

729  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE DERECHO**

**EL DERECHO HUMANO A LA SALUD  
Y SU EFECTIVIDAD REAL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN DERECHO  
P R E S E N T A :**

**FEDERICO RIVEROS ORTIZ**



**FALLA DE ORIGEN**

México, D. F.

1991



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 está 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.

# I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	
<b>CAPITULO I    CONCEPTOS Y DEFINICIONES</b>	
1.1    Indigencia.....	1
1.2    Asistencia.....	2
1.3    Derecho.....	3
1.4    Derecho Social.....	5
1.5    Descentralización.....	5
1.6    Desconcentración.....	6
1.7    Salud.....	7
1.8    Salud Pública.....	7
1.9    Sector.....	8
1.10    Seguridad Social.....	9
1.11    Seguridad Social.....	10
1.12    Seguro Social.....	11
<b>CAPITULO II    ANTECEDENTES HISTORICOS.....</b>	<b>15</b>
2.1    Constituciones del mundo que consa- gran el derecho a la protección de la salud.....	37
<b>CAPITULO III    BASE LEGAL DEL DERECHO A LA PROTECCION DE                     LA SALUD</b>	
3.1    La Constitución Política de los Esta- dos Unidos Mexicanos.....	40
3.2    Ley General de Salud.....	52
3.3    Reglamentos.....	87
3.4    La salud y otros ordenamientos lega- les.....	93
3.5    La Secretaría de Salud.....	104
3.6    Sector salud.....	112
3.7    Descentralización de los servicios de salud.....	117
3.8    Desconcentración de los servicios de salud.....	120
3.9    Financiamiento de los servicios de -- salud.....	123

CAPITULO IV	MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS.....	129
CAPITULO V	DELITOS EN MATERIA DE SALUD.....	137
CONCLUSIONES	.....	141
BIBLIOGRAFIA	.....	146

## I N T R O D U C C I O N

La salud del ser humano es y ha sido motivo de preocupación de las diferentes sociedades. Sin entrar en discusión sobre el origen del hombre, desde su aparición en la tierra surge acompañado de necesidades. Llega a un mundo en donde lo natural parece dominarlo todo, incapaz de buscar o encontrar la verdad, se refugia en un mundo misterioso y poblado de dioses.

Este pensamiento primitivo sólo puede cambiarse a través de muchas generaciones, cuando de la unión con otros hombres consigue ventajas que en forma individual no podía lograr, sin embargo, las enfermedades siguen siendo su preocupación. Con el paso del tiempo se crean instituciones para proteger a los obreros, artesanos e incapaces, iniciándose así la lucha por una mejor salud.

En nuestro país, la salud también ha sido motivo de preocupación, para su atención se elaboraron disposiciones jurídicas y se crearon las instituciones responsables de la prestación de los servicios, como se observará en los capítulos correspondientes de la presente tesis.

En el capítulo primero se dan algunas definiciones de los términos más utilizados, con el objeto de evitar la confusión o mala interpretación de los mismos, se resalta su importancia e incluso se establecen algunas diferencias, como sucede con los términos de seguridad social y seguro social.

La evolución histórica es pilar fundamental para conocer la situación actual y la tendencia en los siguientes años, motivo por el cual se incluye un capítulo que comprende los antecedentes más importantes de esta materia, tanto a nivel nacional como internacional. También se relacionan algunos artículos de constituciones de varios países, a fin de conocer el avance y terminología empleada. De lo anterior se desprende que en muchas naciones ya establecen en su legislación el derecho a la protección de la salud, como una garantía de los ciudadanos.

El tema central de esta tesis lo constituye el estudio y análisis de los diversos ordenamientos jurídicos que regulan el acceso de la población a los servicios de salud, las instituciones responsables de su prestación, así como los servicios a que se tiene derecho, formas de financiamiento, autoridades sanitarias responsables y ámbito de aplicación de la legislación.

El estudio comprende desde la reforma constitucional promovida por el Ejecutivo Federal en 1982, hasta los diversos reglamentos que con base en la Ley General de Salud se han publicado, sin olvidar la importancia que tiene la Secretaría de Salud y algunas formas administrativas que se adoptaron para garantizar el derecho a la protección de la salud.

Lo anterior permite tener un panorama general de todos los ordenamientos jurídicos que intervienen en la prestación de los servicios de salud, así como de las acciones emprendidas por las autoridades sanitarias para cumplir con la garantía

constitucional.

También se aborda como aspecto complementario de este análisis, las disposiciones correspondientes a las sanciones y medidas de seguridad que se observarán en los servicios de salud.

Todo esto permitirá al lector, tener una visión general de como está integrado el sistema de salud en el país, la tendencia para el siglo XXI y la participación que le corresponde al individuo, como miembro de la sociedad.

## C A P I T U L O I

### CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Con el objeto de facilitar la comprensión de los términos que en forma reiterada utilizaremos en el texto de la presente tesis, a continuación presentamos algunos conceptos y definiciones de vocablos como derecho, salud, seguridad social, asistencia o sector salud, entre otros.

Sin duda, la bastedad de definiciones nos muestra el interés que el tema de la protección de la salud ha tenido a lo largo del desarrollo del ser humano, independientemente del país que lo trate o los elementos que se utilicen para su conformación.

1.1 INDIGENCIA.- "Consiste en un estado de privación en que incurre una persona a quien faltan total o parcialmente los medios indispensables para satisfacer las necesidades más esenciales de subsistencia". (1)

En la actualidad, el término indigencia es poco empleado, quizá porque nuestra propia sociedad se niega a reconocer

---

(1) ALMANZA PASTOR, José Manuel, Derecho de la Seguridad Social, 2a. Edición, Volumen I, Editorial Tecnos, S.A., Madrid 1977, pag. 35.

que exista gente que en muchas ocasiones no tiene los recursos económicos para afrontar sus necesidades y las de su familia. Sin embargo, la realidad nos demuestra que incluso en países desarrollados existe gente que no tiene los elementos para hacer frente a problemas imprevistos como son la salud, vivienda o alimentación. Ahora en las naciones subdesarrolladas como en la nuestra ni se diga, a diario encontramos gente que por sus limitaciones físicas o aun no teniéndolas, trata de obtener algunas monedas para atender sus necesidades básicas.

1.2 ASISTENCIA.- "Se define como socorro, favor o ayuda". (2)

Conforme a nuestro sistema jurídico, la asistencia se divide en privada y pública. La primera tiene su fundamento en la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal. Según el artículo 1º de la ley en cuestión, las instituciones de asistencia privada, son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular efectúan actos con fines humanitarios, sin el propósito de lucro y sin designar individualmente a los beneficiarios. Esta misma ley clasifica a las instituciones en fundaciones, juntas de socorro o asistencia y asociaciones.

---

(2) MADRAZO, Jorge y otros, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo I, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa S.A., México 1985, pag. 213.

Por su parte, la Asistencia Pública se identifica también con la beneficencia y su base legal la encontramos en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en donde corresponde a la Secretaría de Salud, crear y administrar establecimientos de asistencia pública y aplicar los fondos de la Lotería Nacional, a la beneficencia pública.

1.3 DERECHO.- "Conjunto de normas imperativo-atributivas que en una cierta época y en un país determinado la autoridad política declara como obligatorias". (3)

Como se desprende de esta definición, el derecho está integrado por una serie de reglas imperativas que rigen las relaciones en un país, en una época determinada. Es decir, son normas que además de imponer deberes conceden facultades. Para que estas normas sean obligatorias, se requiere que la autoridad política así las declare.

En el caso concreto de nuestro país, corresponde según el artículo 72 de nuestra Constitución Política, al Congreso de la Unión la elaboración de leyes. Conviene recordar que según nuestro sistema jurídico, la costumbre no adquiere el carácter de ley, a menos que la legislación así lo determine.

---

(3) GARCIA MAYNES, Eduardo, Introducción al Estudio del Derecho, 31a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1980.

Tradicionalmente el derecho se ha clasificado en normas de derecho privado y normas de derecho público. Las primeras regulan las relaciones de las personas en su carácter de particulares, mientras que las segundas se refieren a la organización y actividad del estado.

En la actualidad esta clasificación se considera muy estricta, y deja afuera a una serie de disposiciones jurídicas que por su naturaleza no corresponden ni a las actividades públicas del gobierno ni a las relaciones de los particulares, nos referimos a las relaciones que surgen entre los grupos sociales y a las normas que tienen un carácter eminentemente protector hacia los grupos económicamente débiles. Surge así la idea de reclasificar el orden jurídico agregando a la clasificación tradicional, una tercera rama denominada derecho social.

En esta nueva clasificación quedarán comprendidas ramas del derecho como: el derecho del trabajo, el derecho agrario, el derecho de la seguridad social y de la asistencia, así como el derecho agrario y económico.

La finalidad de este nuevo derecho es lograr un equilibrio entre el trabajo y el capital, mediante la distribución del ingreso y la protección a los sectores de la población que por cualquier circunstancia están impedidos para satisfacer sus necesidades.

1.4 DERECHO SOCIAL.- "Es una ordenación de la sociedad en función de una integración dinámica, teleológicamente dirigida a la obtención del mayor bienestar social, de las personas y de los pueblos, mediante la justicia social". (4)

Como observamos, el derecho social es un conjunto de disposiciones que norman la conducta de los individuos pero no en forma aislada, como podría suceder en el derecho civil, penal, etc., sino al hombre, pero considerándolo como un grupo social. Por otra parte, las relaciones que surgen entre las personas o sujetos que intervienen en el derecho social son de integración y no de supra o subordinación en que el derecho se divide. Para que se de esta relación de integración es necesario que exista una vinculación de esfuerzos y voluntades en relación de una idea unificadora o fin común que busca conseguir el grupo social.

1.5 DESCENTRALIZACION.- "Es una estrategia política tendiente a democratizar la vida social, agilizar los procesos económicos y a lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios públicos". (5)

---

(4) GONZALEZ DIAZ, Lombardo Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, UNAM, México 1973, pag. 51.

(5) SOBERON ACEVEDO, Guillermo y otros, La Salud en México: Testimonios 1988, Tomo I, Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V., México 1988, pag. 103.

La descentralización es una figura administrativa que implica el traspaso de facultades, funciones, programas y recursos al organismo que se crea, otorgándole además autonomía técnica, orgánica y en ciertos casos financiera.

Los organismos creados conforme a este proceso tienen una figura jurídica diferente a la del Estado y gozan de un patrimonio propio, sin embargo, están sujetos a controles especiales que fija la administración pública centralizada mediante las denominadas Coordinadoras de Sector. La finalidad es agilizar y eficientar la prestación de los servicios. La descentralización puede ser por función o por territorio.

1.6 DESCONCENTRACION.- "Es una forma de organización administrativa que se integra con órganos a los que se les encomienda la realización de determinadas actividades pero sin que pierdan la dependencia y relación jerárquica con la administración central". (6)

Las características esenciales de la desconcentración consisten en que la acción administrativa es más rápida y flexible, se acercan los órganos de decisión al lugar en que se originan los problemas, pero continúan dependiendo del órgano central.

---

(6) PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Glosario de Términos Administrativos, México 1983, pag. 29.

En esta figura no hay cambio de personalidad ni tienen patrimonio propio, por lo que las facultades delegadas sólo son para atender y resolver ciertos actos.

1.7 SALUD.- "Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad." (7)

El concepto de salud en nuestros días no se constriñe ni limita a evitar o recuperarse de los males físicos, sino que comprende el disfrute de todas las potencialidades de acción que permitan el desarrollo integral del ser humano, tanto en lo individual como social, entendiéndose por esto, no sólo el bienestar y la integridad física, sino también el enriquecimiento intelectual y la superación en todos los órdenes.

1.8 SALUD PUBLICA.- "Es la ciencia y el arte de evitar las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad". (8)

---

(7) GONZALEZ DIAZ, Lombardo Francisco, ob. cit. pag. 129.

(8) DIAZ CASTRO, Sara, Importancia del reporte de enfermedades transmisibles y la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otros servicios de salud, Organos de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Volumen 23 Nos. 3 y 4 mayo y agosto, México 1972, pag. 41.

Salud pública o salubridad pública como también se le conoce, comprende todas aquellas prestaciones higiénicas o sanitarias que el Estado otorga a todos los individuos, con el objeto de alcanzar una sociedad físicamente sana. Para alcanzar este objetivo se requiere de la participación coordinada de toda la población y no solo de grupos aislados. En nuestra sociedad como en las demás del mundo, el individuo para vivir depende de su trabajo y de la demanda que de él exista en el mercado, por lo cual resulta incierto ante las fluctuaciones que esto trae en una sociedad como la nuestra. De ahí el éxito que tienen los planes para proteger la salud y los sistemas de seguro social. Este último permite al individuo y a la sociedad librarse en parte de los problemas tanto individuales como colectivos. Sin embargo, este únicamente atiende al trabajador y a su familia, quedando gran parte de la población en total desamparo. Para satisfacer esta demanda se cuenta con la salud pública, la cual se identifica con la Asistencia Pública.

1.9 SECTOR.- "Es el agrupamiento convencional de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal, para ser coordinadas por una Secretaría o Departamento de Estado, tomando en consideración las características comunes de sus objetivos y funciones". (9)

---

(9) PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, ob. cit., pag. 120.

La sectorización fue una estrategia de la Reforma Administrativa que tanto propaló el entonces Presidente José López Portillo. La realidad es que el sector público había crecido en forma anárquica, lo cual impedía un adecuado control de las actividades que desarrollaban las entidades paraestatales.

En la actualidad, esta palabra ha ampliado su sentido, ya que se habla de sector social, sector público y sector privado.

1.10 SEGURIDAD SOCIAL.- "Es el conjunto de instituciones, principios, normas y disposiciones que protege a todos los elementos de la sociedad contra cualquier contingencia que pudiera sufrir y permite la elevación humana en los aspectos psicofísico, moral, económico, social y cultural".<sup>(10)</sup>

De la definición anterior nos damos cuenta que la seguridad social comprende tanto elementos materiales como aspectos sociales que van encaminados a un fin único, la protección del individuo. Esa protección no sólo pretende atender las consecuencias, sino prevenir los motivos que pudieran originarle algún mal, es decir, prevenir al ser humano y conducirlo a un estado de completo bienestar, protegiendo su integridad física-

---

(10) BRISEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Editorial HARLA, S.A. de C.V., México 1987, pag. 15.

orgánica, luchando contra la indigencia, la desocupación y proporcionándole los medios suficientes para los casos en que por imposibilidad natural o social no puede conseguirlos.

Briceño Ruiz manifiesta que la Seguridad Social pretende dotar al ser humano de salud, trabajo, alegría, cultivo de la inteligencia, convivencia y amor, es decir, es un instrumento que garantiza el bienestar material, moral y espiritual de todos los individuos.

1.11 SEGURIDAD SOCIAL.- La Ley del Seguro Social establece en el artículo 2º que la seguridad social "Tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la protección de la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

La definición que propone la Ley del Seguro Social tomo como elemento formativo el fin que persigue. Este es garantizar el bienestar individual y colectivo del ser humano. La garantía a la protección de la salud no sólo comprende la asistencia médica o el resguardo de los medios de subsistencia,

sino que incluye a todos aquellos factores que en forma conjunta le permiten al individuo desarrollar todas sus potencialidades humanas.

Nosotros consideramos en base a la reforma del artículo 4º constitucional y a la Ley General de Salud, que esta por demás que se diga que tiene por finalidad garantizar la asistencia médica o los servicios sociales, porque el garantizar el derecho humano a la salud, incluye por supuesto estas prestaciones. Quizá el error radique, a nuestro parecer, en que este artículo fue redactado antes de las citadas reformas.

1.12 SEGURO SOCIAL.-- "Es el instrumento jurídico de Derecho obrero por el cual una institución pública queda obligada mediante una cuota o prima que pagan los patrones, los trabajadores o el Estado, o sólo alguno de éstos a entregar al asegurado o beneficiario que deben ser elementos económicamente débiles, una pensión o subsidio cuando se realice alguno de los riesgos profesionales o siniestros de carácter social."<sup>(11)</sup>

Al analizar los elementos que constituyen esta definición, nos encontramos que los beneficiarios son únicamente los trabajadores, que el financiamiento se hace mediante una prima

---

(11) TENA SUCK, Rafael y otros, Derecho de la Seguridad Social, Editorial PAC S.A. de C.V., México 1986, pag. 21

pagada en forma tripartita, con lo cual se garantiza el subsidio. La institución responsable de cubrir la pensión en caso de realizarse algún riesgo, es el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conviene señalar que el beneficiario no necesariamente puede ser económicamente débil, además, sólo contempla las prestaciones económicas, siendo que instituciones como el Seguro Social o el ISSSTE también otorgan prestaciones en especie.

Con el objeto de que no se confundan los términos Seguridad Social con Seguro Social, a continuación nos permitimos señalar algunas diferencias fundamentales.

Los seguros sociales incluyen sistemas de seguro obligatorio, totales o parciales, financiados por una contribución directa y mutua de las personas aseguradas, el patrón y el Estado. El Seguro Social es un sistema económico que proporciona a la persona asegurada prevención y protección contra aquellos riesgos que pueden destruir la capacidad de trabajo o reducirla. Pero indudablemente se basa en una capacidad normal de trabajo de la población, de otra manera se transformará en caridad improductiva. Los beneficios están destinados a proporcionar una ayuda suficiente para las necesidades de la vida cuando se produce una emergencia. También debe notarse que no hay equivalencia entre el valor real de los beneficios que recibe el trabajador y el monto que en forma individual aporta, así los asalariados

con familia más numerosa recibirá una proporción mayor de beneficios que otra con menos familia. Estos beneficios quedan resguardados de situaciones cambiantes como la inflación o fluctuaciones económicas, conservando las prestaciones su valor constante y conforme a los ingresos que percibe el asegurado.

Por su parte, la seguridad social es más amplia que los seguros sociales, ya que al formar parte de la política social y económica del país, usa a los seguros sociales, a la asistencia y a todos aquellos mecanismos establecidos para garantizar la atención médica, prestaciones económicas en caso de haberse realizado algún riesgo y en general todas sus necesidades encuentran una satisfacción en este sistema.

En la seguridad social no hay una contribución directa de la población, los fondos para el financiamiento provienen del presupuesto nacional, lo cual constituye una contribución indirecta mediante el pago de impuestos, por lo que puede asegurarse que en el sistema de seguros sociales, los trabajadores contribuyen doblemente.

En el sistema de seguridad social, los beneficios son otorgados a toda la población y no solo a ciertos grupos, como los trabajadores.

En síntesis, la seguridad social es el continente

y los seguros sociales y otros sistemas el contenido, tal como lo aprecia el artículo 4º de la Ley del Seguro Social.

Sin embargo, hay que reconocer que los seguros sociales han jugado un papel importante en la atención de la salud de algunos sectores de la población, con lo cual se contribuye en cierta medida en la distribución de la riqueza, pero consideramos que de ninguna manera representan la solución de los problemas que aquejan a la población del mundo y en particular de México, en virtud de los beneficios limitados que presentan.

## C A P I T U L O   I I

### ANTECEDENTES HISTORICOS

El individuo desde que empezó a desarrollarse siempre se ha preocupado por atender sus necesidades básicas, la seguridad, la alimentación y su salud forman parte de su ocupación diaria, tal vez porque son situaciones inherentes a su propia vida.

El individuo se preocupa por su persona, por los miembros de su tribu o de su familia a la que pertenece, busca mediante la unión con otras personas conseguir alimento, protección, cuidado de su salud, etc. Sin embargo, esta unión no es elemento suficiente para solucionar todos los problemas, la enfermedad, la muerte, son hechos ajenos que escapan al control de su voluntad, para encontrar alguna explicación se refugia en la protección de seres superiores.

Surge así el mundo mágico poblado de dioses y busca la verdad de los acontecimientos en el mundo de los misterios, lo inexplicable. En estos tiempos la salud se identifica con la buena disposición para la casa.

Este pensamiento sólo puede cambiarse a través de muchas generaciones. La unión con otras personas no ha sido tan en vano, pues les facilita la creación de sistemas de protección o ayuda para los integrantes, su familia o bien para los

grupos más desprotegidos o necesitados.

La religión tiene un activo papel para el fortalecimiento de instituciones de ayuda mutua, al efecto se crearon diversas hermandades y asociaciones de caridad que ayudaron, por un lado a los pobres y por el otro se proporcionaban cooperación y salvación espiritual.

En la edad media se crearon instituciones de ayuda más complejas como los "gremios", "gildas" y "corporaciones", en las cuales su principal objetivo era buscar protección mutua de sus agremiados en caso de accidente, enfermedad, muerte, etc. Como observamos la atención se inicia en grupos organizados, pero ¿Qué sucede con la demás población?. La atención médica para la gente que no pertenecía a estas organizaciones no podía sustraerse a las condiciones sociales de cada pueblo.

En Roma los artesanos se agruparon para formar colegios, en los cuales los asociados aportaban alguna cantidad para cubrir los gastos de sepelio de algunos de sus integrantes este es sin duda un antecedente muy remoto de la seguridad social

Recordemos que en esta nación había médicos para atender la salud de los hombres libres, para los ricos y otros para los pobres o esclavos.

Con el devenir del tiempo surge otra división , la cual perdura hasta nuestros días y que se refiere a la existencia de médicos privados y médicos públicos.

Con la caída del Imperio Romano, la medicina científica, por así decirlo, sufrió un franco retroceso; la investigación en cadáveres se penalizó, la producción literaria se deprimió y sólo se permite la lectura de libros de autores autorizados, las medidas higiénicas se abandonan, creando grandes problemas sociales como la peste burbónica que redujo la población de Europa a la tercera parte.

El aislamiento y la cuarentena surgen como recursos para proteger a los demás ciudadanos de los contagios, los recursos económicos destinados por las instituciones encargadas de prestar servicios de salud bajo el principio de caridad son insuficientes.

En la Epoca Moderna, con la Revolución Industrial, los trabajadores se ven amenazados por la nueva maquinaria y el fortalecimiento del liberalismo, por lo que tiene que buscar nuevas formas de seguridad. Por ello, Otto Von Bismark en Alemania inicia la obra legislativa de los seguros sociales, que -- en su primera etapa se establecen como voluntarios y luego como obligatorios para todos los trabajadores del Estado.

Frente a todos estos riesgos y a la inseguridad biológica, económica y falta de capacidad para el trabajo se han desarrollado diferentes sistemas para contrarrestar esta situación.

En todos los países del mundo en su momento dado han establecido diversos sistemas tendientes a proteger a la población y liberarla de los problemas sociales que crean inseguridad. El desarrollo de la medicina social, corresponsabilidad del Estado, la previsión social en su etapa de ahorro o seguro, son instrumentos que buscan con diferentes mecanismos de acción el mismo fin, proporcionar al individuo o al grupo social los elementos indispensables para proteger su salud.

Es así, como surgen instituciones auspiciadas por los particulares con el objeto de atender a los grupos más necesitados de la sociedad y que se identifican en principios como la caridad. Esto es, la beneficencia, la cual actúa en la mayoría de los casos cuando el mal ya ha sobrevenido.

Por otra parte, surgen instituciones con el mismo fin pero diferentes en cuanto a la forma de conseguir los recursos para la consecución de sus objetivos. Estamos hablando de los sistemas de seguros sociales, cuyo financiamiento descansa en los trabajadores, patrones y Estado. Es por ello que los seguros sociales han encontrado una mejor expresión en los actuales sistemas de seguridad social. Este sistema ofrece al traba-

jador seguridad biológica y económica a través de sus prestaciones.

Esta forma de proteger la salud física y mental del ser humano tiene una gran limitante, ya que solamente se establece para una clase social, los trabajadores. Es decir, para aquella persona que tiene un empleo permanente. Pero sin duda ha sido uno de los principales sistemas de protección por las ventajas que presenta su financiamiento.

Por otro lado, tenemos la intervención del Estado con el objeto de proporcionar a la sociedad que por sus carencias económicas o por problemas de invalidez, se ve impedida para satisfacer sus requerimientos básicos de asistencia y desarrollo como son los niños, ancianos, inválidos, etc. y que la beneficencia privada no alcanza a cubrir por la falta de recursos económicos para ello.

Surge así, la asistencia social como una responsabilidad del Estado para atender a esos grupos desprotegidos que por sus limitaciones físicas o económicas no son capaces de procurársela. Este es el aspecto que interesa más para efectos de la presente tesis.

La intervención del Estado para garantizar a la sociedad una mejor calidad de vida sin que tenga que estar aportando periódicamente recursos económicos, por tal motivo se destaca

la participación que ha tenido el Estado en esta materia, pero sin que se niegue el papel sobresaliente que ha jugado el sistema de los seguros sociales.

Es el caso concreto de Alemania, país en donde se origina por primera vez el seguro en forma voluntaria y posteriormente en 1883 como obligatorio para todos los trabajadores del Estado, mediante medidas de prevención.

En Inglaterra se establece en 1907 la ley de accidentes de trabajo y el sistema de asistencia para ancianos. En 1911 se promulga la ley denominada "National Insurance Bill", la cual abarca riesgos de invalidez, enfermedad y paro voluntario, teniendo como innovación la participación tripartita en su financiamiento, situación que hasta la fecha perdura. Posteriormente en 1942 es presentado por Sir Willian Beveridge en la Cámara de los Comunes el Plan Beveridge, el cual contempla una recopilación de todas las experiencias y legislación, teniendo como resultado la Ley del Seguro Nacional, que contempla la protección por accidentes y riesgos de trabajo, disposiciones de sanidad, atención a la niñez y desvalidos, entre otros.

En nuestro país, uno de los antecedentes más remotos lo encontramos en el Decreto Constitucional para la Libertad de América Mexicana, mejor conocido como Constitución de Apatzingan expedido el 22 de octubre de 1814. Esta Constitución esta-

blece en el Capítulo VIII y en particular en el artículo 118, referente a las atribuciones del Supremo Congreso, que correspondía a dicho órgano colegiado la aprobación de los reglamentos que tiendan a proteger la sanidad de los ciudadanos.

En las Constituciones de 1824 y 1857 no se establecía disposición específica alguna sobre la sanidad, por lo tanto inferimos que se reserva a los Estados la regulación de esta materia. Con las Leyes de Reforma en 1861, los hospitales y establecimientos de beneficencia que habían estado administrados por la iglesia, pasan a cargo de los gobiernos de los estados y del Distrito Federal. Para la administración de los del Distrito Federal se crea el Consejo Superior de Salubridad, el cual tenía a su cargo regular los aspectos de vacunación, inspección sanitaria en comestibles, bebidas, medicinas, panteones y hospicios, además de los servicios de estadística. En las entidades federativas se constituyeron las Juntas de Salubridad, con funciones de control farmacéutico, higiene pública, campañas de vacunación a nivel estatal y la administración de los hospitales civiles y hospicios.

Es el 15 de julio de 1891 cuando se expide el primer Código Sanitario, el cual constituye el primer intento por integrar las normas referentes a la salud y establecer las bases para los servicios sanitarios.

A finales del siglo XIX la salud se regía por las disposiciones de la Constitución de 1857, el Código Sanitario expedido el 10 de septiembre de 1894, así como por el Consejo Superior de Salubridad y la Dirección de Beneficencia Pública.

Al inicio del presente siglo, conviene recordar que la Nación afrontaba problemas como la concentración de tierra en tan solo el 10% de la población, por lo que se hacía necesario establecer una nueva forma de tenencia de la tierra y destruir el sistema latifundista fomentado durante el gobierno de Porfirio Díaz; la explotación de los obreros por parte de los patronos extranjeros, hace que se revelen creando huelgas para defender sus intereses y por último, el prolongado gobierno de Díaz hace que surjan una serie de inconformidades y nuevas formas de solución a los problemas, mismas que se verán reflejadas en el Congreso Constituyente de 1917.

Con el afán de proteger a los trabajadores, el Gobernador del Estado de México promulga en 1904 la primera ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, responsabilizando al patrón de los accidentes y obligándolo a otorgar una indemnización. Lo mismo hace el Gobierno del Estado de Nuevo León en 1906, al expedir una ley sobre accidentes de trabajo que a diferencia de la del Estado de México, no incluía disposiciones sobre enfermedades profesionales.

En materia de salubridad, en 1908 el Ejecutivo Federal envió al Congreso una iniciativa para adicionar la fracción XVI del artículo 72 constitucional para facultar al Congreso para legislar en materia de salubridad en las costas y fronteras.

Un antecedente importante para la salud en nuestro país y en especial para los trabajadores, lo constituye la Ley del Trabajo expedida el 11 de diciembre de 1905 en el Estado de Yucatán. En uno de los considerandos de esta ley se indica:

El Estado crearía una sociedad mutualista de - necesidad ineludible que, con la enorme fuerza que ha de obtener por la unión de todos los obreros y la garantía que el Estado proporcione a éstos por la acumulación de pequeñas sumas, - beneficios nunca soñados ni alcanzados en las sociedades mutualistas de índole particular - semejante, y que pueden resolverse en pensio-- nes para la vejez y en fondos contra la mi- seria que invade a la familia en caso de - muerte. (12)

La importancia de esta ley, radica en que responsabiliza al Estado de la creación de una institución que atenderá y cubrirá mediante aportaciones pequeñas, algunos riesgos de los obreros, lo cual constituye un antecedente importante en materia de seguros sociales.

---

(12) GONZALEZ DIAZ, Lombardo Francisco, ob. cit., pag. 134.

La convocatoria para la integración del Congreso Constituyente y su realización en los años de 1916-1917, de cuyo seno emana nuestra actual Constitución Política, en la que se consagraron las inquietudes de los diferentes grupos sociales, ideas prevalecientes en la época y la visión adelantada en materia de garantías sociales, dando origen a un nuevo proyecto de nación.

Este Congreso aborda entre muchas otras cosas, lo referente al problema sanitario de la Nación, lo analiza, debate y pone desde entonces las bases para el sistema jurídico mexicano en materia de salud. Al respecto conviene citar las palabras del Constituyente José María Rodríguez, que decía:

La primera condición para que el pueblo sea y pueda con energía luchar en el concurso general de las naciones, es el cuidado de la salud individual y colectiva, o sea el mejoramiento de la raza llevado a su grado máximo. (13)

Es ejemplo de lo anterior, el artículo 73 que habla sobre la salubridad general y el artículo 123 en el que se establece el derecho de los trabajadores a ser protegidos por riesgos de trabajo, como lo indica la fracción XXIX del citado numeral y

---

(13) RODRIGUEZ, María, citado por Yolanda Sentíez de Ballesteros, Miguel de la Madrid H., El Marco Legislativo para el Cambio, tomo 3, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Presidencia, México 1983, pag. 368.

que por su importancia, a continuación transcribimos:

Artículo 73...

XXIX. Se considera de utilidad social: el - establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, -- por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión popular.

Con esta disposición los trabajadores quedan asegurados aunque de manera incipiente contra diversos riesgos, ya que el seguro es voluntario y no obligatorio, como sucede con la reforma de 1929 en donde se declara de utilidad pública la expedición de una ley del seguro social que comprenderá diversos riesgos. Esta modificación es loable, pero no garantiza que toda la población obtenga estos beneficios.

En la Constitución de 1917 se reserva en forma exclusiva al Congreso de la Unión la facultad para legislar en materia de Salubridad General de la República, creando para ello el Departamento de Salubridad Pública y reestructurando el Consejo de Salubridad.

La centralización ya se había iniciado en el año de

1908 con la reforma a la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857, por lo que la nueva Constitución sólo reitera esta situación y se le agregan las bases que actualmente tiene.

Al tomar el poder los primeros gobiernos emanados de la Revolución Mexicana, se consolida el reconocimiento oficial del derecho a la salud, se acepta que éste no depende exclusivamente de acciones médicas, sino que es el producto del mejoramiento de todos los factores sociales que determinan el nivel de vida. Ahora se concibe a la salud como la suprema riqueza del individuo.

Los hechos no se hicieron esperar, en 1921 se efectúa el Primer Congreso Mexicano del Niño. En este mismo año se intensificaron las campañas antipalúdica, contra la fiebre amarilla y se fundó el primer Centro de Higiene Infantil en la ciudad de México.

En 1922 se fundó la Escuela de Salubridad con el objeto de mejorar la calidad del personal técnico y se celebró la Primera Convención Sanitaria Nacional.

En el año de 1924 se inicia la reforma a la organización de la Beneficencia Pública y se refuerzan las acciones

sanitarias para combatir el brote de viruela en el Estado de Veracruz; se hace obligatoria la vacunación y revacunación contra este mal para todos los habitantes del país y se federalizan las campañas para combatir la tuberculosis, rabia, entre otras. Esta reforma se concretiza en la expedición del nuevo Código Sanitario en el mes de marzo de 1926.

La novedad en este ordenamiento radica en que contiene disposiciones para la celebración de contratos de coordinación entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados.

En la tercera década de este siglo se inicia una nueva etapa que vigoriza la atención de la salud a la sociedad mexicana. Al efecto se crearon los Servicios Ejidales Cooperativos y se inicia el servicio social de los estudiantes de -- de medicina.

En 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo y con ella la base legal para algunos Reglamentos como el de Higiene en el trabajo y Medidas Preventivas de Accidentes de Trabajo. El 20 de agosto de 1934 se expide otro Código Sanitario, que declara como de interés público la manifestación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios.

En el ámbito internacional, en 1935 se aprueba en

Estados Unidos de América la "Social Security Act", la cual establece de manera institucional la creación de ciertos derechos de seguridad social. El financiamiento se integraba tanto con aportaciones de los trabajadores como de los patrones.

En el año de 1937 se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil, mismo que es desaparecido al crearse la Secretaría de Asistencia Pública. Con esta nueva dependencia se reconoce el compromiso que tiene el Estado de proporcionar apoyo a ciertos grupos sociales, que por sí mismos no pueden proporcionárselos.

Los trabajadores al Servicio de la Federación obtienen protección al promulgarse en 1938 el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión.

El 31 de diciembre de 1942 es publicada en el Diario Oficial de la Federación la primera Ley del Seguro Social, cubriendo los riesgos derivados de los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, maternidad, vejez, invalidez, muerte y cesantía en edad avanzada. Para cumplir con sus objetivos se crea como Organismo Descentralizado el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual atenderá a la población asalariada y a sus dependientes económicos. El régimen autónomo y el sistema contributivo y administrativo tripartita; el carácter obligatorio del seguro, la declaración de que es un servicio públi-

co y la personalidad jurídica propia, son elementos novedosos en la administración pública.

Con el propósito de estudiar la nutrición de la sociedad mexicana, el 14 de enero de 1943 se inauguró el Instituto Nacional de Nutriología. En este mismo año aparece la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, la cual va a regular a las instituciones de beneficencia particular que proporcionan servicios de asistencia sin el propósito de lucro y sin distinción de los beneficiarios. Igualmente se crea en este mismo año la Secretaría de Salubridad y Asistencia al fucionarse la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública.

En 1947 se fundó la Asociación Pronutricional Infantil y el Servicio de Desayunos Escolares. El siguiente año, 1948 es importante porque la Declaración Universal de los Derechos del hombre que adopta la Organización de las Naciones Unidas, establece en sus artículos 22 y 25 las bases esenciales para el Derecho a la Salud, según lo hemos visto en el capítulo correspondiente a conceptos y definiciones.

Es el 31 de diciembre de 1949 cuando se expide el sexto Código Sanitario.

Los siguientes años se caracterizan por el impulso que se le da a la atención de la salud en las comunidades rurales. Así, en 1953 se creó el Programa de Bienestar Social Rural. Se erradicó la viruela y se inicia la campaña contra males como el tifo y el paludismo. También es importante este año porque se inicia la Construcción del Centro Médico Nacional. En diciembre de 1954 se expide el nuevo Código Sanitario.

Otro paso fundamental en la protección de los trabajadores mexicanos lo constituye la creación en 1959 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

La década de 1960 a 1970 se destaca por el deseo de lograr la coordinación de los servicios de salud que existían en nuestro país. Para ese fin se crea la Comisión Mixta Coordinadora de actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, formada por los titulares de las tres instituciones más importantes en la materia como son: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado.

El 6 de julio de 1971 se reforma la fracción XVI base 4ª del artículo 73 de nuestra constitución, en la que se faculta al Consejo de Salubridad General para dictar medidas referentes

a la prevención y combate de la Contaminación Ambiental. El 23 de marzo de 1971 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental. En enero de 1972 se modifica la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se crea la Subsecretaría de mejoramiento del Ambiente.

La reforma a la fracción XXIX del artículo 123 en su apartado "A" en 1972 es de trascendental importancia, ya que establece la base legal para la Nueva Ley del Seguro Social, misma que entra en vigor el 1º de abril de 1973.

Esta ley ya no habla del régimen de seguro obligatorio sino de Seguridad Social, según se desprende del capítulo de disposiciones generales y en especial del artículo 2º que a la letra dice: "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

Por su parte, el artículo 4º asienta: "El seguro social es el instrumento básico de la seguridad social establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas por otros ordenamientos".

Como observamos, la Ley del Seguro Social instituye incluso antes de la reforma del artículo 4º constitucional, el término "derecho a la salud", lo cual demuestra el papel fundamental que ha tenido en nuestra sociedad el Seguro Social. A su vez, el artículo 4º de la Ley en cuestión reconoce expresamente que el Seguro Social es un instrumento básico de la Seguridad Social. Sin embargo, en la exposición de motivos de la Ley, al comentar la fracción XXIX del artículo 123 constitucional indica que el objeto de esta fracción es establecer la protección del trabajador, pero la meta de la nueva Ley del Seguro Social, es alcanzar a todos los sectores e individuos que integran nuestra sociedad.

En el año de 1973 se realizó la primera Convención Nacional de Salud en que participó el sector público, sector privado y los profesionistas dedicados a la atención de la salud. La finalidad era efectuar un diagnóstico de la situación prevalente y elaborar las estrategias del sector salud que condujeran a la elaboración de un Plan Nacional de Salud tomando en consideración los planes estatales y municipales.

El 1º de enero de 1977 entra en vigor la nueva Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y corresponde al artículo 39 señalar la competencia de la Secretaría de Sa-

lubridad y Asistencia en esta materia y cuyo análisis mas detallado se efectúa en el capítulo III.

La creación en este tiempo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), constituye otro instrumento para atender las demandas de salud, educación, vivienda y alimentación, enfocando sus esfuerzos prioritariamente a las zonas marginadas tanto rurales como urbanas y que junto con la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), buscaban beneficiar a dichos grupos.

No obstante todas las leyes, reformas, adiciones, etc., el sector salud carecía en los primeros años de la octava década, de los instrumentos rectores que le permitieran orientar las actividades de todos los organismos, dependencias y entidades hacia un mismo fin, así lo reconocía el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado en el Plan Nacional de Desarrollo:

La falta de una coordinación dió lugar, por un lado, a la superposición de coberturas de atención a la población en ciertas regiones y carencias en otras. En 1982 existían más de diez millones de habitantes que no tenían acceso a servicios permanentes de salud. Por otro lado, surgieron modalidades diferentes -- respecto de los criterios de construcción y equipamiento de los establecimientos, adquisición de insumos, capacitación del personal y en la configuración de los sistemas de planeación y administración. Lo anterior se ha tra

ducido en una calidad heterogénea en la cobertura, en costos diferentes en la prestación de servicios, y en un inadecuado aprovechamiento de los recursos disponibles.<sup>(14)</sup>

Para atender y solucionar la problemática detectada en los foros de consulta popular, el Ejecutivo Federal desde el inicio de su mandato emprendió una profunda reforma legal, con el objeto de que en forma paulatina la población tuviera acceso a los servicios de salud.

En este orden de ideas, tenemos que el 28 de diciembre de 1982 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el cual se otorgan nuevas atribuciones al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. En esta misma fecha aparece el Decreto que reforma y adiciona a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y en especial el artículo 39 referente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud. Con esta reforma, la dependencia a que nos referimos queda facultada para establecer y conducir la política nacional en materia de salud, coordinar los servicios de salud de las Instituciones del Gobierno Federal, así como el agrupamiento y programas afines, con excepción de lo relativo al saneamiento ambiental, que pasa a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

---

(14) DE LA MADRID H., Miguel, Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México 1983, pags. 243-244.

Se reforman también los artículos 7º, 12 y 13 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, mismos que son publicados en el Diario Oficial el 30 de diciembre de 1982. Respecto al primero, la reforma consiste en modificar la integración del Consejo de Salubridad General. En el artículo 12 se faculta a la Secretaría para coordinar las actividades que en materia de salubridad general emprenden las dependencias del Poder Ejecutivo Federal y demás organismos que integran el sector salud.

Por último, el artículo 13 reitera el papel coordinador de la Secretaría, ya que la autoriza para que celebre convenios entre la Federación y los Estados, así como en el Distrito Federal, con el objeto de consolidar el Sistema Nacional de -- Salud.

En esta misma fecha se reforma el artículo 252 de la Ley del Seguro Social para que el Secretario de la actual Secretaría de Salud funja como Consejero representando al Estado; lo mismo sucede con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, al reformarse el artículo 104 para incluir en la Junta Directiva de este instituto al Secretario de Salud.

La estructura orgánica de la Secretaría es igualmente

modificada mediante Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial el día 30 de diciembre de 1982, para establecer la Subsecretaría de Planeación, cuya principal función es la de consolidar el Sistema Nacional de Salud.

Conviene mencionarse, que en el período de sesiones de 1982, el Congreso de la Unión ya discutía la adición al artículo 4º de la constitución para incluir el derecho a la protección de la salud. La reforma en esta materia culmina con la expedición de la Ley General de Salud, que al igual que la reforma constitucional, se analizan por separado, ya que son disposiciones fundamentales para la presente tesis. El 16 de abril de 1986 se publica en el Diario Oficial la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y diversos reglamentos que complementan la aplicación de la ley en cuestión.

La actual administración del Presidente Salinas de Gortari publicó el Programa Nacional de Solidaridad que contempla la dotación de diversos servicios a las comunidades más necesitadas del país, dentro de los cuales está la atención y protección de la salud. A este programa el Gobierno Federal le ha asignado recursos económicos para cumplir con sus objetivos y coadyuvar de esta manera al desarrollo de las comunidades marginadas.

CONSTITUCIONES DEL MUNDO QUE CONSAGRAN EL DERECHO  
A LA PROTECCION DE LA SALUD

Con el objeto de tener una visión general en el ámbito internacional sobre el tema que estamos tratando, se presentan algunas disposiciones de diversas Constituciones del mundo que se refieren al derecho a la protección de la salud.

En España, el artículo 41 de la Constitución indica que corresponde a los poderes públicos mantener un régimen de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que contemple y garantice la asistencia y prestaciones suficientes para los casos de necesidad y el desempleo principalmente.

El artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y le da competencia al poder público para organizar y tutelar la salud pública, fomentar la educación sanitaria, la educación física y el deporte, así como encausar de forma adecuada la utilización del ocio. La asistencia sanitaria se regula por la Ley General de Seguridad Social.

En este país se encuentran divididos los servicios de salud, por un lado está la seguridad social y por el otro el régimen de derecho a la salud, sin embargo, se han dictado algunas disposiciones para tener un sistema integral sanitario.

En Grecia también está dividido el sistema de atención a la salud, así lo indica el artículo 21 de la Constitución de 1975 que al efecto dispone que el "Estado cuidará la salud de los ciudadanos y adoptará medidas especiales para la protección de la juventud, los ancianos, los incapacitados y para el auxilio de los necesitados". El artículo 22 faculta al Estado para atender la seguridad social de los trabajadores, como lo previene la ley respectiva.

En Portugal, el artículo 64 de la Constitución de 1976 le otorga el derecho a la protección de la salud a todos los ciudadanos e impone a éstos el deber de defenderla y promoverla. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado garantizar la cobertura médica y hospitalaria. En 1982 se reforma el artículo que se comenta para establecer que el "Sistema Nacional de Salud tendrá una gestión descentralizada y participativa".

En Japón, el artículo 25 de su Constitución de 1947 establece el derecho a un nivel mínimo de vida saludable y cultural, por lo que también compete al Estado la seguridad y la salud pública.

En Francia, la Constitución de 1946 establece como garantía de todos los ciudadanos franceses y en especial de los niños y ancianos, la atención de su salud.

La Constitución de Uruguay de 1967, también consagra el derecho a la salud para toda la población e impone a los ciudadanos el deber de cuidar su salud.

En Argentina, la Constitución de 1949 establece el régimen de seguridad social sólo para los trabajadores, para la demás población se creó en 1971 el Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Este breve recorrido nos demuestra que muchos países han establecido una dualidad de instituciones para atender a la población, por un lado, está el régimen que atiende a los trabajadores y por el otro, el que atiende a la población que no está incorporada a los seguros sociales, pero con tendencias a unificar ambos sistemas. Hay otras naciones que han superado esta dualidad. Lo importante es que se han preocupado por incorporar en su ley fundamental el derecho a la protección de la salud.

## C A P Í T U L O   I I I

### BASE LEGAL DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

#### 3.1 LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Como ha quedado asentado en el capítulo correspondiente a antecedentes históricos, nuestra Constitución ha tenido una serie de reformas con el objeto de establecer las bases legales para atender tanto en lo individual como colectivo las necesidades que el ser humano tiene en materia de salud física, mental y social.

La Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República en 1981, con el objeto de establecer los elementos normativos, financieros y técnicos necesarios para la integración de los servicios de salud en un sistema nacional que reflejara el sentir de los grupos sociales y de la población en general, llevó a cabo una serie de consultas populares, de la cual surge una realidad llena de desigualdades y contradicciones en los servicios. Para contrarrestar estos efectos negativos que hasta ese momento se habían originado, el Ejecutivo Federal promueve en 1982 una reforma a nuestra Constitución Política, la cual después de analizada y aprobada por el Congreso de la Unión, adiciona el artículo 4º con un párrafo que dice:

Toda persona tiene derecho a la protección de

la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone -- la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Esta adición marca el inicio de una nueva etapa en la protección y cuidado de la salud de los mexicanos. Pero antes de pasar al análisis de esta importante adición, creemos conveniente citar algunos otros artículos de nuestra Carta Magna que también están relacionados con la salud.

Es el caso del mismo artículo 4º, el cual tutela a los menores responsabilizando a los padres para satisfacer sus necesidades y la salud física y mental de sus hijos. La limitante real para hacer efectiva esta garantía son las posibilidades económicas de los padres.

El artículo 11 referente a la garantía de libre tránsito por la República, teniendo como único límite las disposiciones que en materia de salubridad general de la Federación impongan las leyes. Lo mismo sucede con el segundo párrafo del artículo 16, respecto a la garantía de motivación y fundamentación de los actos de autoridad administrativa para practicar visitas domiciliarias con el propósito de cerciorarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios y de policía.

La fracción III del artículo 27, respecto a la adquisición por parte de las instituciones de beneficencia ya sean públicas o privadas, de bienes raíces cuyo objeto sea el auxilio de los necesitados, la investigación científica o la ayuda recíproca de los asociados.

La fracción XVI del artículo 73 es fundamental, ya que se reserva al Congreso de la Unión la facultad exclusiva para dictar leyes sobre salubridad general en la República. Así como la fracción IX del artículo 117 para dictar leyes que combatan el alcoholismo.

Por otra parte, el artículo 123 establece una de las garantías sociales de salud más importantes, al establecer la obligación que tienen los patrones de observar en los centros de trabajo los preceptos legales sobre higiene y seguridad, con el objeto de prevenir accidentes de trabajo y proteger el trabajo de los menores para asegurar su salud y bienestar.

También es procedente citar los artículos 89 y 90 de nuestra constitución, aun cuando no tengan una relación directa, ya que el primero establece la facultad del Presidente de la República, lo cual lo autoriza para reglamentar las leyes como lo es la Ley General de Salud. El segundo, al establecer la clasificación de Administración Pública Federal en centra-

lizada y paraestatal, lo autoriza para establecer dependencias como la Secretaría de Salud o Entidades como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Este somero análisis nos da una idea de la importancia que ha tenido la salud tanto para el Constituyente de 1917, como para los Gobiernos de la República al establecer en nuestro máximo ordenamiento jurídico disposiciones que de una u otra manera tratan de proteger la salud de toda la población mexicana.

Corresponde ahora abordar el artículo 4º de nuestra Constitución, el cual constituye la base legal más importante para el tema que estamos desarrollando. Su estudio y análisis nos permitirá conocer sus alcances y proyección a escasos 8 años de su establecimiento.

La iniciativa que el Ejecutivo Federal envió a la Cámara de Senadores el día 20 de diciembre de 1982, para adicionar el artículo que comentamos; destaca los avances que ha registrado la seguridad social en los servicios de salud. Al efecto se indica que:

El sistema que protege a los servidores del Estado desde 1925, es uno de los primeros esfuerzos de aseguramiento social del mundo, protege ya a dos millones de trabajadores y a seis millones de dependientes.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en poco menos de 40 años, ha ampliado su protección a 7 millones de trabajadores y a 26 millones de derechohabientes, sin incluir los servicios de seguridad social.

Los miembros de las Fuerzas Armadas se benefician del sistema especial que la revolución estableció para proteger a esos patriotas mexicanos.

La justicia social como proyecto revolucionario ha llevado a que los servicios de salud alcancen a la población abierta, que no es amparada por los sistemas de seguridad social, a través de los programas asistenciales que lleva a cabo el Gobierno de la Nación.<sup>(15)</sup>

No obstante las cifras que presenta el Ejecutivo Federal, una gran parte de la población no está amparada por estas instituciones, que tutelan principalmente al trabajador y su familia, quedando desprotegida la gente que no tiene un trabajo fijo y que por desgracia es la que menos recursos económicos tiene. Además de que en la práctica el I.S.S.S.T.E, el I.M.S.S., el I.S.S.F.A.M., la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud), así como otras instituciones públicas o privadas que proporcionan atención a la salud, por no existir una adecuada coordinación a través de un programa rector de salud, impiden o limitan el acceso de la población, así lo reconocer el Presidente de la República en los considerandos de su iniciativa.

---

(15) DE LA MADRID H., Miguel, El Marco Legislativo para el Cambio, Tomo 3, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Presidencia, México 1983, pags. 355 y 356.

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, siempre en perjuicio de México y los mexicanos. (16)

El reconocimiento de las deficiencias con que operan las instituciones de salud en 1982, hacía pensar que el naciente gobierno haría mucho en este campo, sin embargo, la organización que tiene nuestro sistema de salud, el poder económico y político que representan las instituciones dedicadas a ello, nos hacen pensar que no se puede avanzar mucho, ya que no basta que se plasme a nivel garantía constitucional el derecho a la protección de la salud, si no se tiene la voluntad política, la organización y los recursos económicos que la hagan una realidad. Tal como se reconocía en la exposición de motivos de la iniciativa que se comenta.

Si bien la garantía social que proponemos, -- vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución de Querétaro, compendio supremo del proyecto nacional, sabemos que no implica que ese derecho sea de cumplimiento automático; pero tampoco su efectividad es propósito ingenuo y por ello inalcanzable. Por el contrario, los recursos que el Estado y la sociedad destinan a la salud; los trabajadores de la salud formados en décadas de política educativa; el equipamiento y la infraestructura de salud acumulada y madurez de las

---

(16) DE LA MADRID H., Miguel, ob. cit. pag. 357.

instituciones públicas que operan en ese campo, muestran que es factible que en el mediano plazo los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud. (17)

El propósito de la iniciativa es dar las bases para el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, en el que la planeación sea un factor determinante, se revierta el proceso centralizador que se ha tenido en la materia, se fortalezcan los tres niveles de gobierno y se definan a través de la Ley Reglamentaria correspondiente las bases y mecanismos para el acceso a los servicios de salud en nuestro país. Aprovechando los recursos que el Estado y la sociedad destinan, así como las instituciones creadas para ello, permitirá que los mexicanos disfruten de un mejor nivel de salud. Afirma que no se trata de establecer:

Un aparato burocrático nuevo, forzosamente -- grande e inmanejable, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que -- las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente, para evitar duplicidades y contradicciones; en suma, para dar un paso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud. (18)

---

(17) DE LA MADRID H., Miguel, ob. cit. pags. 358-359.

(18) Idem., pag. 359.

Según la iniciativa que comentamos, el derecho ha de hacerse realidad mediante los servicios públicos de salud, que correrán a cargo de las instituciones tanto federales, estatales como municipales.

Cabe señalar que la adición no indica que los servicios de salud tengan que ser gratuitos, por lo que corresponderá a la Ley secundaria determinar los criterios para ello, tomando en consideración la situación económica del usuario. Por nuestra parte pensamos que los servicios que prestan entidades como el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E. y el I.S.S.F.A.M., seguirán operando en base a las aportaciones que hacen los trabajadores, el Estado y los patrones en su caso.

El paso de la iniciativa por las Cámaras tanto de Senadores como de Diputados, no presentó grandes discusiones, --- quizá porque ninguno de los legisladores se podía oponer a este avance que los grupos marginados reclamaban. La solidaridad humana siempre ha jugado un papel importante en las sociedades de todos los países; el deseo de luchar en forma conjunta para afrontar las calamidades, siniestros, etc., hace que afloren en el individuo sus sentimientos y busquen que sus familiares y la sociedad en general tenga cada día una mejor educación, alimentación, seguridad y salud, pero esto no se consigue en forma aislada, sino con la participación del Estado, sociedad e individuo.

Por esto afirmamos que el derecho a la protección de la salud, es un derecho que se funda en los valores del ser humano, de ahí el calificativo que le dimos a la presente tesis.

El dictamen de las Comisiones Unidas Primera de Puntos Constitucionales y Salubridad de la Cámara de Senadores, encabezada por la Senadora en ese tiempo Mirna Esther Hoyos de Navarreta, explicaba la realidad en esta materia, al decir:

Ha habido avances, es innegable, pero es también innegable que aún falta mucho por hacer - para dar seguridad social a la mitad de nuestros compatriotas.

Vivimos aún, desgraciadamente, en un país de desigualdades, en términos de seguridad social podríamos hablar de mexicanos de primera que son los que pagan cuotas a cambio de los servicios que reciben; los de segunda que reciben únicamente servicios asistenciales y los mexicanos de tercera que son los que no tienen acceso a ninguno de estos servicios.

Hemos logrado elevar el promedio de vida de los mexicanos, pero hemos de reconocer también que todavía decenas de miles de niños mueren en México de enfermedades respiratorias y gastrointestinales lo que revela un gran atraso en los niveles de salud y que nos coloca como un país subdesarrollado en este aspecto. (19)

Ya en la Cámara de Diputados, el Diputado Mariano López Ramos, propone que al texto que envió el Ejecutivo Federal

---

(19) CAMARA DE SENADORES, LII Legislatura, Diario de los Debates, Tomo I No. 53, 23 de diciembre, México 1982, pag. 2.

y que ya fue discutido y aprobado por la Cámara de Senadores, se le haga una adición en la que se establezca que se tutelará fundamentalmente el interés de los grupos y clases sociales económicamente débiles, ya que a los individuos que poseen recursos económicos suficientes, poco les interesa que se reconozca en la Constitución el Derecho a la Salud.

También participa en la discusión la Diputada Florentina Villalobos de Pineda, quien manifiesta que en los últimos tres sexenios se ha reformado constantemente el artículo 4º de la Constitución y que cada reforma ha sido más desafortunada, por lo que propone que en esta adición se le hagan algunas modificaciones al texto, tomando en consideración lo establecido en el artículo 3º de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el sentido de que se establezca que toda persona tiene derecho a la vida desde el momento de su concepción, ya que "El derecho a la vida está antes que el derecho a la salud, porque primero es el ser y luego el modo de ser".(20)

Por último, el Diputado Pedro Bonilla Díaz, solicita se haga un agregado al texto de la adición, señalando claramente que será el Estado quien asignará los recursos materiales y humanos necesarios para que se haga efectivo el Derecho a la

---

(20) DE LA MADRID H., Miguel, ob. cit. pag. 399.

Salud.

Por nuestra parte, consideramos que esta adición que se pretendía hacer al texto elaborado por el Ejecutivo Federal era correcta, ya que de nada sirve que se establezca en nuestra Constitución Política que toda persona tiene derecho a la protección de la salud o para disfrutar de una vivienda digna y decorosa, si no se aportan los recursos necesarios para que se haga efectivo tal derecho o se implementen los mecanismos suficientes para su realización, haciendo posible un país mas justo e igualitario.

No obstante estas propuestas para enriquecer la iniciativa del Presidente, al someterlas a votación fueron rechazadas por lo que se aprobó en sus términos, con la salvedad de que se cambia el tiempo del verbo empleado, al quedar la reforma como que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en vez del utilizado por el ejecutivo "tendrá", lo cual hacía más remota su efectividad.

Con la adición al artículo 4º constitucional y la elevación a este rango del derecho que toda persona tiene a la protección de la salud, se busca que el mexicano tenga un mejor bienestar físico y mental, ampliar y elevar su calidad de vida; proteger los recursos económicos y fomentar los servicios, haciéndolos más eficaces y oportunos, además de impulsar

la investigación técnica y científica para hacer efectivo el acceso a los servicios de salud, conforme lo determine la Ley General de Salud que se expide el año siguiente y que se analizará más adelante.

### 3.2 LEY GENERAL DE SALUD

Congruente con la adición al artículo 4º de la Constitución, el Presidente de la República con fundamento en la fracción I del artículo 71 de nuestro máximo ordenamiento, envía a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, la iniciativa de Ley General de Salud, la cual es turnada para su estudio y análisis a la Comisión de Salubridad y Asistencia.

De la exposición de motivos de la Ley en cuestión se desprende que:

Define la naturaleza y alcance del derecho a la protección de la salud así como las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y distribuye la competencia en materia de salubridad general entre la Federación y las Entidades Federativas.

Igualmente, y a fin de dar impulso a la efectividad de la nueva garantía social, se sistematizan las bases legales del Sistema Nacional de Salud, se clarifica la distribución de competencias entre dependencias federales que inciden, así sea indirectamente, en el ámbito de la salud; se moderniza la legislación sanitaria, se señalan mecanismos para que los sectores social y privado contribuyan al mejoramiento de la salud y se avanza en el proceso de racionalización de su regulación.<sup>(21)</sup>

---

(21) CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNION, Ley General de Salud, Proceso Legislativo de la Iniciativa Presidencial, LII Legislatura, Colección "Documentos", México 1983, pag. 11.

La ausencia de una entidad rectora que coordine las acciones de las instituciones públicas de salud, de seguridad social y de los particulares, así como la centralización de los servicios, la dependencia científica y tecnológica del exterior, hacen que las disposiciones del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos del 13 de marzo de 1973 ya no cumplan con su cometido y mucho menos satisfagan las aspiraciones que la reciente adición al artículo 4º constitucional demandaban.

Preservar la salud de la población, aumentar el período de vida y ampliar la cobertura de los servicios de salud, fue y han sido preocupación de nuestros gobiernos. Todos en su momento asignaron recursos económicos, establecieron la normatividad conducente e instrumentaron programas para la atención de la salud, sin embargo, fue el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, quien en base a la Ley de Planeación, los resultados de la consulta popular efectuada en su campaña presidencial y el Plan Nacional de Desarrollo, quien toma la decisión de realizar el cambio estructural que la sociedad exigía. La planeación democrática del desarrollo nacional fue un elemento distintivo en la pasada administración federal, como se ha indicado al comentar el artículo 26 de nuestra Constitución. Al respecto, la atención y cuidado de la salud no podía quedar al margen y la Ley General de Salud era la segunda intención por sistematizar las disposiciones jurídicas en esta materia; la primera había sido la adición al artículo 4º constitucional.

Al hacer el análisis de la iniciativa, la Comisión de Salubridad y Asistencia manifiesta en su dictamen su beneplácito por la denominación de la Ley, ya que la legislación sanitaria era compleja y poco práctico resultaba hablar de un Código Sanitario, además de que en la reforma a la Constitución se decía que era una Ley Reglamentaria la que establecería la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salud general. Al respecto, la citada Comisión informaba:

Es indudable que el contenido general de la Ley es novedoso y significa un cambio muy importante en la técnica legislativa y en la regulación de las materias que tradicionalmente venían recogiendo los Códigos Sanitarios Federales. Sin embargo, hay aspectos de la iniciativa que es necesario precisar, ampliar o mejorar, con el objeto de que, si tiene a bien aprobarla esta H. Cámara de Diputados y su Colegisladora, sea una Ley clara en la que el pueblo de México encuentre un instrumento útil para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. (22)

Es conveniente señalar que para mejorar la salud de una sociedad determinada, se requiere además de los instrumentos jurídicos que garanticen al individuo un mínimo razonable de vida, de las instituciones encargadas de la protección de la salud y de los recursos económicos suficientes, de una adecuada

---

(22) CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNION, ob. cit., pag. 168.

planeación de los elementos que intervienen.

Las modificaciones que hace la citada comisión son de diversa índole y se enriquecen con las aportaciones de los diferentes Diputados, de tal suerte que la iniciativa sufre un total de 193 modificaciones.

Destacan del Título Primero de la Ley General de Salud, los artículos 2º, 3º y 4º, ya que el primero practicamente reitera el contenido del tercer párrafo del artículo 4º constitucional. El artículo 2º establece las finalidades del derecho a la protección de la salud, en los siguientes términos:

Artículo 2º El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

VI. El Conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de -

salud, y

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud

La iniciativa presidencial contenía a nuestro parecer una redacción ambigua en las fracciones I, IV y V, lo cual podía hacer nugatorio el derecho a la salud, ya que en las dos primeras señalaba que la finalidad era la "promoción" del bienestar físico y mental del hombre y las actividades solidarias y responsables de la población, por lo que la eliminación por parte de la comisión fue adecuada, además de que no era congruente con el enunciado del artículo.

Lo mismo sucede con la fracción V al cambiar la palabra "prestación" por "disfrute", ya que la finalidad está encaminada a satisfacer las necesidades de la población y no a las instituciones encargadas de prestar dichos servicios.

Por su parte, el artículo 3º determina el contenido de la salubridad general, destacando la atención médica preferentemente a los grupos más vulnerables, como los ciudadanos de menos recursos económicos, los niños, los ancianos y minusválidos; la atención materno infantil, la salud mental y la nutrición de la población; los programas tendientes a combatir la adicción y el consumo de productos nocivos para la salud, como el alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia y sus formas

de difusión; el control de los equipos y material necesario para la curación y atención de la salud, prevención de enfermedades y formación de recursos humanos para la atención de la salud.

Destaca en este nuevo ordenamiento la salud ocupacional, la cual está orientada a promover en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social la salud de los trabajadores mediante una efectiva prevención de accidentes y enfermedades profesionales, según se desprende de los artículos 131, 164 y 165 de la ley que se comenta.

Creemos que la salubridad general debe comprender todos y cada uno de los factores que afectan en cualquier forma a la salud, tanto en lo individual como colectivo, física o mental, incluyendo por supuesto las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; servicios educativos, de nutrición y efectos nocivos del medio ambiente y la planificación familiar, entre otros.

Por lo anterior, afirmamos que la esfera de acción de la Ley General de Salud es ilimitada, según se aprecia en el artículo que comentamos, en donde se lista el contenido de la salubridad general pero no en forma limitativa, sino enunciativa, ya que el mismo establece que serán materia de salubridad general las contenidas en esta ley y otros ordenamientos legales, hecho que justifica la inclusión de estos ordenamientos en un

apartado especial de la presente tesis.

Conforme al artículo 4º de esta ley, son autoridades sanitarias: El Presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y los Gobiernos de las Entidades Federativas, incluyendo al Departamento del Distrito Federal de acuerdo a los artículos 43 y 44 de la Constitución.

Al respecto debemos mencionar que hay un avance en esta ley al especificar cuales son las autoridades sanitarias, subsanando con ello las serias omisiones que tenía el Código Sanitario de 1973 al dejar abierto en el artículo 5º, las demás autoridades sanitarias.

Dichas autoridades son las encargadas legalmente de la salubridad general en todo el territorio nacional, responsables de la aplicación de la Ley General de Salud y las disposiciones que emitan son de carácter obligatorio. Sin embargo, es conveniente hacer una consideración muy especial respecto a la base 2ª de la fracción XVI del artículo 73 de nuestra Carta Magna.

Consideramos que al consagrar nuestra Constitución que corresponde al "Departamento de Salubridad" dictar las medidas preventivas en caso de que el país se vea en peligro por

epidemias o enfermedades exóticas, existe una evidente inconstitucionalidad en los ordenamientos que crean primero a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy sólo Secretaría de Salud; el nombramiento e intervención del titular de la misma como Presidente del Consejo de Salubridad General, la fusión o desaparición de facto del "Departamento de Salubridad" y todas las demás disposiciones que no son congruentes con lo establecido en la Constitución, hasta en tanto no sea modificada esta base, ya que se refiere al Departamento de Salubridad y no a la Secretaría de Salubridad y Asistencia o de Salud.

El título segundo instituye las bases para el Sistema Nacional de Salud, constituido por las distintas dependencias y entidades públicas de los tres niveles de gobierno y de los sectores social y privado que tengan relación con la salud, los cuales en forma coordinada orientarán sus funciones para dar cumplimiento al nuevo derecho.

Por su importancia, a continuación transcribimos los objetivos que tiene el Sistema Nacional de Salud:

Artículo 6º El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daño a la salud, con especial interés en las -

acciones preventivas;

II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos - para mejorar la salud;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y - con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Por su parte, el artículo 7º estatuye que la coordinación del Sistema Nacional de Salud recae en la Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria e instancia administrativa especializada en la materia, además que le establece una serie de atribuciones con lo cual esta Secretaría amplía su competencia, regulada principalmente en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que en su

fracción primera le da competencia para establecer y conducir la Política Nacional en materia de salud, en los términos que determinen las leyes correspondientes o el Ejecutivo Federal.

Es conveniente destacar que responsabilizando a la Secretaría de Salud de la coordinación del Sistema Nacional de Salud, se afronta el problema que este sector tenía, al carecer de una entidad rectora que coordinara los planes, programas y acciones de las diferentes instituciones de salud.

Según la fracción primera del artículo 7º de la Ley que se comenta, en la iniciativa se establecía que esta política se conduciría conforme a lo que estableciera el Ejecutivo Federal pero la comisión dictaminadora le agrega que será conforme a la legislación vigente, con lo cual se limita la facultad otorgada al Presidente.

Otra modificación que hizo la Comisión y que consideramos importante para el cumplimiento de los objetivos de la Ley, es la referente a la inclusión de los trabajadores de la Secretaría y los usuarios de los servicios, para que éstos respondan a las circunstancias y necesidades que la sociedad exige, ya que son aquellos los que conocen la operatividad y éstos las necesidades y formas de prestación.

El capítulo II de este título aborda el problema que

la legislación sanitaria anterior no había resuelto, relativo a la distribución de competencias en esta materia entre las autoridades Federales y estatales. Así el artículo 13 establece la competencia que tendrá el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud y los gobiernos de los diferentes Estados. Por su parte, el artículo 17 marca la competencia que tendrá el Consejo de Salubridad General y las bases para la celebración de acuerdos de coordinación con las Entidades Federativas para que al dictar leyes locales de salud y asistencia social refuercen la descentralización de los servicios. Posteriormente se buscará una integración orgánica en una sólo institución para la prestación de los servicios en una población, con el objeto de tener una plena cobertura y elevar la calidad de los mismos. En marzo de 1986 se instala el Consejo Nacional de la Salud como una instancia de coordinación para la programación y evaluación de la salud pública entre los Estados y el Gobierno Federal.

Como innovación respecto a las anteriores legislaciones sanitarias, la Ley General de Salud regula los servicios de salud señalando que son todas las acciones realizadas a favor del individuo y de la sociedad en general, para proteger su salud, lo cual clarifica su alcance. Clasifica los servicios de salud en servicios de atención médica, salud pública y asistencia social y los define como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad, con el fin

de proteger, promover y restaurar la salud personal y de la colectividad.

Del artículo 25 de la ley en cuestión conviene resaltar la modificación de la comisión dictaminadora al cambiar el verbo "procurará" empleado en la iniciativa, por el de "garantizará", ya que la Constitución se refiere a un derecho y por lo tanto éste constituye una garantía que debe reflejarse en la prestación de los servicios de salud. Por su parte, el artículo 27 que a continuación se transcribe, establece los servicios básicos que constituyen el derecho a la protección de la salud:

Artículo 27.- Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

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

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

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

IV. La atención materno-infantil;

V. La planificación familiar;

VI. La salud mental;

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

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

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables.

Conforme a los artículos 61 y 67 de la Ley, la atención materno-infantil y la planificación familiar, además de ser servicios básicos de la salud, son de carácter prioritario. Lo mismo se establece en el artículo 72 referente a la salud mental, pero que la iniciativa no contemplaba así, por lo tanto la inclusión que realiza la comisión dictaminadora, es acertada.

Todas estas disposiciones no tendrán el alcance real que se les quiere dar, si no se cuenta con un cuadro básico de insumos a que deberán sujetarse todas las dependencias y entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, por ello, es responsabilidad de la Secretaría de Salud determinar la lista de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud y garantizar su producción, abasto y precio razonable a la sociedad.

No obstante lo anterior, en nuestro país cada día resulta más difícil la adquisición de los medicamentos para la población que no tiene acceso a instituciones de seguridad social o de asistencia pública, sin contar con la escases que en ocasiones ocurre con algunos medicamentos, por lo que esta disposición es muy bonita pero se encuentra sujeta a los vaivenes

de nuestra economía.

El artículo 36 regula lo referente al costo de los servicios. Para su determinación se tomarán en cuenta las condiciones socio-económicas del usuario y el costo mismo del servicio. Estas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y tendrán una relación directa con los ingresos de los usuarios, en caso de que éstos carezcan de recursos económicos quedarán exentos del cobro, según lo previene el artículo 36 de la ley, salvo que los usuarios sean extranjeros y se internen en el país con el propósito de hacer uso de los servicios de salud. Esta excepción fue incorporada por la comisión dictaminadora, ya que la iniciativa no la contemplaba.

El artículo 37 se refiere a los servicios que prestarán las instituciones públicas de seguridad social a sus derechohabientes, cuando se encuentren cotizando o lo hubieran hecho conforme a las leyes que regulan su organización y funcionamiento. En este artículo, la comisión agrega un tercer párrafo el cual consideramos poco importante, ya que enumera los servicios a que tendrán derecho los beneficiarios, siendo que estos se encuentran regulados en las leyes específicas.

A los establecimientos particulares de salud, la ley los obliga a prestar gratuitamente los servicios cuando se refieran a emergencias y a personas de escasos recursos, en los térmi-

nos que establezca el reglamento. Al respecto, el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, define los servicios que prestarán estos establecimientos, entre los que destacan la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles, así como su notificación a la autoridad sanitaria; la planificación familiar y atención a la población en casos de desastre.

Del capítulo de usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad destacan los artículos 55, 56, 57 y 60. Los dos primeros se refieren a la obligación que tienen las personas o instituciones públicas o privadas, así como el Ministerio Público para trasladar a los centros de salud más cercanos a los enfermos o accidentados de que tuvieren conocimiento. El artículo 57 establece las acciones a través de las cuales podrá participar la comunidad como son la promoción de hábitos de conducta para solucionar problemas de salud, colaborar en la prevención de problemas ambientales vinculados con la salud, formular sugerencias o informar sobre la existencia de personas que requieran de los servicios, cuando éstas se encuentren impedidas para hacerlo. Por último, el artículo 60 concede acción popular para denunciar ante cualquier autoridad sanitaria, todo hecho o conducta que represente un riesgo o provoque un daño a la salud de la población.

En materia de planificación familiar, el artículo 67 fue adicionado por la comisión al tipificar y sancionar la esterilización sin la voluntad de la paciente o cuando se ejerza presión para que la admita. La sanción es únicamente económica pero se deja a salvo la posible responsabilidad penal. Para prestación de servicios de planificación familiar y educación sexual, la Secretaría de Salud se coordinará con el Consejo Nacional de Población y conforme a las disposiciones de la Ley General de Población y su Reglamento.

Del Título Cuarto de la ley destacan los artículos 79, 83, 84, 89 y 92 referentes a los recursos humanos para los servicios de salud, el servicio social de pasantes y la formación, capacitación y actualización del personal que atiende estos servicios. El artículo 79 enumera algunas actividades profesionales del campo de la medicina en las que se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y reconocidos por las autoridades educativas. En el caso de actividades técnicas y auxiliares en el campo de la medicina, igualmente se requiere que los diplomas estén expedidos y registrados por las autoridades competentes.

La exigencia de que los títulos profesionales, certificados de especialización y diplomas se encuentren registrados ante las autoridades educativas competentes, es sin duda importante, ya que con esto se busca la profesionalización de los

recursos humanos que atienden la salud. Pero que sucede con las personas técnicas y auxiliares que ya recibieron sus certificados y que no han sido registrados porque la legislación anterior no lo exigía. La ley no contempla ninguna alternativa, salvo que las autoridades educativas proporcionarán una relación a las autoridades sanitarias de los documentos que hayan expedido y toda la información que les soliciten. Nosotros consideramos que aquí operará la irretroactividad de la ley.

Se establece también la obligación para los profesionales, técnicos y auxiliares de la medicina, de poner a la vista del público los datos que identifiquen a la institución que expidió el documento y el número correspondiente, requisito que podría ser exigido en el ejercicio de alguna otra profesión.

En el caso de los pasantes de estas profesiones, se establece la obligación de prestar el servicio social en cualquier institución relacionada con la salud. Para tal efecto se establecerá una adecuada coordinación entre las autoridades de salud y las educativas. Lo mismo se observará en la formación y capacitación del personal, en donde la Secretaría de Salud recomendará normas y criterios para esta capacitación.

El artículo 92 determina que las secretarías de Salud y Educación Pública, así como los gobiernos de las entidades

federativas impulsarán y fomentarán en su ámbito de competencia, la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, con lo cual se busca la coordinación y el papel rector de la Secretaría de Salud en esta materia.

La investigación para la salud constituye un punto importante en la nueva legislación sanitaria y comprende acciones como el conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, el establecimiento de vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica, la estructura social y las formas de prevenir y controlar los problemas de salud, así como la producción, venta y distribución nacional de los insumos. Así lo consigna el Título Quinto de la ley de la materia.

Conforme al artículo 100 de la ley que se comenta, la investigación en seres humanos se hará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifiquen la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obte-

nerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento -- por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Por su parte, el artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, establece otras bases como son: Que la investigación se fundamente en la experimentación previa realizada en animales, laboratorio o en otros hechos científicos; cuando prevalezcan las probabilidades de los beneficios sobre los riesgos predecibles y cuando la investigación sea realizada por profesional que cuente con título o certificado de especialización que este registrado y autorizado por la autoridad competente.

También se establece la posibilidad en la ley para que los médicos utilicen nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del enfermo. Para la utilización de medicamentos que no se conozcan sus efectos y se pretendan utilizar, sólo procederá cuando se tenga autorización previa de la Secretaría de Salud y se satisfagan los requisitos que establece el artículo 102 de la ley.

La investigación en seres humanos es un asunto delicado pero importante para preservar la vida humana, pero no por eso se debe descuidar ni a la investigación, ni a las instituciones autorizadas para ello. La Secretaría de Salud tiene obligación de vigilar el estricto cumplimiento de los requisitos legales y castigar a quien los incumpla. Por su parte, la población debe estar atenta para que no sea víctima de médicos y principalmente técnicos que lucran con la salud humana. Creemos que el sector salud debe poner atención en este aspecto y elaborar campañas publicitarias par la sociedad.

El Título Séptimo se refiere a la promoción de la salud y contiene disposiciones sobre la educación para la salud, nutrición, efectos del medio ambiente y salud ocupacional.

El artículo 112 establece los objetivos de la educación en materia de salud, en los siguientes términos:

I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro la salud;

II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

Esta educación se hará en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, así como con las diversas instituciones de salud.

En materia de nutrición, la Secretaría de Salud participará permanentemente en los programas de alimentación que elabore el Gobierno Federal y promoverá actividades relacionadas con la nutrición, buenos hábitos de alimentación, elaboración y recomendación de dietas alimentarias, así como normar el valor nutritivo de los alimentos en establecimientos y necesidades nutritivas que deben satisfacer los cuadros básicos de alimentos.

También participará en coordinación con la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, en la prevención y mejoramiento

del medio ambiente, en lo referente a la salud humana, prohíbe suprimir la dotación de agua potable y avenamiento de los edificios habitados, así como la descarga de contaminantes o cualquier residual en las aguas que se destinen al consumo humano, nosotros agregaríamos que tal prohibición se haga para cualquier tipo de agua y no sólo para la de uso o consumo humano.

La salud ocupacional se atenderá en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, así como la prevención y control de enfermedades y accidentes.

Destaca del Título Octavo el capítulo correspondiente a las enfermedades transmisibles, que por su importancia, a continuación se reproduce:

Artículo 134.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles:

I. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo;

II. Influenza epidémica, otras infecciones agudas del aparato respiratorio, infecciones meningocócicas y enfermedades causadas por estreptococos;

III. Tuberculosis;

IV. Difteria, tosferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, rubeola y parotiditis infecciosa;

sa;

V. Rabia, peste, brucelosis y otras zoonosis. En estos casos la Secretaría de Salud coordina rá sus actividades con la de Agricultura y Recursos Hidráulicos;

VI. Fiebre amarilla, dengue y otras enfermeda des virales transmitidas por artrópodos;

VII. Paludismo, tifo, fiebre recurrente trans- mitida por piojo, otras richettosis, leisha maniasis, tripanosomiasis, y oncocercosis;

VIII. Sífilis, infecciones gonocócicas y o-- tras enfermedades de transmisión sexual;

IX. Lepra y mal del pinto;

X. Micosis profundas;

XI. Helmintiasis intestinales y extraintesti- nales;

XII. Toxoplasmosis;

XIII. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y

XIV. Las demás que determinen el Consejo de Sa lubridad General y los tratados o convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebra do con arreglo a las disposiciones de la Cons- titución Política de los Estados Unidos Mexi- canos.

Cuando exista algún caso de las enfermedades citadas en el artículo anterior, es obligación de los jefes o encargados de laboratorios, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimien- tos comerciales o de cualquier otra índole y, en general, toda persona que tenga conocimiento, de notificar a la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana.

Por su parte, el artículo 144 establece la obligatoriedad de la vacunación en casos de tosferina, difteria, tétanos, tuberculosis, poliomielitis y sarampión. Determinará también los sectores de la población que deberán ser vacunados, así como el tiempo en que se hará. En caso de personas que padezcan alguna enfermedad contagiosa, sólo con permiso de la Secretaría de Salud se les permitirá su ingreso al país.

También se considera peligroso para la salud la tenencia, uso o aprovechamiento de animales de cualquier especie, cuando sean fuentes de infección en el caso de zoonosis, huesped o intermediario de vehículos que contribuyan a la transmisión de enfermedades al hombre, según lo previene el artículo 156 de la ley que se comenta. Sobre el particular, afirmamos que para dar un cabal cumplimiento a estas disposiciones es necesario que la sociedad adquiriera la conciencia suficiente sobre lo peligroso que son los agentes contaminantes como los animales. Es sabido que muchas personas en su departamento tienen a un perro, gato, pajaritos, etc. por lo cual muchas ocasiones son inoperantes estas disposiciones, además de que este artículo no está sancionado específicamente.

En el título noveno se define a la Asistencia Social "como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental

y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".

En el artículo 168 se determina el contenido de la asistencia social en los siguientes términos:

Artículo 168.- Son actividades básicas de asistencia social:

I. La atención a personas que, por sus carencias socioeconómicas o por problemas de invalidez, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;

II. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;

III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;

IV. El ejercicio de la tutela de menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables;

V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos;

VI. La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;

VII. La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencia en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio ;

VIII. El apoyo a la educación y capacita--

ción para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas, y

IX. La prestación de servicios funerarios.

Es conveniente señalar que la iniciativa únicamente se refería en este artículo 168 a la prevención y rehabilitación de inválidos como son la investigación de las causas, la promoción de la participación de la comunidad en el control de esas causas, la detección oportuna de las causas que producen invalidez, así como la orientación educativa en materia rehabilitatoria y la promoción para adecuar facilidades urbanísticas para los inválidos, sin embargo, la comisión dictaminadora da un cambio radical a este artículo e incluye a los menores, ancianos y a todas las personas que por sus carencias económicas no pueden satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia y desarrollo.

El artículo 172 es la base legal para la creación del organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el cual tendrá como objetivo la promoción de la asistencia social, la prestación de servicios en ese campo y la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.

La ley que norma el funcionamiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es publicada en el Diario Oficial el 9 de enero de 1986 y sus disposiciones son

de orden público e interés social y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un sistema nacional de asistencia social que promueva la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud y coordine el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado. Por su parte, la Secretaría de Salud como dependencia coordinadora del sector salud, promoverá la canalización de recursos y el apoyo técnico necesarios.

En el Título Décimo de la ley se regula la acción extraordinaria en materia de salubridad general, en los casos de que exista epidemia grave o el peligro de la invasión de enfermedades transmisibles o cualquier otra situación de emergencia o catástrofe que afecte al país. La responsable de llevar a cabo esta acción compete a la Secretaría de Salud y consiste en una auténtica suspensión de garantías constitucionales, mediante Decreto que expida el Ejecutivo Federal indicando la región o regiones que se encuentran amenazadas. En este Decreto se establecerá el tiempo por el cual permanecerá así la zona y se levantará mediante Decreto que así lo determine.

Igualmente son materia de regulación en la Ley General de Salud, las disposiciones contra el alcoholismo, tabaquismo y la farmacodependencia, por lo cual se crean los programas contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, que

comprende entre otras acciones, las siguientes:

I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos;

II. La educación sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de métodos individuales, sociales o de comunicación masiva, y

III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

Al programa contra el tabaquismo le corresponden desarrollar la prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaco y la educación sobre sus efectos, dirigida principalmente a los niños y adolescentes.

Todos estos programas son necesarios para contrarrestar los efectos que producen estas sustancias, sin embargo y gracias a su poderío económico con que cuentan todas estas industrias y la falta de educación en la población, hacen que tales medidas no surtan los efectos esperados, en estos casos, más que nada es cuestión de principios personales.

Conforme al artículo 194 corresponde a la Secretaría de Salud el control sanitario del proceso, importación y exporta-

ción de alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, así como de materias primas, el uso, mantenimiento y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis o la aplicación y disposición final de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas y las materias primas para su elaboración.

Asimismo, establece la obligación de que todos los productos que se expendan empacados o envasados deben contener datos como son la marca del producto, ingredientes que lo forman, la cantidad y el nombre y domicilio del fabricante.

En caso de bebidas alcohólicas, los envases deberán contener la leyenda: "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", con letra fácilmente legible y con colores contrastantes, según lo establece el artículo 218 de la ley de la materia.

Estas disposiciones no siempre se cumplen por los fabricantes o productores, incluso la leyenda sirve para provocar el consumo, al utilizarse en los comerciales.

El proyecto de la iniciativa establecía en el artículo 218 que toda bebida alcohólica debía contener en forma clara y visible en sus envases las especificaciones contenidas en

los artículos 210, 211, 212 y 213, además de las que señalen los reglamentos correspondientes. La comisión dictaminadora consideró innecesaria esta repetición y optó porque sólo se pusiera la leyenda haciendo mención a lo nocivo que es para la salud. En el debate se proponía que esta advertencia se hiciera también en la televisión o en la radio y no sólo en la etiqueta del envase. Propuesta que no fue aprobada.

El capítulo V del Título Décimo Segundo relaciona lo que se considera como estupefacientes y prohíbe en el territorio nacional la siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro empleo, uso y en general todo acto relacionado con los estupefacientes; indicando además que quedan sujetos a las disposiciones de la Ley General de Salud y sus reglamentos.

Para el comercio o tráfico de estupefacientes en el territorio nacional se requieren permisos especiales, los cuales sólo podrán ser expedidos por la Secretaría de Salud a las instituciones que hayan presentado protocolo de investigación.

También se prohíbe todo acto relacionado con el opio preparado para fumar, diacetylmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythroxi-

lon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparados. La prescripción de estupefacientes para la salud se hará mediante recetarios o permisos especiales, editados, autorizados y suministrados por la Secretaría de Salud y su adquisición sólo se hará en los establecimientos autorizados.

La ley define lo que se considera como sustancias psicotrópicas, los requisitos para su adquisición y las acciones que tomará la Secretaría de Salud para evitar y prevenir su consumo.

En materia de publicidad, la ley destina todo un apartado en el cual se establecen los requisitos a que debe sujetarse, al respecto, el artículo 307 establece que en caso de alimentos o bebidas no alcohólicas, la publicidad no deberá estar asociada directa o indirectamente con bebidas alcohólicas, ni tampoco autorizará la secretaría la publicidad que induzca a hábitos de alimentación nocivos ni cuando se le atribuyan a los alimentos industrializados un valor nutritivo superior o diferente al que tienen. En el caso de bebidas alcohólicas, la publicidad deberá cubrir los siguientes requisitos:

Artículo 308.- La publicidad de bebidas alcohólicas y del tabaco deberán ajustarse a los siguientes requisitos:

I. Se limitará a dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración de estos productos;

II. No deberá presentarlos como productores - de bienestar o salud, o asociarlos a celebraciones cívicas o religiosas;

III. No podrá asociar a estos productos con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida y -- sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femeneidad;

IV. No podrá asociar a estos productos con actividades creativas, deportivas, del hogar, o del trabajo, ni emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo;

V. No podrá incluir, en imágenes o sonidos, - la participación de niños o adolescentes ni dirigirse a ellos;

VI. En el mensaje, no podrán ingerirse o consumirse real o aparentemente los productos de que se trata;

VII. En el mensaje no podrán participar personas menores de veinticinco años, y

VIII. En el mensaje deberán apreciarse fácilmente, en forma visual o auditiva, según el medio publicitario que se emplee, las leyendas a que se refieren los artículos 218 y 276 de esta Ley.

Sin embargo, la Secretaría de Salud podrá dispensar el cumplimiento a la fracción VIII cuando en el propio mensaje y en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración, se promueva la moderación en el consumo o lo desaliente y advierta sobre los daños que ocasiona el abuso.

Por su parte, el artículo 34 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad, además de las causas ya enumeradas establece que no se autorizará la publicidad cuando se les atribuya a estos productos

propiedades nutritivas, sedantes o estimulantes, así como cuando se presenten en establecimientos considerados como centros de vicio, cualquiera que sea su naturaleza.

El Título Décimo Cuarto regula el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Sobre el particular, el artículo 314 define lo que se considera como disposición de órganos, tejidos y cadáveres, embrión, feto, producto y destino final. También lo que es un disponente primario o secundario y los requisitos que deben observarse en la certificación de la pérdida de la vida, entre los que destacan la ausencia permanente de respiración, la ausencia de reflejos y la atonía de todos los músculos.

Para la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos se requiere autorización de la Secretaría de Salud. El trasplante de órganos o tejidos en seres humanos vivos, sólo se hará para fines terapéuticos, siempre que no pongan en peligro la salud y la vida del disponente originario y del receptor y cuando no sea posible utilizar los órganos o tejidos obtenidos de cadáveres.

Se prohíbe el trasplante de un órgano único esencial para la conservación de la vida y no será válido el consentimiento otorgado por menores de edad, incapaces o por personas que no puedan expresarse libremente.

La extracción y conservación de sangre sólo podrán hacerlo los establecimientos autorizados por la Secretaría de Salud y previo cumplimiento de los requisitos, como son: que el establecimiento cuente con el personal profesional y técnico, así como con el equipo e instrumentos necesarios para la obtención, caracterización, análisis, preservación sanitaria y suministro de la sangre y sus derivados. Se aclara que la sangre conseguida gratuitamente en ningún caso podrá ser objeto de comercialización, lo cual interpretado a contrario sensu, la sangre que se consigue mediante alguna prestación, si puede ser comerciable. El problema radica en conocer la forma en que se otuvo y si se cumplieron con las disposiciones higiénicas para evitar su contaminación.

La sanidad internacional ocupa un lugar en la Ley General de Salud, quien faculta a la Secretaría de Salud para operar los servicios de sanidad internacional tanto en los puertos marítimos, aeropuertos, como en las poblaciones fronterizas y demás lugares autorizados para el tránsito internacional de personas.

La Secretaría de Salud se encuentra facultada para restringir la salida de vehículos, personas, animales y objetos o substancias que representen un peligro por la población de destino.

En materia de migración podrá la secretaría cuando así lo juzgue conveniente, someter a examen a cualquier persona que pretenda ingresar al país.

La vigilancia del cumplimiento de esta ley queda reservada a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias. Esta vigilancia se llevará a cabo mediante visitas de inspección en los términos que establece la Constitución y con el cumplimiento de los requisitos que esta ley establece, según se indica en el título decimoséptimo de la ley que se comenta.

### 3.3 REGLAMENTOS

Conforme a nuestro sistema jurídico, la facultad Reglamentaria corresponde al Presidente de la República, según lo instituye la fracción I del artículo 89 de nuestra Constitución.

Sin entrar en un análisis más amplio sobre el Reglamento por no ser objeto del tema que aquí tratamos, únicamente señalaremos algunas consideraciones sobre el particular. El Diccionario Jurídico Mexicano señala que el Reglamento "Es una norma de carácter general, abstracta e impersonal, expedido por el Poder Ejecutivo, con la finalidad de lograr la aplicación de la ley previa".(23)

De la definición anterior se desprende que la función reglamentaria es materialmente legislativa, aun cuando formalmente es administrativa. Su origen lo encontramos en una ley a la cual nunca puede sobrepasar en sus disposiciones.

Para su validez se requiere conforme al artículo 92 de la Constitución, del refrendo que al efecto realice el Secretario de Estado o Jefe del Departamento Administrativo a que corresponda el asunto, además de la publicación en el Diario

---

(23) MADRAZO, Jorge y otros, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo VII, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa S.A., México 1985, pag. 399.

Oficial de la Federación, como lo previenen los artículos 3º y 4º del Código Civil para el Distrito Federal.

Su finalidad es la aplicación de la ley que por su naturaleza abstracta no contempla todos los supuestos específicos. En este sentido, el reglamento amplía el contenido de la ley, pero sin rebasarla.

En este orden de ideas, la Ley General de Salud contempla en sus diversos artículos la necesidad de ampliar o establecer casos concretos para proveer a una mejor aplicación de la ley y contribuir en el caso concreto a la reforma legislativa en esta materia.

El 18 de febrero de 1986 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional, el cual tiene como objeto establecer la acción de la Secretaría de Salud en aeropuertos, costas y fronteras, así como la sanidad en materia de inmigración y en general todo lo que se refiere a la sanidad internacional para apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica en prevención y control de enfermedades infecciosas y contagiosas.

En el Diario Oficial del día 20 de febrero de 1986 se publica el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tegidos y

Cadáveres de Seres Humanos, el cual contempla disposiciones sobre los órganos y tejidos para fines terapéuticos, disposición de sangre y sus componentes, productos del cuerpo y disposición de cadáveres, así como definiciones de lo que es un banco de órganos y tejidos, banco de plasma y sangre, feto, órgano, producto, tejido o receptor, entre otros.

En la Exposición de motivos de este Reglamento se dice:

Que el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, como una de las materias de salubridad general, compete, de acuerdo con la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud, por lo que es necesario que esta dependencia cuente con los instrumentos legales y reglamentarios suficientes para ejercer eficazmente sus atribuciones;

Que los avances científicos han logrado que - los trasplantes de órganos y tejidos en seres humanos, representen un medio terapéutico, a veces único, para conservar la vida y la salud de las personas, por lo cual la Ley General de Salud estableció, en su título décimo cuarto, las bases legales conforme a las cuales deberá realizarse el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de mayo de 1986, tiene como propósito reordenar el ejercicio y prestación de los servicios de salud, tratando de proteger los derechos de

los usuarios, mejorar la calidad en su atención y estimular el ejercicio de la medicina. Este reglamento precisa los derechos y obligaciones de los usuarios, la participación de la sociedad y la prestación de los servicios en consultorios y hospitales sobre la atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, rehabilitación, así como los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

El 26 de septiembre de 1986 se publicó en el Diario Oficial el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad, el cual regula esta materia y su relación con los servicios de salud, alimentos y bebidas no alcohólicas; tabaco, medicamentos y plantas medicinales, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, equipos médicos, prótesis, agentes de diagnóstico, así como insumos de orden oncológico, materiales quirúrgicos y de curación, productos higiénicos, perfumería y sustancias tóxicas, entre otras.

Otro Reglamento relacionado con la materia es el de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial el día 4 de enero de 1987, el cual contiene las disposiciones relacionadas a la ética de investigación que se lleva a cabo en los seres humanos y en comunidades, en menores de edad, personas incapacitadas, mujeres en período de gestación y en el uso de nuevos insumos para la salud. También contiene normas que regulan la investigación farmacológica, la relacionada con el manejo

de los ácidos nucleicos recombinantes y material radioactivo o electromagnético.

En la exposición de motivos el Presidente Miguel de Madrid H. reconocía:

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha ley.

Que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Por último, el 18 de enero de 1988 se publicó en el mismo diario el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, cuyo objeto es la regulación del agua y hielo para uso y consumo humano, la leche y sus derivados, sustitutos e imitaciones, así como carnes, productos de pesca, aceites y grasas comestibles, aditivos para alimentos y en general todo lo relativo a alimentos.

Todos estos reglamentos son declarados como de orden público e interés social y su aplicación es en todo el Territorio Nacional, asimismo se pretende que las disposiciones de la Ley

General de Salud se apliquen a los casos concretos y el derecho a la protección de la salud no quede en un mero propósito. Aunado a lo anterior, la Secretaría de Salud ha publicado una serie de Acuerdos que facilitan en parte el acceso y la prestación de los servicios de salud, sin embargo, la sólo existencia de toda esta normatividad no garantiza la efectividad real del derecho constitucional. Para ello, es necesaria una adecuada planeación, la asignación de recursos económicos suficientes, así como la participación total y decisiva de todas las instituciones relacionadas con la salud para que la población disfrute en su comunidad de eficientes servicios, pero sin duda es un buen avance.

### 3.4 LA SALUD Y OTROS ORDENAMIENTOS LEGALES

Consideramos conveniente para completar el tema objeto de la presente tesis, analizar algunas disposiciones jurídicas de nuestro sistema de derecho que influyen o complementan de alguna manera el derecho a la protección de la salud.

Como hemos observado, la legislación en esta materia es muy diversa, por ello afirmamos que la salud es un elemento de la vida humana gestador de normas jurídicas. Si recordamos que las fuentes del derecho tradicionalmente se dividen en reales, históricas y formales, la salud la podemos incluir en las primeras, pues influye en la existencia de instituciones y normas de salud, ya que las fuentes reales "Se refieren a los hechos que el legislador observa para, posteriormente si tal es su criterio, dar las normas que regulan el orden social".(24)

El Código Civil para el Distrito Federal establece medidas protectoras para evitar la proliferación de enfermedades transmisibles, infecto-contagiosas, hereditarias, mentales o degenerativas de la especie humana, en lo correspondiente a los requisitos e impedimentos para contraer matrimonio y en algunas causales de divorcio. También existen disposiciones de este tipo en los capítulos de patria potestad, tutela, de

---

(24) MADRAZO, Jorge, ob. cit., Tomo IV, pag. 240.

los consejos locales de tutela y de los Jueces Pupilares. Igualmente en las disposiciones que regulan las actas de defunción, certificados médicos de defunción, inhumaciones, etc. y que de alguna manera coadyuvan con la Ley General de Salud para que exista control en los cadáveres, en su incineración, traslado, depósito, embalsamiento, entrada y salida del territorio nacional o de una entidad federativa a otra, con el objeto de evitar epidemias o enfermedades intecto-contagiosas.

El Código Penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia Federal, establece en el artículo 6º la competencia de otras leyes para tipificar y sancionar a los delitos que no estén previstos en dicho código pero si en leyes especiales, como puede ser la Ley General de Salud. Además, el artículo tercero transitorio deja vigentes las disposiciones de carácter penal que contengan las leyes especiales.

Específicamente, en materia de salud los capítulos I y II del Título Séptimo del Libro Segundo del ordenamiento que se comenta, regula los delitos contra la salud. Al respecto, el artículo 193 al hablar de los estupefacientes y psicotrópicos, nos remite a la Ley General de Salud, quien más ampliamente los regula en sus artículos 237, 244, 245, 248, 289, 290 y 292 entre otros, quienes clasifican, regulan su comercio, elaboración, posesión, uso y en general cualquier actividad relacio-

nada con la producción distribución y consumo de estas substancias.

Por su parte, el artículo 199 Bis del citado ordenamiento penal tipifica el contagio venéreo mediante las relaciones sexuales. Según nuestra interpretación, existirá el delito cuando la persona a sabiendas que padece esa enfermedad y que además está en período contagioso, tiene relaciones sexuales con otra, aun cuando no resulte contagiada.

También consideramos que su redacción en la actualidad es poco afortunada, pues no debe referirse solamente al contagio de enfermedades venéreas, sino que debe ampliarse a todo tipo de enfermedades transmisibles como lo contempla el artículo 134 de la Ley General de Salud, ya que todas ponen en peligro la salud tanto en lo individual como colectivo. En cuanto a la sanción, creemos que con enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que perjudica tanto a la sociedad, deben ser elevadas.

En materia de población, la Ley General de Población publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1974, contempla disposiciones de política demográfica y de sanidad en cuanto a los extranjeros que salgan o entren al territorio nacional.

El artículo 5º de esta ley contiene normas de carácter sanitario al establecer que para activar el crecimiento natural, se dictarán por el Consejo Nacional de Población las medidas adecuadas para aumentar la natalidad, disminuir la mortalidad, brindar protección biológica a la infancia, mejorar la alimentación, etc. Esta ley le da atribuciones tanto a la Secretaría de Salud como a la de Gobernación para atender los asuntos de sanidad internacional, movimientos migratorios e instalación de servicios sanitarios permanentes en aeropuertos, poblaciones fronterizas, costas e islas, según se desprende del artículo 35 de la ley que se comenta.

En materia de educación, también encontramos disposiciones que tienen relación con la salud. Sin duda, la educación juega un papel importante en los servicios de salud, ya que es mediante la enseñanza y la orientación como se induce a la sociedad en el conocimiento de reglas elementales de higiene personal y colectiva, aprovechamiento y uso de los servicios e instituciones de salud y para formar los recursos humanos para la atención de la misma, tal como lo previene la Ley General de Salud.

La educación conlleva por si misma el cambio de ideas, prácticas, conductas y sentimientos, tendientes a obtener un mejor bienestar social e individual. Para que sea efectiva es necesario que sus planes, programas, métodos y procedimientos estén enfocados a satisfacer los requerimientos sociales, conocer

los factores que influyen en los cambios y aprovechar las experiencias de la historia, sólo se adquieren mediante la educación.

En este sentido la educación sanitaria representa el conjunto de todos los conocimientos que existen en la materia y que se traducen en formas convenientes de comportamiento individual y colectivo. El objetivo es educar a la gente, induciéndola a vivir una vida más sana mediante la práctica de normas que le permitan conocer los problemas que representa la insalubridad, los malos hábitos y las formas de prevenirlos.

La educación es importante para la medicina preventiva, ya que le permite conocer el funcionamiento de la anatomía humana, manipulación de alimentos, formación de la personalidad, prevención de accidentes, cuidado de ancianos, inválidos, etc.

La higiene individual y social implica el cuidado, y conocimiento de todos aquellos factores convergentes que van a dar origen a la personalidad.

La formación de recursos humanos para la atención y la investigación de la salud está a cargo de la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, para ello, en 1984 se crean las comisiones interinstitucionales para la formación de estos recursos con el objeto de que exista una coordinación entre las instituciones formadoras y emplea-

doras de personal. Esta comisión la presiden ambas secretarías y participan instituciones como el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., D.I.F. Colegio Nacional de Educación Profesional y Técnica, la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, la Academia Nacional de Medicina, entre otras.

La Ley Federal de Vivienda publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 es también reglamentaria del artículo 4º constitucional, sus disposiciones son de orden público e interés social y tiene por objeto establecer y regular los instrumentos y apoyos para que toda familia pueda disfrutar de una vivienda digna y decorosa.

El artículo 18 de la ley en cuestión indica que los programas de las Entidades de la Administración Pública Federal que lleven a cabo acciones para la vivienda rural, se ajustarán a la política sectorial de desarrollo rural integral, que fomenten el arraigo de los campesinos a su medio, procurando el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de habitabilidad.

Por último, el artículo 123 de la Constitución en sus dos apartados, consagra la obligación de los patrones para ejecutar o financiar programas de vivienda para los trabajadores, las cuales deben ser cómodas e higiénicas. Con esto se da la base para la creación de organismos como el INFONAVIT o el FOVISSSTE.

Mención especial merece la Ley de Salud para el Distrito Federal, la cual es publicada en el Diario Oficial el 19 de enero de 1987 y tiene por objeto entre otras acciones las de regular las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud en el Distrito Federal, fijar las normas conforme a las cuales el Departamento del Distrito Federal ejercerá sus atribuciones en esta materia en los términos del artículo 13 apartado "B" de la Ley General de Salud.

Esta ley regula la sanidad en aspectos como mercados y centros de abasto, construcciones, edificios, cementerios, agua potable y alcantarillado, rastros, limpieza pública, reclusorios y centros de readaptación, albercas y baños públicos, centros de reunión y espectáculos públicos, entre otros.

Las disposiciones de esta ley, al igual que las demás, son de orden público e interés social e incluye como autoridad sanitaria además de los que establece la Ley General de Salud, al titular del Departamento del Distrito Federal, a quien corresponde entre otras actividades las de organizar, operar, supervisar y evaluar de la manera prescrita por la Ley General de Salud, la prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación, la atención materno-infantil, planificación familiar, servicios de salud mental, prevención y control de enfermedades transmisibles, así como los servicios de prevención de la invalidez,

salud ocupacional y en general todas las actividades que contiene la Ley General de Salud, sólo que a nivel Departamento del Distrito Federal.

Conforme al artículo 7º de esta ley, se crea el Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, como un órgano desconcentrado del Departamento, quien tendrá las siguientes funciones:

Artículo 8º el Instituto tendrá a su cargo:

I. Planear, organizar y desarrollar el -- Sistema de Salud del Distrito Federal;

II. Organizar y ejecutar las acciones de regulación y control sanitario en materia de salubridad local:

III. Organizar, operar y supervisar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refiere el artículo 6º de esta ley;

IV. Apoyar los programas y servicios de salud de dependencias o entidades de la administración pública federal, en los términos de la legislación aplicable y las bases de coordinación que se celebren;

V. Determinar la periodicidad y características de la información que deben proporcionar las unidades administrativas del Departamento en materia de salud, y

VI. Las demás que le señalen otras leyes y disposiciones aplicables.

Por su parte, el Sistema de Salud del Distrito Federal está constituido por las unidades administrativas y órganos

desconcentrados del Departamento y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud. Su objeto es ejercer las atribuciones correspondientes para la protección de la salud en los términos de la Ley General de Salud.

La Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, es otro ordenamiento jurídico que se encuentra íntimamente relacionado con la salud en el Distrito Federal.

Para cumplir con las nuevas disposiciones constitucionales, esta ley fue reformada y adicionada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial el 1º de diciembre de 1986 y su fundamento legal lo encontramos en el artículo 27 fracción III de nuestra Constitución.

La ley que se comenta clasifica a las instituciones de asistencia privada en fundaciones y asociaciones, las cuales en términos del artículo 7º se consideran de utilidad pública y están exceptuadas del pago del impuesto sobre herencias, legados y donaciones; de los impuestos, derechos y aprovechamientos que establezcan las leyes del Distrito Federal, así como de los impuestos que correspondan por los productos que se fabriquen en sus propios talleres.

Estas instituciones se pueden constituir por disposición

expresa y en vida de las personas o por testamento y su patrimonio lo formarán los bienes que designe la persona o por los donativos, herencias o legados que reciban y su objeto es proporcionar con fines humanitarios asistencia a las personas que lo requieran.

La Ley Orgánica de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, publicada en el Diario Oficial el día 14 de enero de 1985, constituye una fuente de financiamiento para la asistencia pública. Según se desprende de su artículo 2º, su objeto es apoyar económicamente las actividades del Gobierno Federal en el campo de la asistencia pública, destinando a ese fin los recursos económicos que obtenga mediante la celebración de sorteos con premios en efectivo.

El patrimonio de la Lotería Nacional estará integrado por los bienes y derechos que por cualquier título adquiera, por las aportaciones que reciba del Gobierno Federal, por los recursos que obtenga por la realización de sus actividades y por las reservas y garantías que conforme a la ley se hagan.

La administración estará a cargo de una Junta Directiva y de un Director General.

El Decreto mediante el cual se crea Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, de fecha 24 de octubre de

1978, constituye otra disposición jurídica de financiamiento para la asistencia pública mediante la celebración de concursos con premios en efectivo, sobre los resultados de las competencias deportivas.

### 3.5 LA SECRETARIA DE SALUD

Por la importancia que tiene la Secretaría de Salud como autoridad responsable en la aplicación de la Ley General de Salud, a continuación presentamos un análisis de las atribuciones que le establecen principalmente la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la Ley reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º constitucional, así como una evolución de esta dependencia.

Como ya se ha indicado anteriormente creemos que existe un inconstitucionalidad en su creación e inclusión en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, porque la fracción XVI del artículo 73 de nuestra Constitución en su base segunda habla de un "Departamento de Salubridad" y no de una Secretaría de Estado como la responsable para dictar las medidas en caso de epidemias o enfermedades exóticas.

Desde su creación, la hoy Secretaría de Salud tiene a su cargo la Salubridad y la Asistencia, aun cuando el origen de ambos servicios es diverso.

En los tiempos de la independencia, la salubridad estaba a cargo del Protomedicato. En 1820 se crea la Facultad de Medicina, a la cual se le encomienda esta función. En 1833 asume esta función el Establecimiento de Ciencias Médicas, mismo

que se prolonga hasta 1841, fecha en que aparece el Consejo General de Salubridad con dependencia de la Secretaría de Gobernación.

En 1891 se expidió el primer Código Sanitario que concedía al Ejecutivo Federal autoridad sobre puestos, fronteras y asuntos migratorios. En 1899 entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, estableciéndose una junta que promovía y vigilaba los establecimientos de los servicios sanitarios.

En 1902 se expidió el nuevo Código Sanitario y tres años después se inauguraba el Hospital General de México, como una institución de asistencia privada. En 1908 se reforma la Constitución Política con lo cual se amplía la competencia federal, encomendándose a los Poderes de la Unión la Salubridad General de la República.

Con la Constitución de 1917 se crea el Departamento de Salubridad, mismo que desaparece en 1943 al fusionarse con la Secretaría de Asistencia Pública.

Por su parte, los antecedentes de la Asistencia se remontan al Decreto del 28 de febrero de 1861, fecha en que se creó la Dirección General de Fondo de Beneficencia, cuya función es mejorar las instituciones de beneficencia del Gobierno

Federal.

En 1877 la Dirección de Beneficencia Pública, es la responsable del manejo de los establecimientos de caridad. En julio de 1924 se creó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, la cual funciona hasta el 31 de diciembre de 1937, fecha en que se modifica la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado para dar origen a la Secretaría de Asistencia Pública.

Por último, el 15 de octubre de 1943 se fusionan la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad General, dando origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la cual perdura hasta el 24 de enero de 1985, fecha en que cambia su denominación a Secretaría de Salud.

En la actualidad, es la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal la que en su artículo 39 le determina la competencia a dicha secretaría, en los siguientes términos:

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

I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos 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 -salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el -- Distrito Federal;

III. Aplicar a la beneficencia pública los fondos que le proporcione la Lotería Nacional;

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. Derogada;

VII. Normar, promover y apoyar la impartición de asistencia médica y social a la maternidad y la infancia y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas;

VIII. Regular la prevención social a niños hasta de seis años, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponde al Estado;

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

X. Dirigir la policía sanitaria general de -la República, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de prevenir la salud humana;

XI. Dirigir la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras, con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afectar la salud humana;

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 pueden 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 o 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 y vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y - de sus reglamentos;

XXII. Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer a su cumplimiento, y

XXIII. Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos.

Conforme a las atribuciones transcritas en este aparta-

do, la Secretaría de Salud es la responsable de establecer y conducir la política en todo lo referente a los servicios de salud tanto en el Distrito Federal como en los Estados, mediante los convenios que al efecto se celebren, por ser la dependencia rectora de los diferentes sectores que participan en la operación de los servicios de salud, buscando en todo momento que la población tenga acceso a ellos para disminuir la tasa de mortalidad, elevar la esperanza de vida de la población, así como organizar y vigilar las instituciones tanto públicas como privadas, con el objeto de que exista coordinación entre ellas, se eliminen los dispendios y se aproveche la infraestructura que el sistema tiene. También se pretende impulsar la investigación que realizan las instituciones públicas y privadas dirigida a la solución de los problemas de salud, proporcionar a la población la información que le permita conocer los daños y riesgos a que está expuesta; las medidas que puede utilizar para evitarlos, la responsabilidad que tiene con el cuidado de su salud y fortalecer al Estado en sus tres niveles de gobierno.

La Ley General de Salud amplía la competencia de la Secretaría de Salud y le concede otras atribuciones como son la Coordinación del Sistema Nacional de Salud, la coordinación y formulación de programas sectoriales de salud, formular en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los Gobiernos Estatales, programas de educación para la salud, entre otras.

Para el despacho y atención de los asuntos, la Secretaría de Salud cuenta con una estructura orgánica y un reglamento interior que establece el campo de acción de las distintas unidades administrativas que la conforman.

Al titular de salud le corresponde realizar algunas funciones que no pueden ser delegadas a funcionarios menores tales como: establecer y dirigir la política de la secretaría, coordinar y evaluar los planes y programas de salud, someter al acuerdo del Ejecutivo Federal los asuntos encomendados a su secretaría o al sector salud, proponer al Presidente de la República los proyectos de leyes, reglamentos y decretos que en materia de salud hagan falta o sus modificaciones.

También le corresponde refrendar los Decretos y Reglamentos que expida el Titular del Ejecutivo Federal, representarlo en los juicios de garantías, rendir cuenta al H. Congreso de la Unión del estado que guarda el sector salud o la secretaría en particular, presidir el Consejo General de Salud, celebrar convenios de cooperación con las entidades federativas, entre otras.

Para cumplir con las responsabilidades que la nueva legislación le impone, la Secretaría de Salud emprende en 1984 el Programa de Modernización Administrativa, con el objeto de

revisar y adecuar los instrumentos administrativos, racionalizar recursos, reorganizar sus funciones sustantivas y establecer los mecanismos de control y evaluación, que hagan factible una adecuada coordinación del Sistema Nacional de Salud y del sector salud. Este proceso de reestructuración orgánico-funcional concluye con el cambio de nombre de la citada dependencia.

### 3.6 SECTOR SALUD

Conforme a lo dispuesto por el artículo 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el Presidente de la República está facultado para agrupar a las entidades paraestatales que por las funciones o servicios similares que realizan, en los grupos en que divide a la administración pública, al respecto conviene citar las palabras del Doctor Miguel Acosta Romero:

Creemos que los sectores de actividad económica y social no existen como una realidad administrativa, su concepto es básicamente analítico. Sin embargo, la agrupación sectorial de actividades es fundamental para la racionalización de la acción de todos los componentes de la Administración Pública, ya sea Federal, Local o Municipal.

Es evidente que existe un conjunto de entidades paraestatales que tienen similitud en sus actividades, estrecha relación en los planes que desarrollan, paralelos sistemas jurídicos y que, además, por razones de eficiencia y eficacia, deben actuar coordinadamente, de donde una parte importante de la Reforma Administrativa es lo que se ha llamado la Sectorización o Agrupamiento de Entidades Paraestatales en sectores definidos que, por la similitud de su actividad del área en la que actúan y --- por la relación estrecha que llevan, deben tener una política coordinada y unitaria y evitar duplicidad de funciones, obteniendo un mayor aprovechamiento de recursos, tanto humanos como materiales y optimizar su rendimiento.(25)

---

(25) ACOSTA ROMERO, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, 6a. Edición, Primer Curso, Editorial Porrúa, S. A. México 1984, pags. 309-310.

Esta forma de agrupación administrativa es muy importante, ya que le permite a la Secretaría Coordinadora de Sector, conducir, planear, programar, organizar, controlar y evaluar las actividades de las entidades que están bajo su sector, impidiendo con ello la dispersión de acciones, programas, recursos, etc.

Pilar fundamental para el funcionamiento de la sectorización es la Ley de Planeación, la cual establece las normas y principios básicos para la integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática, a que se refiere el artículo 26 de nuestra Constitución.

Es precisamente esta ley la que establece la obligación para el Titular del Ejecutivo Federal de formular y publicar en el Diario Oficial de la Federación y como resultado de la Consulta Popular, el Plan Nacional de Desarrollo, del cual se derivan los programas sectoriales, regionales e institucionales. Al respecto, el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, postula en su artículo segundo que las dependencias y entidades elaborarán los programas sectoriales e institucionales de mediano plazo para la ejecución del plan, conforme a los temas que en el mismo se relacionan y dentro de los cuales está el de salud.

Es de mencionarse que en los Decretos de Sectorización como el publicado en el Diario Oficial el 3 de septiembre

de 1982, no están incluidos algunos organismos descentralizados como el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., I.S.S.F.A.M., con lo cual se puede considerar que se rompe este criterio de sectorización, sin embargo, al aparecer publicado en el Diario de referencia de fecha 14 de mayo de 1986, la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, aun cuando les confiere una mayor capacidad de decisión a sus órganos de gobierno, fortaleciendo su autonomía se establece en su artículo 5º que se regirán por sus leyes específicas y también deben apegarse a lo que esta ley establece en relación a su funcionamiento, operación, desarrollo y control.

Por su importancia, transcribimos el artículo 8º de la ley en cuestión:

Artículo 8º.- Corresponderá a los titulares de las Secretarías de Estado o Departamentos Administrativos encargados de la coordinación de los sectores, establecer políticas de desarrollo para las entidades del sector correspondiente, coordinar la programación y presupuestación de conformidad, en su caso, con las asignaciones sectoriales de gasto y financiamiento previamente establecidas y autorizadas, conocer la operación y evaluar los resultados de las entidades paraestatales y las demás atribuciones que les conceda la ley.

En razón de lo anterior, juzgamos conveniente que la Ley Federal de Entidades Paraestatales también tiene un papel importante en la sectorización de la Administración Pública Federal.

Para ser congruente con la nueva legislación, se modificaron las leyes tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social como del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, para incluir en sus órganos de gobierno al Secretario de Salud.

En la actualidad, el sector salud está integrado por las instituciones de Seguridad Social como el Seguro Social, I.S.S.S.T.E., principalmente y por dependencias como las Secretarías de Marina, Defensa Nacional, Salud, el Departamento del Distrito Federal y PEMEX, además de dos subsectores, el de Asistencia Social y el de los Institutos nacionales de salud.

El primer subsector está a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, compuesto por el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil. Su función ha descendido a los niveles estatal y municipal, dando protección a los grupos sociales más vulnerables. El segundo esta compuesto por los Institutos de Cardiología Ignacio Chávez, Cancerología, Enfermedades Respiratorias, Nutrición Salvador Zubirán, Neurología y Neurocirugía, Pediatría, Salud Pública, Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Estos institutos se crean en base a la naturaleza de sus funciones y tienen por objeto la enseñanza, investigación y los servicios asistenciales conforme a su especialidad.

La sectorización permite formular programas anuales, homogenizar criterios, procedimientos y el aprovechamiento de las instituciones. En suma, combinar esfuerzos para ofrecer una mejor calidad de los servicios y ampliar su cobertura para hacer efectiva la garantía constitucional de que toda la población tenga acceso a los servicios de salud, ya que la atención y cuidado de la vida es un valor supremo de la humanidad.

La sectorización también benefició a los trabajadores de algunas instituciones de salud, al homologar los sueldos y funciones del personal médico, paramédico y afines, principalmente con los del Instituto Mexicano del Seguro Social, eliminando así la diferencia salarial que existía. Esta homologación se concreta en un catálogo único de puestos del sector salud que incluye aproximadamente a 144 puestos, siendo los trabajadores más beneficiados los de la Secretaría de Salud, Departamento del Distrito Federal, D.I.F. e I.S.S.S.T.E.

### 3.7 DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como ya hemos indicado al comentar el artículo 4º constitucional y la Ley General de Salud, revertir el proceso centralizador que en los últimos años se había dado en esta materia, fue un postulado básico de la Administración del Presidente Miguel de la Madrid, el cual se hace patente en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, al establecer que para la consolidación del Sistema Nacional de Salud se consideran como aspectos sustanciales: "... la integración programática sectorial, la descentralización o desconcentración a las entidades federativas del primero y segundo niveles de atención de los servicios proporcionados a la población abierta, y el fortalecimiento para esos niveles de la infraestructura, particularmente en los estados y municipios que lo requieran".<sup>(26)</sup>

Mediante la descentralización se transfieren facultades y funciones a instituciones u organismos creados para ello, con el objeto de acercar la prestación de los servicios de salud al lugar donde la población los requiere.

Para llevar a la práctica este proceso de descentralización, se requirió de la actualización de la legislación adminis

---

(26) Supra., ob. cit. pag. 246.

trativa, conocer a fondo la operación de los servicios de salud y propiciar la transferencia de facultades, programas y recursos no solamente a los Estados, sino también hasta los Municipios.

La adición al artículo 4º constitucional, establece la concurrencia del Gobierno Federal y de las entidades federativas; la Ley General de Salud, especifica la competencia, según ya ha quedado señalado en los apartados 1 y 2 de este mismo capítulo. Por su parte, las leyes estatales de salud y asistencia delimitarán la competencia entre los Gobiernos estatales y municipales, haciendo con ello que los tres niveles de gobierno sean responsables de la prestación de los servicios y atención a la salud.

La descentralización no sólo implica la coordinación de los servicios o la transferencia de recursos, sino también la integración orgánica de los diversos servicios en una sola institución que atienda a toda la población abierta, con el propósito de elevar la calidad y los servicios médicos y proporcionarlos en todas las regiones del país, dejándole la dirección, coordinación y conducción operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario a los estados.

Hasta septiembre de 1988 se habían entregado los servicios a 14 entidades federativas como son:

Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, -

Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Tlaxcala. En ellos se atiende a cerca del 50% de la población no cubierta por los regímenes de seguridad social fuera -- del Distrito Federal... (27)

Por su parte, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia entregó en coordinación con los Estados los sistemas estatales de asistencia social, teniéndose para finales de 1987 un total de 1840 sistemas municipales D.I.F.

Para coadyuvar con la descentralización de los servicios de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social efectuó una reorganización de sus delegaciones y subdelegaciones en el interior de la República; desconcentra las funciones de afiliación, vigencia de derechos y prestaciones económicas y se amplían las facultades de los delegados para resolver las quejas y adquirir insumos. Por su parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, desconcentra mediante delegaciones estatales algunas funciones como son: pagos, créditos, etc.

---

(27) SECRETARIA DE SALUD, Salud y Seguridad Social, Cuadernos de Renovación Nacional, Fondo de Cultura Económica, México, 1988, pag. 63.

### 3.8 DESCONCENTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Otra figura administrativa que ha sido utilizada para eficientar la prestación de los servicios de salud, lo constituye la desconcentración. Esta consiste en otorgar a algunos órganos cierta autonomía, mediante el ejercicio limitado de algunas facultades de decisión para el manejo de su presupuesto, servicios, pero sin dejar de existir un nexo jerárquico con el superior, como puede ser una Secretaría o el Departamento del Distrito Federal.

Esta autonomía le permite al órgano desconcentrado actuar con mayor rapidez en los asuntos materia de su competencia. Al respecto el Doctor Miguel Acosta Romero, al referirse a la desconcentración indica:

Este tipo de desconcentración, que podríamos llamar ortodoxa, implica siempre la existencia de un órgano creado por un acto materialmente legislativo en el que se le otorgan facultades propias aunque en el fondo esas facultades -- formen parte de una competencia más amplia del órgano superior. (28)

En materia de salud, el Reglamento Interior de la actual Secretaría de Salud, establecía cinco órganos desconcentrados por función, a saber, la Administración del Patrimonio

---

(28) ACOSTA ROMERO, Miguel, ob. cit. pag. 184.

de la Beneficencia Pública, el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, La Escuela de Salud Pública de México, La Gerencia General de Biológicos y Reactivos y la Junta de Asistencia Privada. También contemplaba dos órganos desconcentrados por territorio, los Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

El Reglamento Interior publicado el 25 de junio de 1984, establece en su artículo 2º como órganos desconcentrados por función a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, a la Escuela de Salud Pública de México y a la Gerencia General de Biológicos y Reactivos. Como órganos desconcentrados por territorio, continúan los establecidos en el reglamento anterior.

En la actualidad, el nuevo reglamento con vigencia a partir del 30 de mayo de 1989 establece 11 órganos administrativos desconcentrados por función y dos por territorio.

La dependencia jerárquica que tienen los órganos desconcentrados se hace patente en el artículo 25 del reglamento interior, al indicar que el Secretario podrá revisar, reformar, modificar o revocar, cuando así lo juzgue conveniente, las resoluciones dictadas por el órgano desconcentrado.

Visto lo anterior, es preciso comentar que todos los acuerdos a través de los cuales se deleguen facultades o se creen unidades administrativas, como pueden ser los órganos desconcentrados, para su validez se requiere que sean publicados en el Diario Oficial de la Federación, según lo prescribe la parte final del artículo 16 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y el mismo artículo 25 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, de lo contrario no serán válidos.

### 3.9 FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el caso de la salud, el financiamiento constituye un medio para alcanzar los fines principales que son preservar la salud y la vida tanto en lo individual como social. Avanzar en la equidad y en la justicia, estimular a las entidades federativas y a las instituciones de seguridad social para que participen en forma decidida en los programas de salud pública que la población requiere y crear incentivos para que tanto los prestadores de los servicios, como los usuarios pongan lo mejor de si para alcanzar mejores niveles de vida, son objetivos que se pueden conseguir con la participación de la población, estado y los trabajadores de estas instituciones.

La crisis económica por la que atraviesa nuestro país desde hace más de una década, ha influido en forma negativa en el mejoramiento de los servicios para la salud. Con el Deterioro económico se vuelve imperioso reforzar los elementos básicos del bienestar, la salud es lo principal, el empleo, la educación vivienda y seguridad, estan cada vez más deteriorados.

Visto lo anterior, creemos indispensable incluir en este trabajo lo referente a las diversas modalidades de financiamiento que se utiliza en los servicios de salud, ya sean asistenciales, emanados de una relación laboral o de instituciones de beneficencia. Se acepta generalmente que los recursos

económicos para hacerle frente a cualquier tarea, son siempre insuficientes y en el caso concreto de nuestro país, en lugar de ir aumentando, disminuyen. Así por ejemplo tenemos que en 1978 se destinaba al gasto de salud el 10.1% del gasto público total; en 1983 descendió hasta el 6.4%. En 1986 se incrementó a 8.0%. En el presente año su mejoría ha sido poca, pero se han establecido algunos otros mecanismos que beneficiarán a la población, como es el Programa Nacional de Solidaridad.

Traducido a números, tenemos que el Presupuesto para 1984 era de 103'020,000.00 de pesos para la Secretaría de Salud y Asistencia; para el Instituto Mexicano del Seguro Social era de 518'083,000.00 de pesos, mientras que para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado era de 141'021,000.00 de pesos. De estas cantidades la mayor parte era para cubrir el gasto corriente y sólo una pequeña cantidad para el gasto de inversión, como son construcción de hospitales, clínicas, etc. (29)

En 1982, la población derechohabiente sumaba cerca de 34 millones, casi el 46.46% del total de país. Esta pobla-

---

(29) DE LA MADRID H., Miguel, 3er. Informe de Gobierno, Anexo Sector Salud y Seguridad Social, México, 1985.

ción tiene una relación laboral más o menos estable, mejores ingresos y por lo regular se ubica en las ciudades de nuestro país. La atención y protección de la salud es otorgada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y servicios asistenciales que proporcionan algunas entidades federativas y organismos paraestatales como Petróleos Mexicanos y algunas Secretarías de Estado.

La población abierta en 1982 representaba aproximadamente el 32% de los mexicanos. Para su atención el Estado había establecido diversos servicios de salud, responsabilizando para su prestación a la Secretaría de Salud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuyos antecedentes inmediatos son el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez; el Instituto Nacional de la Senectud y los Centros de Integración Juvenil.

Los servicios a proporcionar por estas instituciones son principalmente la atención médica especializada y la asistencia social a la población con menos recursos económicos o que por una causa física o mental no pueden proporcionarse los servicios de salud y tampoco están incorporados al sistema de seguros sociales. Cabe indicar que por ser servicios de primer nivel los que prestan los institutos de asistencia social, ---

son también utilizados por la población derechohabiente y de seguridad social o por la población que tiene recursos para atender sus necesidades de salud.

Por otro lado, existen los servicios privados cuya cobertura esta enfocada a la población que puede sufragar sus gastos y se ubican principalmente en zonas urbanas.

Intima relación guarda la clasificación de las instituciones que anteriormente hemos efectuado con la clasificación de los sistemas de financiamiento de la salud. Por un lado tenemos que para los servicios de salud que protegen a la población abierta, el costo está totalmente financiado por el Estado vía presupuesto federal, presupuesto estatal e incluso municipal.

A nivel Federal, la Lotería Nacional y Pronósticos Deportivos juegan un papel importante como fuente de financiamiento de los servicios asistenciales que proporciona la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Por su parte, el régimen de seguridad social que atiende a los trabajadores del Estado, obtiene los ingresos para su operación y funcionamiento a través de las aportaciones que dan los propios trabajadores y las erogaciones que hace el Gobierno vía presupuesto. Mientras que el sistema de seguridad social para los traba-

jadores del apartado "A" del artículo 123 constitucional, el financiamiento se hace en forma tripartita, es decir, participan en el financiamiento tanto el Estado, los trabajadores como los patrones.

También existen otras fuentes de financiamiento como son las aportaciones que realizan instituciones privadas u oficiales, tanto nacionales como extranjeras y los préstamos que hacen bancos como el Banco Interamericano de Desarrollo y las cuotas de recuperación de los servicios.

Normalmente estas aportaciones se hacen para ampliar la capacidad instalada, pero también puede ser en especie conforme a las actividades que desarrollan organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la UNICEF, etc.

No obstante estas fuentes de financiamiento, los servicios de salud se han visto perjudicados principalmente por la falta de recursos económicos a que nos ha llevado la crisis económica por la que pasa el país, además de que la salud no sólo depende de la atención médica, sino también de otras condiciones como el empleo, la alimentación, la vivienda, educación, medio ambiente y servicios públicos, como el agua potable, drenaje, alcantarillado, etc.

Ante todas estas dificultades, es necesario hacer

un mejor uso de los pocos recursos económicos asignados para la atención y cuidado de la salud individual y social. Se debe de aprovechar el financiamiento externo para crear una infraestructura en los servicios, impulsar las aportaciones de la sociedad y promover la participación más activa de los Gobiernos estatales en el financiamiento de los servicios, entre otras acciones, con el objeto de eliminar los efectos provocados por la escases de dinero.

## C A P I T U L O   I V

### MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS

Corresponde al Título Décimo Octavo de la Ley General de Salud, regular las medidas de seguridad, sanciones administrativas y los delitos. Sobre el particular, conviene hacer algunas consideraciones.

Hasta nuestros días, la naturaleza jurídica de las infracciones se encuentra en discusión, muchas ocasiones se confunde pena con sanción o pena y medida de seguridad con sanción, así lo demuestran algunas disposiciones de nuestro Código Penal, la verdad es que toda pena constituye una sanción, pero no a la inversa. Por su parte, las medidas de seguridad son todos aquellos mecanismos que el Estado elabora para evitar la comisión de nuevos ilícitos.

La sanción administrativa es un castigo que imponen las Autoridades Administrativas a las personas físicas o morales por la infracción a las leyes administrativas o sus reglamentos. En la práctica la sanción cumple diferentes objetivos, a saber: preventivos, disciplinarios, tributarios, etc. y pueden consistir en: suspensión, amonestación, clausura, cese, revocación de concesiones, multa y arresto, entre otras. También hay que considerar que en las disposiciones administrativas hay infraccio

nes que se consideran delitos, como pueden ser el contrabando, defraudación fiscal, el comercio de órganos humanos y la contaminación de aguas para el uso o consumo humano, de conformidad con el artículo 6º del Código Penal para el Distrito Federal en Materia Común. Por ello, juzgamos conveniente transcribir las diferencias que al respecto encuentra el Doctor Jorge Carpizo entre la infracción y delito:

a) La infracción es sancionada generalmente - por una autoridad administrativa subordinada, mientras que el delito lo sanciona el poder judicial a través de tribunales independientes.

b) El acto u omisión que da lugar a la infracción viola disposiciones de carácter administrativo, p.e., leyes, reglamentos, circulares, etc. El delito vulnera normas de derecho penal que protegen la vida, la salud, el patrimonio.

c) La infracción puede ser atribuida a personas físicas o morales; el delito únicamente puede ser llevado a cabo por individuos.

ch) Los elementos de culpabilidad, como el dolo y la culpa, no son esenciales para que la infracción administrativa exista, por el contrario, el delito requiere del elemento de culpabilidad para existir.

d) La sanción aplicable en el caso de la infracción se traduce en multas, mientras que el delito priva de la libertad. (30)

Consideramos que la sanción administrativa puede ser

---

(30) MADRAZO, Jorge y otros, ob. cit., tomo V, pag. 104.

establecida por el Poder Judicial o por el Ejecutivo Federal, ya sea que se contemple en una ley o en un reglamento. Sin embargo, a quién compete la aplicación de las sanciones administrativas.

Conforme al artículo 21 de la Constitución, corresponde a la autoridad administrativa la aplicación de las sanciones por la infracción a los reglamentos gubernativos y de policía. La sanción únicamente consistirá en multa o arresto hasta por 36 horas. Anteriormente se indicaba que si el infractor no pagaba la multa se le podía conmutar por un arresto hasta por 15 días y si éste era un obrero, la multa podía ser hasta de una semana de su salario. La reforma publicada en el Diario Oficial el 3 de febrero de 1983 es afortunada, ya que hace más justa y equitativa la sanción, de lo contrario, se perjudicaba más a las personas que no tenían recursos económicos para pagar la multa. Para hacer efectivas estas sanciones se debe considerar la legalidad de la autoridad administrativa, es decir, si está facultada para aplicar las sanciones contempladas en una ley administrativa, ya que el artículo 21 solamente se refiere a reglamentos. Por lo tanto es necesario determinar el alcance que tiene en este sentido dicho artículo.

En materia de salud, el artículo 402 de la Ley General de Salud, habla de las medidas de seguridad y las define como "aquellas disposiciones de inmediata ejecución que dicte la

autoridad sanitaria competente, de conformidad con los preceptos de esta Ley y demás disposiciones aplicables, para proteger la salud de la población".

De la redacción de este precepto y conforme a lo indicado en la fracción XVI del artículo 73 constitucional y 4º de la ley que se comenta, la autoridad sanitaria competente puede ser el Consejo de Salubridad General, el Presidente de la República, el Departamento de Salubridad, la Secretaría de Salud o los Gobiernos de los Estados, sin embargo, el artículo 403 de la Ley General de Salud sólo le da competencia a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos Estatales. Por lo tanto, cabe preguntarse qué sucede con las demás autoridades que por disposición constitucional o por la misma ley, son responsables para emitir disposiciones de carácter obligatorio en el país.

El artículo 404 consigna algunas medidas de seguridad y la hipótesis de su procedencia como son: el aislamiento, la cuarentena, la vacunación de personas, la suspensión de trabajos o servicios, la emisión o suspensión de mensajes publicitarios en materia de salud y la desocupación o desalojo de casas habitación, edificios, etc.

La fracción XIII del artículo que se comenta indica que las demás que determinen las autoridades competentes y nosotros ignoramos si se refiere a las establecidas en el artículo

4º de la ley, a las del artículo 403 de la misma o a las establecidas en la fracción XVI del artículo 73 de nuestra Constitución Política. En todo caso cuáles tienen mayor jerarquía.

Lo mismo sucede con la aplicación de las sanciones administrativas, pues estas serán también aplicadas por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas a que se hagan acreedores cuando la conducta constituya además un delito. Estas sanciones consistirán en multa, clausura y arresto hasta por 36 horas. En este sentido, conviene recordar lo que se comentaba en el inicio de este capítulo, ya que el artículo 21 constitucional solamente contempla como sanciones a la multa y el arresto, pero no a la clausura, por lo que a la luz de este precepto, la clausura es inconstitucional.

Para la procedencia de las sanciones administrativas se requiere que la autoridad fundamente y motive su resolución. Para determinar su cuantía se tomarán como elementos la gravedad del daño, las condiciones económicas del infractor o la reincidencia. Con esto se busca que la fijación de la sanción sea más justa y no tenga un monto excesivo.

La forma para determinar el monto de la multa se rige por días de salario mínimo y no como lo hacían los códigos sanitarios anteriores, al establecer cantidades fijas. Las sanciones van desde un salario mínimo hasta 500 veces dicho salario

vigente en la zona económica en que se cometió la infracción.

La iniciativa sancionaba con multa de 50 a 500 veces el salario mínimo en el caso de venta de tabaco a menores de edad, pero al estar en discusión el artículo 277 de la iniciativa de ley de salud, la Diputada Ofelia Ramírez Sánchez, exponía:

En la vida cotidiana se presentarán con frecuencia casos del niño mandado por su padre a la tienda de la esquina para comprar una cajita de cigarros, y podrían darse abusos por parte de la autoridad en la aplicación de una sanción excesiva, ya que va de 50 a 500 veces el monto del salario mínimo vigente en la zona, evidentemente excesiva. En tanto se logra la educación en este punto prohibitivo, proponemos que se suprima la mención del Artículo 277 en el actual 420. (31)

Pero esto no quiere decir que la venta de tabaco a menores de edad quede sin sanción, porque el artículo 422 indica que las infracciones no previstas en este capítulo se sancionarán con multa de hasta 500 veces el salario mínimo, sin embargo la intención del legislador es dejar sin sanción la venta de tabaco a los menores de edad. En caso de haberse dejado, es casi imposible controlar la venta de este producto, por lo cual la mejor alternativa es la educación que indicaba la Diputada.

---

(31) CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNION, ob., cit., pag. 262.

La procedencia del arresto está condicionado a que se haya dictado con anterioridad alguna otra sanción y que el infractor continúe con su conducta.

La innovación con relación a otras leyes administrativas, lo constituye la incorporación para la instrucción del procedimiento administrativo de diversos principios como son: el de legalidad, imparcialidad, economía, probidad o buena fe, además de algunos criterios bajo los cuales la autoridad administrativa puede actuar como son los establecidos en los artículos 14 y 16 de la Constitución, las necesidades sociales o los precedentes en relación a las facultades y la experiencia adquirida, según se desprende de los artículos 429 y 428 respectivamente.

También incluye la ley disposiciones de carácter procedimental, con lo cual se subsana en cierta medida la falta de una ley específica que establezca y regule el procedimiento administrativo para asegurar los derechos de los particulares y la intervención de la administración pública. El trámite se complementa en este caso con el Código Federal de Procedimientos Civiles, según lo consigna el artículo 450 de la ley.

En materia de recursos, esta ley sistematiza los artículos referentes a ellos, simplifica su número al contemplar solamente el recurso de inconformidad, con lo cual se garantiza el combate de las resoluciones que con base en esta ley emitan

las autoridades sanitarias del país.

La interposición del recurso debe ser dentro de los quince días hábiles siguientes a aquel en que se notifique la resolución o acto que se combata. La presentación puede ser personal o por correo certificado con acuse de recibo. El problema en este último caso radica en comprobar el contenido del paquete enviado por correo.

La resolución del recurso interpuesto compete al titular de la Secretaría de Salud, cuando se recurran actos o resoluciones de esa dependencia. Pero el titular puede delegar conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal esta atribución a los servidores públicos radicados en los estados, fomentando de esta manera la Desconcentración.

Para recurrir las resoluciones emitidas por los Gobiernos de los Estados, el recurso se interpondrá ante ellos y la resolución se hará de acuerdo a las normas que al respecto tenga.

El término para el ejercicio de las acciones de esta ley es de cinco años, contados a partir del día en que se consumó la infracción o deje de hacerlo, en caso de hechos continuos, la interposición del recurso interrumpe la prescripción.

## C A P I T U L O V

### DELITOS EN MATERIA DE SALUD

Conforme al artículo 7º del Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común, y para toda la República en Materia de Fuero Federal, el delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales. He aquí nuestro primer problema, ya que los delitos a que nos referimos no están contemplados en el Código Penal de referencia.

Sin embargo, el mismo ordenamiento en su artículo 6º nos establece la base legal para la existencia de delitos en algunas leyes especiales como lo es la Ley General de Salud.

Recordemos que para que una conducta sea considerada como delito se requiere que la acción u omisión sea típica, es decir, debe adecuarse nuestra conducta a la descripción hecha por el legislador en la ley, pero además, ésta debe ser antijurídica, lo cual implica que debe de estar en contravención con esa disposición y que el sujeto sea culpable.

En este orden de ideas, la Ley General de Salud establece en el Título Décimo Octavo el capítulo correspondiente a los delitos, en el cual se tipifican algunas conductas que merecen pena corporal.

En términos generales las penas privativas de la libertad que establece esta ley, van de uno a diez años de prisión, mientras que las multas van de diez a dos mil días de salario mínimo vigente en la zona económica en que se cometió el delito.

Queda hecha la excepción contenida en el artículo 467 en relación al que induzca o propicie que menores de edad o incapaces consuman, mediante cualquier forma, substancias que produzcan efectos psicotrópicos. En este caso la prisión va de siete a quince años.

Estas sanciones se agravarán cuando el responsable del ilícito sea un profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, al imponérsele una suspensión en el ejercicio de su profesión u oficio hasta por cuatro años. Lo mismo sucede cuando participe un servidor público de alguna institución que preste servicios de salud al destituírsele del empleo, cargo o comisión hasta por un tanto igual a la pena impuesta. En caso de reincidencia, la inhabilitación podrá ser definitiva, según lo establece el artículo 470 de la Ley.

Los delitos se refieren principalmente a la falta de autorización por parte de la secretaría cuando se introduzca al país, transporte, distribuya, comercie, almacene, posea, deseche o, en general, se realicen actos con substancias tóxicas o peligrosas que pongan en peligro la salud de la población.

Por su parte, los artículos 460 y 461 establecen la misma sanción cuando se trate de un delito consumado, o en caso de tentativa, lo cual parece injusto, pero tratándose de la importancia del bien tutelado consideramos adecuada la sanción ya que ambas disposiciones castigan al que saque o pretenda sacar del territorio nacional derivados de sangre humana o bien órganos o tejidos de seres humanos vivos o cadáveres, sin permiso de la Secretaría de Salud, se le impondrán de uno a diez y cinco años respectivamente, además de la multa económica.

Se le impondrá prisión de uno a nueve años y multa de cien a mil días de salario mínimo al que adultere, contamine o permita estas actividades en alimentos o bebidas no alcohólicas y alcohólicas, que pongan en peligro inminente la salud de la población consumidora.

Por ultimo, creemos conveniente incluir en este apartado, las disposiciones contenidas en el título decimoséptimo del Código Penal, relativos a los delitos en materia de inhumaciones y exhumaciones.

Según el artículo 280, se le impondrán de tres días a dos años de prisión y multa de cinco a dos mil pesos al que oculte, destruya o sepulse un cadáver o feto humano, sin la autorización de la autoridad competente, y al que oculte, destruya, o sin la licencia correspondiente sepulse el cadáver de

una persona, siempre que esta hubiera muerto a consecuencia de golpes o heridas y si el responsable sabía esta circunstancia.

Cuando se viole un túmulo, un sepulcro, una sepultura o féretro, así como al que profane un cadáver con actos de vilipendio, mutilación, brutalidad o necrofilia, se le impondrán de uno a cinco años de prisión.

Con la tipificación de todas estas conductas como delitos, el legislador ha pretendido resguardar el orden y la observancia de las disposiciones de salud, con el objeto de garantizar a la población la prevención, atención y rehabilitación de la salud, a la sociedad mexicana.

## C O N C L U S I O N E S

Primera.- Después de la vida, la salud constituye el elemento esencial para el crecimiento, desarrollo y transformación del ser humano. Gozar de buena salud implica un funcionamiento integral de nuestros sistemas, órganos, sentidos, y en general de todo nuestro cuerpo. Esto es la Salud individual.

Segunda.- La evolución de la humanidad ha demostrado que el hombre no puede vivir aislado. Necesariamente requiere de la unión con otras personas para desarrollar todas sus potencialidades, pero en la medida que el grupo social crece, sus demandas, ambiciones, problemas, etc., aumentan también. Ahora, la atención de la salud ya no se concentra únicamente en la persona, sino que se amplía y buscará proteger a todo el grupo social. Tal es el alcance que en la actualidad tiene el concepto de salud, ya que significa la completa armonía del individuo en sus aspectos físico, mental y social.

Tercera.- Creo que con la industrialización de los países, hecho totalmente necesario porque la humanidad no puede permanecer estancada, la salud también es afectada. Para revertir las consecuencias que trae el desarrollo industrial, todos los gobiernos de las diferentes naciones establecen una serie de disposiciones jurídicas con el objeto de proteger la salud de su población, y México no es la excepción.

Cuarta.- A mi juicio, la salud de la población se ha atendido principalmente por dos sistemas: los seguros sociales y la asistencia social. Su diferencia radica esencialmente en la forma de financiamiento. En la actualidad flota una tendencia unificadora en la Seguridad Social de todos los sistemas que protegen al hombre, sin importar si tiene recursos, es trabajador asalariado o carece de facultades físicas o mentales.

Quinta.- En nuestro país, creo que los avances en materia de salud han sido notorios, principalmente a partir de 1982, fecha en que se inicia una nueva etapa. Este avance no es casual, sino que es el resultado de un proceso tanto a nivel nacional como internacional, por brindar mejores condiciones de vida a los sectores de la población.

Sexta.- Considero que al plasmar nuestra Constitución Política el Derecho a la Salud al lado de otras garantías individuales y sociales, se recobra el prestigio internacional que nuestra Constitución tiene en el sentido de ser la primera Constitución Social.

Séptima.- Afirmando que la buena salud no es patrimonio exclusivo del individuo o de cualquier grupo social del país que gusten, sino un derecho social fundado en valores y principios éticos, morales y espirituales de la humanidad. De ahí la denominación de la presente tesis, "El Derecho Humano a la Salud y su Efecti-

vidad Real". Este derecho no se agota con el establecimiento de instituciones de salud o la lucha contra la enfermedad, sino que comprende su prevención, atención, rehabilitación y en general todas las acciones encaminadas a lograr el desarrollo armónico del hombre, tanto en lo individual como social.

Octava.- Aseguro que el acceso real de la población a la seguridad social no dependen de la existencia de instituciones o disposiciones jurídicas, ni de las resoluciones de los organismos a nivel nacional o internacional, o de la doctrina que sobre seguridad social adopte la nación; depende de las características de desarrollo económico y social que tenga nuestro país, de los recursos económicos que se asignen a la seguridad social y de la existencia y organización de los grupos sociales que demanden el cumplimiento de este derecho, así como de la educación y de la voluntad política de nuestros gobernantes.

Novena.- El establecimiento de disposiciones jurídicas representa un avance en nuestro país, al facilitar la organización, funcionamiento y acceso de la población a los servicios de salud. Con la creación del Sistema Nacional de Salud y la responsabilidad de la Secretaría de Salud como dependencia coordinadora de este sector, se establecen las bases para la seguridad social.

Décima.- Considero que la Desconcentración Administrativa en la práctica adolece de efectividad, en vista de que los órganos

desconcentrados dependen jerárquicamente de las Secretarías de Estado o del Departamento del Distrito Federal y en muchas ocasiones los titulares de estas dependencias no tienen la voluntad para compartir en cierta medida el poder. Piensan, no quiero decir que es general, que al otorgarles poder de decisión a los titulares de estos órganos les disminuye autoridad y no se dan cuenta que sobre los intereses particulares están los beneficios sociales que representan la desconcentración de funciones públicas y en especial las del sector salud.

Décimoprimer.- Considero que hay inconstitucionalidad en la legislación sanitaria del país en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, así como en la Secretaría de Salud, porque se establecieron sin haber modificado previamente la fracción XVI, base segunda del artículo 73 de nuestra Constitución Política, al eliminar el "Departamento de Salubridad", que por disposición constitucional tiene la obligación de dictar medidas preventivas en caso de epidemias de carácter grave o por invasión al país de enfermedades exóticas.

Décimosegunda.- Reconozco que la actual legislación en materia de salud es congruente con nuestras necesidades y su establecimiento es un avance importante para nuestro país, sin embargo esto no justifica la inconstitucionalidad. Esta subsistirá hasta en tanto no se reforme el artículo citado y se cambie al "Departamento de Salubridad" por una dependencia del Ejecuti-

vo Federal.

Décimotercera.- Se sostiene que los trabajadores, ya sean del apartado "A" o "B" del artículo 123 constitucional, contribuyen doblemente para mantener las instituciones de salud y los servicios que proporcionan, ya que por un lado aportan una determinada cantidad para financiar su sistema de seguros sociales y por el otro, con el pago de impuestos, derechos, etc., suministran recursos económico al Gobierno Federal para que este los asigne entre otros fines, a la prestación de servicios de salud.

Décimocuarta.- Considero que la Ley General de Salud contiene disposiciones de amplia trascendencia y es un documento ordenador de todas las normas jurídicas relacionadas con la salud, instituciones responsables de la prestación de los servicios, autoridades competentes, definiciones, así como medidas para hacer cumplir la ley, disposiciones sobre prevención, control y rehabilitación de enfermos o inválidos y lo referente a la asistencia social. Sin embargo, su cumplimiento no es tan efectivo por algunos sectores de la población porque falta educación en la población y difusión de tales disposiciones.

Décimoquinta.- La participación de todos los sectores en los servicios de salud, representa sin duda un avance en esta materia, pero hace falta el establecimiento de los canales de participación, lo cual no es fácil por la dimensión del sector Salud.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- ACOSTA ROMERO, Miguel, Teoría General del Derecho Administrativo, 6a. Edición, Primer Curso, Editorial Porrúa S. A., México, 1984.
- 2.- ALAMANZA PASTOR, José Manuel, Derecho de la Seguridad Social, 2a. Edición, Volumen I, Editorial Tecnos, S.A., Madrid 1977.
- 3.- ALVAREZ AMEZQUITA, José, Historia de la Salubridad y de la de Asistencia en México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México 1960.
- 4.- ARCE CANO, Gustavo, De los Seguros Sociales a la Seguridad Social, Editorial Porrúa, S.A., México, 1972.
- 5.- BRISEÑO RUIZ, Alberto, Derecho Mexicano de los Seguros Sociales, Editorial HARLA, S.A. de C.V., México 1987.
- 6.- BURGOA O., Ignacio, Las Garantía Individuales, 17a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1983.
- 7.- CASTELLANOS, Fernando, Lineamientos Elementales de Derecho Penal, 15a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1981.
- 8.- DE FERRARA, Francisco, Los Principios de la Seguridad Social, 2a. Edición, Ediciones de Palma, Buenos Aires, 1972.
- 9.- DE LA MADRID H., Miguel, El Marco Legislativo para el Cambio, Tomo 3, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Presidencia, México, 1987.
- 10.- DIAZ CASTRO, Sara, Importancia del Reporte de Enfermedades transmisibles y la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otros servicios de salud, Organos de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, Volumen 23 Nos. 3 y 4 de mayo y agosto, México, 1972.
- 11.- GARCIA CRUZ, Miguel, La Seguridad Social en México, Editorial B. Costa-Amic, México, 1972.
- 12.- GARCIA MAYNES, Eduardo, Intruducción al Estudio del Derecho, 31a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1980.
- 13.- GARCIA MORENO, Víctor, Diccionario de Derecho Mexicano, Tomo I, Editorial Porrúa, S.A., México, 1985.

- 14.- GONZALEZ DIAZ, Lombardo Francisco, Curso de Seguridad Social Mexicana, Universidad de Nuevo León, Mayo de 1959.
- 15.- GONZALEZ DIAZ, Lombardo Francisco, El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, 2a. Edición, Textos Universitarios, U.N.A.M., México, 1978.
- 16.- MADRAZO, Jorge y otros, Diccionario Jurídico Mexicano, Tomos I-VIII, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, S.A., México, 1985.
- 17.- NETTER, Francisco, La Seguridad Social y sus Principios (Julio Arteaga), I.M.S.S., México, 1982.
- 18.- ROEMER MILTON, Irwin, Perspectiva Mundial de los Servicios de Salud, Editorial Siglo XXI, México, 1980.
- 19.- SANCHEZ VARGAS, Gustavo, Orígenes y Evolución de la Seguridad Social en México, Instituto de Investigaciones Sociales, U.N.A.M., México, 1963.
- 20.- SOBERON ACEVEDO, Guillermo, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Editorial Miguel Angel Porrúa, México, 1983.
- 21.- SOBERON ACEVEDO, Guillermo y otros, La Salud en México, Testimonios 1988, Tomo I, Fondo de Cultura Económica, S.A. de C.V., México, 1988.
- 22.- TENA RAMIREZ, Felipe, Derecho Constitucional Mexicano, 17a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México 1980.

#### L E G I S L A C I O N

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 87a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1989.
- 2.- Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común, y para toda la República en Materia de Fuero Federal, 45a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1989.
- 3.- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Editorial Porrúa, S.A., México, 1989.
- 4.- Ley del Seguro Social, comentada por Francisco Ramírez Fonseca, 4a. Edición, Editorial PAC., S.A. de C.V., México 1985.

- 5.- Ley General de Salud, 5a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1990.
- 6.- Ley Federal de Las Entidades Paraestatales, Editorial Porrúa, S.A., México, 1989.
- 7.- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, Editorial Porrúa, S.A., México, 1989.
- 8.- Ley de Salud para el Distrito Federal, 5a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1990.
- 9.- Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, 5a. Edición, Editorial Porrúa, S.A., México, 1990.
- 10.- Diversos Reglamentos de la Ley General de Salud, contenidos en la 5a. Edición de la Ley General de Salud, Editorial Porrúa, S.A., México, 1990.

#### OTRAS FUENTES

- 1.- CAMARA DE DIPUTADOS, LII Legislatura, Diario de los Debates, No. 58, 28 de diciembre de 1982.
- 2.- CAMARA DE DIPUTADOS DEL CONGRESO DE LA UNION, Ley General de Salud, Proceso Legislativo de la Iniciativa Presidencial, LII Legislatura, Colección "Documentos", México 1983
- 3.- CAMA DE SENADORES, LII Legislatura, Diario de los Debates, Tomo I, No. 53, 23 de diciembre de 1982.
- 4.- DE LA MADRID H., Miguel, Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, 1983.
- 5.- DE LA MADRID H., Miguel, 3º Informe de Gobierno. Anexo Sector Salud y Seguridad Social, México, 1985.
- 6.- SALINAS DE GORTARI, Carlos, Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, México, 1989.
- 7.- SECRETARIA DE SALUD, Salud y Seguridad Social, Cuadernos de Renovación Nacional, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.