador estadístico que refleje la salud de una población. Como consecuencia se han creado cientos de marcadores indirectos de la salud de una población entre los que se encuentran cuestiones relacionadas con la vida y el bienestar. Por ejemplo, uno de los marcadores indirectos de salud más comúnmente utilizados es la esperanza de vida al nacer, es decir, cuanto se puede esperar que viva un individuo que nace dentro de cierta

⁸⁴ Deaton, Angus, *El gran escape*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 42.

población en un momento determinado. Este es un indicador muy difundido, pero tiene muchas y muy importantes limitaciones, las cuales no se mencionarán por no ser el objetivo de este estudio; pero hace pensar que, si bien salud y vida son conceptos estrechamente relacionados, el primero no agota al segundo.

Para concluir este apartado, se reconoce que el profesional de la salud entiende el concepto de salud de un modo similar a como el juez o el abogado entienden la justicia. En ambos casos, a primera vista, tanto salud como justicia se presentan como conceptos universales conocidos por todos; con un carácter aspiracional. No existe ser humano que no aspire a conseguir estos anhelos no sólo para él, sino para su sociedad. El problema comienza cuando se intenta definirlos. Definir salud resulta ser una tarea muy compleja, porque si bien existe una idea absoluta de salud, es necesario tener una definición de salud que nos ayude a tomar decisiones cuando evaluamos tanto a los pacientes como a las Estados y las políticas públicas. También es importante reconocer que siempre que se presenta una definición, nos encontramos con una pugna ideológica, la cual no es sólo de parte de las personas que crean la definición, sino también de quien la lee y la interpreta.⁸⁵ Por lo tanto, para poder definir salud, primero se debe tener en cuenta que esta definición va a variar dependiendo de la población a la que se haga referencia y existe el riesgo y la tentación de tomar partido en pugnas ideológicas.

Después de describir algunos problemas con la definición de salud, se puede concluir que la salud es un proceso dinámico que se lleva a cabo dentro de cada ser viviente y de este en relación con su comunidad próxima, la sociedad y cultura en que se encuentra inmerso. Por otro lado, definir salud siempre lleva a preguntarse por otros conceptos como son bienestar, enfermedad y las relaciones entre el individuo, la sociedad y el ambiente.

⁸⁵ Cpr. Correa, Oscar, *Crítica de la ideología jurídica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1993, p. 5.

2.2 La salud y su protección como derecho fundamental

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, se adicionó un párrafo al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual hace referencia al derecho a la protección de la salud. Este acto transformó de manera radical la relación entre el Estado Mexicano y la salud. Como consecuencia de ese cambio se creó el Sistema Nacional de Salud y la salud en el país se transformó para siempre. Para entender porque es tan importante este cambio se debe comenzar hablando brevemente sobre la teoría de los derechos fundamentales. Según el maestro Hugo Ramírez García el concepto de derechos fundamentales “surgió a partir del siglo XX con el propósito de subrayar el papel o la función que le corresponden a estos derechos en la experiencia constitucional de nuestra época”.⁸⁶

Posteriormente, menciona: “el concepto derechos fundamentales se asocia y distingue de los derechos humanos: la diferencia radica en que, para los derechos fundamentales existen garantías de cumplimiento en el ordenamiento jurídico, localizadas en la normatividad constitucional”.⁸⁷ En el mismo texto, se aclaran que todos los derechos fundamentales cuentan con ciertos rasgos esenciales que les son comunes, los cuales son: universalidad, inviolabilidad, imprescriptibilidad, inalienabilidad, irreversibilidad y progresividad.⁸⁸ Estas características son importantes, ya que el derecho a la protección de la salud al momento de ser aplicado a la realidad del país debe de cumplir con las mismas y, como se detallará más adelante, tanto la Suprema Corte de Justicia de la Nación como la Corte Interamericana han resultado diversos temas apoyándose en dichos principios esenciales.

⁸⁶ Ramírez García, Hugo Saúl, *Derechos Humanos*, México, Oxford, 2011, p. 28.

⁸⁷ *Idem*.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 57.

Siempre que se habla de alguno de los derechos fundamentales es importante aclarar los fundamentos de los cuales se parte, debido a que, como dijo Gregorio Peces-Barba Martínez: “Los derechos fundamentales [...] son también un término emotivo que suscita sentimientos entre sus destinatarios y respecto de los cuales la tentación de manipulación es permanente.”⁸⁹

El derecho a la protección a la salud es uno de los derechos de segunda generación, de tipo social, cuyo objeto es señalar al aparato estatal un conjunto de atribuciones que le permitan proporcionar y garantizar las condiciones necesarias a efectos de que la salud de la población esté protegida⁹⁰. No hay la menor duda de que este derecho es un derecho nuclear y no forma parte de aquellas tendencias que buscan configurar cualquier pretensión de ciertos intereses particulares en derechos fundamentales, el derecho a la protección a la salud es sin lugar a duda fundamental y por lo tanto, resulta imprescindible el pensamiento de Gregorio Peces-Barba Martínez en que este derecho (al igual que todos los derechos fundamentales) es⁹¹:

1. *Una pretensión moral justificada, tendente a facilitar la autonomía y la independencia personal.*
2. *Un subsistema dentro del sistema jurídico, lo que supone que esta pretensión sea técnicamente incorporada a una norma.*
3. *Una realidad social, que por lo tanto condicionados en su existencia por factores extrajurídicos de carácter social, económico o cultural que favorecen, dificultad o impiden su efectividad.*

⁸⁹ Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Curso de derechos fundamentales*, Madrid, Universidad Carlos III, 1995. p. 4.

⁹⁰ Pérez López, Miguel, *El derecho constitucional a la protección a la salud*. Disponible en: <<http://www.azc.uam.mx/>> [26-Febrero-2019]

⁹¹ Estos puntos son un resumen no textual de los abordados por el autor en el capítulo IV de su obra (Peces-Barba Martínez, Gregorio, *Curso de derechos fundamentales*, Madrid, Universidad Carlos III, 1995.), por lo que, para una mejor comprensión de los mismos, refiero al lector a la fuente.

El mencionar estos puntos es de gran trascendencia, ya que, el lector, teniendo en cuenta estas cuestiones y la base teórica de la que parte el texto, le resultará más provechoso analizar los postulados que posteriormente se formulan ya que el derecho a la protección a la salud no es sólo una demanda social, sino un derecho fundamental que requiere una participación activa por parte del Estado. Por otro lado, como se mencionó en la introducción del tomo relacionada con el derecho a la salud de la serie Decisiones Relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

“El derecho humano a la protección a la salud consiste en un derecho social e individual, del que gozan toda persona y colectividad que estén en el territorio nacional, el cual no protege la salud per se, sino el acceso en condiciones de igualdad a servicios de salud dignos que brinden atención en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia, por lo que es obligación del Estado establecer los mecanismos necesarios para que todos los mexicanos puedan acceder a dichos servicios y a la asistencia médica.”⁹²

Por lo tanto, el contenido del derecho a la protección de la salud reconocido en nuestra Constitución no es un derecho a estar “saludable”, sino que obliga al Estado a establecer las condiciones necesarias para que la población tenga acceso a la salud. En el mismo tomo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que mencioné previamente, en el apartado desarrollado por la Dra. María de Jesús Medina Arellano, se aclara:

“Es indispensable hacer una distinción lexicológica entre derecho a la salud y derecho a la protección de la salud [...] El primero, se refiere a estar saludable, algo que es imposible garantizar para cualquier Estado, ya que va más allá de sus posibilidades: mientras que, el segundo, se

⁹² Decisiones relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Derecho a la salud*, tomo 84, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2016, p. 12.

*refiere a proteger la salud, tener mecanismos institucionales y jurídicos que puedan atender la salud de cualquier persona.*⁹³

Como se mencionó al inicio de este apartado, el derecho que se reconoce en la Constitución es el derecho a la protección a la salud, no el derecho a la salud. Su última reforma data de 1983, cuando se dio en el sector salud el llamado “cambio estructural” promovido por el doctor Guillermo Soberón Acevedo. Posteriormente, a la publicación de esta reforma, se creó la Ley General de Salud, la cual fue un paso muy importante en la evolución del sistema de salud, ya que se reglamentaron las disposiciones que se hacen en el citado artículo de la Constitución. Después de esta reforma, el artículo 4° ha sufrido múltiples modificaciones, pero ninguna con relación al derecho a la protección a la salud. Es de importancia conocer esto debido al clima de reformas constitucionales frecuentes y que recientemente se han presentado propuestas para reformar el citado artículo con lo relacionado a la salud y su protección⁹⁴, además de que un cambio a la Constitución será siempre causa de controversias y el caso del derecho a la protección de la salud no es la excepción.⁹⁵

2.3 Las instituciones de salud pública

En un estudio clásico llevado a cabo en 1945 por un equipo encabezado por el antropólogo George P. Murdock se analizaron cientos de sociedades humanas de diversas épocas y, se llegó a la conclusión, que todas ellas compartían un grupo de sesenta y siete comportamientos sociales. Algunos de ellos son: Entrenamiento de limpieza, cocina, trabajo cooperativo, cosmología, cortejo, danza, arte decorativo, adivinación, interpretación de los sueños, educación, ética, etiqueta, sanación por fe, etcétera.

⁹³ *Ibidem*, p. 121.

⁹⁴ Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma los artículos 4º y 73º fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de integración del sistema universal de salud. Gaceta del Senado, No. 22, tomo I, 02 de octubre de 2014.

⁹⁵ Uribe Gómez Mónica, Abrantes Pego Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿ruptura o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, México, Distrito federal, volumen 21, No. 42, 2013.

El estudio resulta interesante porque si bien las categorías son muy amplias, nos cuesta trabajo pensar en una civilización sin alguna de estas conductas. Con este estudio surgió toda una rama del conocimiento que planteó que a pesar de que las sociedades humanas aparecieron y se desarrollaron en diferentes lugares y tiempos, tienen en común una serie de rasgos que parecen ser característicos de la condición humana. Entre estas categorías se encuentran algunas relacionadas con la salud como son: higiene, sanación por medio de la fe, interpretación de los sueños, incesto como tabú, tabús relacionados con comidas, medicina, obstetricia, cuidado postnatal, restricciones sexuales y cirugía. Todas estas categorías se encuentran representadas en todas las civilizaciones estudiadas hasta nuestros días, algunas de manera más evidente y desarrollada que otras. Por lo tanto, siguiendo lo descrito por George P. Murdock y su equipo parece que la preocupación no sólo por la salud individual, sino por la salud del grupo parece ser una preocupación profundamente humana, tanto, que existe rastro de ella en todas las sociedades humanas de las que se tiene información. Parecería que la preocupación por la salud es algo propio del ser humano que se ve reflejado en las instituciones que crea al agruparse en comunidades y posteriormente en Estados.

En el primer apartado de este capítulo se presentó la definición de salud y las complejidades alrededor de la misma, de cómo a pesar de ser entendida tradicionalmente como un fenómeno individual, tiene una condición colectiva que le es ineludible. Actualmente, debido a la forma en la que está organizado el sistema de salud nacional, es común que los expertos se centren en el proceso salud-enfermedad del individuo y poco se reflexione sobre la salud a diferentes niveles sociales como son la familia, la comunidad local, el municipio e incluso el país. El doctor en economía Angus Deaton establece en su libro *El gran escape*, que el impresionante aumento en la sobrevivencia en las actuales sociedades occidentales no se debe principalmente al desarrollo de tratamientos individuales de enfermedades, sino al desarrollo de políticas públicas de sanidad y control de enfermedades.⁹⁶

⁹⁶Deaton, Angus, *op. cit.*, p. 10.

A pesar de que no se debe de abandonar jamás el aspecto individual de la salud, es necesario hacer un esfuerzo para entender que la salud del individuo proviene en gran parte de su comunidad y las condiciones en las que vive, es decir, la salud de individuo parece ser en muchas ocasiones un reflejo de las condiciones de su sociedad y de su ambiente.

El concepto de salud pública es complejo, el doctor Julio Frenk, lo explica de la siguiente manera:

“El término salud pública está cargado de significados ambiguos. En su historia han sido particularmente prominentes cinco connotaciones. La primera equipara el adjetivo público con la acción gubernamental. El segundo significado es un poco más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada. El tercer uso identifica la salud pública con los llamados servicios no personales de salud, es decir, aquellos que se aplican al ambiente o a la colectividad. El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al cual añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables. Por último la expresión problema de salud pública se usa a menudo para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.”⁹⁷

Al igual que la palabra Estado y la palabra Salud, Salud Pública es una palabra que tiene muchos significados y puede hacer referencia a cosas diversas en contextos diferentes. Lo común a estas 5 definiciones que presenta el doctor Frenk, es que todas centran su atención en la comunidad más que la atención del individuo resulta obvio que el término salud pública se use de manera intuitiva como reflejo contrario del término salud individual. Del análisis de las 5 definiciones presentadas con anterioridad podemos concluir que todas establecen una relación

⁹⁷ Frenk Mora, Julio, *op cit.*, p. 38.

entre Estado y salud, por lo tanto, el punto en donde debemos de fundar la relación entre el Estado y la salud es la salud pública.

La salud pública, al igual que todos los grandes conceptos sobre los que se construye nuestra civilización, requiere de instituciones que le den vida. Las instituciones de salud pública son la principal herramienta del Estado para brindarle salud a su población, dichas instituciones por supuesto que van a reflejar los valores, creencias, problemas y prioridades de su sociedad. El análisis de las instituciones de salud pública puede hacerse desde muy diversos ámbitos. Michel Foucault, uno de los más destacados pensadores del siglo XX escribió durante toda su vida sobre los problemas de la salud pública en la civilización occidental. Una de sus obras titulada *Historia de la locura en la época clásica*, que además fue su tesis doctoral, habla sobre el uso de los hospitales psiquiátricos como lugares de reclusión para todo tipo de individuos; desde aquellos que padecían de alguna enfermedad mental como enemigos políticos, desviados, pecadores y anormales. Aquí comienza a desarrollar un tema que es muy importante a lo largo de su obra, el poder que ejerce el Estado sobre el individuo a través de la definición de lo que es sano, normal y deseable en sus ciudadanos. En palabras de Foucault:

“Por toda Francia se abren hospitales generales, en la víspera de la revolución existen en 32 ciudades provinciales [...] desempeñan un papel a la vez de ayuda y de represión, esos hospicios están destinados a socorrer a los pobres, pero casi todos contienen celdas de detención en donde se encierra a los pensionados cuya pensión paga el rey o la familia.”⁹⁸

Foucault continúa: “El clasismo ha inventado el internamiento casi como la Edad Media ha inventado la segregación de los leprosos [...] es necesario recordar que

⁹⁸ Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 85

pocos años después de su fundación, solamente en el Hospital General estaban encerrados seis mil personas, o sea, aproximadamente el 1% de la población”⁹⁹

El autor señala que la relación Estado salud es mucho más profunda de lo que podríamos pensar, si bien el Estado cumple con una función esencial al establecer instituciones de salud para cuidar a su población, dichas instituciones fácilmente se convierten en instituciones de control social. Cuando se describieron los elementos del Estado en el capítulo previo, se mencionó la diferencia entre gobernar y administrar, las cuales son dos de las mayores responsabilidades de un gobierno. La diferencia entre gobernar y administrar es sencilla en la teoría, pero en la práctica se encuentran íntimamente relacionadas. En la obra de Foucault se encuentra un concepto fundamental, aunque difícil de comprender y de definir; el concepto de biopolítica. El cual, en parte trata sobre el poder que ejerce el gobierno sobre sus ciudadanos por medio del control de sus procesos vitales. Si bien las instituciones de salud pública se crean para administrar los recursos destinados a la salud de la población, estas instituciones también se convierten en medio de control y de ejercicio del poder. El poder que el Estado ejerce a través de la salud pública es muy importante y si bien es cierto es una de las principales fuentes de progreso y bienestar en la sociedad, también puede llevar a normalizar muchas injusticias.

Actualmente existe una corriente del pensamiento que habla sobre la medicalización de los problemas sociales y ofrece múltiples ejemplos que van desde la cacería de brujas acontecida en Salem en 1692, pasando por los diversos tratos que se les han dado a los homosexuales y a los adictos a las drogas.¹⁰⁰ La salud pública es un campo fundamental para el progreso y desarrollo, pero es también un campo que es imposible mantener al margen de la lucha política.

⁹⁹ *Ibidem*, p. 88.

¹⁰⁰ Conrad, Peter, *Deviance and Medicalization*, San Luis, C.V. Mosby Company, 1980, p. 1.

Cuando Foucault habla de biopolítica describe la relación de poder entre la autoridad y la vida de la población. “Por un largo tiempo, una de las características del poder soberano era el derecho de decidir sobre la vida y a muerte.”¹⁰¹ En este punto habla del momento histórico en el que el gobernante podía aplicar la pena de muerte de manera más o menos irrestricta, facultad que ha ido desapareciendo, poco a poco, a lo largo del tiempo y que actualmente se ve sustituida por otras prácticas. “Desde la época clásica occidente ha sufrido una profunda transformación de estos mecanismos de poder.”¹⁰²

Desde el siglo XVII, el control biopolítico de la población paso del derecho a la vida y la muerte a dos vertientes: Por un lado se disciplinó el cuerpo humano para ser utilizado como una máquina, se integró a sistemas de producción y económicos que pusieron al límite sus capacidades, tanto físicas como de docilidad y control, por otro lado, el poder se enfocó en los procesos vitales del organismo. El nacimiento, la muerte, los ciclos sexuales, la expectativa de vida y los niveles generales de salud. La supervisión de estas dos vertientes se convirtió en una parte importante del ejercicio del poder política, algo que Foucault denomina la biopolítica de la población. “El viejo poder de dar muerte que simbolizaba al poder soberano ahora fue suplantado por la administración de los cuerpos y el calculado manejo de la vida humana.”¹⁰³

El concepto de biopolítica es una herramienta útil para comprender la relación Estado y salud, Foucault no es demasiado claro con este concepto y parece que a propósito evita dar una definición restrictiva del mismo, en su obra menciona: “uno tiene que hablar de biopolítica para designar que trajo a la vida y sus mecanismos al reino de los cálculos explícitos e hizo del conocimiento-poder un agente de transformación de la vida humana.”¹⁰⁴ Por lo tanto, debemos entender por biopolítica el proceso por el cual la vida, el cuerpo y los procesos vitales del ser humano son

¹⁰¹ Rabinow Paul, *The Foucault Reader*, Nueva York, Vintage, 2010, p. 258.

¹⁰² *Ibidem*, p. 259.

¹⁰³ *Ibidem*, p. 262.

¹⁰⁴ *Ibidem*, p. 265.

analizados en función del Estado. Para Michel Foucault, la biopolítica se encuentra en un punto fundamental en la relación Estado y salud, el mismo autor escribe:

“El derecho a la vida, al propio cuerpo, a la salud, a la felicidad, a la satisfacción de las necesidades y más allá de toda opresión o alienación, el derecho de redescubrir quien es uno y todo lo que puede ser, este derecho fue la respuesta política a todos estos nuevos procesos de poder que tampoco derivan del derecho tradicional del soberano.”¹⁰⁵

Aquí se encuentra un elemento clave de esta tesis, el movimiento de los derechos relacionados a la salud debe de entenderse como una respuesta al excesivo control biopolítico que ejercían los gobiernos sobre la población.

Como ya se mencionó anteriormente, la salud de la población es una de las primeras y más profundas preocupaciones de cualquier agrupación humana y en toda civilización de la que tengamos registro se encuentran huellas de las diferentes maneras en que se intentó poner en práctica diversas acciones para mejorar la salud. En la cultura occidental, en el siglo XVIII se dio un cambio trascendente, se desarrolló un mercado médico en la forma de clientelas privadas, mercado que convivió con la medicina socializada y que se interrelacionaban uno con el otro. “La medicina privada y la socializada, en su soporte recíproco y oposición, ambos derivan de una estrategia global común. No existe duda de que no existe sociedad que no practique algún tipo de nosopolítica.”¹⁰⁶

Anterior al siglo XVIII, la medicina en occidente se entendía como un servicio que se otorgaba de manera vertical de una clase social privilegiada y ciertas instituciones sociales a la mayoría de la población. Este servicio se daba en la forma de asistencia. Dicha asistencia dependía en gran medida de la caridad y de las órdenes de caridad que se encontraban relacionadas con la Iglesia o el Estado.

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 267.

¹⁰⁶ *Ibidem*, p. 274.

“Desde un punto de vista técnico, el rol de la terapéutica en el hospital en la época clásica era limitada en comparación a la ayuda material asistencial. La enfermedad es solo uno de los muchos factores que incluían edad avanzada, inhabilidad para encontrar empleo y destitución que componían la figura del “pauperado necesitado” que requería hospitalización.”¹⁰⁷

Como se analizó anteriormente, el hospital, al igual que el asilo para enfermos mentales, se creó para poder brindar asistencia a ciertos sectores de la población que eran considerados “indeseables”. Actualmente, el hospital es un sitio de tratamiento especializado, pero esto no fue siempre así, fue en el siglo XVIII cuando comenzó a cambiar esto. Mientras que la salud de las poblaciones europeas fue mejorando, los hospitales cambiaron de la asistencia a la atención de la salud, las personas necesitaban medios para mejorar su estado de salud y no solamente asistencia en casos de extrema necesidad. Fue en esta época en la que se presentó un crecimiento importante de la población en Europa; al tiempo que se comenzaron a introducir diversos métodos de control de la población.

Se empezó a llevar registro y cálculos de la población general, de la población por sexo, por edad, por expectativa de vida y niveles de mortalidad. Se crearon instituciones que velaran por la higiene y esta se convirtió en un privilegio, también se comenzó a regular el espacio urbano; la iluminación, la humedad, las aguas estancadas, el número de habitantes por vivienda. La medicina se convirtió en una técnica de la salud más que un servicio de asistencia. Los médicos comenzaron a estudiar dentro de los grandes hospitales de la medicina socializada para después aplicar dichos conocimientos en la medicina privada.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 276.

De aquí nacen tanto la clínica, el hospital moderno y los sistemas de salud pública que se basan, primordialmente, en conocer a las poblaciones, por una parte y, por otra, detectar y modificar los riesgos de salud que se encuentran en el ambiente.

A modo de conclusión, la salud pública es un concepto difícil de definir; que de manera general hace referencia a la salud de la población y a la relación de esta con el Estado. La salud pública ha sido materia de interés de todas las civilizaciones humanas de las que se tiene registro. Si bien el interés por la salud pública es una constante, las instituciones de salud pública varían dependiente de la civilización y momento histórico en que se presenten. En la cultura occidental sucedió un cambio muy importante en el siglo XVII que transformó la relación entre el Estado-Salud, generando el modelo de muchas de las instituciones de salud pública que existen en la actualidad. En occidente se dio un paso de la asistencia a la terapéutica, mientras que con el movimiento de los derechos humanos y en particular con los derechos relacionados a la salud se buscó entender y limitar el poder biopolítico del Estado sobre la población.

Capítulo 3: Relación entre Estado y salud.

3.1 La sanidad y salud pública como imperativos del Estado

En el capítulo sobre el concepto de Estado se mencionó que debemos de derribar tres mitos que perturban la concepción del Estado en occidente. El mito de que el ser humano está hecho a imagen y semejanza de dios. El mito de que el ser humano es la parte central de una “creación divina” y que, por lo tanto, todo fue creado para su aprovechamiento y por último, la primacía del individuo sobre la comunidad. El estado laico y la laicidad de los liberales han logrado desterrar a las iglesias del gobierno, pero no han podido erradicar que los mitos religiosos sigan dándole forma a los valores, propósitos y metas de los Estados.

Estos mitos causan perjuicio a los Estados occidentales porque el ser humano no es único y tampoco es el centro de la “creación”. El mundo no está hecho para su aprovechamiento. Si continuamos con esa visión lo más seguro es que la especie humana se extinga en los próximos años. El ser humano es una especie entre muchas, como se mencionó en el capítulo primero, no es siquiera la única especie humana que ha existido, tampoco la que más ha permanecido sobre el planeta y, durante su historia como especie, ha compartido la Tierra con por lo menos otras tres especies de humanos. La salud y el bienestar no se encuentra en dominar o conquistar a la “creación”, sino en aprender a vivir dentro de ella.

Cuando se discutía el concepto de salud se puntualizó que en todas las civilizaciones y culturas de la historia de la humanidad ha existido un interés por diferentes aspectos de la salud y su cuidado, los cuales van desde la obstetricia, la cirugía, la herbolaria y la interpretación de los sueños. El interés por la salud es un pilar fundamental de cualquier comunidad humana.

Después de la Primera Guerra Mundial y la gran epidemia de Influenza que azotó a Europa y que se conocía como “gripe española”, el concepto de salud se ha convertido cada vez más en una empresa personal. La salud se comienza a entender como un objetivo del individuo; para estar saludable el sujeto tiene que tomar buenas decisiones: comer bien, hacer ejercicio con regularidad, realizarse estudios médicos para prevenir enfermedades y acudir a los servicios de salud de manera temprana en caso de prestar alguna sintomatología. Este concepto de salud es muy importante y no pretendo menospreciarlo, pero debemos de reconocer que esta manera de pensar surgió una vez que existían las condiciones necesarias de salud comunitaria. Una vez que se tuvo suficiente comida para que grandes poblaciones urbanas no pasaran hambre, las personas comenzaron a preocuparse porque era lo que estaban comiendo. Antes de que hubiera suficiente comida para todos, la gente se preocupaba solamente por comer, sin importar el tipo de alimento. Cuando se logró que la esperanza de vida fuera mayor a los 50 años, los ciudadanos pudieron comenzar a preocuparse por la prevención de enfermedades crónicas,

cardiovasculares y oncológicas. En un país en donde la esperanza de vida no llega a los cincuenta años, no hay necesidad de llevar una dieta balanceada o hacer ejercicio regularmente, ya que las personas están preocupadas por otras causas de muerte más inmediatas. En conclusión, el paradigma de la salud individual fue construido sobre una serie de medidas de salud comunitaria y pública que la hacen posible. Cabe recordar que las dos medidas que más han aumentado la sobrevivencia en las poblaciones del mundo es el acceso a una fuente de agua potable y las grandes campañas de vacunación universal.

Hablando ahora del tema de cómo la salud es un imperativo del Estado, se hace referencia a la definición de Estado que Max Weber plantea en su libro *El político y el científico*: “El Estado es la comunidad humana que dentro de un determinado territorio reclama (con éxito) para sí el monopolio de la violencia legítima.”¹⁰⁸ Por lo tanto, el Estado tiene cierto poder que ejerce dentro de un territorio y en caso de ser necesario puede recurrir a la violencia cuando sus demandas y actos de autoridad no son cumplidos.

En el área de la salud se hace sentir la violencia del Estado. Más adelante se hablará sobre la justicia distributiva y como los diferentes Estados toman decisiones sobre la manera en la que van a distribuir los recursos de salud, pero la presencia de la violencia legítima del Estado en el ámbito de la salud es innegable. Como ejemplo, el caso del Seguro Popular en México que dentro de su programa de cobertura llamado CAUSES, en el que se detallaba cuáles eran las intervenciones y procedimientos que incluía dicho programa. Entre ellas se mencionaba el infarto agudo al miocardio solamente en pacientes menores de 65 años, por lo que si un paciente de 66 años, sin seguridad social, padecía un infarto, no podía recibir atención pública de salud, lo cual evidentemente es una acción en extremo violenta.

Por supuesto que ningún Estado tiene los recursos económicos suficientes para asegurar la salud de todos sus habitantes, por lo que deben de tomar ciertas

¹⁰⁸ Weber, Max, *El político y el científico*, México, Alianza, 2000, p. 92

decisiones con relación a quienes van a recibir la atención y los recursos y quienes no. Se puede hacer una aproximación a cuáles son los valores de un Estado cuando analizamos sus políticas de salud. Por ejemplo, en México tenemos que el Estado mexicano tomó la decisión, en 1940, de que iba a darle atención médica a los trabajadores asalariados y unos años después en lugar de crear un esquema más amplio de protección a la población decidió crear nuevas instituciones de seguridad social que daban atención a los trabajadores asalariados del Estado y a los trabajadores de PEMEX, prefiriendo segmentar la atención con base en la afiliación de los trabajadores, en lugar de aumentar la cobertura.

Por supuesto que no estoy en desacuerdo con la existencia de dichas instituciones, pero es evidente que el Estado mexicano privilegió a los trabajadores asalariados con relación al resto de los trabajadores y los desempleados. Recordemos que en las instituciones de seguridad pública mexicanas no se incluyen a todos los trabajadores, ya que gran parte de los trabajos agrícolas y rurales escapan de las formas de contratación propias de un ambiente urbano que son las que se incluyen dentro de los grandes sistemas de seguridad social nacional. En los capítulos posteriores se analizará la historia de la relación del Estado y la salud en México.

El Estado y la salud siempre han estado vinculados, pero las condiciones y características de dicha relación han cambiado a lo largo de la historia. Para Michel Foucault, dentro del Estado siempre se ejerce cierto control biopolítico por parte del gobierno sobre la población. Dicho control se volvió más evidente e importante una vez que las medidas para proteger la salud tanto pública como individual se refinaron y se hicieron efectivas. El gobierno al no tener los recursos suficientes para garantizar plenamente la salud y el bienestar de toda la población debe de tomar decisiones complejas sobre la manera en que va a distribuir los recursos que tiene a su disposición para la salud y bienestar de la población.

Evidentemente es imposible que dichas decisiones sean aceptadas por la totalidad de la población, por lo que tendrá que hacer uso de su monopolio de la violencia para hacer respetar dichas decisiones. En el siguiente apartado se hablará sobre la manera en que los Estados y los gobiernos responden a las preguntas sobre salud y bienestar y las diferentes posturas políticas y filosóficas al respecto, pero de momento diremos que el Estado y el gobierno deben de tomar decisiones complejas para distribuir de cierta manera los recursos en materia de salud y bienestar en su población. El gobierno no tiene únicamente la función de gobernar, sino también de administrar los recursos de la comunidad y en cuestiones de salud es evidente que se deben tomar decisiones que van a excluir a ciertas personas y proteger a otras.

Lo que se pretende lograr al establecer la relación entre la teoría del Estado de Weber y la de biopolítica de Foucault es aclarar que el campo de la salud es un campo no exento de violencia. Al tomarse ciertas decisiones en materia de salud se protege a algunos individuos, pero también se deja afuera a muchos otros, por lo que las decisiones que se toman en el área de la salud hablan de los valores y objetivos tanto del Estado en general como del gobierno en turno. Existen Estados que prefieren proteger a los niños en lugar de los ancianos o a los hombres en lugar de las mujeres, también existen algunos que protegen a los trabajadores urbanos sobre los trabajadores rurales o desempleados y en muchos casos a las clases altas en detrimento de las clases menos favorecidas.

Una vez que queda aclarada la idea de que el área de la salud es una región de conflicto y violencia, se debe de recordar que, en la actualidad, no existe un estado tan rico que pueda asegurar la salud de todos sus habitantes, existen estados que lo hacen mucho mejor que otros, pero no existe uno sólo que tenga la capacidad de lograr la salud o el bienestar de todos sus ciudadanos y, mucho menos, de todos sus habitantes. El Estado tiene que tomar necesariamente medidas de control biopolítico y, por lo tanto, decidir a quién puede proteger y a quien no, la diferencia esencial es en la manera en que se toman dichas decisiones.

En los capítulos anteriores, se detalló que la relación Estado y salud se presenta desde el origen mismo del Estado, pero la forma en que esta se desarrolla depende de los valores, capacidades y fines de cada uno de los Estados en particular.

Por último, para hablar del origen de la relación Estado y salud, se debe de recordar que el Estado se origina en muchos sitios del planeta que no tenían contacto entre sí, por lo que se puede concluir que el Estado, en sentido amplio, es una manera de adaptación de la humanidad ante el crecimiento de las sociedades preestatales. El Estado surge como ficción fundacional cuando las poblaciones humanas sobrepasan cierto número y complejidad y, por lo tanto, no pueden seguir basándose en las relaciones íntimas entre todos sus integrantes; necesitan surgir mitos y ficciones que hagan que las personas puedan trabajar juntas sin necesidad de que exista una relación íntima, es más, sin que ni siquiera se conozcan. El interés por la salud se encuentra en todas las civilizaciones de las que se tenga registro y en todas existe un interés del Estado por la salud y el bienestar de sus habitantes, por lo que la relación Estado y salud inicia con el origen mismo del Estado. Después de hablar sobre el origen de la relación se debe de hacer la siguiente pregunta: ¿Quién se debe de encargar de la salud en un Estado?

La salud es uno de los mercados más desiguales que existen, como concluía el doctor Kenneth Arrow en un estudio clásico de 1963. La salud debe de ser regulada por el Estado, pero además deben existir sistemas de salud públicos que den atención a la población de manera universal, de calidad y al menor precio posible. Si se deja al mercado que se tomen las decisiones relacionadas con la salud, se podría dar con la creación de grandes desigualdades.

Como se han mostrado en algunos estudios, el interés por la salud público y el gasto público en salud depende de la tendencia política del gobierno. A la vez, no es una sorpresa que los Estados que más invierten en salud son los que mayores tasas de bienestar tengan. La relación Estado-salud se ve involucrada en las pugnas ideológicas y algunas de las grandes tragedias del planeta, por ejemplo,

debido a malas decisiones en materia de salud públicas como son las hambrunas en la URSS, China y África. El gobierno ejerce un poder biopolítico sobre su población a través de la aplicación de la violencia legítima. Siempre que este control redunde en una mayor bienestar e igualdad resulta tolerable, pero siempre se corre el riesgo tanto de la catástrofe sanitaria como de la revuelta social.

La relación Estado-Salud ha presentado grandes cambios a lo largo de la historia de la humanidad, los últimos dos cambios que marcan la agenda del día de hoy son el reconocimiento del derecho humano a la protección de la salud y el cambio climático. Por un lado, tenemos que después de los horrores de la Segunda Guerra Mundial y de la primera mitad del siglo XX las naciones reconocen los derechos humanos. De esta manera los Estados se comprometen a reconocerlos y protegerlos, entre estos derechos tenemos algunos relacionados con la salud, lo cual cambió la manera en que los Estados entendían el cuidado de la salud de sus poblaciones. El segundo cambio es el relacionado con el deterioro del medio ambiente por la actividad humana, el cual es tan drástico que puede llevar a la extinción de la especie, por lo tanto, el cambio climático se ha convertido en uno de los ejes rectores de cualquier discusión sobre salud, bienestar y vida.

En México, el reconocimiento del Derecho a la protección de la salud es tardío (1982), pero desde ese momento se convirtió en el eje medular del sistema de salud. A partir de entonces las medidas adoptadas por el estado mexicano han sido basadas en el reconocimiento del estado del derecho a la protección de la salud. Es importante mencionar esto, porque así deberían de juzgarse los logros en materia de salud a partir de 1982, los cuales a pesar de no ser pocos, debemos de reconocer que son decepcionantes si se compara con lo que han podido lograr otros Estados en ese lapso de tiempo.

3.2 Justicia distributiva y recursos en materia de salud

La justicia distributiva es un tema central cuando se habla de la relación entre el Estado y la salud. En México, la doctora Paulette Dieterlen ha publicado dos libros extraordinarios sobre el tema: *Justicia distributiva y salud* y *Ensayos sobre justicia distributiva*. En esos documentos la doctora Dieterlen hace un análisis exhaustivo de las diferentes opiniones y tesis sustentadas por varios filósofos y académicos. En este apartado se presentará un resumen de sus investigaciones y planteamientos.

Sobre lo que se debe de entender por justicia distributiva, la doctora Dieterlen nos refiere a dos filósofos, por un lado está Aristóteles que en el libro *Ética a Nicómaco*: “Distinguió la justicia legal de la distributiva siendo esta última aquella que tiene que ver con la igualdad”.¹⁰⁹ Por otra parte, presentó la idea de Robert Nozick: “la justicia distributiva consiste en llenar el espacio en blanco de la frase: “a cada quien según sus...”¹¹⁰, también escribió que: “El problema de la igualdad equitativa de oportunidades es fundamental cuando se trata de la distribución de bienes y servicios en materia de salud.”¹¹¹

Uno de los principales teóricos sobre justicia distributiva en materia de salud es Norman Daniels, según las palabras de Paulette Dieterlene: “Podríamos decir que su obra en el ámbito de la justicia en la salud ha sido tan influyente como la de Rawls para la teoría de la justicia.”¹¹² Los postulados de Daniels se centran en dar contestación a tres preguntas. Primero, ¿Tiene la salud, y por consiguiente, el cuidado de la salud una importancia moral mayor que cualquier otro bien? Segundo, ¿Cuándo son injustas las desigualdades en materia de salud? Y tercero, ¿Cómo podemos satisfacer las necesidades de salud equitativamente si los recursos para hacerlo son escasos?

¹⁰⁹ Dieterlen, Paulette, *Ensayos sobre justicia distributiva*, México, Fontamara, 2001, p. 12.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ Dieterlen Paulette, *Justicia Distributiva y salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 63

¹¹² Idem.

Las respuestas que dio el autor a estas preguntas son complejas y no están libres de críticas. En primer lugar consideró que el cuidado de la salud tiene una importancia especial ya que promueve el funcionamiento normal de los individuos y por lo tanto da acceso a oportunidades. Es decir, las personas sin acceso a la salud no tienen las mismas oportunidades que el resto de la población y por ello desde el inicio se encontrarán en desventaja y otras intervenciones que se intenten hacer más adelante tendrán un menor efecto. Satisfacer las necesidades de salud de la población es la base para brindarles una igualdad de acceso a oportunidades.

Como respuesta a la segunda pregunta el autor nos deja dos ideas principales:

“La afirmación de que el principio de la equitativa igualdad de oportunidades de la teoría rawlsiana sirve para identificar qué desigualdades en la salud son injustas, evitables e inequitativas; y que la misma teoría nos permite establecer que ciertas desigualdades son aceptables siempre y cuando concuerden con los principios de justicia como equidad.”¹¹³

Para la tercera pregunta Daniels analiza, en primera instancia, dos acercamientos inadecuados para consolidar el proceso equitativo. El primero es el mercado, en segundo lugar, están los métodos cuantitativos. La alternativa es un método que él llama la responsabilidad por razonabilidad. Este proceso supone que las razones para establecer límites en los recursos deben de ser públicos cumpliendo con varias condiciones: Condición de publicidad, de pertinencia, de revisión y apelación y de condición regulativa.

La doctora Dieterlen establece que como respuesta a la obra de Norman Daniels surgieron otras teorías que se oponían a ella. Una de esas teorías es la que sostiene que en las teorías de corte rawlesiano no se le da el peso que merece a la

¹¹³ *Ibidem*, p. 94.

responsabilidad de los agentes en el cuidado de su salud y por lo tanto, a esas corrientes se les conoce como igualitarismo de la suerte.

Ronald Dworkin fue quien introduce esta terminología, ya que distingue entre suerte bruta y suerte opcional, la primera es cuando las consecuencias no dependen de la persona y en la segunda las consecuencias son productos de acciones voluntarias del agente. Según Dworkin: “la posibilidad de comprar seguros borraría de cierta manera la distinción entre suerte bruta y opcional, pues brindaría a los ciudadanos la posibilidad de manejar sus circunstancias sin prescindir de sus preferencias.”¹¹⁴

La doctora Dieterlen explica el igualitarismo de la suerte de la siguiente manera: “Según las teorías igualitarias de la suerte, la justicia distributiva propone atender las circunstancias de las que la persona no es responsable, y de esta afirmación se seguiría que un paciente responsable del padecimiento que sufre no tiene derecho a exigir tratamiento médico, sobre todo si son las instituciones públicas las que lo proporcionan.”¹¹⁵

Este punto es muy importante ya que aquí se hace evidente en donde colisionan las teorías igualitarias con el igualitarismo de la suerte, pues en las primeras proponen el acceso universal a los servicios de salud mientras que las segundas condicionan el acceso a los servicios de salud a que los agentes no hayan tenido responsabilidad en la pérdida de la salud. “Los igualitaristas de la suerte piensan que la justicia sólo exige compensar a los individuos por desventajas de las que no sean responsables.”¹¹⁶

Dependiendo de la postura filosófica que se elija resulta evidente que el Estado tiene diversas maneras de abordar los problemas de salud dentro de su población. La relación con la salud es ineludible para cualquier Estado. Además, de

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 112.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 113.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 121.

que por medio del análisis y evaluación de las medidas de salud que ha tomado un Estado a través de su historia se puede analizar cuáles son sus valores y cuáles son las demandas de salud que intenta resolver, recordando que debido a que los recursos son siempre limitados, se deben de tomar decisiones sobre qué población atender y cual dejar descubierta.

Capítulo 4: La relación Estado-Salud en el ordenamiento jurídico mexicano.

4.1 Bloque de constitucionalidad

A partir de este capítulo se va a detallar de qué manera se encuentra plasmado el derecho a la protección de la salud en el sistema normativo mexicano actual, comenzando por el texto constitucional y los tratados internacionales en materia de derechos humanos.

El Ministro de la Corte Arturo Zaldívar Lelo de Larrea escribió con relación al bloque de constitucionalidad: “En América latina se ha empleado la idea de bloque de constitucionalidad para otorgar jerarquía constitucional a las normas de derechos humanos de fuente internacional.”¹¹⁷ Continuó exponiendo: “ es posible concluir que la figura conocida como bloque de constitucionalidad se emplea para hacer referencia a normas que con independencia de su inclusión en el texto constitucional, se consideran una extensión del mismo por su funcionalidad en una de dos tareas; la división de poder o la tutela de derechos humanos.¹¹⁸ Posteriormente el autor añadió: “Aplicando lo anterior al caso mexicano, me atrevo a afirmar que el texto actual del primer párrafo del artículo primero constitucional al reconocer que existen derechos humanos de fuente constitucional y de fuente internacional, da lugar a la existencia de un auténtico bloque de constitucionalidad.”¹¹⁹

¹¹⁷ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Elementos para el estudio del juicio de amparo*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2017, p.52.

¹¹⁸ *Idem*.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 53.

Por lo tanto, en la actualidad, para poder analizar un derecho humano, en particular dentro de la normatividad mexicana, no basta solamente con hacer referencia a la Constitución Mexicana y las leyes nacionales, también se tienen que analizar los instrumentos internacionales suscritos por México en materia de derechos humanos.

Con la reforma constitucional del 10 de junio de 2011 surgió —en México— el concepto de bloque de constitucionalidad, el Ministro Arturo Zaldívar, lo conceptualiza de la siguiente manera: “conjunto de normas que, sin estar formalmente contenidos en el texto de una carta fundamental, goza de rango constitucional por una referencia expresa de la propia Constitución, y el cual opera como parámetro de control de regularidad de todos los actos jurídicos.”¹²⁰ Dicho criterio se encuentra plasmado en la siguiente contradicción de tesis jurisprudencial dictada por el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación con número 293/2011:

DERECHOS HUMANOS CONTENIDOS EN LA CONSTITUCIÓN Y EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES. CONSTITUYEN EL PARÁMETRO DE CONTROL DE REGULARIDAD CONSTITUCIONAL, PERO CUANDO EN LA CONSTITUCIÓN HAYA UNA RESTRICCIÓN EXPRESA AL EJERCICIO DE AQUÉLLOS, SE DEBE ESTAR A LO QUE ESTABLECE EL TEXTO CONSTITUCIONAL. El primer párrafo del artículo 1o. constitucional reconoce un conjunto de derechos humanos cuyas fuentes son la Constitución y los tratados internacionales de los cuales el Estado Mexicano sea parte. De la interpretación literal, sistemática y originalista del contenido de las reformas constitucionales de seis y diez de junio de dos mil once, se desprende que las normas de derechos humanos, independientemente de su fuente, no se relacionan en términos jerárquicos, entendiéndose que, derivado de la parte final del primer párrafo del citado artículo 1o., cuando en la Constitución haya una restricción expresa al ejercicio de los derechos humanos, se deberá estar a lo que indica la norma

¹²⁰ *Ibidem*, p.89.

constitucional, ya que el principio que le brinda supremacía comporta el encumbramiento de la Constitución como norma fundamental del orden jurídico mexicano, lo que a su vez implica que el resto de las normas jurídicas deben ser acordes con la misma, tanto en un sentido formal como material, circunstancia que no ha cambiado; lo que sí ha evolucionado a raíz de las reformas constitucionales en comento es la configuración del conjunto de normas jurídicas respecto de las cuales puede predicarse dicha supremacía en el orden jurídico mexicano. Esta transformación se explica por la ampliación del catálogo de derechos humanos previsto dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual evidentemente puede calificarse como parte del conjunto normativo que goza de esta supremacía constitucional. En este sentido, los derechos humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano.

Una vez que ha sido aclarado el concepto de bloque de constitucionalidad, se analizará tanto la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como lo Tratados Internacionales suscritos y ratificados por el Estado mexicano relacionados con el tema de la protección de la salud.

4.1.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El 3 de febrero de 1983 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la reforma constitucional al artículo 4, con el cual se añadía el párrafo 4 (que persiste sin alteraciones hasta nuestros días) que reconoce el derecho a la protección de la salud en los siguientes términos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

A partir de su publicación, el artículo 4 de la Constitución ha sufrido diversos cambios, pero ninguno relacionado con el párrafo cuarto o con el derecho a la

protección de la salud. Es interesante mencionar que mientras que otros derechos sociales como son la educación o el trabajo tienen sus propios artículos constitucionales, el Derecho a la protección de la salud únicamente le corresponde un párrafo en un artículo que reconoce un gran número de derechos sociales. Con respecto al derecho a la salud el legislador estableció el derecho que se pretende reconocer e inmediatamente nos refiere a la ley reglamentaria, dejando en el texto constitucional únicamente el reconocimiento del derecho y la referencia a la fracción XVI del artículo 73 constitucional que establece la facultad del Congreso para legislar en materia de salubridad general. Por otro lado, el derecho a la educación y al trabajo se encuentran reconocidos en dos de los artículos más extensos de la Constitución, siendo que mucho de lo que se establece en los mismos debería de estar en las leyes reglamentarias y no el texto constitucional.

Sobre el ambiente político que se vivía en aquellos momentos, con relación al reconocimiento del derecho a la protección de la salud, menciona el doctor Fernando Cano Valle que no todas las personas estaban entusiasmadas o de acuerdo con la reforma constitucional de 1983 que reconocía dicho derecho:

“Si bien la consagración constitucional de este derecho social fue respuesta de una demanda popular por años diferida, podrían alzarse voces disidentes: para alguno puede ser innecesaria por considerar que por tratarse de un derecho humano poco añade su constitucionalización; para otros, podría mirarse como un acto efectista, pues de suyo no acelera ni ensancha la cobertura de los servicios de salud y más de alguno podría calificarla de tardía.”¹²¹

Vale la pena examinar las críticas que mencionó el doctor Cano Valle. En primer lugar, la necesidad de incorporar el derecho a la protección de la salud en la Constitución. La constitucionalización de este derecho era necesario, si bien es

¹²¹ Cano Valle, Fernando, *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p. 8.

cierto que ese derecho ya estaba reconocido en diversos instrumentos internacionales suscritos y ratificados por el Estado mexicano, es importante recordar que la aplicación del concepto de bloque de constitucionalidad a la normatividad mexicana es relativamente reciente (2011), por lo que en 1983 (cuando se incorpora el derecho) resultaba imperativo añadir ese derecho al texto constitucional para hacer una reforma estructural del sistema de salud.

En México, es común el reconocimiento de todo tipo de derechos sin la intención de que estos se respeten, tal es el caso de la actual Constitución de la Ciudad de México, que en su texto es increíblemente progresista, pero que por desgracia las intenciones se quedan en eso, ya que no existe la voluntad política para instrumentar muchos de los derechos ahí contenidos en la práctica, parecería que el reconocimiento de derechos se ha convertido en una tarea predilecta de los políticos mexicanos debido a que ellos se pueden presentar como los defensores de los derechos humanos, pero nadie se interesa por la implementación de los mismos, lo cual, como lo veremos a lo largo de esta tesis, es la tarea más complicada. Reconocer el derecho a la protección de la salud es un asunto relativamente sencillo en comparación a la implementación de las medidas necesarias para garantizarlo.

El caso de la reforma constitucional de 1983, es una de esas raras ocasiones en la política nacional en la que el reconocimiento de un derecho se acompaña de un esfuerzo real por protegerlo. Como mencionó el Doctor Cano Valle: “La mera declaración de una política nacional no basta por si sola para garantizar el derecho a la salud, sino que este derecho debe traducirse en leyes, programas y servicios específicos.”¹²² Algunos cambios que sufrió el sistema de salud mexicano como consecuencia de la reforma constitucional de 1983, es que se promulgó la Ley General de Salud, pieza fundamental de la normatividad sanitaria nacional. En segundo lugar, si bien es cierto que el reconocimiento del derecho a la protección de la salud no es suficiente para mejorar la salud, el bienestar o la cobertura de los

¹²² Cano Valle, Fernando, *op. cit.*, p. 15.

servicios de salud, es cierto que dicha reforma a la Constitución no se quedó sólo en palabras, sino que existió un esfuerzo real por reformar el Sistema de Salud Nacional. Se puede estar de acuerdo o en desacuerdo con los métodos o resultados de dicho esfuerzo, pero no se puede negar que la reforma a la Constitución se dio dentro de un plan más grande para tratar de dar solución a los problemas de salud de la población.

En tercer lugar, existe la crítica de que el reconocimiento fue tardío, para eso se tiene que comparar a México con otros países de condiciones similares. Por ejemplo, en España, en la Constitución de 1978, en el artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud. En Grecia, en la Constitución de 1975, se establece en artículo 22 que el Estado cuidará la salud de sus ciudadanos, mientras que en Francia, desde 1945, se reconoce la atención de la salud como responsabilidad del Estado al igual que Japón desde 1947. Con relación a algunos países latinoamericanos, en Chile, desde 1925, se reconoce el deber del Estado de velar por la salud pública. Cuba, desde 1976, consagra en el artículo 49 el derecho a la salud, por otra parte, Uruguay desde 1967 consagra el derecho a la salud en su Constitución. Por lo tanto, resulta evidente que el reconocimiento del Derecho a la Protección de la Salud fue tardío en el caso de México, pero esto era necesario y en su momento se hizo con buena técnica legislativa y dentro de un esfuerzo mayor para mejorar la atención de salud de los mexicanos, los resultados de dicho esfuerzo se mencionarán en el capítulo correspondiente.

Resulta interesante leer la exposición de motivos correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4 constitucional del Derecho a la Protección de la Salud. En dicha exposición se mencionan los dos dispositivos constitucionales relacionados con la salud que se encontraban en la Constitución antes de la reforma, estos son, lo referente a las facultades del Congreso para legislar en materia de salubridad general (Artículo 73) y la protección de los trabajos de los riesgos de trabajo (Artículo 123). Con referencia a las facultades del congreso, resulta importante destacar que dichas facultades ya se encontraban establecidas

desde la Constitución de 1857. Posteriormente, en la misma exposición se mencionó “La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas que actúan en el campo de la salud, genera duplicidades, contradicciones, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo.” Aquí, se aprecia que la adición del párrafo cuarto al artículo 4 constitucional se originó dentro de un esfuerzo mayor para lograr una mejor coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además del Derecho a la Protección de la Salud, se encuentran otros derechos relacionados, este es el caso del párrafo primero del artículo 4 que establece: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.” En dicho artículo se reconoce el derecho a la libertad reproductiva, tema que ha adquirido mucha importancia con los adelantos tecnológicos que han revolucionado dichas prácticas como es la reproducción asistida.

También, en el artículo 4, pero esta vez en el párrafo tercero se encuentra el derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad: “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.”

Del mismo modo, en el párrafo sexto, está el derecho al agua, que se encuentra íntimamente relacionado con la salud y el párrafo quinto del mismo artículo constitucional reconoce el derecho a un medio ambiente sano. Por lo tanto, los derechos relacionados con la salud no se agotan con la protección de la salud consagrado en el párrafo cuarto del artículo 4, sino que existen diversos derechos reconocidos en la Constitución que son de fundamental importancia para entender la relación entre Derecho y Salud dentro del Estado Mexicano.

Para terminar este apartado, resulta interesante leer la obra titulada Derecho Constitucional a la protección de la salud que se publicó cerca de la reforma

Constitucional de 1983, es un libro claramente a favor de la reforma y oficialista, impregnado del tono triunfalista y hegemónico propio del discurso de aquella época (con excepción de la participación del doctor Marcos Kaplan que es un texto sobrio y precautorio), aun así, a pesar de ser evidente que se hizo con dedicatoria al Presidente en funciones Miguel de la Madrid, es un documento histórico que muestra la postura de varios intelectuales con respecto a dicha reforma y cuáles eran los alcances y objetivos previstos.

4.1.2 Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho a la protección de la salud

4.1.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos

El 10 de diciembre 1948 la Asamblea General de la Naciones Unidas, proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. "... la declaración es el primer documento de alcance universal en la historia de la humanidad en el que se sientan las bases de la indivisibilidad e interdependencia de todos los derechos, al reconocerlos con el mismo grado de convicción y la misma necesidad de protección."¹²³ A pesar de que este documento es declarativo y no vinculante, es innegable que marcó la historia de la humanidad. "A partir de 1966 la suerte de la declaración quedó ligada a la de los tres textos convencionales aprobados en esa fecha, que imponían obligaciones jurídicas precisas para los Estados parte al tiempo que confirmaban el alcance jurídico de muchos de los principios enunciados en la Declaración."¹²⁴

Los pactos a los que se hace referencia en la cita previa, que son los que imponen obligaciones jurídicas precisas a los Estados y que fueron aprobados por la Asamblea General de la ONU en 1966 son: El pacto internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales (3 de enero de 1966) y El pacto internacional de

¹²³ Caballero Ochoa, José Luis, *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2009, p. 23.

¹²⁴ *Idem.*

derechos Civiles y Políticos (23 de marzo de 1966); de estos pactos hablaremos más adelante, pero es importante mencionarlos, ya que si bien la Declaración Universal de Derechos Humanos no es vinculante, si lo son estos dos pactos que terminan por cristalizar los derechos incluidos en la Declaración. Por lo tanto, la Declaración sirvió como un estándar para entender como debería de ser la actuación de los Estados con respecto a los derechos humanos y también sirvió como base para la elaboración de muchos instrumentos internacionales de derechos humanos que se emitieron con posterioridad.

La Declaración consta de un preámbulo y 30 artículos en los que se reconocen diversos derechos, entre los que encontramos el derecho a la salud. En el artículo 25 de la Declaración se establece 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Con respecto a este artículo es importante destacar la proximidad conceptual que se le otorga a salud y bienestar, sin bien es cierto que como se mencionó en el apartado sobre la definición de Salud ambos conceptos se refieren a situaciones distintas, es difícil pensar el uno sin el otro, salud y bienestar siempre deben de entenderse unidos. También es de notar que el artículo reconoce tanto el derecho a la salud como a la asistencia médica y servicios sociales, por lo que está implícito tanto el derecho a la salud como a la protección de la salud. En instrumentos posteriores se verá que el derecho a la salud aparece cada vez más acotado a las posibilidades presupuestales y materiales del Estado, mientras que el Derecho a la Protección de la Salud se entiende como una mejor opción para garantizar el bien titulado de ambos derechos que es la salud.

4.1.1.2 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

En 1948, los Estados Americanos durante la Novena Conferencia Internacional Americana celebrada en Bogotá, Colombia, aprobaron dos documentos: La Carta de la Organización de los Estados Americanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Con la Carta de la Organización se creó la Organización de Estados Americanos (OEA) que remplaza a la Unión Internacional de Repúblicas Americanas y la declaración que sirve como complemento de la Carta debido a que en ella se indican cuáles son los derechos humanos reconocidos por la OEA. Al igual que la Declaración de Derechos Humanos de la ONU, esta declaración no es vinculante, pero aun así se considera un paso muy importante para el reconocimiento de los derechos humanos en la región, al ser un primer instrumento del cual partirán muchos otros que terminarán por hacer exigibles los derechos contenidos en la Declaración como obligaciones de los Estados miembro. Con relación a este tema, el doctor Amezcua Alcalá da la siguiente opinión:

“De acuerdo con el propio preámbulo, la Declaración Americana, unida a las garantías ofrecidas por el régimen interno de los Estados, fue concebida como el sistema inicial de protección que los Estados americanos consideraron adecuado a las circunstancias de aquellos tiempos, reconociendo que se debería ir fortaleciendo cada vez más en el campo internacional”¹²⁵

La Declaración Americana plantea las bases de un sistema inicial de protección que deberá ser desarrollado posteriormente. En los años siguientes a la declaración se aprobaron otros documentos que cumplen la función antes mencionada. En las páginas posteriores se mencionarán algunos de ellos.

La Declaración Americana se compone de un preámbulo y 38 artículos, los cuales se encuentran divididos en dos capítulos. El capítulo primero relacionado a los derechos y el capítulo segundo con los deberes. En el artículo 11 se establece

¹²⁵ Estrada Adán, Guillermo, *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, México, Porrúa, 2014, p. 195.

que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. A este artículo se le nombra derecho a la preservación de la salud y el bienestar. De manera similar a lo señalado en el artículo 25 de la Declaración Internacional, vemos que el concepto salud y bienestar se encuentran relacionados en un instrumento internacional. También, resulta importante resaltar que a diferencia de lo establecido en la Declaración internacional en esta se hace referencia a la preservación de la salud y a la asistencia sanitaria (entre otras cosas relacionadas con la salud y el bienestar) añadiendo que esto se verá limitado por los recursos públicos y de la comunidad.

Aquí existe un concepto bastante similar a lo que se entendería por Derecho a la Protección de la Salud, es decir, preservar la salud hasta las posibilidades de los recursos públicos, por supuesto incluyendo en estas definiciones el principio de progresividad de los derechos humanos el cual debe de entenderse tanto gradualidad como progreso tal como lo establece la segunda sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la siguiente tesis:

“PRINCIPIO DE PROGRESIVIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS. SU NATURALEZA Y FUNCIÓN EN EL ESTADO MEXICANO. El principio de progresividad que rige en materia de los derechos humanos implica tanto gradualidad como progreso. La gradualidad se refiere a que, generalmente, la efectividad de los derechos humanos no se logra de manera inmediata, sino que conlleva todo un proceso que supone definir metas a corto, mediano y largo plazos. Por su parte, el progreso implica que el disfrute de los derechos siempre debe mejorar. En tal sentido, el principio de progresividad de los derechos humanos se relaciona no sólo con la prohibición de regresividad del disfrute de los derechos fundamentales, sino también con la obligación positiva de promoverlos de manera progresiva y gradual, pues como lo señaló el Constituyente

Permanente, el Estado Mexicano tiene el mandato constitucional de realizar todos los cambios y transformaciones necesarias en la estructura económica, social, política y cultural del país, de manera que se garantice que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos humanos. Por tanto, el principio aludido exige a todas las autoridades del Estado Mexicano, en el ámbito de su competencia, incrementar el grado de tutela en la promoción, respeto, protección y garantía de los derechos humanos y también les impide, en virtud de su expresión de no regresividad, adoptar medidas que sin plena justificación constitucional disminuyan el nivel de la protección a los derechos humanos de quienes se someten al orden jurídico del Estado mexicano.”¹²⁶

4.1.1.3 Pacto Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Posterior a la Declaración Universal de los Derecho Humanos de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas le encargó a la Comisión de Derechos Humanos la preparación de un documento que precisara en términos jurídicos la aplicación de la Declaración Universal, dicha tarea se llevó a cabo en medio de una intensa discusión que retrasó por mucho tiempo el documento, ya que los Estados capitalistas se mostraron como defensores de los derechos políticos y civiles mientras que los Estados socialistas se mostraban como abanderados de los derechos económicos, sociales y culturales, no pudiendo ponerse de acuerdo entre los mecanismos de control para asegurar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del reconocimiento de dichos derechos.

Por lo tanto, debido a la tensión entre las dos partes, se decidió crear dos instrumentos; un pacto para los derechos civiles y políticos y un pacto para los derechos económicos, sociales y culturales. Al final se decidió que la forma de control para los derechos económicos, sociales y culturales sería por medio de una

¹²⁶ 2010361. 2a. CXXVII/2015 (10a.). Segunda Sala. Décima Época. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 24, noviembre de 2015, Pág. 1298.

comisión que tendría por función: “vigilar la aplicación del Pacto por medio de un diálogo constructivo con los Estados, definiendo con claridad los objetivos perseguidos a través de la técnica de los informes y la forma de presenta los último.”¹²⁷

La Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que se creó a raíz del pacto, haría cumplir la obligación de los Estados parte de presentar informes periódicos al Comité, el cual realizará a su vez observaciones generales que presentará ante la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas o la Asamblea General para la emisión de recomendaciones. Dichas observaciones generales tienen una gran importancia y en varias ocasiones se han emitido observaciones sobre temas relacionados con la salud como lo es la vivienda, el agua o la alimentación, pero en particular la Observación General número 14 que se realizó en el año 2000 es sobre el derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible y ha tenido una gran importancia en el Derecho a la Protección de la Salud en México como se detallará más adelante.

La doctora Ruiloba Alvariño al escribir sobre la importancia de estos pactos comentó: “La adopción de los pactos marcó un hito importante en la configuración de los derechos humanos desde la perspectiva del Derecho Internacional al tratarse de instrumentos convencionales de los que se derivan obligaciones jurídicamente vinculantes para los Estados Parte.”¹²⁸ A diferencia de las declaraciones, estos pactos si son vinculantes y cuentan con mecanismos de control para monitorizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los derechos reconocidos.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se clasifica como un tratado internacional por lo que se considera vinculante para las naciones participantes, su adopción se realizó el 16 de diciembre de 1966, su entrada en vigor internacional fue el 3 de enero de 1976, México se vinculó por

¹²⁷ Estrada Adán, Guillermo, *op. cit.*, p. 121.

¹²⁸ *Ibidem*, p. 86.

adhesión el día 23 de marzo de 1981, entró en vigor en México el 23 de junio de 1981 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981. El pacto consta de 31 artículos y en sus artículos 16 y 17 se establece la obligación de los Estados de presentar informes periódicos sobre las medidas que se tomaron y los progresos alcanzados con el fin de asegurar el respeto de estos derechos. Con relación al Derecho a la Protección de la Salud en el artículo 12 se establece que:

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

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

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

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

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

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

Este artículo es mucho más específico que lo manifestado en la Declaración Universal, aquí ya se detallan una serie de medidas que los Estados deben de adoptar, entre las que destaca el inciso a) del párrafo segundo en el cual se establece la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños, debido no sólo a que se hace referencia al caso específico de los niños, sino también porque a partir de este pacto se comienza a hablar de indicadores de salud para monitorizar el acceso y la efectividad a la protección de la salud, tendencias que el día de hoy es fundamental.

Como producto del pacto se originó un documento al cual ya se hizo referencia; la Observación General número 14 que realizó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 2000. En este documento se explica detalladamente a lo que hace referencia el artículo 12 del Pacto referente al Derecho a la Salud, también establece claramente las obligaciones de los Estados con respecto a este Derecho y da una serie de “casos especiales” que vienen incluidos en este artículo y que serán desarrollados en instrumentos posteriores como son la salud de los niños, de las mujeres y las personas mayores. En el ámbito nacional existen dos tesis de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que hacen referencia a este Pacto y que se originan del amparo en revisión 378/2014 cuya litis está relacionada de con el Derecho a la Protección de la Salud. Las tesis son las siguientes:

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. CUANDO EL ESTADO ADUCE QUE EXISTE UNA CARENCIA PRESUPUESTARIA PARA SU REALIZACIÓN, DEBE ACREDITARLO. El contenido normativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, permite concluir que la obligación estatal de proteger, respetar y promover los derechos contenidos en ese instrumento no puede desconocer la situación particular que enfrente cada país, por lo que no existirá una violación a los derechos en él tutelados, a pesar de que se acredite que un determinado derecho no ha sido realizado o alcanzado un nivel óptimo de eficacia, siempre y cuando el Estado haya demostrado que ha utilizado todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer las obligaciones establecidas en la propia convención. De ahí que no basta la simple afirmación del Estado Mexicano de que existe limitación presupuestaria para que se tenga por acreditado que ha adoptado todas las medidas "hasta el máximo de los recursos" de que disponga, para lograr la realización de los derechos consagrados en el referido Pacto, sino que para ello deberá aportar el material probatorio en que sustente su dicho. Por tal motivo, en todo asunto en el que se impugne la violación

*a los derechos constitucionales de la materia, los juzgadores nacionales deben distinguir entre la incapacidad real para cumplir con las obligaciones que el Estado ha contraído en materia de derechos humanos, frente a la renuencia a cumplirlas, pues es esa situación la que permitirá determinar las acciones u omisiones que constituyan una violación a tales derechos humanos.*¹²⁹

SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO. El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo,

¹²⁹ 10a. Época; 2a. Sala; Gaceta S.J.F.; Libro 12, noviembre de 2014; Tomo I; Pág. 1190. 2a. CIX/2014 (10a.); Registro Digital: 2007936.

*administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.*¹³⁰

También existe una tesis del Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito que dice como cumplir con la Observación General número 14 del Comité, la cual deriva del amparo en revisión 19/2013, de rubro y texto:

DERECHO A LA SALUD. FORMA DE CUMPLIR CON LA OBSERVACIÓN GENERAL NÚMERO 14 DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, PARA GARANTIZAR SU DISFRUTE. El Estado Mexicano suscribió convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar, al más alto nivel, ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute del derecho a la salud, y existen documentos que las desarrollan en términos de su contenido y alcance. Uno de los más importantes es la Observación General Número 14 del Comité de los Derechos Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, organismo encargado de monitorear el cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados firmantes del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual México es parte y el que, esencialmente, consagra la obligación de proteger, respetar y cumplir progresivamente el derecho a la salud y no admitir medidas regresivas en su perjuicio, absteniéndose de denegar su acceso, garantizándolo en igualdad de condiciones y sin condicionamiento alguno, debiendo reconocer en sus ordenamientos jurídicos, políticas y planes detallados para su ejercicio, tomando, al mismo tiempo, medidas que faciliten el acceso de la población a los servicios de salud, es decir, este ordenamiento incluye no solamente la

¹³⁰ [TA]; 10a. Época; 2a. Sala; Gaceta S.J.F.; Libro 12, Noviembre de 2014; Tomo I; Pág. 1192. 2a. CVIII/2014 (10a.). Registro Digital: 2007938.

*obligación estatal de respetar, sino también la de proteger y cumplir o favorecer este derecho. En estas condiciones, ese cumplimiento requiere que los Estados reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, adoptando una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para su ejercicio, cuando menos en un mínimo vital que permita la eficacia y garantía de otros derechos, y emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población, entre las que figuran, fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud; verbigracia, la realización de investigaciones y el suministro de información, velar porque el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y de alimentación sanas, así como de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios, al igual que apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.*¹³¹

Las tres tesis anteriores brindan una idea bastante clara sobre la manera en que debe de integrarse el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, específicamente en materia de protección de la salud a la legislación nacional y como dar cumplimiento a la Observación General número 14 del Comité correspondiente.

Por último, existe una cuarta tesis aislada que es más general, pero deja claro cual es la responsabilidad del Estado frente a estos derechos:

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. ALCANCES DE SU PROTECCIÓN. Si bien es común considerar erróneamente que

¹³¹ [TA]; 10a. Época; T.C.C.; S.J.F. y su Gaceta; Libro XXV, Octubre de 2013; Tomo 3; Pág. 1759. I.4o.A.86 A (10a.). Registro Digital: 2004638.

*los derechos económicos, sociales y culturales exigen que los Estados proporcionen gratuitamente los servicios necesarios para su ejercicio; sin embargo, el reconocimiento de estos derechos, no implica necesariamente que su cumplimiento se dé en términos absolutos, sino que admite matices necesarios en atención a la capacidad de cumplimiento por parte del Estado. De esa forma, los Estados cumplen la obligación de garantizar el núcleo esencial de los derechos económicos, sociales y culturales al establecer y fomentar las condiciones necesarias que permitan su ejercicio, sin que estén obligados a proporcionarlos de forma directa o gratuita. Lo anterior es así, pues se espera que las personas puedan satisfacer sus propias necesidades a través de su esfuerzo y trabajo.*¹³²

4.1.2.4 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Protocolo de San Salvador”

Después de la Declaración Americana de Derechos Humanos, la Convención Americana logra un sistema eficaz de protección de los Derechos Humanos:

*“La estructura institucional del sistema de protección internacional de los Derechos Humanos en América, que hasta esos momentos descansaba en instrumentos de naturaleza declarativos, experimentó un cambio sustancial al adoptarse el texto del tratado internacional: la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la ciudad de San José, Costa Rica en 1969.”*¹³³

Esta Convención también se conoce con el nombre de “Pacto de San José”, en honor a la ciudad en donde se llevó a cabo. De esta convención nacen dos

¹³² 2a. XCIII/2016 (10a.). Segunda Sala. Décima Época. Gaceta del Semanario Judicial de la Federación. Libro 34, septiembre de 2016, Pág. 841. Registro Digital: 2012528.

¹³³ Estrada Adán, Guillermo, *op. cit.*, p. 298.

instituciones de derechos humanos: La Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En cuanto los derechos humanos reconocidos en dicho tratado, la mayoría son derechos civiles y políticos. La mención sobre derechos económicos, sociales y culturales es mínima, inclusive el derecho a la salud, su protección o cualquier otro derivado de estos, no se encuentra en el texto de la Convención, por lo que se tuvo que realizar un Protocolo Adicional a la Convención en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual se conoce como “Protocolo de San Salvador”.

El Protocolo de San Salvador también es un Tratado Internacional, que se adoptó el 17 de noviembre de 1988, con fecha de entrada en vigor internacional el 16 de noviembre de 1999. México se vinculó a él por medio de ratificación, el 16 de abril de 1996, y entró en vigor en México el 16 de noviembre de 1999. Su publicación en el Diario Oficial de la Federación fue el 1 de septiembre de 1998.

El artículo 10 de Pacto establece:

Derecho a la Salud

- 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.*
- 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:*
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;*
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;*
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;*

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

4.1.2.5 Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial

Esta convención es un tratado internacional por lo que es vinculante para los Estados participantes, entro en vigor internacionalmente el 04 de enero de 1969, la vinculación de México se dio el 20 de febrero de 1975 por ratificación, entró en vigor en México el 20 de marzo de 1975 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación el día de junio de 1975.

Para los fines de esta convención se entiende por discriminación racial lo establecido en el punto 1 del artículo 1, que establece:

En la presente Convención la expresión "discriminación racial" denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

Por medio de esta convención los Estados se obligaron a realizar una serie de condenas relacionadas con la discriminación racial, acompañada de un serie de compromisos. En primer término, condenan la discriminación racial y se comprometen a eliminar la discriminación racial en todas sus formas. En segundo término, condena la segregación racial y se comprometen a prevenirlo, prohibirlo y

eliminarlo. En tercer lugar, condenan la propaganda y todas las organizaciones que se inspiren en ideas basadas en la superior racial o étnica de un grupo sobre el resto.

Debido a que esta convención es vinculante, se creó un órgano internacional de control que se conoce como el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, el cual está compuesto por 18 expertos independientes. Sobre las técnicas de control Virginia Mayordomo escribe: “esta convención comprende las tres clásicas en los tratados de protección de los Derechos Humanos: los informes, las denuncias interestatales y las denuncias individuales.”¹³⁴

En el artículo 5 de la convención se establece que en conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente convención, los Estados parte se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes:

- a) El derecho a la igualdad de tratamiento en los tribunales y todos los demás órganos que administran justicia;*
- b) El derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo, grupo o institución;*
- c) Los derechos políticos, en particular el de tomar parte en elecciones, elegir y ser elegido, por medio del sufragio universal e igual, el de participar en el gobierno y en la dirección de los asuntos públicos en cualquier nivel, y el de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas;*
- d) Otros derechos civiles, en particular:*
 - i) El derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado;*

¹³⁴ *Ibidem*, p. 232.

- ii) El derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país;*
- iii) El derecho a una nacionalidad;*
- iv) El derecho al matrimonio y a la elección del cónyuge;*
- v) El derecho a ser propietario, individualmente y en asociación con otros;*
- vi) El derecho a heredar;*
- vii) El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión;*
- viii) El derecho a la libertad de opinión y de expresión;*
- ix) El derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas;*
- e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:*
 - i) El derecho al trabajo, a la libre elección de trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo, a la protección contra el desempleo, a igual salario por trabajo igual y a una remuneración equitativa y satisfactoria;*
 - ii) El derecho a fundar sindicatos y a sindicarse;*
 - iii) El derecho a la vivienda;*
 - iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;*
 - v) El derecho a la educación y la formación profesional;*
 - vi) El derecho a participar, en condiciones de igualdad, en las actividades culturales;*
- f) El derecho de acceso a todos los lugares y servicios destinados al uso público, tales como los medios de transporte, hoteles, restaurantes, cafés, espectáculos y parques.*

4.1.2.6 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Esta convención es un Tratado Internacional, con fecha de firma el 18 de diciembre de 1979, con entrada en vigor internacional el 3 de septiembre de 1981, y con vigor

en México desde el 3 de septiembre de 1981, siendo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

El artículo 11 establece:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

- a) El derecho al trabajo como derecho inalienable de todo ser humano;*
- b) El derecho a las mismas oportunidades de empleo, inclusive a la aplicación de los mismos criterios de selección en cuestiones de empleo;*
- c) El derecho a elegir libremente profesión y empleo, el derecho al ascenso, a la estabilidad en el empleo y a todas las prestaciones y otras condiciones de servicio, y el derecho a la formación profesional y al readiestramiento, incluido el aprendizaje, la formación profesional superior y el adiestramiento periódico;*
- d) El derecho a igual remuneración, inclusive prestaciones, y a igualdad de trato con respecto a un trabajo de igual valor, así como a igualdad de trato con respecto a la evaluación de la calidad del trabajo;*
- e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas;*
- f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.*

2. A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razones de matrimonio o maternidad y asegurar la efectividad de su derecho a trabajar, los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para:

a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad y la discriminación en los despidos sobre la base del estado civil;

b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales;

c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de una red de servicios destinados al cuidado de los niños;

d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella.

3. La legislación protectora relacionada con las cuestiones comprendidas en este artículo será examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos y será revisada, derogada o ampliada según corresponda.

En el artículo 11 de esta convención se aclaran varios temas importantes con relación al derecho de la protección de la salud, en su primer párrafo, en el inciso f) se menciona el Derecho a la Protección de la Salud. En el segundo párrafo se reconocen varios derechos relacionados con la maternidad que están íntimamente relacionados con el Derecho a la Protección de la Salud como son: Prohibir el despido por embarazo o obligación de los Estados de implementar una licencia por maternidad con sueldo pagado, etcétera. En el tercer párrafo del mismo artículo se establece la obligación de examinar periódicamente la legislación protectora a la luz de los conocimientos científicos y tecnológicos. Este último párrafo es muy importante, ya que los tiempos de las leyes y de las ciencias son muy diferentes y esto casi nunca se reconoce en las leyes y normas que pretenden regular aspectos científicos y tecnológicos.

4.1.2.7 Convención sobre los Derechos del Niño

Este Tratado internacional se firmó el 20 de noviembre de 1989, entró en vigor el 2 de septiembre de 1990, México lo ratificó el 21 de septiembre de 1990 y entró en vigor en nuestro país el día 21 de octubre de 1990.

El artículo 24 del tratado establece:

1. Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes,

tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

4.1.2.8 Otros instrumentos

Además de los instrumentos internacionales que se mencionaron en los apartados previos, existen un gran número de instrumentos de importancia con relación a temas que pueden ser incluidos dentro del derecho a la protección de la salud, como son el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefaciente y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Además, de los instrumentos relacionados con biotecnología como el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología del Convenio sobre la Diversidad Biológica y el Protocolo de Nagoya – Kuala Lumpur sobre Responsabilidad y Compensación Suplementario al Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología.

Examinar todos los instrumentos internacionales relacionados con el derecho a la protección de la salud sería una tarea demasiado ambiciosa y sobrepasa el objetivo de esta tesis.

Para concluir este apartado se menciona que el derecho a la protección de la salud es un tema de gran complejidad y requiere necesariamente de la colaboración y cooperación internacional, muchos de los temas que se desprenden de este derecho se encuentran a su vez reconocidos en otros instrumentos de gran importancia.

4.2 Leyes secundarias, reglamentos y normas oficiales mexicanas

4.2.1 Ley General de Salud

Gonzalo Moctezuma escribe: “En cumplimiento al mandato que contiene el párrafo cuarto del artículo cuarto de nuestra carta magna, se expidió la Ley General de Salud, reglamentaria de dicho precepto constitucional, la cual fue publicada el 7 de febrero de 1984”¹³⁵ Como se mencionó al inicio de este capítulo, el derecho a la protección de la salud se encuentra reconocido en la Constitución: Posteriormente, la constitución da el mandato de crear una ley reglamentaria que contenga: las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establezca la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Por lo tanto, en la Ley General de Salud vamos a encontrar las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la distribución de la competencia en materia de salubridad general.

La promulgación de Ley General de Salud es parte del denominado “cambio estructural”, que se presentó en el Sistema de Salud en la década de los ochenta y que fue orquestado por el doctor Guillermo Soberón Acevedo, quien fuera Secretario de Salud (1982-1988) durante el Sexenio del presidente Miguel de la Madrid y antes de asumir el cargo de Secretario fue Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Con la reforma constitucional de 1983 y la promulgación de la Ley General de Salud en 1984 se establecen las bases del

¹³⁵ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, p. 28.

Sistema Nacional de Salud, el cual pretende organizar a todos los servicios de salud del país.

La Ley General de Salud es compleja ya que abarca una gran cantidad de temas, desde la distribución de competencias, la investigación en salud, la prevención de adicciones, la vigilancia sanitaria y la sanidad internacional. Es por eso, que cuenta con siete reglamentos diferentes, además de múltiples reglamentos adicionales, leyes, acuerdos y normas oficiales mexicanas que aclaran y complementan los alcances de sus diversos artículos. A pesar de esta complejidad, se debe de perder de vista cual es la parte medular de la ley, que como manda la constitución, es, primero, establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y, segundo, establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta Ley entró en vigor a partir del 1 de julio de 1984, derogando el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 26 de febrero de 1973, y abrogando la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de agosto de 1934; la Ley que declara de utilidad pública la campaña contra el Paludismo y crea la Comisión de Saneamiento Antimalárico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de septiembre de 1938, y la Ley de la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública.

La Ley General de Salud se compone de 483 artículos que se encuentran agrupados en 18 títulos, los cuales tratan de muy diversos temas. El artículo 1 establece que la Ley es reglamentaria del derecho a la protección de la salud en los términos del artículo 4 de la Constitución. Además, de que es de aplicación en toda la República, de orden público y de interés social.

Una crítica que se le había hecho de manera reiterada a esta ley en diversas publicaciones es que no contenía la definición de salud, pero con la reforma

publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 4 de diciembre de 2013 se incluyó dicha definición en el artículo 1-Bis el cual a la letra dice: “Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Podemos observar, que la Ley reconoce la misma definición que la Organización Mundial de la Salud establece en su Constitución.”

El artículo 2 establece las finalidades del derecho a la protección de la salud y en el artículo 3 se encuentra una definición muy importante: ¿Qué es materia de Salubridad General? Este artículo es muy importante porque como se puede recordar, en el artículo 4 de la Constitución se hace referencia a la concurrencia en materia de “salubridad general”, por lo que resulta fundamental saber a que hace referencia dicho término para que las entidades federativas y la federación puedan organizarse y tomar decisiones. Por otra parte, la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución establece que el Congreso tiene facultades para dictar leyes sobre salubridad general.

A partir del artículo 5 de la Ley comienza el Título Segundo que hace referencia al Sistema Nacional de Salud, dentro de este Título a partir del artículo 13 y hasta el 22 establece la competencia en materia de salubridad general.

La distribución de competencias en materia de Salubridad general es de la siguiente manera:

En el artículo 13 se hace referencia en el inciso a) a las atribuciones correspondientes al Ejecutivo Federal, en el inciso b) a las atribuciones de los gobiernos de las entidades federativas dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales. Los diversos apartados de ambos incisos hacen referencia principalmente a diferentes conceptos que se establecieron en el artículo 3 en el que se detalla que es materia de salubridad general. El inciso c) del artículo 13

establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en la prevención de consumo de narcóticos. También como escribe Gonzalo Moctezuma: “Asimismo, la ley prevé a posibilidad del ejercicio coordinado de las atribuciones de la Federación y de las entidades federativas en la prestación de servicios de salubridad general, mediante la suscripción de acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las Entidades Federativas.”¹³⁶

El artículo 18 de la ley es el que establece la posibilidad de suscribir estos acuerdos de coordinación. Por lo tanto, se entiende que la competencia en materia de salubridad general se establece de la siguiente manera: En el artículo 13 existe competencia exclusiva de la federación en el inciso a), competencia exclusiva de las entidades federativas dentro de su territorio en el inciso b) y tanto en el inciso c) del artículo 13 (en materia de prevención de uso de narcóticos) como en el artículo 18 existe la concurrencia en materia de salubridad general.

Posterior a la distribución de competencias comienza el Título Tercero que es el relativo a la prestación de los servicios de salud, en este Título la parte medular es la clasificación que se hace de los servicios de salud en el artículo 24; los cuales son: La atención médica, la salud pública y la asistencia social. El segundo artículo de trascendencia en este Título es el artículo 28 que corresponde al cuadro básico de medicamentos, en el artículo 29 se garantiza la existencia permanente y disponibilidad para la población que lo requiera.

Del último título de la Ley General de Salud del que voy a tratar en este trabajo es del Título décimo el cual se refiere a la acción extraordinaria en materia de salubridad general. Gonzalo Moctezuma con respecto a este tema escribe:

“Es importante destacar la acción extraordinaria en materia de salubridad general, que se regula en el título décimo, que procede ante la posibilidad de situaciones como el súbito deterioro del ambiente que

¹³⁶ Moctezuma Barragán, Gonzalo, *op. cit.*, pp. 72-73.

ponga en peligro inminente a la población. En todos los casos se ordena la ejecución inmediata de medidas indispensables por parte de la Secretaría de Salud para prevenir y combatir los daños a la salud, a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el presidente de la República.”¹³⁷

4.2.2 Reglamentos de la Ley General de Salud

La Ley General de Salud cuenta con los siguientes siete reglamentos:

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

Dichos reglamentos regulan diversos ámbitos de la salubridad general como son la sanidad internacional, la disposición de órganos o el sistema de protección social en salud, sistema del cual se hablará en el capítulo quinto. Existen otras muchas disposiciones normativas relacionadas a la Ley General de Salud como son el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, la Ley de los Institutos Nacionales y el Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, estas

¹³⁷ *Ibidem*, p. 34.

disposiciones se analizará en los capítulos posteriores, ya que se relacionan de manera directa con ciertas instituciones del sector salud, y por lo tanto se mencionaran dichas leyes y reglamentos al analizar el Sistema Nacional de Salud en la actualidad.

CAPÍTULO 5: Perspectiva histórica de la relación Estado-Salud en México.

5.1. Primera etapa: De las culturas originarias de América hasta la Constitución de 1917

Continuando en la línea principal de este trabajo de investigación, para hablar sobre la historia de la relación entre el Estado y la salud en México, es necesario remontarse al origen de los seres humanos al continente americano. La explicación de la llegada del *Homo Sapiens* va más allá de los objetivos de este trabajo, pero se puede comenzar diciendo que tal como lo escribe José Luis Lorenzo en la Historia General de México: “Existen pruebas fehacientes de la presencia del hombre en la parte norte de América hasta hace apenas unos 40 000 años [...] y concretamente que estaban en México hace unos 30 000 años.”¹³⁸ En el mismo libro, Ignacio Bernal continúa: “Cuando menos en algunas áreas hacia 1300 A.C. ya el hombre vive todo el año en poblaciones permanentes que el arqueólogo puede recobrar.”¹³⁹

El doctor Ignacio Bernal considera que es probable que el mundo Olmeca sea el inicio de la civilización en México, pero se sabe poco de su estructura política o económica. Tal como se había planteado en el primer capítulo de este trabajo, el Estado (en sentido amplio) se origina en diversas regiones del planeta desconectadas unas de otras en momentos diferentes, por lo que parece ser que el Estado es una ficción necesaria para el desarrollo de las grandes comunidades y civilizaciones. Desde que abandona África el ser humano tiene la capacidad

¹³⁸ José Luis, Lorenzo, *Historia General de México*, México, El Colegio de México, 2009, p. 110.

¹³⁹ *Ibidem*, p.132.

intelectual y organizativa para fundar Estados en cualquier parte del mundo, pero sólo lo logra en las regiones que le ofrecen las circunstancias adecuadas. Mesoamérica fue una de esas regiones que contaban con las condiciones geográficas necesarias al momento de ser pobladas para organizarse en Estados y desarrollar civilizaciones. Las culturas mesoamericanas deben de ser colocadas entre las civilizaciones de primera generación, es decir, que no descienden de otras¹⁴⁰.

Las culturas mesoamericanas son muchas. Describirlas o incluso nombrarlas va más allá de los objetivos de este trabajo. En este apartado únicamente se va a trazar, de manera general, la relación que existía entre el Estado mexica y la salud para después comentar el desarrollo que tuvo dicha relación en México con la llegada de los españoles a América.

Los mexicas habitaron el altiplano central del territorio que hoy corresponde a México. Su organización era compleja y tenían un aparato político-económico muy desarrollado que les permitía administrar sus vastos dominios. Los mexicas, como muchas otras culturas, le daban una gran importancia a la práctica de la medicina; la cual, tenía tintes religiosos y estaba controlada por las instituciones religiosas. En su cultura no existía un único dios de la medicina, sino un grupo de deidades que se identificaban con diversas especialidades médicas.¹⁴¹“Tzapotlatena, diosa de la farmacia, Tonantzin, dios de la medicina, Xipetótec, dios de la dermatología, Xoaltecuhtle, diosa de la psiquiatría y Tlazolteotl, dios de la ginecología, obstetricia, pediatría y de las enfermedades venéreas.”¹⁴²

El doctor Gregorio Martínez Narváez comenta que: “En México, antes de la conquista, la medicina se había desarrollado tanto como para que hubiera

¹⁴⁰ *Ibidem*, p.149.

¹⁴¹ Schendel, Gordon, *Medicine in México*, San Antonio, University of Texas Press, 1968, p. 31.

¹⁴² *Idem*.

especialidades, destacando los cirujanos o traumatólogos de los ejércitos; parterías y especialistas de los ojos, así como herbolarios.¹⁴³

Los mexicas no sólo se interesaban por los problemas de la salud individual, sino por los problemas de la salud pública y el bienestar de la población. La relación Estado-Salud en el imperio mexica estaba estrictamente regulada por instituciones tanto gubernamentales como religiosas. Se tenía un concepto tanto de salud individual como colectiva. El imperio mexica era un prototipo del moderno estado de bienestar.¹⁴⁴ Tenía acceso a fuentes de agua limpia, prácticas para el control de epidemias, fumigaba las cosechas para evitar enfermedades, existían servicios de asistencia para los necesitados y también un sistema de asistencia pública para distribuir comida a los que no tenían los medios para adquirirla o producirla. El análisis del Estado mexica ayuda a comprender que la relación Estado y Salud es tan profunda como la relación Estado y Economía o Estado y Derecho.

Aparte de su sistema de asistencia pública, el imperio también contaba con algunas facilidades especiales para tratar a ciertos grupos de la población. Según el autor Gordon Schedel: “El emperador azteca estableció una red de hospitales para veteranos que estaban localizados estratégicamente en el imperio y tenía cirujanos y médicos pagados por el Estado.”¹⁴⁵ También, menciona que mientras que en algunas culturas europeas a los niños con alteraciones congénitas se les abandonaba, el emperador Moctezuma II estableció un refugio para aquellos niños que nacieran con defectos al nacimiento.

El esplendor del imperio mexica se vio eclipsado por la llegada de los españoles a Mesoamérica y, por lo tanto, gran parte de su cultura y de su conocimiento médico se perdió para siempre.

¹⁴³ Martínez Narváez Gregorio, *Un sistema en busca de salud*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013. p.38

¹⁴⁴ *Ibidem*, p. 32.

¹⁴⁵ *Ibidem*, p. 33.

Con la llegada de las invasiones europeas a finales del siglo XV e inicio del XVI, se dio un cambio cultural sin precedentes en nuestro continente, con una nueva cultura llegó una nueva visión del ser humano y, por lo tanto, una nueva forma de entender la salud y la enfermedad. El cambio radical en estas visiones modificó la relación entre el Estado y la Salud, predominando la visión de la salud individual sobre la colectiva. Es interesante notar que la medicina siguió siendo controlada por las instituciones religiosas. Las nociones de salud y enfermedad que vinieron de Europa, al igual que las mesoamericanas, también tenían una larga tradición y poco a poco fueron ganando en importancia con respecto a las nociones originarias de América.

Resulta importante mencionar que dicha prevalencia de las ideas europeas no se debió a que estas fueran superiores, sino que el sometimiento de las poblaciones originarias llevo a que se perdiera gran parte del conocimiento, así como la forma en que se organizaba y sistematizaba. Es interesante comparar las condiciones de salud pública antes y después de la conquista, ya que uno de los factores determinantes de la victoria europea no solamente fue la superioridad en la aplicación de la violencia, sino el uso de la enfermedad y la pestilencia como armas.

Para los europeos la medicina también estaba íntimamente relacionada con las creencias religiosas y aún estaban lejos los años en los que se supiera la fisiopatología de las enfermedades contagiosas. Los avances de los pueblos originarios en América en las ciencias médicas se perdieron en muchas ocasiones debido a que en esos momentos las relaciones entre la salud y el Estado pasaban por la religión y por lo tanto, al existir la necesidad de desaparecer y negar la cultura y tradiciones de los conquistados, se hacía necesario también desaparecer sus prácticas médicas. El sincretismo salvó algunos de los conocimientos, pero se puede afirmar que gran parte del conocimiento se perdió para siempre.

En los viajes iniciales de Hernán Cortez no iba con él médico alguno, las heridas y enfermedades sufridas por los conquistadores eran tratadas por los mismos soldados.¹⁴⁶ El primer médico europeo en la Nueva España fue Diego Pedraza quien arribó hasta 1525.¹⁴⁷ A pesar de que la llegada del primer médico demoró algunos años, la Nueva España fue uno de los territorios americanos que más rápido desarrolló diversas instituciones de salud. Fue la primera región de América que tuvo un hospital, un leprosario, un asilo para enfermos mentales y un consejo gubernamental que regulaba la práctica médica. También, en la Nueva España se practicó la prima autopsia y se fundó la primera escuela de medicina.¹⁴⁸ Por último, fue en la Nueva España en donde se publicó el primer libro de medicina de América, titulado *Opera Medicinali* escrita por el médico Francisco Bravo en 1570.¹⁴⁹

En la época de la Colonia continuó el desarrollo de las disciplinas relacionadas con la salud, pero desde la conquista, la ciencia médica de la Nueva España iba a ser un apéndice de la ciencia médica europea, fantasmas que aún persigue a México hasta la actualidad. A pesar de eso, en el continente se presentaron algunas innovaciones dignas de mención como es el caso de Vasco de Quiroga que puso en práctica un proyecto denominado hospitales-pueblo, que estaban inspirado en las ideas de Tomás Moro.¹⁵⁰

Otro paso importante que se dio en la Nueva España en cuestiones de sanidad y salud en general fue la decisión del Consejo de Indias de integrar el Protomedicato, que establecía ciertas normas para el ejercicio de la medicina. Esta institución decidía quién podía practicar la medicina y ponía sanciones en caso de que se practicara esta sin la debida autorización. En esta etapa el problema de salud principal eran las epidemias y demás problemas asociados con la concentración de

¹⁴⁶ *Ibidem*, p. 86.

¹⁴⁷ *Ibidem*, p. 87.

¹⁴⁸ *Ibidem*, p. 101.

¹⁴⁹ *Idem*.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 38.

personas en grandes poblaciones. La medicina en estos tiempos aún se encontraba en un periodo rudimentario y apenas se comenzaban a hacer estudios sobre patología. Las causas de las enfermedades aún se encontraban sumergidas en el ámbito de las creencias religiosas, por lo que la práctica de la medicina se estaba estrechamente relacionada con los ritos y prácticas religiosas. El Protomedicato tenía también funciones de control de epidemias y sanidad, este Consejo permaneció en funcionamiento hasta 1831.¹⁵¹

La Independencia de México trajo cambios importantes en el área de la salud. Antes de la misma, el médico Francisco Javier de Balmis viajó desde España con un grupo de 20 niños en quienes conservó la vacuna de la viruela y logró traerla al continente.¹⁵² Como se mencionó con anterioridad, el Protomedicato era una institución colonial que tuvo una importante función en la Nueva España, pero que fue superada por los avances logrados con la independencia; en Noviembre de 1831 fue sustituido por otra institución llamada Consejo de Salud, la cual a su vez fue sustituida en 1841 por el Consejo Superior de Salubridad.¹⁵³

En el siglo XIX, el principal azote de la población eran las epidemias de enfermedades infecciosas, siendo una de las más temidas el cólera, que en esos momentos aún no se conocía cual era la fisiopatología de la enfermedad, ni la manera de prevenirla.

Para 1848, México perdió la guerra en contra de Estados Unidos, lo que causó mucha miseria dentro del país y desató grandes epidemias de cólera. En esos momentos la salud pública y la atención de los enfermos seguía estando a cargo en gran medida de las órdenes religiosas. La constitución de 1857, de corte liberal, trató de restar poder a la Iglesia, pero en cuestiones de salud dicha constitución no hace mención alguna sobre instituciones de Salud. Fue hasta 1861

¹⁵¹ *Ibidem*, p.39.

¹⁵² *Idem*.

¹⁵³ Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, *Historia de la Salud pública en México; siglos XIX y XX*, Historia y Ciencias, Rio de Janeiro, vol. 2, julio 1998, p. 293.

que se decretó la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública¹⁵⁴ que pretendía quitarle poder a las órdenes religiosas y crear una institución estatal que se encargara del cuidado de los enfermos, esto en franca emulación de lo acontecido en los años posteriores a la Revolución Francesa.

En época de Juárez, aunque hubo cambios muy importantes para el país en materia de salud, no se consiguieron grandes logros. El Consejo Superior de Salubridad, que se había fundado en 1841, cada vez adquirió más importancia. La principal aportación de Juárez para la salud nacional es haber sentado las bases para separar la atención médica de las prácticas religiosas.

El 1879 el Consejo Superior de Salubridad presentó un estudio sobre el Tifo y comenzó a generar estadísticas sobre mortalidad.¹⁵⁵ Uno de los saltos más importantes del Consejo fue gracias al doctor Eduardo Liceaga que lo presidió en 1885. El doctor Liceaga fue uno de los personajes más importantes en México. En materia de salubridad fue bajo su gestión que se logró organizar por primera vez un esfuerzo estatal para lograr metas importantes en materia de salud. Se introdujeron nuevas vacunas, se mejoró su distribución, se continuaron estudiando las epidemias, generando estadísticas y cumpliendo con las medidas sanitarias necesarias para combatirlas. Fue también en esos años que apareció el Código Sanitario de 1891. Resulta destacado mencionar que en 1880 apareció una publicación relacionada con temas de salud pública que entonces tenía el nombre de Boletín del Consejo Superior de Salubridad, el cual hasta la fecha se sigue publicando bajo el nombre de revista Salud Pública de México.¹⁵⁶ También, bajo las órdenes del doctor Liceaga y obra del ingeniero Roberto Gayol en 1895 se comenzó a edificar el Hospital de México que abrió sus puertas en 1905¹⁵⁷ y, hasta la fecha, sigue atendiendo a una población inmensa.

¹⁵⁴ *Ibidem*, p.294.

¹⁵⁵ *Idem*.

¹⁵⁶ *Idem*.

¹⁵⁷ Fierros Hernández, Arturo, *Concepto e historia de la salud pública en México*, Gaceta Médica de México, núm.150, 2014, p. 198.

Con la llegada del Porfirio Díaz al poder inició una etapa de claro oscuros. Algunos autores afirman que fue hasta esa época que inicia la historia de la salud pública en México.¹⁵⁸ Durante la segunda mitad del siglo XIX a nivel mundial se estaban generando grandes cambios, la población se concentró en grandes masas urbanas lo cual hizo que los retos de salubridad cambiaran de manera notable. Como lo dice el doctor Rodríguez: “La idea de salubridad nació en México, al igual que en Europa, como consecuencia del crecimiento de las ciudades, de la concentración demográfica y de las comunicaciones comerciales.”¹⁵⁹

En el porfiriato se dio un auge a las ideas de salud pública, pero estas nacieron de una manera particular. La higiene se entendía como un principio moralizador, la enfermedad se asociaba con la impureza, con el pecado. Es importante resaltar esto, ya que, en estas medidas, se observa claramente el control biopolítico que ejerce el gobierno sobre su población. Si bien es cierto que mejora la sobrevivencia de los individuos, también se crearon categorías útiles para el control de la población. Mucho se escribe sobre el positivismo como pilar del gobierno de Porfirio Díaz, pero la higiene como principio moralizador fue siempre una herramienta importante en el régimen. Las ideas de la salud y la higiene sirvieron para justificar las diferencias sociales y controlar a la población.

Con la crisis del gobierno de Porfirio Díaz llega el final del siglo XIX e inicia el siglo XX; en este siglo, la humanidad dio un salto enorme en términos de salud y bienestar, aunque también se comenzó a abrir una enorme brecha que perdura hasta nuestros días, en la que unos tienen acceso a todos los avances de la ciencia y otros siguen sin tener acceso a casi nada.

Tomando como base los avances logrados en materia de salud pública en el siglo XIX, se presentó una revolución en el diagnóstico y tratamiento de todo tipo de

¹⁵⁸ Tapia Conyer, Roberto, *Una visión crítica sobre la salud pública en México*, Gaceta Médica de México, núm. 152, 2016, p. 278.

¹⁵⁹ Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, *op. cit.*, p.5.

enfermedades, por supuesto que la salud pública también continuó desarrollándose, pero fue la salud individual la que se transformó por completo en el siglo XX. Con la aparición de los tratamientos antibióticos y, posteriormente, con los tratamientos antineoplásicos y el avance de las técnicas de imagenología, la medicina por primera vez se transformó en una ciencia y se separó por completo de la religión. Es cierto que el aumento de la sobrevivencia se debe principalmente a la salud pública, pero el cuidado médico de la salud individual ha transformado la vida de millones de seres humanos.

El siglo XX lleva a la humanidad a una nueva frontera en cuestiones de bienestar, muchos productos de consumo que antes estaba reservado a las élites ahora se vuelven accesibles para una parte cada vez mayor de la población, esto va desde una gran variedad de alimentos, medios de transporte, utensilios, electrodomésticos y aparatos de entretenimiento. Al mismo tiempo que los individuos cada vez tiene un acceso más amplio a diversas mercancías, el diagnóstico y tratamiento de miles de enfermedades se perfeccionan, pero también aumenta el precio del cuidado de la salud, por lo que comienzan a surgir nuevas categorías de desigualdad. A la lucha por el acceso a condiciones adecuadas de higiene y de salubridad se suma ahora la lucha por el acceso a los avances médicos.

Antes de llegar a la constitución de 1917, Benito Juárez y Porfirio Díaz presentaron dos grandes avances con respecto a la salud pública y el control biopolítico del gobierno sobre la población. Por una parte, el gobierno de Juárez le quitó la tutela a la Iglesia Católica en temas de salubridad y beneficencia, es cierto que el cambio fue mucho más lento de lo esperado, pero se dio el inicio de la supremacía del Estado en temas de salud. A partir de entonces será el gobierno el rector de la salud pública y poco a poco comenzará a tomar las atribuciones que había tenido la Iglesia Católica desde la conquista en materia de salud.

Con Porfirio Díaz se da un gran salto, la salud comienza a ser un tema prioritario para el gobierno, no sólo por conservar a la población, sino por un tema

de control social. Hasta hace poco era la iglesia la que decía que era bueno y malo en términos de su propia doctrina, es decir, que era pecado y que no. Ahora, el estado comienza a aplicar nuevas categorías que no desplazan a las ideas religiosas de inmediato, pero que poco a poco van dejándolas a un lado. Con Porfirio Díaz y el positivismo se comienzan a crear nuevas categorías que dividen a la población. A la salubridad se le da un tono moral. El pobre ya no sólo no tiene dinero, sino que no es higiénico y se comienza a teorizar sobre que es causa de que. ¿La falta de higiene es por la pobreza o los pobres son sucios porque quieren? Estas categorías discriminatorias permanecen hasta nuestros días, aunque han perdido fuerza. Es cierto que la esperanza de vida media en el país aumenta bajo el gobierno de Porfirio Díaz, pero también aumenta la desigualdad.

5.2 Segunda etapa: La Constitución de 1917 y hasta la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943).

El siglo XX, en México, inició de manera convulsa. Después de la Revolución Mexicana se celebró la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada el 5 de febrero de 1917.

El siglo XIX se caracterizó por un largo periodo de paz entre las potencias europeas, las cuales entre la caída de Napoleón en 1814 y la Primera Guerra Mundial casi no tienen enfrentamientos directos, exceptuando algunos conflictos menores como la Guerra de Crimea. En el período entre 1789 y 1848 el mundo se transforma de manera radical por lo que Eric Hobsbawm llama “la doble revolución”, la Revolución Francesa de 1789 y la Revolución Industrial británica.¹⁶⁰ Posterior a esa fecha inició otro proceso caracterizado por un poderoso impulso imperialista por parte de algunas potencias europeas que hacen que el sitio de enfrentamiento entre ellas salga de las fronteras de Europa y se transfiera a América, África y Asia, comenzando entonces una carrera industrial y comercial que culminará con los horrores de la Primera Guerra Mundial. Mientras que en México se luchaba en la

¹⁶⁰ Hobsbawm, Eric, *La era de la revolución*, Ciudad de México, Booklet, 1998, p. 1.

revolución, Europa se encontraban en guerra, pero la mayor tragedia de esa época no fue ni la Revolución Mexicana o la guerra mundial, sino la epidemia de Influenza que acabo con millones de personas en todo el mundo. Los grandes horrores de las guerras mundiales dejan a la humanidad grandes enseñanzas, entre los campos que más avanzó fue la medicina y la salud pública, ya que gracias a los inmensos sacrificios de millones de seres humanos de todas las nacionalidades, los científicos lograron comprender como se comporta el organismo humano en las peores condiciones de vida.

En la constitución mexicana de 1917 se observan muchos de los valores de las democracias europeas, en temas de salud y bienestar están plasmadas las ideas de seguridad social y las garantías constitucionales. En temas de salud, la Constitución también fue muy clara al señalar que el Estado debe de asumir la actividad rectora en cuestiones de salubridad y salud pública, idea que ya había defendido Benito Juárez en el siglo previo, pero que aún faltaban muchos años para que se consolidara. El control de la iglesia sobre las instituciones de salud a pesar de que se había combatido desde la época juarista era aún una realidad, sobre todo en cuestiones de salud mental.

En el texto original de la constitución de 1917, se incluye en el artículo 73 fracción XVI, el Consejo de Salubridad General, que sustituye al Consejo Superior de Salubridad y el cual se pone bajo las órdenes inmediatas del Presidente de la República sin intermediario alguno y cuyas disposiciones generales serían de carácter obligatorio. Hasta la fecha existe dicho Consejo y sus atribuciones son principalmente rectoras del Sistema Nacional de Salud. Dichas atribuciones se analizarán en el siguiente capítulo en el que se profundizará en las características del sistema.

Como consecuencia de incluir temas de sanidad pública en la constitución, se crearon diversas instituciones para atender los problemas de salud de la población. Se creó el Departamento de Salud Pública que fue el encargado de

aplicar la legislación sanitaria dentro del territorio. Desde la creación de este departamento comenzó el conflicto sobre la competencia en materia de salubridad entre las autoridades municipales, estatales y federales.

Otro tema muy importante que se incorporó en la Constitución de 1917 fue el relativo a la seguridad social. En el artículo 123 se especificaron las disposiciones para regular las condiciones de los trabajadores. Sin embargo, no se realizó ningún esfuerzo por armonizar el contenido del artículo 123 con el del artículo 73, por lo que desde que se publicó la constitución encontramos el problema de que el Sistema de Salud nace fragmentado, ya que por un lado tenemos las cuestiones de salud relacionadas con la seguridad social y por otra parte las relacionadas con el Consejo de Salubridad General, este problema, aunque ha cambiado, sigue estando presente.

Con la entrada en vigor de la Constitución se hicieron patentes varios problemas de salud. La diferencia en la atención de salud en la Ciudad de México con el resto del país, la necesidad de continuar con campañas de vacunación que comprendan todo el territorio nacional y continuar con la preparación de médicos para afrontar los problemas de salud pública en el país. En marzo de 1922 se fundó la escuela de salubridad que posteriormente se cambió por escuela de salud pública. Fue también a mediados de esa época que el presidente facultó al departamento de salubridad para organizar servicios de carácter federal en los Estados, con lo cual, se fortaleció la cooperación entre los gobiernos estatales y el federal.¹⁶¹

En 1936 se inició con el servicio social de pasantes, apoyado por el doctor Gustavo Baz Prada, director de la escuela de medicina de la UNAM. Con un convenio celebrado entre el Departamento de Salubridad y la Universidad Nacional Autónoma de México inicia el programa que hasta el día de hoy se mantiene vigente.¹⁶² Al principio la idea era que los estudiantes de medicina de la UNAM irían

¹⁶¹ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 45.

¹⁶² *Ibidem*, p. 47.

por un año a prestar prácticas profesionales a regiones remotas de México. Al inicio este programa fue un éxito debido a la escases de médicos en el país y a la gran calidad de los egresados de la Universidad. Se menciona este programa porque es otro ejemplo del control biopolítico del gobierno sobre su población, ya que en 1936 era necesario que pasantes atendieran a comunidades enteras, pero el día de hoy en que se reconoce el derecho a la protección a la salud, esta figura resulta anacrónica, ya que los médicos pasantes son obligados a desplazarse a regiones remotas sin los medios o la preparación necesaria a hacer frente a problemas de salud tanto individual como pública que requieren de grandes equipos médicos especializados. Además, de que esta práctica subraya las desigualdades de nuestro sistema de salud, ya que los mexicanos que tienen poder económico y viven en las grandes urbes son atendidos por médicos especialistas en hospitales privados. Los burócratas y trabajadores urbanos son atendidos en grandes hospitales con médicos familiares y especialistas y las personas más pobres. que viven en regiones remotas. son atendidas por médicos pasantes. Se pensaría que en más de ochenta años del programa ya se hubiera cerrado esta brecha, pero parece que no existe la voluntad para hacerlo, ya que resulta práctico y económico enviar a los pasantes a regiones remotas de manera obligatoria, casi sin sueldo, a atender a una población marginada. El servicio social en medicina, aunque ha cambiado mucho, es una muestra de los efectos perniciosos del control biopolítico del gobierno sobre la población.

En 1937, en época de Lázaro Cárdenas, se creó el Departamento de Asistencia Social el cual hacía un poco de todo, atendía mujeres, niños, ancianos, comidas gratuitas y tenía dispensarios.¹⁶³ En estos años también arribaron varios exiliados españoles de la Guerra Civil Española que trajeron a nuestro país ideas de vanguardias, entre los grandes médicos que llegaron a nuestro país se encuentra el médico Juan Negrín, fisiólogo de talla mundial y uno de los políticos más destacados del bando republicano, aunque en los años posteriores el gobierno de

¹⁶³ *Ibidem*, p. 48

Francisco Franco intentó por todos los medios posible calumniarlo y ensombrecer su reputación.

5.3 Tercera etapa: Inicia con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) hasta el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en 1983

“La década de los años cuarenta es especialmente importante en la historia de la salud pública mexicana. Por decreto presidencial se fusionaron el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) el 15 de octubre de 1943.”¹⁶⁴

El presidente Manuel Ávila Camacho fue el encargado tanto de crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como de fundar el Instituto Mexicano del Seguro Social, ambos en el mismo año de 1943. El primer secretario de la SSA fue el doctor Gustavo Baz y el primer subsecretario el doctor Manuel Martínez Báez.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) nació el día 19 de enero de 1943. Dicho instituto dió respuesta a la voluntad obrera consagrada en el artículo 123 de la Constitución y a partir de ese momento se convierte en la institución de seguridad social más grande de Latinoamérica hasta el día de hoy. El doctor Roberto Tapia con respecto a esto escribe: “En la década de 1940 se sentaron las bases del sistema de salud como actualmente lo conocemos, con la creación del IMSS; el departamento de salubridad se convirtió en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y surgieron los primeros Institutos Nacionales de Salud.”¹⁶⁵

Además, del nacimiento de la SSA y del IMSS, unos años antes, el 27 de febrero de 1941 se creó una institución llamada *The American British Cowdray Hospital*, en la Ciudad de México, la cual, desde ese momento se rigió por un

¹⁶⁴ Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, *op. cit.*, p. 299.

¹⁶⁵ Tapia Conyer, Roberto, *op. cit.*, p. 161.

patronato y se conformó como beneficencia privada.¹⁶⁶ Dicha institución remonta sus orígenes al año de 1886 en que se inauguró el Hospital Americano en la Ciudad de México. El día de hoy, el Hospital ABC, continúa existiendo y es un ejemplo del sector médico privado, aunque debemos de reconocer que la mayor parte de la medicina privada en nuestro país no se otorga en este tipo de hospitales de excelente calidad, sino que está compuesta por pequeñas clínicas de menos de diez camas y consultorios particulares anexos a farmacias.

Es en esta tercera etapa de la historia en la que se puede observar como se organizará el sistema de salud en nuestros días, por un lado tenemos al IMSS que representa al segmento de la atención médica por medio de la seguridad social a trabajadores asalariados. La SSA, a la que corresponde las instituciones de salud públicas para la población general y, también, tenemos a las instituciones de salud privada.. A parte de estos tres segmentos, existen los servicios de salud de las fuerzas armadas (Ejercito y Marina). Desde la década de los cuarenta se observa que el sistema de salud se encuentra fragmentado y centralizado.

La fundación del IMSS creó un cambio mayúsculo en la vida de millones de mexicanos, pero, por desgracia, padece algunos de los problemas propios del gobierno mexicano, uno de ellos es el centralismo. El IMSS creció de manera importante en nuestro país, pero se tardó en iniciar en el resto de las entidades federativas. En 1950 se construyó el hospital de La Raza. En esta época, después de terminada la Segunda Guerra Mundial y cuando la medicina mexicana se encontraba en una edad próspera, se comienza a pensar en la salud de las personas que no pueden acceder al IMSS debido a que no cuentan con los recursos necesarios. En esta época, la salud de los mexicanos mejora de manera dramática, el estar libres de guerra, contar con sistemas de agua potable, de sanidad, de vacunación y con un sistema de salud pública que, aunque aún era insuficiente y centralizado, ya llegaba a una parte importante de la población. En palabras del

¹⁶⁶ Fernández Vázquez, Juan Manuel, *Historia del Centro Médico ABC*, Anales Médicos, vol. 57, núm. 1, enero 2012, p. 70.

doctor Martínez Narváez: “El panorama epidemiológico había cambiado; en 1960, de las primeras causas de muerte solo tres eran de carácter infeccioso... La esperanza de vida en 1962 era ya del doble de la de 1900, pues ya alcanzaba los 62 años; en tanto que la mortalidad infantil había bajado de 223 por 100 nacidos vivos a 67.4.”¹⁶⁷

Antes de la década de los sesentas se presentó uno de los mayores logros de la medicina mexicana, en 1951 se registró el último caso de muerte por viruela. Por esas fechas, el IMSS fue creciendo y sus logros fueron irrefutables. Debido al buen desempeño de la institución se hicieron cambios en su ley orgánica para que pudiera brindar atención a la población que no tenía trabajo formal e incluso a las zonas marginadas en las que el trabajo aún se encontraba organizado de manera rudimentaria. Se dio origen y comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, el cual fue apoyado en parte por el IMSS y en parte por el presupuesto federal de manera directa. En 1979 dicho programa se transformó en IMSS-Coplamar y después en IMSS-Solidaridad. A partir de 2002 se le conoció como IMSS-Oportunidades.¹⁶⁸ Sobre este programa se hablará en el capítulo siguiente cuando se detalle la estructura del Sistema Nacional de Salud.

El crecimiento de la atención en salud fue impresionante, por primera vez en el país se tenía un sistema de salud nacional que, aunque era pequeño, crecía cada año. De 496 hospitales en 1930 se llegó al número de 3384 en 1960. En 1962 ya contaba con 5 institutos nacionales que se dedicaban a diversas áreas del conocimiento médico. Por desgracia, a partir de la década de los sesenta, el dinamismo en el campo de la salud que se vivió en los cuarentas y cincuentas se detuvo y, se comenzó a vivir un periodo de decadencia. Una muestra de esto es que como narra el doctor Martínez Narváez, cuando se creó la Subsecretaría de Planeación se detectaron hasta siete modelos locales de atención primaria de salud,

¹⁶⁷ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 55.

¹⁶⁸ Dávila Torres, Javier, *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud: situación actual, retos y propuesta política*, México, Fondo de Cultura Económica, p. 122.

los cuales no tenían relación entre ellos. “Estamos confundiendo la atención primaria con la atención primitiva.”¹⁶⁹

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), se creó en 1959. El ISSSTE al igual que el IMSS tiene como fundamento el artículo 123 de la Constitución Federal. En el año de 1959 se hicieron reformas al artículo 123 constitucional para incorporar el apartado B, en el cual se incorporaron diversas garantías a los trabajadores del Estado. La institución que le precedió fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de retiro, pero con la creación en 1938 de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) comenzó a formarse la idea de crear una nueva institución de seguridad social que atendiera de manera exclusiva a los trabajadores del Estado. Con la creación del ISSSTE se fragmentó aún más el sistema de salud, ya que en muchos lugares se tuvieron que duplicar servicios para atender por una parte a los trabajadores de manera general y en otra a los trabajadores del Estado. Es importante mencionar que si bien el IMSS y el ISSSTE son dos piezas claves del sistema de salud, sus funciones no terminan en la prestación de servicios de salud, ya que son fundamentalmente instituciones de seguridad social, las cuales abarcan además de las prestaciones médicas, prestaciones sociales, económicas y administrativas.

Además del IMSS y del ISSSTE surgieron también en esta etapa los servicios de Salud de Pemex. Javier Dávila Torres escribió que, en 1937, como consecuencia de un conflicto laboral entre los trabajadores y las empresas petroleras, el Presidente Lázaro Cárdenas decretó la expropiación petrolera creando Petróleos Mexicanos (PEMEX). En 1942 se firmó el primer contrato colectivo entre PEMEX y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana; en 1947 se creó el Departamento Central de Servicios médico y prevención social¹⁷⁰, con el cual

¹⁶⁹ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 57.

¹⁷⁰ Dávila Torres, Javier, *op. cit.*, p 126.

surgieron los servicios de salud exclusivos para trabajadores de PEMEX, lo cual llevó a que el sistema se fracturara aún más.

En la década de los sesenta y en pleno sexenio presidencial de Gustavo Díaz Ordaz se presenta uno de los mayores movimientos médicos de la historia de México. Enrique Krauze, en su libro, *La presidencia imperial* narra los siguiente:

“Frente a los sueldos y prestaciones que ofrecía el IMSS, las condiciones de los médicos del recién creado ISSSTE y otras dependencias oficiales como la SSA, dejaban mucho que desear. Dentro del gremio, el grupo de los residentes e internos era el más explotado; sin ser empleados de planta sino meros becarios se les hacía trabajar tres días sin interrupción con sueldos magros. Para colmo... corría el rumor que se les negaría la prestación tradicional de los días navideños en México: el aguinaldo.”¹⁷¹

Se creó entonces la Asociación Mexicana de Médicos Residentes (AMMR) y se decidió hacer presión con una huelga. Después se creó la Alianza de Médicos Mexicanos (AMM) y se convocaron marchas para defender los derechos de los médicos. Al principio, el presidente Díaz Ordaz desalojó a los médicos del Hospital 20 de noviembre y puso a trabajar, en su lugar, a personal militar, posteriormente los trató con un enorme desprecio cuando se lograron entrevistarse con él. Al final, se lograron algunos cambios gracias a las movilizaciones, pero este pasaje de la historia de México le dio a los médicos un curso de política que jamás han olvidado. Muchos médicos perdieron su carrera por las manifestaciones y huelgas y el gremio médico fue callado por una clase política que empezaba a dar claras muestras de represión y autoritarismo que, trágicamente, iban a desembocar en uno de los momentos más dolorosos de la historia de México, la masacre de Tlatelolco en 1968. En una de sus conclusiones el doctor Norberto Treviño, en su libro sobre el movimiento médico de 1964- 1965 escribe lo siguiente: “Han transcurrido 25 años. La clase médica quedó dispersa y aniquilada como factor de lucha social y laboral.

¹⁷¹ Krauze, Enrique, *La presidencia imperial*, México, Tusquets, 2007, p. 327.

No obstante que de manera paradójica está sólidamente estructurada en numerosos respetables organismos científicos, académicos, de bien ganado prestigio.”¹⁷²

Debido a desorganización que había reinado en los sesenta y setenta en el sector salud, en 1977 se creó la Subsecretaría de Planeación. Esta subsecretaría intentaría llevar a cabo una planeación que integrara tanto el nivel federal como el estatal utilizando métodos y técnicas de vanguardias. Los diagnósticos señalaron que las duplicaciones, la insuficiencia de cobertura, los desequilibrios de calidad, la pauperización de la atención primaria, la administración insuficiente, las lagunas en la información y la ausencia de políticas efectivas para el desarrollo del sector.¹⁷³ Fue con base en estos estudios y en otros marcadores que poco a poco se fueron dando las condiciones adecuadas para hacer una transformación del sector salud del país.

Por lo tanto, antes de que se diera el cambio estructural de 1983 en el sector salud, se tenía un sistema de atención médica y prevención que había crecido de manera exponencial y que había cambiado por completo la vida de los mexicanos, dicho crecimiento que había comenzado en la década de los cuarenta se desaceleró en la década de los sesenta y para los ochenta el sector salud se encontraba en una situación de estancamiento. Los retos que aún quedaban pendientes de resolver eran el centralismo, la desigualdad en la atención en las diferentes regiones del país y poco a poco fue quedando de manifiesto que tener un sistema de salud con tantas instituciones era demasiado oneroso para el país. Al principio de la década de los ochenta en México, existían hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hospitales de las Secretarías de Salud de cada entidad federativa, hospitales del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR y privados. Por lo que en las grandes ciudades era común tener hospitales, espalda con espalda, que se dedicaban a atender a diferentes sectores de la población, mientras que en otras

¹⁷² Treviño Zapata, Norberto, *El movimiento médico en México 1964- 1965*, México, UNAM, 1989, p. 157.

¹⁷³ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 65.

entidades federativas o municipios no teníamos siquiera centros de salud. Antes de 1980, el Sistema de Salud creció y dio cobertura a millones de mexicanos, pero la calidad de dicha cobertura era muy heterogénea y también dejaba a millones sin atención alguna. Hasta la fecha, no se ha podido revertir las tendencias que se venían formando desde esta etapa y aún existen estas grandes desigualdades.

5.4 Cuarta etapa: Inicia con el reconocimiento del derecho a la protección de la salud en 1983 hasta nuestros días

La etapa anterior abarca el periodo de 1943 a 1983, es decir, cuarenta años de historia. En forma esquemática se puede decir que los primeros veinte años son de crecimiento y los segundos veinte son de estancamiento e incluso declive en los servicios de salud nacionales. Esta nueva etapa que se abre en 1983 se da en un ambiente particular. El presidente electo, Miguel de la Madrid Hurtado, acababa de iniciar su sexenio en diciembre de 1982 y el país se encontraba en una de sus peores crisis económicas. Con la presidencia de Miguel de la Madrid inicia el neoliberalismo en México y una serie de reformas que van a transformar a muchas de las instituciones nacionales, el sector salud no es la excepción.

El Secretario de Salud en el este sexenio fue el doctor Guillermo Soberón, quien fuera rector de la UNAM y un médico con un gran prestigio internacional. Antes de 1983, al doctor Soberón se le puso al frente de la Coordinación de los Servicios de Salud, que tenía como tarea analizar y proponer opciones de que permitieran alcanzar un mayor grado de integración y equidad dentro del sistema de salud.¹⁷⁴ El resultado de dicho estudio fue la publicación de un libro titulado *Hacia un Sistema Nacional de Salud* el cual planteaba los problemas de salud de nuestro país y sugería diversas soluciones.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Soberón Acevedo, Guillermo, *el médico, el rector*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 321.

¹⁷⁵ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 69.

Después de entregar su diagnóstico sobre la situación y el tratamiento sugerido, al doctor Soberón se le nombró Secretario de Salud y se le dió la ambiciosa tarea de llevar a cabo el llamado “cambio estructural”.

Para entender el cambio estructural, la mejor fuente de información es la bibliografía del mismo doctor Soberón, quien en 1987 publicó, en la revista de Salud Pública, un par de artículos en los que explicó en que consiste dicho cambio. Además, en el libro titulado: el médico, el rector, publicado por el Fondo de Cultura Económica el Doctor Soberón comentó como eran los tiempos y las condiciones cuando se inició dicho cambio.

El doctor Soberón escribió: “Se estableció la Coordinación de servicios de Salud de la Presidencia de la República con la misión expresa de definir los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios públicos de salud en un sistema nacional, que diera cobertura a toda la población.”¹⁷⁶

En pocas palabras, el doctor Soberón nos da mucha información, en primer lugar, nos explica que la Coordinación que se creó en 1982, un año antes del cambio de presidente, fue con la intención de articular un Sistema Nacional de Salud, el cual tendría como fin dar cobertura a toda la población. Estos puntos son muy importantes, ya que son con las reformas de 1983 cuando podemos comenzar a hablar de un Sistema Nacional de Salud en México y, desde el inicio, la finalidad de este ha sido la cobertura universal de la población, objetivo que hasta la fecha no se ha cumplido.

En el mismo texto explica de donde viene esto de llamar a las reformas de 1983 en materia de salud como cambio estructural. Según lo escrito por el doctor Soberón, el cambio estructura era una de las dos grandes estrategias del Plan

¹⁷⁶ Soberón Acevedo, Guillermo, El cambio estructural. I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud. México 1987, Salud Pública, Vol 29, p. 128.

Nacional de Desarrollo presentado por el presidente Miguel de la Madrid junto con la reordenación económica. Por lo que se concluye que el término cambio estructural es algo más amplio que solamente la articulación del Sistema Nacional de Salud, era una estrategia que abarcaba muchas instituciones nacionales y no sólo la salud. La otra estrategia que se menciona en el Plan Nacional de Desarrollo es la reordenación económica, en la que muchos ven el inicio de las ideas neoliberales en México.

Con el cambio estructural se da inicio a una nueva etapa en la relación Estado y Salud en México, se crea el Sistema Nacional de Salud que pretende armonizar los programas de servicios de salud que realiza el Gobierno del Distrito Federal con los de los gobiernos de los Estados y los sectores social y privado, a fin de dar efectividad al derecho a la protección de la salud.¹⁷⁷ Las funciones del Sistema serían tres: Atención médica, salud pública y asistencia social. Para la actuación del Sistema se trazaron cinco estrategias: la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.¹⁷⁸

Hasta antes de las reformas de 1983, los servicios de salud en México estaban dispersos, eran heterogéneos y cada una de las entidades federativas prestaba diversos servicios, los cuales no estaban coordinados. Con el cambio estructural se comenzó a hablar de la Secretaría de Salud, la cual comenzó a desarrollarse en un órgano rector del sistema y no tanto a operar servicios de salud.

En 1986 se creó el Consejo Nacional de Salud¹⁷⁹ el cual serviría como instancia de coordinación de la programación, presupuestación y evaluación de la salud pública. Por lo tanto, la Secretaría de Salud como autoridad federal tendría una función de conducción en temas de investigación, desarrollo, planeación, regulación sanitaria y servicios de salud y la operación de los mismos se encargaría

¹⁷⁷ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 132.

¹⁷⁸ Idem.

¹⁷⁹ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 136.

a diferentes sectores como son el IMSS, ISSSTE y los servicios estatales de salud.¹⁸⁰

El cambio estructural en salud que inició en 1983 tuvo como fundamento legal el reconocimiento del derecho a la protección de la salud. Para esto se tuvieron que hacer modificaciones tanto a la Constitución Federal como a diversos ordenamientos federales. Antes de la reforma constitucional, la materia de salubridad estaba regulada únicamente por el artículo 73 fracción XVI de la Constitución y el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1973.¹⁸¹ El primer paso del cambio jurídico fue la reforma a Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que otorgó, en su artículo 39, nuevas atribuciones a la Secretaría de Salud, sobre todo, en lo relativo a conducir la política nacional en materia de salubridad.¹⁸² También se reformaron las leyes del IMSS y del ISSSTE para hacer más fácil la cooperaciones de estas instituciones con la Secretaría de Salud. El cambio más importante por supuesto se dio el 3 de febrero de 1983, cuando se agregó al artículo 4 de la Constitución el derecho a la protección de la salud.

Como consecuencia de dicha reforma constitucional se emitió la correspondiente ley reglamentaria; la Ley General de Salud se publicó un año después, el 7 de febrero de 1984 y, entró en vigor el 1 de julio de ese mismo año.

Con la Ley General de Salud se crearon sus 6 reglamentos, lo cual fue un avance, ya que el anterior Código Sanitario tenía más de 50. Otro aspecto importante fue que la Ley General de Salud le confirió a la Secretaría de Salud la facultad de dictar normas técnicas. Actualmente se cuentan con más de doscientas Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con temas sanitarios.

¹⁸⁰ *Ibidem*, p. 138.

¹⁸¹ Soberón Acevedo Guillermo, *El cambio estructural. II. El sustento jurídico del cambio estructural*. México 1987, Salud Pública, Vol 29, p. 144.

¹⁸² *Idem*.

El cambio estructural, aunque fue celebrado por muchos, existieron voces disidentes que hablaban de los riesgos del mismo. Un claro ejemplo de estas dos visiones antagónicas es, por un lado, el libro Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, el cual fue publicado por la editorial Miguel Ángel Porrúa en 1983 y en cual figuras de la talla de Diego Valadéz, José Francisco Ruíz Massieu y el mismo Guillermo Soberón escriben grandes loas sobre el cambio estructural, siendo la única voz crítica en dicho texto la del gran sociólogo mexicano Marcos Kaplan; quien, con una gran agudeza nos advirtió de los riesgos de seguir los modelos de las grandes potencias occidentales, porque aunque parezcan atractivos es probable que no sean adecuados para nuestra realidad, además, en dicho texto nos advierte sobre la medicina de indicadores, la cual, el día de hoy, es una realidad y en la cual parece que se tratan indicadores estadísticos más que personas.

Del otro lado de esta visión triunfalista del libro Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, encontramos las posturas de algunos intelectuales que presentaban reservas sobre lo que en realidad significaba el cambio estructural, ya que como menciona la doctora Catalina Eibenschutz, el cambio estructural en salud si bien era una reorganización de los servicios de salud, era también una política que tenía tintes neoliberales y que tendía a la privatización de los servicios médicos. En uno de sus artículos la doctora Eibenschutz concluyó:

“El resultado del gobierno de Miguel de la Madrid... termina con una gran crisis en el sector salud, que se puede resumir de la siguiente manera: polarización epidemiológica, aumento de la inequidad de los servicios, disminución en su calidad, de las denuncias de la población en cuanto o costos y calidad de la atención, aumento significativo de los servicios de salud privados y participación creciente de seguros médicos privados.”¹⁸³

¹⁸³ Eibenschutz, Catalina, *Historia de la Política Sanitaria en México*, México, Política y Salud. No. 10, 1992, p. 159

Es importante mencionar este choque entre dos visiones opuestas, ya que en el conflicto se observan dos grupos, uno cercano al gobierno y compuesto por académicos del Instituto Nacional de Salud Pública y la Institución Privada FUNSALUD que apoyan las medidas y, otro contrario a la postura oficial, e integrado por académicos de la maestría de Medicina Social de la UAM-Xochimilco. Este conflicto se va a volver a presentar con la introducción del Seguro Popular en el año 2004. Por último, es importante mencionar que con la llegada de Andrés Manuel López Obrador a la presidencia, el grupo de la UAM que hasta el momento era disidente, ahora es el que genera la postura oficial y, el otro grupo, la cuestiona.

Después del sexenio de Miguel de la Madrid inicia un periodo en el que: “poco es destacable de las siguientes administraciones de la Secretaría de Salud.”¹⁸⁴ Según la doctora Eibenschultz, se continúa con el modelo neoliberal y, por lo tanto, aumenta la privatización del sector salud. A pesar de los logros en el área de la descentralización de los servicios de salud, poco se hizo en los sexenios posteriores para apoyarla. Se creó la Comisión Federal para la protección contra riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y desaparecieron las áreas de regulación y control sanitario de productos y servicios.

Otra institución que nació en estos años fue la CONAMED en 1996. Fue hasta el año de 2004 en que se le dio un nuevo impulso al sector salud durante la presidencia de Vicente Fox Quezada en el que se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo financiero el Seguro Popular. De nueva cuenta, dicho sistema se encontró en medio de una pugna ideológica entre bandos, por lo que evaluar su utilidad resulta complicado. Lo que sí resulta evidente, por desgracia, es que gran parte del dinero que se destinó a este sistema terminó alimentando uno de los mayores males de nuestro país, la corrupción. Incluso el escritor y periodista Ricardo Raphael en dos columnas publicadas en el diario El Universal en agosto de 2017 comienza diciendo: “ pronto tendremos que reconocer que el seguro popular fue uno de los mayores fraudes que la política haya entregado a los mexicanos.”

¹⁸⁴ Martínez Narváez, Gregorio, *op. cit.*, p. 81.

Entre 2015 y 2016 las irregularidades del Seguro Popular sumaron más de 19 mil millones de pesos, cada año se reportaban cifras de irregularidades que resultaban increíblemente altas. El gobierno del presidente López Obrador tomó la decisión de desaparecer el Seguro Popular y en su lugar se propone crear el Instituto de Salud para el Bienestar, lo cual, se analizará en el capítulo siguiente.

Para terminar con este capítulo se hablará, a grandes rasgos, sobre la actualidad y para ello se utilizarán las estadísticas de la OCDE sobre salud.

Al analizar los datos de la OCDE, se advierte que México parece pertenecer a otra realidad que el resto de los países miembros. Esto no sólo en relación con los países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra y los Países Bajos, incluso comparado con países como Irlanda, Turquía y Eslovenia, nuestro país queda mal parado. El doctor Julio Frenk Mora (Secretario de salud nacional 2000-2006), en un libro que busca explicar el sistema de salud para el público general¹⁸⁵, escribe que entre los años 2000 y 2006 el gasto en salud total como porcentaje del PIB (Producto Interno Bruto) creció de 5.6% a 6.5%, porcentaje que no coincide con lo reportado por la OCDE (4.98% en 2000 a 5.74% en 2006), pero cuya diferencia probablemente se trate sólo de variación entre las fuentes utilizadas¹⁸⁶.

Lo que llama la atención son los ejemplos que utiliza a continuación para comparar el desempeño de México. El doctor Frenk recurre a los casos de Corea del Sur y Polonia (ambos miembros de la OCDE) que invertían en el año 2006, respectivamente, 6% y 6.2% de su PIB (cifras que sí concuerdan con lo reportado con la OCDE para 2006: Corea 6.11% y Polonia 6.2%). El doctor, en su libro, pone a México sobre Polonia y Corea (aunque la OCDE lo sitúe por debajo de ambos países), pero si se lleva esa comparación a la actualidad, observamos que Corea

¹⁸⁵ Frenk Mora, Julio, Gómez Dantés Octavio, *El sistema de salud en México*, México, Nostra ediciones, 2008.

¹⁸⁶ En el libro del Doctor Julio Frenk no se especifica la fuente utilizada. Aclaro que el número reportado (gasto total en salud como porcentaje del PIB de México de 2000 a 2006) no coincide con lo publicado por el Banco Mundial ni con la OCDE para esas fechas.

en 2012 invirtió 7.63% de su PIB y Polonia 6.76% del PIB, mientras que México invirtió sólo 6.16%, es decir, es el único de los tres países (siguiendo las estadísticas del doctor. Frenk) que ha disminuido su gasto en salud.

Tabla 1. Comparación del gasto total en salud como porcentaje del PIB.

	2000	2006	2012
México	5.6% (4.9%)	6.5% (5.7%)	6.16%
Corea del Sur	–	6%	7.63%
Polonia	–	6.2%	6.76%

Continuando con el análisis del gasto de salud total entre los países de la OCDE, si se comparan las estadísticas de los 34 países disponibles en 2012 para gasto total en salud como porcentaje del PIB, se observa que México ocupa el lugar 32 de 34, sólo por encima de Estonia y Turquía¹⁸⁷. Ahora, si sólo se toma en cuenta el gasto público en salud en lugar del gasto total, ambos países superan a México (Estonia 4.63% y Turquía 4.14%, México 3.12%), por lo que es factible concluir que México tiene un mayor gasto en salud que Estonia y Turquía sólo gracias a su gasto privado (es decir, aquel gasto en salud que sale directamente de los bolsillos de los usuarios del sistema de salud). Si se lleva un poco más allá la comparación entre estos tres estados, vemos que en Turquía 76.8% del gasto total en salud es público y en Estonia es 78.7%, mientras que en México sólo se destina 50.6%. Estas cifras son alarmantes, ya que por gasto total parecería que México invierte más en salud que los países antes mencionados, pero por desgracia, el gasto privado en salud en México (como porcentaje del gasto total) es el tercero más alto en la lista de la OCDE, sólo por debajo de Estados Unidos 52.4% y Chile 50.8% (México 49.4%).

Para conocer que tan grande es el hoyo en que nos encontramos, es necesario que se compare un último indicador entre Estonia, Turquía y México: el gasto público en salud per cápita. En esta categoría, México ocupa el lugar 33 de

¹⁸⁷ En la base de datos del Banco Mundial, México en esta misma categoría México ocupa el lugar 105 de 150 países. Se encuentra entre Nigeria y Burkina Faso.

34. Su gasto es de 419 dólares/cápita, mientras que el de Turquía es de 559 dólares/cápita y el de Estonia es de 888 dólares/cápita. Es ocioso comparar en esta categoría a México con países como Noruega (4090 dólares/cápita) o Alemania (3064 dólares/cápita). Lo que reflejan estas estadísticas es que en salud, los mexicanos se encuentran en un mundo muy diferente al del resto de la OCDE¹⁸⁸. Desde el punto de vista del gasto público parece que México tiene un problema; este es demasiado escaso. Si se observa que propone el Programa sectorial de Salud 2013- 2018, en ningún punto se menciona aumentar el gasto en salud, pero en su segundo punto dice: “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.”¹⁸⁹ Esto parece ser a la vez una meta bastante ambiciosa, pero también ambigua. Podríamos hacer un libro discutiendo sobre lo que entendemos por “acceso efectivo” y por “calidad”, pero es más adecuado hacer las preguntas: ¿Se puede hablar de calidad en el sistema de salud cuando tenemos un gasto público tan bajo?

CAPÍTULO 6: El Sistema Nacional de Salud en México

En el libro del doctor Jorge Fernández Ruiz titulado *Servicios públicos de salud y temas conexo* se menciona con respecto a la definición de sistema lo siguiente: “el sistema incluye no sólo a sus componentes, sino que también incluye las interrelaciones entre ellos, por lo tanto, un sistema no es cualquier conjunto de elementos, sino un conjunto cuya esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes.”¹⁹⁰

¹⁸⁸ México es comparado en este apartado con Estonia y Turquía, pero la comparación es incidental, ya que el único criterio que se usó para establecer esta comparación es que estos son los tres países que menos porcentaje del PIB invierten en salud en la OCDE (ya vimos que en porcentaje del PIB en inversión pública en salud, México es el último lugar). Es importante detenernos a ver qué tan grandes son estas tres economías: México, según el PIB nominal, es la economía número 15 del mundo, Turquía es la 18 y Estonia es la 105. Aun así, Estonia y Turquía invierten más (inversión pública) en salud y su inversión per cápita es mayor que la de México.

¹⁸⁹ Disponible en: <www.portal.salud.gob.mx> [20-octubre-2019]

¹⁹⁰ Fernández Ruiz, Jorge, *Servicios públicos de salud y temas conexos*, México, Porrúa, 2006, p. 15.

En el mismo texto se comentó que para el doctor Julio Frenk todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población. Esta interacción se caracteriza por diversas dimensiones de complejidad.”¹⁹¹

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se articuló durante la presidencia de Miguel de la Madrid (1982-1988). Antes de la reforma de 1983 y el cambio estructural en salud existían diversas instituciones públicas y privadas que brindaban servicios de salud a la población, pero estos servicios eran heterogéneos en calidad, precio, población atendida y distribución geográfica. Por lo que con la puesta en marcha del SNS se crearon normas comunes para el funcionamiento y coordinación de las diferentes instituciones de salud. Actualmente al Sistema Nacional de Salud se define en el artículo 5 de Ley General de Salud (en adelante LGS) de la siguiente manera:

ARTÍCULO 5. *El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.*

Con relación a los actores del Sistema, el artículo 34 establece quienes forman parte de este:

ARTÍCULO 34. *Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:*

- I. Servicios públicos a la población en general;*
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;*
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y*
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.*

De este artículo se concluye que existe un sector público que presta servicios de salud a diferentes poblaciones y un sector privado. Por último, en cuanto a los

¹⁹¹ Idem.

órganos rectores del Sistema, el artículo 7 de la LGS establece que la coordinación del Sistema estará a cargo de la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 7. *La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud.*

6.1 Órganos rectores

El fundamento constitucional del Sistema Nacional en Salud se encuentra en el cuarto párrafo, del artículo cuarto, en donde se está reconocido el derecho a la protección de la salud. El otro fundamento del sistema lo encontramos el artículo 73 constitucional en donde se menciona que el Congreso tiene facultades para dictar leyes en materia de salubridad y se establece el Consejo de Salubridad General y sus atribuciones.

Como se comentó en los capítulos previos, la Ley General de Salud es la Ley reglamentaria del párrafo cuarto, artículo 4. En dicha ley se establece cuáles son las autoridades en materia de salud en la República:

Artículo 4. *Son autoridades sanitarias:*

I. El Presidente de la República;

II. El Consejo de Salubridad General;

III. La Secretaría de Salud, y

IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

El presidente de República ejerce su autoridad en parte a través del Consejo de Salubridad General:

6.1.1 Consejo de Salubridad General

Desde la promulgación de la Constitución en 1917, se creó el Consejo de Salubridad General, el cual estaba bajo las órdenes directas del ejecutivo y tenía atribuciones muy específicas.

Artículo 73. *El Congreso tiene facultad:*

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

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

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

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

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

En el artículo 15 de la Ley General de Salud se encuentra normado como se integra el CSG:

1. Presidente: Secretario de Salud.
2. Un secretario.
3. Tres vocales titulares: Dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía.
4. Los vocales que su propio reglamento determine.

- En este punto, el Reglamento interno del Consejo de Salubridad General establece en su artículo 3 que los vocales serán los siguientes:
 - Los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - El Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México
 - Los directores generales del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional
 - Los presidentes de las academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía
 - Un representante con nivel de subsecretario de las Secretarías de Desarrollo Social y de Medio Ambiente y Recursos Naturales
 - Un representante de la Secretaría de Educación Pública, que será el director general del Instituto Politécnico Nacional
 - Un representante de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, AC
 - El Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, AC.

El Consejo General de Salud está integrado por algunos de los actores más importantes del sector salud en México. En cuanto a sus atribuciones, además de las establecidas en el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución en el artículo 17 de la LGS y en el artículo 5 del Reglamento Interno del Consejo se establecen las atribuciones del consejo:

Artículo 17. Compete al Consejo de Salubridad General:

- I. Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan;
- II. Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga;
- III. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud;
- IV. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;
- V. Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del sector salud;
- VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud;
- VII. Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud;
- VII bis. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distinguen por sus méritos a favor de la salud, y;
- VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas, y
- IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.

Artículo 5. Al Consejo le corresponde:

- I. Contribuir a la definición de las políticas de salud de la Administración Pública Federal;
- II. Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal, tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud;
- III. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas;
- IV. Expedir disposiciones en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia, para su observancia en todo el territorio nacional;
- V. Determinar modificaciones a las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos;
- VI. Adicionar las listas de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga;

- VII. Determinar la lista de problemas de salud prioritarios, incluyendo enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, lesiones y factores de riesgos;
- VIII. Opinar respecto de los programas y proyectos de investigación científica, y de formación de recursos humanos en el campo de la salud;
- IX. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud;
- X. Elaborar, publicar, actualizar y difundir el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles;
- XI. Elaborar, publicar y mantener actualizado el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables;
- XII. Promover y desarrollar las acciones que sean necesarias para la certificación y, en su caso, certificar la calidad de los establecimientos de servicios de salud;
- XIII. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distinguen por sus méritos a favor de la salud;
- XIV. Operar y resguardar la base de datos relativa a la información sobre precursores químicos y productos químicos esenciales;
- XV. Expedir los acuerdos necesarios sobre los asuntos de su competencia;
- XVI. Crear comisiones y comités para estudiar y atender los distintos ámbitos de la salud, y
- XVII. Las demás que le otorguen otras disposiciones aplicables.

De la lectura de los artículos en comento se puede concluir que las atribuciones del Consejo son tanto consultivas como ejecutivas. En cuanto al modo de funcionar, según lo dispuesto en el artículo 21 del reglamento, el consejo tiene sesiones ordinarias cada cuatro meses y extraordinarias, por convocatoria de su presidente o a propuesta de cinco de sus miembros titulares.

Actualmente, el Consejo tiene su sede en la Ciudad de México en la calle de Lieja Número 7, en la demarcación territorial Cuauhtémoc.

6.1.2 Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es una institución que tiene como finalidad la coordinación para la programación, presupuestación y evaluación de la salud pública. Se estableció por primera vez por acuerdo del Ejecutivo publicado el 25 de marzo de 1986 y es una de las instituciones que se crearon partir del cambio estructural de 1983. El 27 de enero de 1995 se reformó dicho consejo y en mayo de 2019 se abrogaron las reglas del consejo y se aprobaron nuevas, las cuales fueron publicadas el 3 de mayo de 2019.

Como se establece en el artículo 1 del acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud, este es una instancia permanente de coordinación de las autoridades de salud de la Federación, las entidades federativas y la Ciudad de México para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República. El cual está integrado por:

Artículo 2:

- I. El Secretario de Salud, quien lo presidirá;
- II. Los titulares de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y el de los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, mientras estos servicios no se descentralicen, y
- III. Los titulares de los Servicios Estatales de Salud que invite el Secretario de Salud mediante los conductos oficiales, a través de los gobernadores de las entidades federativas.

En el artículo 3 del acuerdo en comento se establece las atribuciones del Consejo:

Al Consejo Nacional de Salud le corresponde:

- I. Consolidar el Sistema Nacional y apoyar los Sistemas Estatales de Salud;
- II. Consolidar el proceso de descentralización a los Estados, de los servicios de salud para población abierta;
- III. Proponer lineamientos para la coordinación de acciones de atención en las materias de salubridad general;
- IV. Unificar criterios para el correcto cumplimiento de los programas de salud pública;
- V. Opinar sobre la congruencia de las acciones a realizar para la integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud, de conformidad con las disposiciones en materia de planeación y su coordinación eficiente con el Sistema Nacional de Salud;
- VI. Llevar el seguimiento de las acciones derivadas del programa de descentralización;
- VII. Apoyar la evaluación de los programas de salud en cada entidad federativa;

- VIII.** Fomentar la cooperación técnica y logística entre los servicios estatales de salud en toda la República;
- IX.** Promover en las entidades federativas los programas prioritarios de salud;
- X.** Inducir y promover la participación comunitaria y social para coadyuvar al proceso de descentralización;
- XI.** Estudiar y proponer esquemas de financiamiento complementario para la atención de la salud pública, y
- XII.** Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

El consejo sesionará por lo menos cuatro veces al año en sesiones ordinarias y cuantas veces sea necesarias por cuestiones de la gravedad o urgencia de los asuntos que se presenten en sesiones extraordinarias. La principal finalidad de este consejo es la coordinación entre el poder federal y las entidades federativas en cuestiones de salud.

6.1.3 Secretaría de Salud (SSA)

La Secretaría de Salud adquirió dicho nombre después del cambio estructural. Anteriormente, se conocía con Secretaría de Salubridad y Asistencia. El cambio estructural de 1983 tenía como una de sus estrategias fundamentales, lograr la descentralización de los servicios de salud, es decir, que las diversas entidades federativas e incluso los municipios tuvieran órganos administrativos con autonomía técnica para el uso del presupuesto y la toma de decisiones. Con la descentralización se esperaba que la Secretaría de Salud Federal conservara sus funciones de política nacional, como ejercer de autoridad sanitaria federal, promover y vigilar la coordinación intersectorial, velar por el cumplimiento de los objetivos de salud, crear normatividad y evaluar. Era importante que la Secretaría de Salud Federal se apartara lo más posible de la operación de los servicios de salud, excepto por los institutos nacional, el resto de los servicios deberían ser operados por las autoridades locales e incluso las municipales.

En la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en el artículo 39 se establecen las atribuciones de la Secretaría de Salud:

Artículo 39.- A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

I. Elaborar y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos, servicios médicos gratuitos universales y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;

II. Crear y administrar establecimientos de salud, de asistencia pública, de medicina tradicional complementaria y de formación de recursos humanos en salud, priorizando la movilidad y accesibilidad;

III.- Aplicar a la Asistencia Pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública; y administrar el patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, en los términos de las disposiciones legales aplicables, a fin de apoyar los programas de servicios de salud;

IV.- Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada, en los términos de las leyes relativas, e integrar sus patronatos, respetando la voluntad de los fundadores;

V.- Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

VI. Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y proveer la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Asimismo, propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en dicho sistema y determinará las políticas y acciones de concertación entre los diferentes subsistemas del sector público;

VII.- Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud;

VIII.- Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de Salubridad General, incluyendo las de Asistencia Social, por parte de los Sectores Público, Social y Privado, y verificar su cumplimiento;

IX.- Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la República;

X. Dirigir acciones de inspección médico sanitaria, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana;

XI. Dirigir acciones de inspección médico sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar a la salud humana; Fracción reformada DOF 30-11-2018

- XII.- Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas;
- XIII.- Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario;
- XIV.- Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana;
- XV.- Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra;
- XVI.- Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;
- XVII.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se relaciona con la previsión social en el trabajo;
- XVIII.- Administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, exceptuando aquellos que se relacionan exclusivamente con la sanidad animal;
- XIX.- Organizar congresos sanitarios y asistenciales;
- XX.- Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal;
- XXI.- Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General;
- XXII.- Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento,
- XXIII.- Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados;
- XXIV. Elaborar y conducir políticas tendientes a garantizar acceso a los servicios de salud para las personas que no sean beneficiarios o derechohabientes de alguna institución del sector salud;
- XXV. Elaborar y conducir la política para la producción nacional de medicamentos u otros insumos para la salud;
- XXVI. Promover acciones de coordinación con otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para abordar conjuntamente los determinantes sociales de la salud;
- XXVII. Los demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos

De la lectura del artículo transcrito, se concluye que la Secretaría de Salud tiene principalmente funciones de conducción y coordinación en materia de salud. Para comprender su funcionamiento es necesario referirnos al capítulo cuarto y quinto del presente estudio, ya es fundamental entender la concurrencia de facultades entre la Federación y las entidades federativas en materia de salud, así como la historia de la misma.

6.2 El subsistema público

En la obra *La atención médica irregular*, se menciona que el sector público: “comprende a las instituciones y programas que prestan servicios de salud a la población que no cuenta con seguridad social y a las instituciones de seguridad social que prestan servicios de salud a sus derechohabientes.”¹⁹²

6.2.1 Secretarías de Salud de los Estados

Para abordar este tema es necesario volver a retomar el tema del cambio estructural en salud de 1983. Como se mencionó en diversas ocasiones, la descentralización fue una de las estrategias básicas del Sistema Nacional de Salud. Como consecuencia de esta descentralización, la Secretaría de Salud Federal se quedaría como órgano rector y coordinador de los servicios de salud a nivel federal y cada una de las entidades federativas debería de contar con una secretaría estatal autónoma, encargada de la administración del presupuesto, de los programas y la operación de los servicios de salud.

Por lo tanto, cada una de las entidades federativas cuenta con una secretaría de salud local y una ley de salud. En el caso de la Ciudad de México, existe la Ley de Salud para el Distrito Federal, la cual fue promulgada en el año de 2009 y que, por ejemplo, en su artículo séptimo establece que las autoridades sanitarias en el

¹⁹² Cid Cabello, Monserrat, *La atención médica irregular. El caso del IMSS*, México, Tirant lo blanch, 2018, p. 24.

son: El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a quien corresponde la aplicación de esta Ley. Dichas facultades podrá delegarlas en sus órganos administrativos, el titular de la Secretaría Federal, exclusivamente en el ámbito de la distribución de competencias establecido en la Ley General. El titular de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, y el titular de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno del Distrito Federal.

La materia de salubridad es concurrente, por lo que es común que se firmen acuerdos de cooperación entre los diferentes órdenes de gobierno para brindar servicios de salud y medidas de salubridad en general. Otro tema importante es el referente al Sistema de Protección Social en Salud. Dentro de dicho Sistema, que se puso en marcha desde 2004, se tenía al Seguro Popular, el cual más que una institución de prestación de servicios de salud era un mecanismo financiero para distribuir los recursos económicos a las diferentes entidades federativas, por lo que cuando se aborde el tema de Seguro Popular se regresará a las Secretarías de Salud de las entidades federativas, ya que uno de los grandes problemas que intentó solucionar el Seguro Popular es la desigualdad en términos de acceso a la salud en las diferentes entidades federativas, desigualdad que se reflejaba en indicadores tan importantes como esperanza de vida al nacer y muertes infantiles.

6.2.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En el capítulo anterior se mencionó que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó en 1942 con la publicación de la Ley del Seguro Social en el sexenio presidencial de Manuel Ávila Camacho. A pesar de que el IMSS brinda servicios de salud, se debe recordar que la Seguridad Social es un concepto que va más allá de la prestación de servicios de Salud, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la define como:

“La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales

que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.”¹⁹³

Por lo tanto, los servicios de salud del instituto es sólo uno de los múltiples rubros en los que tiene participación. Por ejemplo, en el artículo 11 de la Ley del Seguro Social, se establece que con respecto al régimen obligatorio se comprenden los seguros de riesgos de trabajo, enfermedad y maternidad, invalidez, vida, retiro, vejez, guarderías y prestaciones sociales.

La naturaleza del IMSS según el artículo 5 de la Ley del Seguro Social es de organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonios propios, de integración operativa tripartita, el cual también tiene el carácter de organismo fiscal autónomo.¹⁹⁴

La estructura orgánica del IMSS está establecido dentro de la misma Ley del Seguro Social, en resumen, el Instituto tiene diversos órganos que se dividen en: superiores, normativos, internos de control y desconcentrados administrativos. De importancia, los órganos superiores son: la asamblea general, el consejo técnico, la comisión de vigilancia y la Dirección General. De estos, la Asamblea General es la autoridad suprema.

En el artículo 155 del reglamento interior del IMSS se establecen las circunscripciones territoriales, delegaciones, subdelegaciones y sus respectivas jurisdicciones en que se dividirá el instituto para su administración.

¹⁹³ Cid Cabello, Monserrat, *op cit.*, p. 28.

¹⁹⁴ *Ibidem*, p.30.

En cuanto a su organización para brindar atención médica, se divide en tres niveles de atención. El tercer nivel que es el de mayor especialización está compuesto por Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE), estas son órganos de operación administrativos desconcentrados del IMSS, es decir, tienen autonomía de gestión técnica, administrativa y presupuestaria. Debajo de estos se encuentra el segundo nivel de atención, en el cual se prestan servicios de atención médica a través de hospitales generales o de zona, los cuales atienden a la población derechohabiente dependiendo de su ubicación geográfica. El primer nivel, es el punto de entrada de los pacientes a los servicios de salud. A cada derechohabiente se le asigna una unidad médica de adscripción para recibir la atención médica de primer contacto, esta unidad se designa con base en el lugar de residencia del trabajador. La excepción es la atención de urgencias, la cual se otorga en el sitio más próximo.

El IMSS en su portal en internet muestra diversas estadísticas que nos dan una idea del tamaño del instituto. En el año 2017 en consulta externa se dio atención a 1,256,545,295 eventos, mientras que las personas atendidas en estudios clínicos 36,095,240. Con respecto a estudios de radiodiagnóstico en número de personas atendidas fue de 11,388,897. En hospitalización en 2017 se ingresaron 2,085,543 pacientes y se llevaron a cabo 1,450,426 intervenciones quirúrgicas.

La tarea del IMSS en México es colosal, pues se observa que gran parte del peso del Estado Mexicano descansa sobre los hombros de esta gran institución. Es cierto que presenta fallas y tiene grandes problemas y retos, pero mantener en buenas condiciones al IMSS y hacerlo crecer es una tarea fundamental para cualquier gobernante de México, sería difícil pensar en el país sin esta institución.

6.2.3 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

“Los primeros reclamos de seguridad social en México se registran al inicio del siglo XX. En el punto 27 de su manifiesto y programa publicado el 1 de julio de 1906, el Partido Liberal Mexicano... propuso la indemnización por accidente y la pensión a obreros que hayan agotado sus energías en el trabajo.”¹⁹⁵

La Constitución de 1917 reconoció la seguridad social en su artículo 123, pero los trabajadores del Estado no contaban con los mismos servicios que el resto de los trabajadores. Para la atención de la seguridad social de los trabajadores del estado, en 1925 se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual fue sustituida en 1959 cuando se publicó la ley del ISSSTE con lo que se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Posteriormente en 1960 se agregó a la Constitución Federal el apartado B del artículo 123, el cual reconoce los derechos de los trabajadores del Estado.

Las principales prestaciones del instituto son las siguientes:

1. Medicina preventiva.
2. Seguro de enfermedad y maternidad.
3. Seguro de rehabilitación física y mental.
4. Seguro de riesgo de trabajo.
5. Seguro de jubilación.
6. Seguro de retiro por edad y tiempo de servicio.
7. Seguro de invalidez.
8. Seguro por causa de muerte.
9. Indemnización global.
10. Prestamos (hipotecarios, corto y mediano plazo).
11. Servicios turísticos.
12. Actividades culturales y deportivas.
13. Servicios funerarios.

¹⁹⁵ Fernández Ruiz, Jorge, *op. cit.*, p. 283.

En la Ley del Instituto se describe cual es la organización del mismo, en resumen, cuenta con los siguientes organismos:

Artículo 209. Los órganos de gobierno del Instituto serán:

I. La Junta Directiva;

II. El Director General;

III. La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda;

IV. La Comisión Ejecutiva del PENSIONISSSTE, y

V. La Comisión de Vigilancia.

Teniendo además diversas subdirecciones que se encargaran de las funciones del Instituto, como ejemplo, existen subdirección de pensiones, de otorgamiento de créditos, de recuperación de créditos, de aseguramiento de la salud, de servicios sociales y culturales, etcétera.

En cuanto al financiamiento del instituto, a diferencia del IMSS y por motivos evidentes, las aportaciones son por parte de las unidades administrativas de las instancias gubernamentales correspondientes, Entidades Federativas, municipales o paraestatales y por otra parte por los trabajadores de dichas unidades administrativas.

La infraestructura en salud del ISSSTE se divide en niveles de atención, estando en el punto más alto el Hospital 20 de noviembre ubicado en la Ciudad de México, junto a él, formando el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales regionales. En el segundo nivel de atención se tiene a los hospitales generales, clínicas hospitales, clínicas de especialidad. En el primer nivel de atención están las clínicas de medicina familiar, unidades de medicina familiar y consultorios auxiliares.

6.2.4 Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM)

La creación del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas se dio el 29 de julio de 1976, siendo el último instituto de seguridad social creado en México. Anterior a la fundación de este Instituto, existe una profunda historia en nuestro país sobre instituciones de sanidad y salud dentro de las fuerzas armadas.

El ISSFAM tiene como órganos rectores una junta directiva y una dirección general. Entre las prestaciones que brinda a sus derechohabientes y sus familias se encuentran las siguientes:

1. Haberes de retiro.
2. Pensiones.
3. Compensaciones.
4. Becas de defunción.
5. Ayuda para gastos de sepelio.
6. Fondo de trabajo.
7. Fondo de ahorro.
8. Seguro de vida.
9. Becas.
10. Servicio médico.

En el libro del maestro Fernández Ruiz se menciona: “En el caso de presentarse una urgencia en cualquier parte de la república que no contara con alguna instalación sanitaria de la Secretaría de Defensa y de Marina, los derechohabientes podrán atenderse en hospitales del sector salud o privados, y el monto que resulte de dicha atención se les reembolsará.”¹⁹⁶

6.2.5 El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el Instituto de Salud para el Bienestar

Durante el desarrollo de esta investigación se dio un gran cambio en el sistema de salud de nuestro país, el día 14 de noviembre de 2019 se aprobó en la Cámara de

¹⁹⁶ Fernández Ruiz, Jorge, *op. cit.*, p. 311.

Senadores un proyecto proveniente de la Cámara de Diputados, que creó el Instituto de Salud para el Bienestar y desapareció el Seguro Popular. El decreto correspondiente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 29 de noviembre de 2019 y su entrada en vigor fue el 1 de enero de 2020. Existe una discusión muy interesante sobre los logros del Seguro Popular a 15 años de su implementación y las características que tendrá su sucesor el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

Antes de analizar el INSABI, se hará referencia a la historia del seguro popular. En 2004 durante la presidencia de Vicente Fox Quezada, se reformó la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud el cual incluía el Seguro Popular. Dicha reforma fue creación del Secretario de Salud Julio Frenk Mora y continuó con lo iniciado por el doctor Salmerón, con el cambio estructural de 1983, es decir, apoyaba la descentralización de la prestación de servicios de salud, pero conservaba una instancia rectora federal fuerte que supervisara y coordinara los esfuerzos de las entidades federativas.

Resulta interesante estudiar el Seguro Popular porque a diferencia de lo que muchas personas podrías creer, no presta servicios de salud; es un instrumento financiero que distribuye los recursos para la salud entre las diversas entidades federativas y eran estas las que prestan los servicios de salud.

Salomón Chertorivski, quien fuera Secretario de Salud durante la presidencia de Felipe Calderón después de la salida del doctor Córdova Villalobos, en un artículo titulado Seguro Popular: logros y perspectivas explica que: “el sistema de aseguramiento de la salud basado en el estatus laboral había dejado sin acceso a servicios de salud a cerca de la mitad de la población del país. Las plazas de empleo formal no crecían al mismo ritmo que lo hacía la población económicamente activa.”¹⁹⁷ El Seguro Popular se diseñó para aportar recursos económicos a las

¹⁹⁷ Chertorivski, Salomón, *Seguro Popular: logros y perspectivas*, Gaceta Médica de México, 2011, Vol 147, p. 487.

entidades federativas, para que pudieran brindar atención médica a aquellas personas que no contaban con seguridad social.

Por lo tanto, el Seguro Popular fue una herramienta financiera que distribuía dinero a las entidades federativas; sus destinatarios eran las personas que no tuvieran acceso a la seguridad social y, por último, los recursos se distribuían con base en una fórmula que se encontraba en reglamento correspondiente, lo cual hacía que los recursos fueran asignados por número de afiliados y no de manera discrecional. Un punto que se debe de rescatar cuando se menciona el seguro popular y que espero sea un parteaguas para el resto de las políticas en salud, es la cantidad de información y estudios que se hicieron evaluando y comentando los resultados del programa. A lo largo de este trabajo se hizo referencia a la poca información que existe sobre ciertos temas y lo difícil que es encontrar y acceder a información de calidad y actualizada con relación a muchos temas de salud pública nacional. En el caso del Seguro Popular existen un gran número de publicaciones y estudios que lo abordan.

Los resultados del Seguro Popular fueron mixtos, por una parte, se tienen una serie de estudios que demuestran que la atención mejoró en cuanto a cobertura de ciertos padecimientos y que millones de pacientes no solamente fueron afiliados, sino beneficiados de los diversos procedimientos que se incluían dentro del programa, pero en contra de estos logros tenemos una realidad que dañó de manera muy importante al Seguro Popular; la corrupción. Los desvíos de dinero y la desaparición de miles de millones de pesos tanto de los presupuestos otorgados a las entidades federativas como de los fideicomisos llevó al periodista Ricardo Raphael a decir que se debía de reconocer que el Seguro Popular es uno de los mayores fraudes que la política haya entregado a los mexicanos. Los desvíos fueron alarmantes.

Sobre el nuevo instituto (INSABI) que surgió para sustituir al Sistema de Protección Social en Salud no se puede decir demasiado porque no existe mucha

información al respecto. Del proyecto que fue aprobado por la Cámara de Senadores, queda claro no se desapareció el SPSS, sino que se tomó el Título tercero bis de la Ley General de Salud, se cambiaron la redacción de algunos artículos, se derogaron otros y se creó una nueva institución de la cual aún no se tiene mucha información.

6.3 El subsistema privado

El Subsistema privado está integrado por diversos actores que prestan una gran cantidad de servicios médicos a la población abierta, siendo comúnmente su única limitante la capacidad de pago del paciente. En el subsistema privado existe la coexistencia de instituciones y prestadores de servicios de características muy heterogéneas, desde consultorios privados atendidos por un solo médico hasta las grandes compañías farmacéuticas y aseguradoras de nivel mundial. Una de las principales características de la atención médica privada es lo poco que se sabe sobre ellas.

Cuando se habla de la fragmentación del Sistema de Salud en México, en ocasiones nos referimos a los actores del sistema público, que presentan problemas para relacionarse unos con otros para ofrecer una mejor atención, pero la fragmentación más importante se da entre el subsistema público y privado. Actualmente, el gasto total en salud como porcentaje del PIB en México está dividido casi por la mitad entre los gastos en salud pública y privada. En comparación con otros países de la OCDE, los mexicanos gastan mucho dinero de su bolsillo en salud. La salud privada ha crecido en gran parte por la falta de cobertura, calidad y eficiencia de los servicios públicos de salud. El reporte de la OCDE sobre salud en México concluye que el gasto de bolsillo permanece alto: 41% del gasto general en salud, el segundo gasto más alto en la OCDE y el doble del promedio de la Organización de 20%.

El doctor González Block en su libro *El subsistema privado de atención de la salud en México, diagnóstico y retos*, hace uno de los mejores análisis del sector privado a la fecha. En el texto nos ofrece algunos datos contundentes, por ejemplo: “la atención médica privada ofrece actualmente 44% del total de las consultas ambulatorias y el 22% de los egresos hospitalarios.”¹⁹⁸

La medicina privada se encarga casi de la mitad de las consultas ambulatorias y de casi una cuarta parte de los egresos hospitalarios y aun así no se encuentra debidamente representada en casi ninguno de los libros sobre salud en el Estado mexicano. Uno de los grandes obstáculos para progresar en el campo de la salud es la poca información que tenemos sobre el sistema privado.

Sobre los indicadores económicos del sector privado tenemos que mencionar que da empleo a 950,000 trabajadores y al 29% de los profesionales de la salud del país.¹⁹⁹ Otro punto importante es que los seguros privados de gastos médicos subsidian hasta el 7.6% del gasto en hospitalización de IMSS e ISSSTE al financiar la atención de las personas con seguridad social.²⁰⁰

6.3.1 Hospitales, clínicas y consultorios privados

Como se mencionó con anterioridad, el 44% del total de las consultas ambulatorias y el 22% de los egresos hospitalarios se llevan a cabo en el sector privado, por lo que es imposible estudiar el sistema de salud sin hablar de los hospitales, clínicas y consultorios privados. La información sobre estos establecimientos es escasa. En el estudio del Doctor González Block se menciona que la mayor parte de la atención médica privada se ofrece a través de consultorios privados que son administrados y atendidos por un único profesionista de la salud, además de estos, existen varias categorías de establecimientos hospitalarios. Las unidades hospitalarias son 2960

¹⁹⁸ González Block Miguel Ángel, *El subsistema privado de atención de la salud en México, diagnóstico y retos*, México, Universidad Anáhuac, 2018, p. 14

¹⁹⁹ Fernández Ruiz, Jorge, *op. cit.*, p. 16

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 18

en total, pero de estas solo existen 94 hospitales de más de 50 camas, el resto son hospitales de segundo nivel con 21 a 49 camas que, generalmente, cuentan con las grandes especialidades básicas y tecnología intermedia y hospitales de primer nivel de hasta 20 camas, los cuales no tienen las cuatro especialidades.²⁰¹ Por último existen los hospitales de 5 a 9 camas que principalmente dan atención obstétrica y ginecológica y las clínicas de especialidad que cuentan con un número de camas menor a 10 y que se dedican a procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

El estudio del doctor González Block nos informa además que en las ciudades pequeñas y medianas predominan los médicos independientes y las farmacias. “

“En las ciudades medianas y grandes, sobre todo consultorios adyacentes a farmacias y hospitales menores. En las grandes ciudades, la clase media de mayores ingresos goza de seguros privados... La reducida población de mayores ingresos en el estrato A demanda también atención médica de especialistas y hospitales en el extranjero, que pagan por su cuenta.”²⁰²

6.3.2 Consultorios adyacentes a farmacias

Un tema que ha cobrado una gran importancia en los últimos años es la proliferación de los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas, denominados CAF. En un estudio publicado por FUNSALUD se menciona que el nacimiento de este tipo de consultorios se dio: “A partir de la regulación de la venta de antibióticos con receta médica en el año 2010, la proliferación de estos consultorios ha cobrado proporciones no esperadas. Se estima que actualmente operan alrededor de 13, 000 CAF en el país y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, una de cada siete consultas ambulatorias prestadas en el país

²⁰¹ *Ibidem*, p. 19.

²⁰² *Ibidem*, p. 20.

correspondió a consultas CAF.²⁰³ Los CAF se han convertido en un actor de gran importancia en nuestro país y su existencia tiene grandes repercusiones en la salud de la población.

El marco regulatorio de las CAF, de acuerdo con el estudio de FUNSALUD se da de la siguiente manera:

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010.

Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGSMPSAM), capítulos I y III.

Establece los requisitos de documentación con que deberá contar el consultorio (Aviso de Responsable Sanitario acreditado con título profesional, documentación completa de los profesionales de la salud que laboran en el establecimiento, registro de pacientes, recetario médico impreso), las áreas con las que deberá contar el consultorio, así como el requerimiento de colocar a la vista del público el horario de funcionamiento del establecimiento.²⁰⁴

Sobre los usuarios que utilizan estos servicios, el estudio concluye: “Los usuarios de los CAF son de ambos sexos, residen en zonas urbanas, tienen un nivel de ingreso medio y acuden por padecimientos no graves, al considerar que no es necesario consultar a un especialista. Acuden independientemente de su condición de aseguramiento en salud, por problemas agudos de salud percibidos como no serios, principalmente padecimientos gastrointestinales o respiratorios.”²⁰⁵

²⁰³ FUNSALUD, *Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas*, México, Fundación para la salud, 2014, p. 4.

²⁰⁴ Fernández Ruiz, Jorge, *op. cit.*, p. 7

²⁰⁵ *Ibidem*, p. 12

Para entender el surgimiento y proliferación de las CAF es necesario comprender los obstáculos y dificultades que perciben los pacientes para obtener servicios de salud pública. En primer lugar, la población que no tiene acceso a los servicios de salud públicos ya sea porque no está afiliado a algún sistema de seguridad o social o porque no conoce a que servicio de salud acercarse en caso de necesidad. Otro problema importante es la cercanía de los centros de atención médica del sector público y los tiempos de espera. Como se mencionó anteriormente, los pacientes acuden a las CAF por problemas no serios, independientemente de su condición de aseguramiento en salud, por lo que es posible que los pacientes acudan a estos centros para obtener una consulta rápida a un precio accesible para un problema que no perciben como grave. Ahora, las CAF presentan grandes problemas para el sistema de salud, en prime lugar porque generan un gasto directo en salud. También existe una gran heterogeneidad en cuanto a la calidad de la atención que se brinda en dichos centros. Además, las condiciones laborales de los médicos son pésimas. En el artículo titulado Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración, se menciona que los médicos en CAF tienen menor experiencia profesional, menos estudios de posgrado y menos salario base promedio, que los médicos que laboran en clínicas médicas independientes. Además, de que en las CAF los aspectos laborales del médico son más precarios que en las clínicas médicas independientes.”²⁰⁶

6.4 Otras instituciones relacionadas

6.4.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Durante la presidencia de Ernesto Zedillo se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, esto con el fin de ayudar a dirimir las controversias presentadas entre los usuarios de los servicios de salud y el personal de salud. Su naturaleza es de órgano

²⁰⁶ Díaz Portillo, Sandra, *Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración*, Salud pública de México, vol. 57, no. 4, julio-agosto 2015, p. 320.

desconcentrado de la Secretaría de Salud. La comisión se crea debido a que a nivel mundial existe un aumento en el número de los casos de demandas y procedimientos judiciales en contra del personal y las instituciones de salud. Por decreto publicado el día 03 de junio de 1996 se creó la CONAMED. El objetivo de la Comisión se encuentra establecido dentro del mismo decreto, que a la letra dice que en su artículo 2 establece que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

En 2004 se publicó el reglamento interno, el cual establece su estructura y organización y en su artículo 3 menciona:

Artículo 3. Para el desarrollo y cumplimiento de las atribuciones que corresponden a la Comisión contará con la siguiente estructura orgánica:

- Comisionado Nacional.
- II. Subcomisión Médica.
- III. Subcomisión Jurídica.
- IV. Dirección General de Administración.
- V. Dirección General de Calidad e Informática.
- VI. Dirección General de Orientación y Gestión.
- VII. Dirección General de Conciliación.
- VIII. Dirección General de Arbitraje.
- IX. Dirección General de Difusión e Investigación.
- X. Dirección de Comunicación Social.
- XI. Dirección de Coordinación.
- XII. Dirección de Asuntos Jurídicos

Otro reglamento relacionado con la CONAMED es el Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la CONAMED. Como su nombre lo dice dicho reglamento establece el procedimiento para la atención de quejas, la cual se encuentra explicada de manera muy sencilla por el Licenciado Juan Francisco Vega Ruiz en su libro *Guía práctica de Derecho Médico*²⁰⁷, a continuación, y tomando como base el texto mencionado se describirá el proceso ante la CONAMED:

1. Se proporciona la orientación solicitada por el usuario.

²⁰⁷ Vega Ruiz, Juan Francisco, *Guía práctica de derecho médico*, México, Tirant lo blanch, 2019, p. 158.

2. Se brinda asesoría especializada al usuario cuando su problemática así lo requiera.
3. Una vez que se otorga la asesoría especializada y se requiera, la CONAMED puede solucionar mediante gestión inmediata.
4. Si no puede resolverse inmediata se documenta la queja, se turna al área correspondiente y se lleva a cabo la fase conciliatoria.
5. Si no hay convenio en la conciliación entonces se dejan a salvo los derechos de las partes y el caso puede llevarse ante los tribunales correspondientes o iniciarse un arbitraje.
6. Al final del arbitraje se emite un laudo y se concluye el asunto.

La CONAMED en su portal en internet cuenta con un documento público titulado Indicadores relevantes sobre la atención de controversias en salud 1996-2015, en el que se encuentran concentrados datos muy interesantes sobre las funciones de la CONAMED, por ejemplo, con relación al número de quejas, muestra la siguiente estadística:

Año	Quejas recibidas	Total de Servicios	Indicador por cien
1996	1,158	2,907	39.8
1997	1,347	3,780	35.6
1998	1,494	18,058	8.3
1999	1,749	16,458	10.6
2000	1,915	15,265	12.5
2001	1,478	12,937	11.4
2002	1,172	14,409	8.1
2003	1,514	23,847	6.3
2004	1,545	20,433	7.6
2005	1,661	17,908	9.3
2006	1,657	19,036	8.7
2007	1,753	17,369	10.1
2008	1,793	14,673	12.2
2009	1,789	12,574	14.2
2010	1,652	11,585	14.3
2011	1,789	14,571	12.3
2012	1,914	12,850	14.9
2013	2,033	17,518	11.6
2014	2,050	17,304	11.8
2015	2,004	15,715	12.8
1996-2015	33,467	299,197	11.2

En dicha estadística vemos que el número de quejas ha aumentado cada año desde la fundación de la institución.

Año	Total de quejas concluidas	Quejas concluidas mediante firma de convenio	Porcentaje	Año	Total de quejas concluidas	Quejas concluidas mediante la emisión de Laudo	Porcentaje
1996	593	309	52.1	1996	593	0	0.0
1997	1546	750	48.5	1997	1546	12	0.8
1998	1439	742	51.6	1998	1439	29	2.0
1999	1643	809	49.2	1999	1643	43	2.6
2000	1997	947	47.4	2000	1997	29	1.5
2001	1546	763	49.4	2001	1546	27	1.7
2002	1114	568	51.0	2002	1114	19	1.7
2003	1309	704	53.8	2003	1309	29	2.2
2004	1508	801	53.1	2004	1508	35	2.3
2005	1608	782	48.6	2005	1608	55	3.4
2006	1544	805	52.1	2006	1544	63	4.1
2007	1667	840	50.4	2007	1667	86	5.2
2008	1734	846	48.8	2008	1734	75	4.3
2009	1748	863	49.4	2009	1748	72	4.1
2010	1671	852	51.0	2010	1671	42	2.5
2011	1794	975	54.3	2011	1794	71	4.0
2012	1699	845	49.7	2012	1699	91	5.4
2013	1775	918	51.7	2013	1775	92	5.2
2014	1654	759	45.9	2014	1654	55	3.3
2015	2021	822	40.7	2015	2021	37	1.8
1996-2015	31610	15700	49.7	1996-2015	31610	962	3.0

De las siguientes dos tablas, podemos observar que, de todas las quejas, solamente un número muy pequeño llegan a la etapa arbitral y la mayoría, o se resuelven en la conciliación o se dejan a salvo los derechos, por lo que probablemente gran parte de esas quejas terminan en los juzgados civiles.

6.4.2 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)

Por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de julio de 2001 se creó la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Su naturaleza es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa. El fundamento legal de la Comisión se encuentra en la Ley General de Salud. en los Artículo 17 bis y 17 bis 1:

ARTÍCULO 17 bis. La Secretaría de Salud ejercerá las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios que conforme a la presente Ley, a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le corresponden a dicha dependencia en las materias a que se refiere el artículo 3o. de esta Ley en sus fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los

que se refieren los artículos 34 y 35 de esta Ley: XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, ésta salvo por lo que se refiere a cadáveres y XXVII, esta última salvo por lo que se refiere a personas, a través de un órgano desconcentrado que se denominará Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

ARTÍCULO 17 bis 1. El órgano desconcentrado a que se refiere el artículo 17 bis tendrá, únicamente, autonomía administrativa, técnica y operativa y su presupuesto estará constituido por:

- I. Las asignaciones que establezca la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación, y
- II. Los recursos financieros que le sean asignados, así como aquellos que, en lo sucesivo, se destinen a su servicio. Los ingresos que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios obtenga por concepto de donativos nacionales e internacionales, rescate de seguros y otros ingresos de carácter excepcional podrán ser recuperados por dicha Comisión y destinados a su gasto de operación conforme a lo que establezca el Presupuesto de Egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente.

En 2004 se publicó el reglamento de la Comisión que establece que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios, en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables. Resulta importante observar lo que marca su artículo 3:

ARTÍCULO 3. Para el cumplimiento de su objeto, la Comisión Federal tiene a su cargo las siguientes atribuciones:

I. Ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios, que en términos de las disposiciones aplicables corresponden a la Secretaría en materia de:

2

- a. Establecimientos: de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre y los demás establecimientos que señala el citado ordenamiento, con las excepciones a que hace referencia la Ley;
- b. medicamentos, remedios herbolarios y otros insumos para la salud;
- c. alimentos y suplementos alimenticios;
- d. bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas;
- e. productos de perfumería, belleza y aseo;
- f. tabaco;
- g. plaguicidas y fertilizantes;
- h. nutrientes vegetales;
- i. sustancias tóxicas o peligrosas para la salud;

- j. químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos;
- k. productos biotecnológicos;
- l. materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos señalados en las fracciones b) a k) anteriores, así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de éstos;
- m. fuentes de radiación ionizante para uso médico;
- n. efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana;
- ñ. salud ocupacional;
- o. saneamiento básico;
- p. importaciones y exportaciones de los productos a que se refiere la fracción II del artículo 17 bis de la Ley;
- q. publicidad y promoción de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley y demás disposiciones aplicables;
- r. sanidad internacional, salvo en las materias exceptuadas por la Ley, y
- s. en general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas, en los términos de la Ley y demás disposiciones aplicables.

Las facultades de la COFEPRIS para ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios es muy amplia, ya que su campo de acción se aplica a un número muy variado de productos y servicios. Entre esos se encuentran los establecimientos médicos, los medicamentos, los tejidos y órganos, pero tenemos que recordar que la finalidad de la Comisión es evitar riesgos sanitarios por lo que la materia de sus atribuciones va más allá de los productos y servicios médicos.

Los artículos 4 y 5 del reglamento establecen la organización de Comisión, de la siguiente manera:

ARTÍCULO 4. La Comisión Federal contará con los siguientes órganos y unidades administrativas, para su debida organización y funcionamiento:

- I. Órganos: a. El Consejo Interno;
- b. El Consejo Científico; c. El Consejo Consultivo Mixto, y
- d. El Consejo Consultivo de la Publicidad. II. Unidades administrativas: a. Comisión de Evidencia y Manejo de Riesgos; b. Comisión de Fomento Sanitario; c. Comisión de Autorización Sanitaria;
- d. Comisión de Operación Sanitaria; e. Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura;
- f. Coordinación General del Sistema Federal Sanitario;
- g. Coordinación General Jurídica y Consultiva, y
- h. Secretaría General.

Los titulares de las unidades administrativas mencionadas tendrán a su cargo el ejercicio de las facultades y atribuciones que se establecen en este Reglamento, las cuales podrán ser ejercidas por los servidores públicos subalternos conforme a las facultades que les sean delegadas, mediante la publicación del Acuerdo respectivo en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO 5. Al frente de la Comisión Federal habrá un Comisionado Federal, quien será nombrado por el presidente de la República, a propuesta del Secretario, y deberá reunir los requisitos siguientes:

I. Contar con título profesional y experiencia de por lo menos cinco años en áreas relacionadas con el ámbito de competencia de la Comisión Federal, y

II. No haber sido sentenciado por delito doloso sancionados con pena privativa de la libertad por más de un año, o no haber sido inhabilitado para desempeñar un empleo, cargo o comisión en el servicio público.

En la revista virtual de la COFEPRIS titulada Cultura Sanitaria en 2016 se publicó un artículo denominado 15 años protegiendo la salud de los mexicanos, en el que se brindan algunos datos importantes sobre la actividad de la institución. En primer lugar, menciona que los productos regulados por la Comisión representan el 9.8% del PIB. La Comisión tiene un laboratorio de referencia conocido como CCAYAC que de 2001 a 2016 analizó 112,634 muestras. Del 2010 a la fecha se han realizado más de 10 mil visitas de verificación y se han suspendido a más de 500 establecimientos y empresas.

La COFEPRIS es una institución relativamente reciente que tiene una tarea enorme, el control y vigilancia sanitaria, de una parte inmensa de las mercancías que se encuentran entran y se intercambian en el comercio nacional. La parte de la Comisión que atiende a los servicios y productos sanitarios es sólo una porción del total de funciones de la institución. El portal de internet de la institución cuenta con dos apartados muy importantes para la práctica médica cotidiana, una es la referente a las alertas sanitarias, entre las que se encuentran medicamentos, servicios de salud y suplementos alimenticios. La otra es la referente a denuncias sanitarias, ya que hoy en día es posible presentar una denuncia anónima en contra de cualquier prestador de servicios a través del portal de internet.

Conclusiones

La primera parte de esta tesis se centró en estudiar al Estado en sentido amplio como una ficción fundamental en el desarrollo de las grandes comunidades humanas. El Estado no nació en un único sitio ni fue creación de un individuo genial, sino que surgió en diversos lugares del planeta aislados unos de los otros, por lo que puede ser interpretado y estudiado como una respuesta adaptativa de nuestra especie al encontrar un espacio geográfico adecuado con los recursos necesarios para desarrollar comunidades a gran escala, por lo que estudiar al Estado es esencialmente estudiar la naturaleza humana.

Una vez que se concluyó que el Estado es una creación única del *homo sapiens* y que gran parte de la evolución y desarrollo social del ser humano se ve determinada por las estructuras e instituciones estatales, se puede dar el siguiente paso y analizar la relación que existe ente la salud y el Estado moderno occidental. El origen del cual, de manera convencional, se establece en Europa en el período comprendido entre los siglos XV y XVI. En ese momento se delimita la definición de Estado y se habla del Estado en sentido estricto.

Si México es parte de occidente, entonces se puede situar la evolución del Estado mexicano dentro del estudio más amplio de los Estados occidentales modernos a partir de los siglos XV y XVI. Dentro de ese estudio se sigue la postura de Max Weber y se concluye que el Estado moderno occidental se puede definir con base en sus fuentes y sus valores, pero no con relación a sus fines, ya que estos necesariamente deben de ser diversos, es decir, el Estado tiene un fundamento duro que es el monopolio de la fuerza legítima dentro de su territorio, pero puede utilizar dicha fuerza legítima para un gran número de fines. Entre estos fines uno que parece constante entre todos los Estados es la salud y bienestar de la población. Resulta importante aclarar que salud y bienestar son términos íntimamente relacionados, además de que no tienen una única definición y que a lo largo de historia han existido cambios en relación a lo que se entiende por salud y

bienestar. Por lo tanto, en este punto se concluye que si bien la relación entre Estado y salud existe desde la fundación misma del Estado, el tipo de relación entre estos dos conceptos ha presentado diversos cambios los cuales se relacionan, entre otras cosas, con las formas de gobiernos, los avances tecnológicos, los cambios en las formas de producción y, en nuestra época, por el reconocimiento de los derechos humanos.

A partir de ahí se estudia la relación entre el Estado y la Salud en los últimos años a partir de la Revolución Industrial y la revolución de la salud pública. A finales del siglo XVIII, con la doble revolución que consistió, por un lado, por la Revolución Francesa y, por otro lado, por la Revolución Industrial, las condiciones de vida de los habitantes de una parte del mundo cambiaron radicalmente. Al mismo tiempo, las ciencias médicas presentaron un avance muy importante que logró, por primera vez, que los Estados pudieran no solamente llevar un registro pormenorizado de la salud de sus habitantes, sino que tomaron medidas efectivas para mejorar las condiciones de salud de grandes sectores de su población; por lo tanto, a partir de esa época, el control biopolítico que ejerce el Estado sobre su población se vuelve una de las herramientas más útiles de la violencia legítima. A partir de esta fecha la historia de la relación Estado y Salud se centra exactamente en este punto: la forma en que cada uno de los Estados ejerce dicho control biopolítico. Como se afirmó en la investigación, fue hasta el reconocimiento de los derechos humanos a partir de la segunda guerra mundial que se volvió a transformar la relación Estado y Salud, debido a que las poblaciones contaban con las herramientas necesarias para enfrentarse al control biopolítico de los Estados, el cual, en ocasiones resulta excesivo.

Por último, en los últimos capítulos se observa que, en la actualidad, la relación Estado y Salud en México pasa necesariamente por el derecho y, en nuestro país, dicha relación se basa en el derecho humano a la protección de la salud, el cual se reconoció en la Constitución Federal a partir de 1983. A partir de dicho reconocimiento, muchas instituciones se transformaron y surgieron otras que ayudaron a cumplir con dicho mandato consitucional con resultados mixtos. La relación entre el Estado y la Salud, en México, no ha sido sencilla y si bien se han

dado pasos en la dirección correcta, también es cierto que aún falta mucho por hacer.

El sistema de salud está organizado de tal manera que el derecho a la protección a la salud es su fundamento y se han instrumentado muchas instituciones y políticas para garantizarlo; pero, por desgracia, esto no ha cambiado la realidad de salud y bienestar de grandes sectores de la población. En la actualidad se tiene un sistema de salud que deja afuera a muchas personas y crea o perpetúa dolorosas desigualdades.

En la historia de nuestro país se han presentado cambios relevantes en la manera en que el Estado se relaciona con la Salud, pero hasta la fecha siguen presentes grandes problemas para lograr que todos los habitantes del país tengan acceso a servicios de salud adecuados y de calidad. Si bien el concepto de salud y bienestar van más allá de recibir servicios de salud en caso de enfermedad, estos son un punto fundamental para cumplir con el derecho a la protección de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- BERLÍN Isaiah, *Karl Marx*, 1a. ed., Alianza, 2009.
- BERZOSA Carlos, *Los socialistas utópicos, Marx y sus discípulos*, 1a. ed., Síntesis, 2000.
- BOBBIO Norberto, *Estado, gobierno y sociedad: Por una teoría general de la política*, 1a. ed., Fondo de Cultura Económica, 1989.
- CABALLERO OCHOA José Luis (coord.), *La Declaración Universal de los Derechos Humano*, 1a. ed., Porrúa, 2009.
- CANO VALLE Fernando, *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, 1a. ed., UNAM, 2001.
- CID CABELLO Monserrat, *La atención médica irregular. El caso del IMSS*, 1a. ed., Tirant lo blanch, 2018.
- CONRAD Peter, *Deviance and Medicalization*, 1a. ed., C.V. Mosby Company, 1980.
- CORREA Oscar, *Crítica de la ideología jurídica*, México, UNAM, 1993.
- CURIEL DEFOSEÉ Daniel, *El positivismo mexicano*, 1a. ed., UNAM, 2010.
- Dávila Torres Javier, *El IMSS en el Sistema Nacional de Salud: situación actual, retos y propuesta política*, 1a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2011.
- DEATON Angus, *El gran escape*, 1a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2015.
- _____, *Decisiones relevantes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Derecho a la salud*, tomo 84, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2016.
- DIAMOND Jared, *Guns, germs and Steel*, 1a. ed., W.W. Norton and Company, 1997.
- DIETERLEN Paulette, *Justicia distributive y salud*, 1a. ed., UNAM, 2015.
- DIETERLEN Paulette, *Ensayos sobre justicia distributiva*, 2a. ed., Fontamara, 2001.
- _____, *Elementos para el estudio del juicio de amparo*, 1a. ed., SCJN, 2017.
- ESTRADA ADÁN Guillermo, *Derecho Internacional de los Derechos Humanos*, Porrúa, 2014.
- _____, *Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas*, 1a. ed., FUNSALUD, 2014.
- FERNÁNDEZ RUIZ Jorge (coord.), *Servicios públicos de salud y temas conexos*, 1a. ed., Porrúa, 2006.
- FOUCAULT Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, 3a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2015.
- FRENK MORA Julio, *La salud de la población*, 2a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2013.

Frenk MORA Julio, Gómez Dantés Octavio, *El sistema de salud en México*. 1a. ed., Nostra ediciones, 2008.

FROMM Erich, *El corazón del hombre*, 3a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2003.

GINER Salvador (coord.), *Teoría Sociológica Moderna*, 2a. ed., Ariel, 2011.

GONZÁLEZ BLOCK Miguel Ángel, *El subsistema privado de atención de la salud en México, diagnóstico y retos*, 1a. ed., Universidad Anáhuac, 2018.

GONZÁLEZ URIBE Héctor, *Teoría Política*, 16a. ed., Porrúa, 2013.

HARARI Yuval Noah, *Sapiens: A brief history of humankind*, 1a. ed., Harper Perennial, 2018.

_____, *Historia General de México*, 1a. ed., El Colegio de México, 2009.

HOBBSBAMW Eric, *La era de la revolución*, 1a. ed., Booklet, 2011.

KRAUZE Enrique, *La presidencia imperial*, 1a. ed., Tusquets, 2007.

LÓPEZ ACUÑA Daniel, *La salud desigual en México*, 1a. ed., Siglo Veintiuno editores, 1980.

LÓPEZ CERVANTES Malaquías, *Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos*, 1a. ed., UNAM, 2015.

MARTÍNEZ NARVÁEZ Gregorio, *Un sistema en busca de salud*, 1a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2013.

MOCTEZUMA BARRAGÁN Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, UNAM, 2001.

PECES-BARBA MARTÍNEZ Gregorio, *Curso de derechos fundamentales*, 1a. ed., Universidad Carlos III, 1995.

PORRÚA PÉREZ, Francisco, *Teoría del Estado*, 40a. ed., Porrúa, 2014.

RABASA Emilio, *Teoría General del Estado*, 1a. ed., Porrúa, 2017.

RABINOW Paul, *The Foucault Reader*, s/e, Vintage, 2010.

RAMÍREZ GARCÍA Hugo Saúl, *Derechos Humanos*, 1a. ed., Oxford, 2011.

SERRA ROJAS Andrés, *Teoría del Estado*, 12a. ed., Porrúa, 1993.

SCHENDEL Gordon, *Medicine in México*, 1a. ed., University of Texas Press, 1968.

SOBERÓN ACEVEDO Guillermo (coord.), *Derecho Constitucional a la protección de la salud*, 1a. ed., Miguel Ángel Porrúa, 1983.

SOBERÓN ACEVEDO Guillermo (coord.), *el médico, el rector*, 1a. ed., Fondo de Cultura Económica, 2015.

TREVIÑO ZAPATA Norberto, *El movimiento médico en México 1964- 1965*. 1a. ed., UNAM, 1989.

VEGA RUIZ Juan Francisco, *Guía práctica de derecho médico*, 1a. ed., Tirant lo blanch, 2019.

ZIMBARDO Philip, *The Lucifer Effect, understanding how good people turn evil*, 1a. ed., Random House, 2007.

BIBLIOGRAFÍA ELECTRÓNICA

PÉREZ LÓPEZ Miguel, *El derecho constitucional a la protección a la salud*. Libro consultado en línea. Disponible en: <<http://www.azc.uam.mx/>>

REVISTAS

BARNES, Elmer Harry, *Theories of the origin of the state in classical political philosophy*, *The Monist*, Vol. 34, núm. 1, 1924, pp. 38-39.

CHERTORIVSKI Salomón, *Seguro Popular: logros y perspectivas*, *Gaceta Médica de México*, Vol. 147, 2011, p. 487-493.

DÍAZ PORTILLO Sandra, *Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración*, *Salud pública de México*, vol. 57, 2015, p. 310-323.

DUNBAR Robin, *Neocortex size as a constraint on group size in primates*, *Journal of Human evolution*, núm. 20, 1992, pp. 469-493.

EIBENSCHUTZ Catalina, *Historia de la Política Sanitaria en México*, *Política y Salud*, núm. 10, 1992, p. 159

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ Juan Manuel, *Historia del Centro Médico ABC*, *Anales Médicos*, Vol. 57, Núm.1, p. 68-78.

FIERROS HERNÁNDEZ Arturo, *Concepto e historia de la salud pública en México*, *Gaceta Médica de México*, Núm. 150, 2014, pp. 195-199.

RODRIGUEZ DE ROMO A.C. *Historia de la Salud pública en México; siglos XIX y XX*, *Historia y Ciencias*, Vol. 2, 1998, pp. 1-13.

SOBERÓN ACEVEDO Guillermo, *El cambio estructural. I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud*, *Salud Pública*, Vol. 29, 1987, p. 127- 140.

SOBERÓN ACEVEDO Guillermo, *El cambio estructural. II. El sustento jurídico del cambio estructural*. *Salud Pública*, Vol. 29, 1987, p. 143- 151.

TAPIA CONYER Roberto, *Una visión crítica sobre la salud pública en México*, *Gaceta Médica de México*, Núm. 152, 2016, pp. 278-284.

URIBE GÓMEZ Mónica, Abrantes Pego Raquel, *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿ruptura o continuidades?*, *Perfiles Latinoamericanos*, Vol. 21, núm. 42, 2013.

WRIGHT Henry T. *Recent Reserch on the origin of the state*, *Annual Review Anthropology*, núm. 6, 1977, pp. 379-397.

LEGISLACIÓN

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

LEY DE LOS INSTITUTOS NACIONALES.

LEY GENERAL DE SALUD.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PUBLICIDAD.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS.

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD.