

Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México

HACIA LA REFORMA INTEGRAL
DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

**FERNANDO CANO VALLE
DANIEL MÁRQUEZ GÓMEZ
PASTORA MELGAR MANZANILLA**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



MEDICINA Y ESTRUCTURAS
JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS EN MÉXICO
HACIA LA REFORMA INTEGRAL DEL SISTEMA
DE SALUD MEXICANO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Serie: ESTUDIOS JURÍDICOS, Núm. 250

Coordinadora editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos

Asistente editorial: Karla Beatriz Templos Núñez

Cuidado de la edición: Miguel López Ruiz

Diseño y formación tipográfica (InDesing CS5.5): Javier Mendoza Villegas

Diseño de forro: Edith Aguilar Gálvez

FERNANDO CANO VALLE
DANIEL MÁRQUEZ
PASTORA MELGAR

MEDICINA Y ESTRUCTURAS
JURÍDICO-ADMINISTRATIVAS
EN MÉXICO
HACIA LA REFORMA INTEGRAL
DEL SISTEMA DE SALUD
MEXICANO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MÉXICO 2014

Esta obra fue dictaminada por sus pares académicos y aprobada
para su publicación por la Comisión Editorial del Instituto
de Investigaciones Jurídicas

Primera edición: 29 de agosto de 2014

DR © 2014, Universidad Nacional Autónoma de México
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad de la Investigación en Humanidades
Ciudad Universitaria, 04510 México, D. F.

Impreso y hecho en México

ISBN 978-607-02-5883-1

CONTENIDO

Introducción: vida, bienestar, salud y medicina.	XIII
--	------

CAPÍTULO PRIMERO

LA REALIDAD DE LA MEDICINA EN MÉXICO ANÁLISIS DE CASOS

I. Algunas críticas al sistema nacional de salud	1
II. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	4
1. El Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	5
2. Atribuciones y funciones de la Cofepris	13
III. Medio ambiente	31
1. Contaminantes en la zona metropolitana de la ciudad de México.	34
2. Conclusiones y recomendaciones	50
IV. Salud en el trabajo	51
1. Marco jurídico	52
2. La Cofepris en materia de salud en el trabajo.	53
V. Obesidad y adicción al azúcar	54
1. Evidencia de la adicción al azúcar	54
2. La obesidad como problema de salud pública y riesgo sanitario	56

3. Análisis de la información	63
4. Conclusiones preliminares	64
VI. Productos milagro	65
Características de los productos milagro o frontera	66

CAPÍTULO SEGUNDO
MEDICINA Y DERECHO

I. Breve apunte histórico de las pandemias en México y de los medios para enfrentarlas	69
II. La enfermedad y sus costos	75
III. Los organismos supranacionales y la medicina	80
1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud	81
2. La Organización Panamericana de la Salud y el Código Sanitario Panamericano	85
IV. Algunos debates en torno al derecho humano a la salud	88
V. El papel del derecho en la medicina (relaciones entre medicina y derecho)	102
VI. Las normas básicas del derecho a la salud	108
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículos. 4o., 73, fracción XVI, y 123)	108
2. Excepciones a los derechos humanos en relación con la salud	115
3. Concurrencia constitucional en materia de salud	116
4. Política y programación en materia de salud (artículos, 25 y 26, CPEUM y la Ley de Planeación)	119
5. Ley General de Salud y sus reglamentos	126
A. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios	132

CONTENIDO

IX

B. Reglamento de Insumos para la Salud.	134
C. Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos	135
D. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.	136
E. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.	138
F. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional	139
G. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios	140
H. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. . .	143
I. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.	144
J. Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación, Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materias Tóxicas o Peligrosas	146
K. Reglamento de la Ley de la Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados	147

CAPÍTULO TERCERO

ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS
“EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”

I. La organización administrativa	151
1. Centralización.	151

2. Desconcentración	153
3. Descentralización	154
II. Artículo 90 de la CPEUM	155
III. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. .	157
IV. El artículo 39 de la LOAPF relacionado con la Secretaría de Salud (Ley General de Salud y su Reglamento)	163
V. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.	168
VI. Consejo General de Salubridad	173
VII. Sistema Nacional de Salud.	181
VIII. Seguridad social atada al empleo	186
1. Instituto Mexicano del Seguro Social	186
A. Seguro de riesgos de trabajo.	189
B. Enfermedades y maternidad	190
C. Invalidez y vida	190
D. Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	191
E. Guarderías y prestaciones sociales	191
F. Financiamiento	193
G. Régimen voluntario	196
H. Facultades y atribuciones del IMSS	198
I. Administración del IMSS.	203
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	208
A. Financiamiento del ISSSTE.	214
B. Régimen voluntario	216
3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSFAM) (Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y su reglamento).	224
4. Otras instituciones de seguridad social	227

IX. Seguridad social no atada al empleo.	228
1. El Sistema de Protección Social en Salud	228
2. Servicios a la población no asegurada.	242
A. SESA	242
B. IMSS-Oportunidades (IMSS-O)	245
C. Servicios de salud de alta especialidad	250
3. INSalud.	250
A. Instituto Nacional de Cancerología (INCan)	254
B. Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer)	255
C. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ)	256
D. Instituto Nacional de Geriátría	256
E. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER)	257
F. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN)	258
G. Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen)	259
H. Instituto Nacional de Pediatría (INP)	261
I. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”	261
J. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF)	262
K. Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	263
L. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	264
4. Hospitales regionales de alta especialidad (HRAE).	270
5. Hospitales federales de referencia (HFR)	271
X. Sector privado	272
XI. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (Ley de Asistencia Social y su reglamento)	274

XII. Operadores estatales de salud	277
XIII. Recursos físicos y humanos de la salud	287

CAPÍTULO CUARTO

HACIA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD
EN MÉXICO

I. Seguridad social universal: propuesta del presidente del Consejo Técnico de la CNC, Ernesto Enríquez .	299
II. Propuesta Santiago Levy (empleo productivo, reforma fiscal y seguridad social universal)	308
III. Propuesta de la Funsalud	314
IV. Apartado de salud en el Pacto por México	321
V. Nuestra propuesta	322
Anexos	337
Bibliografía	341

INTRODUCCIÓN

VIDA, BIENESTAR, DERECHO Y MEDICINA

La vida, desde el punto de vista biológico, simplificando mucho, puede definirse como la capacidad de nacer, crecer, reproducirse y morir, características de todos los seres vivos. La biología, que se ocupa del estudio científico de la vida, define como “seres vivos” a toda la diversidad de organismos que descienden de un ancestro común unicelular que surgió hace casi 4,000 millones de años.¹

El estudio de la biología ha tenido implicaciones fundamentales para la vida humana. La agricultura y la medicina son dos actividades importantes que dependen del conocimiento biológico. En la actualidad, gracias al desciframiento de los genomas y a la capacidad de manipularlos, existen nuevas y amplias posibilidades para el mejoramiento del control de las enfermedades y de la productividad agrícola.²

El bienestar es el conjunto de cosas necesarias para vivir bien, es el estado de la persona en el que hay un buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica. También puede ser definido como el estado de buena salud física y mental que proporciona un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

Un aspecto de ese “vivir bien” se relaciona con las posibilidades de vivir hechos “gratificantes” y “repugnantes”, lo que se conoce como “oportunidades de vida”, que tienen su origen en eventos del pasado y estructuras de oportunidad, en la historia de la sociedad y el desarrollo individual, lo que se relaciona con la

¹ Sadava, David *et al.*, *Vida, la ciencia de la biología*, 8a. ed., Buenos Aires, Medica Panamericana, 2009, p. 3.

² *Ibidem*, pp. 16 y 17.

“vidabilidad” del entorno, y comprende: 1. Calidad de la sociedad, en donde encontramos: *a*) bienestar económico, *b*) igualdad social, *c*) libertad política, etcétera; 2. Posición en la sociedad, aquí está: *a*) la propiedad de bienes materiales, *b*) influencia política, *c*) prestigio personal, etcétera; 3. Habilidad de vida del individuo, en donde surge: *a*) aptitud física; *b*) fortaleza psíquica; *c*) capacidad social; *d*) habilidad intelectual; *e*) arte de vivir, etcétera.³ Como se advierte, muchas de las determinantes de la idea de “oportunidades de vida” se relacionan con la aptitud física y con la fortaleza psíquica, que a su vez forman parte de la definición de salud.

Así, podemos identificar diversos factores que influyen en la salud humana: *a*) ambiente social, *b*) medio ambiente físico, *c*) herencia genética, *d*) respuestas individuales (conductuales o biológicas), *e*) cuidado de la salud, *f*) enfermedades, *g*) buena salud y funcionamiento, y *h*) bienestar y prosperidad.⁴

En este sentido, la definición de los elementos del derecho a la salud pasa por las siguientes precisiones: *a*) el concepto de salud desde el que se trabaja, *b*) el desarrollo tecnológico del que se dispone (el universo de lo exigible, que se amplía día a día), y *c*) la disposición de la información.⁵

Por lo anterior, el derecho a la salud puede dividirse en dos grandes grupos: determinantes básicos para la salud y cuidado de la salud.⁶

³ Garduño Estrada, León *et al.* (coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, México, Centro de Estudios sobre Calidad de Vida y Desarrollo Social, International Society of Quality of Life, Plaza y Valdés, 2005, p. 32.

⁴ Stahl, Michael (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, United States, Sage Publications, 2004, p. 239. (El autor se hace eco de una idea de Evans and Stoddard de 1994).

⁵ Currea-Lugo, Víctor (ed.), *La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas*, Bilabao, Universidad de Deusto, 2005, p. 73.

⁶ Montiel, Lucía, “Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria”, *Revista IIDH*, núm. 40, julio-diciembre de 2004, pp. 297 y 298.

DERECHO A LA SALUD

<i>Determinantes básicos para la salud</i>	<i>Cuidado de la salud</i>
<p>Políticas públicas de prevención, difusión y promoción, saneamiento público, cuidado del medio ambiente, y salubridad. Estos determinantes básicos de la salud se pueden dividir en los siguientes grupos:</p> <p>a) Condiciones sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, entre otros.</p> <p>b) Condiciones biológicas: epidemias, principales causas de muerte, expectativa de vida, enfermedades nuevas, entre otros.</p> <p>c) Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones sanitarias sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, entre otros.</p> <p>d) Condiciones ecológicas: emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, entre otros.</p> <p>e) Acceso a la información, sobre cuestiones relacionadas con la salud.</p> <p>f) Condiciones de violencia y conflictos armados.</p>	<p>Servicios materiales y humanos de salud que se prestan, así como las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos; y que se pueden dividir de la siguiente manera:</p> <p>a) Sistemas de salud. Se refiere a los elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud, como lo son los hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez o vejez, entre otros.</p> <p>b) Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud como programas, sean públicos, privados o mixtos, y los recursos económicos del Estado destinados a la salud, entre otros.</p>

Lo anterior es correcto en la medida en que se define a la salud como un nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). El término “salud” proviene del latín *salus, -ūtis*, y se refiere a: 1. Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; 2. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado; 3. Libertad o bien público o particular de cada uno; 4. Estado de gracia espiritual; 5. Salvación (consecución de la gloria eterna); 6. Inmunidad de quien se acoge a lo sagrado, y 7. Actos y expresiones corteses. Para los efectos de este trabajo, las dos pri-

meras definiciones son más apropiadas; sin embargo, insuficientes para remitirnos su delimitación.

Otro problema se relaciona con el papel que juega el derecho en esta clase de proceso, puesto que en el artículo 4o. constitucional se destaca que “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”. Como se advierte, existe en el nivel constitucional una distinción entre el acceso a los servicios de salud y la salubridad general.

El concepto “salud” señala hacia un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.⁷

La evolución del concepto de salud es paralelo al desarrollo del derecho a la salud. Como ejemplo de lo anterior, el derecho a la salud, en el ámbito internacional, se puede encontrar en varios instrumentos, entre ellos la Carta de las Naciones Unidas (ONU), del 26 de junio de 1945, que establece como principio, en su artículo 1o., numeral 3, “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

En materia de salud, la ONU actúa a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de la 51a. Asamblea Mundial de la Salud se modificó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, para plasmar que la salud es un estado

⁷ OMS-UNICEF, *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, celebrada en Alma-Ata, URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978, p. 2 “declaraciones”.

de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.⁸

Según Julio Frenk Mora, en la salud confluyen lo biológico y lo social, la persona individual y la comunidad, lo público y lo privado.⁹ Existen dos dimensiones en donde el ser humano interactúa con la salud: la salubridad propiamente dicha y la medicina.

La salubridad refiere a la cualidad de salubre; esto es, a lo bueno para la salud. Así, podemos sostener que la palabra “salubridad” refiere a lo que se conoce como “salud pública”.

La medicina se vincula con el aspecto del cuidado de la salud. Tomás de Aquino, en el *Tratado de la justicia*, destaca que originalmente “medicina” significa el remedio que se da a un enfermo para sanarlo, pero después se ha usado para indicar el arte de la curación.¹⁰

En este contexto, la salud pública está directamente relacionada con tres áreas mayores de responsabilidad: promoción de la salud individual y comunitaria, mantener un ambiente sano, y enfrentar decididamente la enfermedad y las incapacidades. En cada uno de los nuevos retos que se presentan en cada área de las ciencias biológicas, sociales y físicas, la salud pública ofrece un enfoque interdisciplinario único, que puede responder a esos retos bajo la guía de un liderazgo vigoroso e imaginativo. Aunque la atención se dirija a esas nuevas necesidades, sin embargo, es esencial que los servicios de protección tradicionales se continúen

⁸ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26a., la 29a., la 39a. y la 51a. asambleas mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005.

⁹ Frenk Mora, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 1.

¹⁰ Aquino, Tomás de, *Tratado de la justicia*, 8a. ed., trad. Carlos Ignacio González, México, Porrúa, 2004, p. 150.

prestando, aún y cuando se piense que muchos de los viejos problemas han disminuido en importancia, esto debe realizarse para evitar que resurjan enfermedades que se encuentran en gran medida bajo control”.¹¹

La salud pública define el estado de salud de la comunidad. Significa no solo la salud de los individuos que forman la comunidad, sino el estado de aquellas estructuras, instalaciones y formas de acción que la comunidad aplica para preservar la salud colectiva.¹² En este contexto, los servicios de salud pública son la práctica y aplicación de los planes o programas de la comunidad organizada con el propósito de conservar y fomentar la salud de la misma.¹³

“Medicina” proviene del latín *medicīna*, y se le define como la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano; se considera parte de las ciencias de la salud dedicadas al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades. También se le considera como el conjunto de técnicas y conocimientos encaminados a salvaguardar o recuperar la salud del ser humano, a través de una serie de procedimientos: diagnóstico, identificación de los problemas que aquejan al paciente; tratamiento, disposiciones encaminadas a aliviar las enfermeda-

¹¹ Report of the Task Team of the American Public Health Association, *American Journal of Public Health*, 47:218-34, febrero de 1957, donde se lee: “Public health is currently concerned with three major areas of responsibility: Promotion of personal and community health; maintenance of a healthful environment; and an aggressive attack on disease and disability. In each area new developments in the biologic, social, and physical sciences present urgent challenges. Public health offers a unique interdisciplinary approach which can meet these challenges under the guidance of imaginative and forceful leadership. As attention turns to these new needs, however, it is essential that traditional protective services be continued, even though many old problems are receding in importance. This must be done in order to prevent any resurgence of diseases which have been brought largely under control”.

¹² Freeman, Ruth B., Holmes Edward M. Jr., *Administración de los servicios de salud pública*, ed. esp. Luis Cervantes y José Ramón Pérez Lias, México, Editorial Interamericana, 192, p. 5.

¹³ *Idem*.

des y su curación, y prevención, disposiciones para evitar males posibles.

Así, la medicina alude a la ciencia (*episteme*) y arte (*tekne*) de precaver y curar las enfermedades, tratarlas y curarlas, principalmente las enfermedades internas.¹⁴ Por lo anterior, el problema más general de la medicina científica moderna es la lucha contra la enfermedad y la promoción de la salud humana.¹⁵ Lo anterior nos permite advertir los nexos entre los conceptos de salud y medicina; la primera, con una visión integral; la segunda, con un enfoque particular.

Como se advierte, la medicina es parte fundamental en el derecho humano a la salud; en caso de enfermedad, sin medicina, sin médicos y sin infraestructura de atención hospitalaria, es imposible hablar del derecho humano a la salud.

En la Constitución de la OMS se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos humanos, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. También se destaca que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. Entonces, el derecho a la salud se puede conceptualizar como más que la curación de enfermedades, abarca también la idea de prevención y de condiciones de ambiente físico y social en que se desenvuelve el ser humano. La salud está íntimamente ligada al bienestar y a la vida misma.

En este sentido, aunque se podría estimar que el derecho administrativo nada tiene que ver con la medicina, no debemos apresurarnos a considerar veraz esta afirmación, porque el derecho calificado como “administrativo” tiene relaciones directas con la medicina.

¹⁴ Heras García, Manuel Ángel de las, *Estatuto ético-jurídico de la profesión médica*, t. I, Madrid, Dykinson, 2005, p. 1.

¹⁵ López Piñero, José María y Terrada Ferrandis, María Luz, *Introducción a la medicina*, España, Crítica, 2000, p. 20.

La relación del derecho administrativo con disciplinas no jurídicas, según Rafael I. Martínez Morales, es en dos grandes áreas: *a)* con aquellas ramas del conocimiento humano (científico o técnico) que lo originan, nutren o auxilian; por ejemplo: administración, economía, historia, política y sociología, y *b)* con campos del conocimiento o quehacer humanos que son precisamente la materia regulada por el derecho administrativo. En mayor o menor medida, casi toda actividad de la sociedad está contemplada por las reglas del derecho. Así, tenemos: administración, agricultura, comercio exterior, contabilidad, economía, informática, ingeniería, medicina, mercado de valores, protección ambiental.¹⁶

Como se advierte, el derecho administrativo es como un organón para la medicina, un instrumento que estructura y formaliza el contenido social de la actividad médica, que permite poner a la medicina al servicio de la sociedad y de los hombres que la integran, para asegurar a todos los individuos su más pleno desenvolvimiento individual y colectivo, dentro de una sociedad capaz de promoverlo y asegurarlo.¹⁷

Pero además existe una relación más profunda entre derecho administrativo y medicina. El contorno de derecho humano nos lleva al derecho positivo como conjunto de normas jurídicas y, en particular, a una rama de éste: el derecho constitucional. Desde los años cincuenta del siglo XX, Fritz Werner afirmó que “el derecho administrativo es derecho constitucional concretizado”,¹⁸ lo que nos muestra que el derecho administrativo es la realización

¹⁶ Martínez Morales, Rafael I., *Derecho administrativo 1er curso*, 6a. ed., México, Oxford, 2011, pp. 10 y 11.

¹⁷ Novoa Monreal, Eduardo, *El derecho como obstáculo al cambio social*, 5a. ed., México, Siglo XXI, 1981, p. 17.

¹⁸ Ibler, Martin, “Derecho administrativo como derecho constitucional concretizado”, *Res Publica*, núm. 2, Bogotá, enero-diciembre de 2010, p. 40. El autor cita el trabajo: Fritz Werner, “Verwaltungsrecht als konkretisiertes Verfassungsrecht”, *Deutsches Verwaltungsblatt* (1959), en “Pasado y presente de la relación entre el derecho constitucional y el derecho administrativo en Alemania”, *Cuadernos Constitucionales de la Cátedra Fadrique Furid Ceriol*, núm. SO/51, pp. 5-22.

de las abstracciones de los derechos públicos subjetivos plasmados en la Constitución. Por lo anterior, no dudamos de los nexos entre Constitución —derechos humanos— y administración como garantía de esos derechos.

En este sentido, abordar a la medicina a partir del derecho humano a la salud debe llevarnos a invertir los términos: la medicina como parte integrante del derecho humano a la salud es lo sustantivo; el derecho, como la garantía, como el mecanismo de acceso, solo es coyuntural. Lo importante son las condiciones que permitan el restablecimiento de la salud, por lo que el derecho debe prestar sus herramientas y técnicas para hacerlo efectivo.

Por lo anterior, no hablamos aquí de la medicina legal como ciencia auxiliar del derecho, que nace de la necesidad de normatizar postulados biológicos que de alguna manera inciden en la persona como sujetos de derechos y obligaciones y trascienden al grupo social donde se desenvuelve, con sus dos misiones que son fundamentales en su gestión y se ejercen: una, en el campo de la aplicación práctica del postulado médico-legal; otra, en el ámbito doctrinario y teórico, que es la encargada del desarrollo de la norma legal en estas materias.¹⁹

Nos referimos al derecho humano a la salud y a las herramientas legales para hacerlo efectivo. Lo anterior justifica el título de la obra, porque en esta abordaremos ese espacio de la medicina que regula el derecho, en donde se generan las normas de orden administrativo aplicables a su organización y funcionamiento social, para la protección del derecho humano a la salud. Lo anterior implica el análisis de la eficacia social de la medicina, los modelos organizacionales encargados de velar por la salud y su impacto en la atención médica.

No debemos olvidar que para velar por la salud se debe buscar un modelo de atención que responda a las necesidades del ser humano en ese nivel. En palabras de Julio Frenk y Felicia Knaul, “toda sociedad debe elegir el modelo de sistema de salud al que

¹⁹ Romo Pizarro, Osvaldo, *Medicina legal. Elementos de ciencias forenses*, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2000, p. 9.

aspira”.²⁰ Así, a través de la selección, los operadores en materia de salud se vinculan al modelo y al sistema de salud al que se desea acceder.

El equipo de trabajo de la Asociación Americana de Salud Pública (APHA) destaca que “Las agencias de salud pública deben responder a las necesidades locales y a las condiciones cambiantes, no sólo en el tipo de servicios que proporcionan, sino también en la forma en que esos servicios son prestados y organizados”.²¹

En este contexto, los operadores de la salud en México deben transitar a un modelo que permita conciliar los derechos humanos y las necesidades de acceso de la población a los servicios de salud.

En México, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2012-2017), apartado “3.2 Salud”, “Objetivo 4. Mejorar las condiciones de salud de la población”, se destaca: “Gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada”. Por lo anterior, se proponen las “estrategias” siguientes: a) Estrategia 4.1 Fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios; b) Estrategia 4.2 Promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos; c) Estrategia 4.3 Integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.²²

²⁰ Frenk, Julio y Knaul, Felicia, “Los derechos humanos como base doctrinaria para las políticas de salud”, en Frenk Mora, Julio *et al.* (eds.), “Salud y derechos humanos”, *Perspectivas en Salud Pública*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, núm. 22, 1995, p. 37.

²¹ Report of the Task Team of the American Public Health Association, *American Journal of Public Health*, 47:218-34, febrero de 1957, donde se afirma: “Public health agencies must be responsive to local needs and changing conditions, not only in the kinds of services they provide, but also in the way these services are organized and delivered”.

²² Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/salud.html>, consultado el 26 de diciembre de 2012.

El “Objetivo 5. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” de ese PND 2012-2017, destaca: “Junto con el mayor alcance de los servicios de salud y el mejoramiento de su infraestructura y equipamiento, es fundamental la superación profesional y la sensibilización de quienes atienden al público usuario. Lograr que los mexicanos cuenten con servicios de salud eficientes y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo, es el propósito de las siguientes estrategias”: *a)* Estrategia 5.1 Implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos; *b)* Estrategia 5.2 Mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo, y *c)* Estrategia 5.3 Asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

En ese mismo PND 2012-2017, “Objetivo 6 Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables”, se afirma: “El propósito es abatir los rezagos en la atención a la salud de la población en condiciones de pobreza, así como prevenir las enfermedades y superar los principales obstáculos para una vida sana, con acciones dirigidas a los lugares donde más se necesitan. Las estrategias para lograrlo son las siguientes”: *a)* Estrategia 6.1 Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad; *b)* Estrategia 6.2 Ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina, y *c)* Estrategia 6.3 Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas. La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones;

sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales.

El PND 2012-2017 destaca en el “Objetivo 7. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”, que “Se buscará avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto”. Para lo anterior se desarrollaron las estrategias siguientes: *a)* Estrategia 7.1 Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad, *b)* Estrategia 7.2 Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños; *c)* Estrategia 7.3 Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos, y *d)* Estrategia 7.4 Promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

Por último, el PND 2012-2017 en el “Objetivo 8. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país”, sostiene: “La prevención de enfermedades, epidemias y riesgos en el trabajo es un componente de la mayor importancia para los propósitos nacionales de crecimiento económico y superación de la pobreza. El sentido de esta estrategia es contribuir a que más personas vean ampliadas sus oportunidades mediante el mejoramiento de su salud, con las estrategias”: *a)* Estrategia 8.1 Consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industria nacional. México cuenta con los recursos y activos necesarios para generar investigación y conocimiento en ciencias de la salud. Sin embargo, la creación de nuevo conocimiento rara vez alcanza a materializarse en bienes comerciables y generadores de ingreso para sus autores y para

el país en su conjunto; *b*) Estrategia 8.2 Garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional, y *c*) Estrategia 8.3 Promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.

Estos cuatro objetivos (4 a 8) del PND 2012-2017 perfilan a un operador de la salud en México ocupado en: *a*) mejorar las condiciones de salud de la población; *b*) brindando servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; *c*) reduciendo las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; *d*) evitando el empobrecimiento de la población por motivos de salud otorgando aseguramiento médico universal, y *d*) garantizando que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país, lo que, a pesar de sus carencias evidentes, es compatible con el derecho humano a la salud.

Por lo anterior, es importante analizar la realidad de la medicina en México, para ver hasta dónde se cumplieron efectivamente con los objetivos destacados en el PND 2012-2017. A ese esfuerzo dedicaremos el apartado siguiente.

CAPÍTULO PRIMERO

LA REALIDAD DE LA MEDICINA EN MÉXICO

ANÁLISIS DE CASOS

En el apartado anterior dedicamos nuestros esfuerzos a establecer los nexos entre las ideas de vida, bienestar, salud y medicina. Además, vinculamos al operador en materia de salud con los problemas que debe abordar. En ese contexto, establecimos el nexo entre el operador sanitario y sus objetivos en términos del PND 2012-2017.

Aquí nos ocuparemos de realizar un análisis de la efectividad en el ejercicio del derecho humano a la salud; esto es, cómo la población recibe las prestaciones derivadas de las instituciones administrativas encargadas de garantizar su derecho humano a la salud. Para lo anterior acudiremos a los comentarios de algunos analistas y al estudio de algunos casos: *a)* la operación de la Cofepris; *b)* el problema de la contaminación; *c)* salud en el trabajo; *d)* la obesidad, y *e)* publicidad basura de productos milagro.

I. ALGUNAS CRÍTICAS AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para la OMS y la OPS, el sistema de salud mexicano se caracteriza por su segmentación, tanto en el financiamiento como en el acceso a los servicios. Esta falta de integración institucional es fuente de desigualdades en los beneficios que recibe la población, ya que los distintos prestadores reciben diferentes presupuestos y tienen capacidades de atención y calidad desiguales. El sector público se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos tipos de población, mantienen poco

contacto entre sí y que difieren en el tipo de financiamiento y en la organización de la prestación de los servicios; esto último es causa de ineficiencias en el ejercicio del gasto público. También se cuenta con un amplio sector privado lucrativo de servicios de salud; las personas con capacidad de pago pueden hacer uso de estos servicios, pagando al recibirlos.²³

Como se advierte, la situación de un sistema de salud segmentado y desigual, como el mexicano, impide que se logren los objetivos destacados del PND 2007-2012.

Se podría pensar que la temporalidad de la información de la OMS/OPS (2007) permitiría superar para 2012 los problemas observados. Sin embargo, en un documento suscrito en junio de 2012, en poder de los autores, el licenciado Ernesto Enríquez, presidente del Consejo Técnico de la Confederación Nacional Campesina (CNC), al disertar sobre la seguridad social como proyecto de cambio estructural y su importancia para el campo destaca:

Esto es más relevante ante el cambio del patrón epidemiológico de enfermedades prevenibles por vacunación (viruela, sarampión, escarlatina, poliomielitis, entre otras) o infecciosas (diarreas, cólera, etc.) o endémicas (paludismo) que diezmaban a la población del campo hace 40 años y que hoy enfrenta enfermedades crónicas con un alto costo de atención: síndrome metabólico; presión arterial alta, obesidad, diabetes, colesterol y triglicéridos fuera de rango; eventos cerebro vasculares (derrames); infartos; neoplasias (tumores) que llevan a su muerte prematura y a gastos catastróficos que agravan su miseria.

Llevarla a cabo requerirá de recursos de una magnitud superior a los 200 mil millones de pesos anuales adicionales (incluidos medicamentos) y por lo tanto, de una reforma no solo fiscal (nuevos o mayores impuestos), sino hacendaria (redistribución de aportaciones entre las entidades federativas y el Gob. Federal) y administrativa (eliminar duplicidades y racionalizar y transparentar el gasto) Además, operativamente, enfrenta barreras significativas:

²³ OMS/OPS, *Salud en las Américas*, 2007, vol. II, Países, México, p. 537, en [americas2007mexico.pdf](#), consultada el 12 de diciembre de 2012.

1. No existe expediente electrónico de la mayoría de los pacientes para que estos puedan ocurrir, indistintamente, a cualquiera de los 3 servicios públicos de salud de mayor cobertura;

2. No se dispone de un padrón confiable de asegurados de cada subsistema (IMSS, ISSTE, seguro popular), por lo que se estima que solo entre el seguro popular y el IMSS existen duplicidades cercanas al 15% (aproximadamente entre 6/7 millones de usuarios);

3. La infraestructura institucional de los tres subsistemas presenta grandes asimetrías y obsolescencias que hacen muy difícil la prestación de servicios razonablemente homogéneos;

4. Las diferencias en salarios y preparación del personal entre los subsistemas actuales son superiores al 60% y no se puede, en el corto plazo, subsanarlas;

5. No se cuenta con un sistema integral de costos unitarios por intervención, por lo que el reembolso entre subsistemas no es posible en el poco tiempo, lo que impide la portabilidad del seguro del derechohabiente entre instituciones;

6. Las coberturas (número de intervenciones en cada institución) presentan variaciones, entre los subsistemas, superiores en más de 100 veces, independientemente de las diferencias en calidad y oportunidad en la atención. En el caso específico de los habitantes del campo es en donde se presentan las mayores deficiencias en el servicio por: la baja cobertura en el número de intervenciones; tiempos de espera; y, falta de acceso a medicamentos por lo que el gasto de bolsillo (pago con sus magros recursos) es cercano al 50%;

7. 5.4% de la población total del país vive en comunidades con menos de 5,000 habitantes con escasos servicios básicos, sanitarios y de salud, carencia de infraestructura de comunicaciones y atendida, cuando cuenta con centro de salud, por paramédicos o pasantes de medicina y en muchos poblados, sin ni siquiera tener parteras capacitadas y acceso a bancos de sangre (más del 30% de la mortalidad materna en el campo es por hemorragias).²⁴

²⁴ Documento: “2da. Reforma: Seguridad social universal (Confidencial)”, autor Ernesto Enríquez, presidente del Consejo Técnico de la CNC, junio de 2012, en poder de los autores.

Lo anterior sirve de marco referencial para destacar que los cuatro objetivos del PND 2007-2012, esto es: a) mejorar las condiciones de salud de la población; b) brindando servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente; c) reduciendo las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables; d) evitando el empobrecimiento de la población por motivos de salud otorgando aseguramiento médico universal, y d) garantizando que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país, no se cumplieron.

II. COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

Un importante componente de la salud es la prevención. El ambiente físico y social impacta en la salud de la población. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) es el organismo de la Secretaría de Salud encargado de vigilar las actividades que impactan la salud. La Cofepris tiene el encargo de proteger a la población de los eventos exógenos que ponen en riesgo la salud o la vida humana. Estos eventos pueden ser la exposición a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente o en los productos o servicios que se consumen.

De la lectura de los artículos 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y 2o., apartado C, fracción X, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, parecería que la naturaleza jurídica de la Cofepris no es problemática: es un organismo desconcentrado.

Sin embargo, la existencia legal de la Cofepris no se desprende de esos preceptos, sino de los artículos 17 bis, 17 bis 1, y 17 bis 2, de la Ley General de Salud.

En este sentido, para estimar si la naturaleza jurídica de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es la de un órgano desconcentrado, habría que analizar si cumple con lo que prescribe el artículo 17 de la Ley Orgánica de la

Administración Pública Federal: *a*) si está subordinado jerárquicamente a la Secretaría de Salud, y *b*) si ejerce facultades específicas para resolver sobre la materia de riesgo sanitario dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, en términos de las disposiciones legales aplicables.

El primer requisito parece cumplirse, porque como lo prescribe el artículo 17 bis de la Ley General de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa; además, en términos del artículo 17 bis 2 de la propia Ley General de Salud, la secretaría del ramo supervisa a esa Comisión. De lo anterior se puede inferir con claridad que la Comisión Federal para Protección contra Riesgos Sanitarios está subordinada jurídicamente a la Secretaría de Salud.

En lo que se refiere al ejercicio de facultades específicas, también parece que cumple, porque en términos del artículo 17-bis de la Ley General de Salud, tiene como misión proteger a la población contra riesgos sanitarios, para lo cual integra el ejercicio de la regulación, control y fomento sanitario bajo un solo mando, dando unidad y homogeneidad a las políticas que se definan. En este sentido, en las trece fracciones de este artículo 17 bis se plasma el contenido de las facultades específicas que se asignan a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Lo anterior podría también llevar a concluir de manera simple que la Comisión Federal para Protección contra Riesgos Sanitarios es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Para clarificar el tema es conveniente analizar el Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

1. *El Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*

El Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de abril de 2004. En términos de su artículo 1o., destaca como objetivo:

...establecer la organización y funcionamiento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Como se advierte, este precepto reglamentario repite la fórmula contenida en los artículos 17 bis, párrafo primero, y 17 bis 1, de la Ley General de Salud.

En lo que se refiere a su estructura orgánica, en términos del reglamento respectivo, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se integra por cuatro órganos, que funcionan como auxiliares de consulta y opinión y ocho unidades administrativas. Los órganos son:

- a) *Consejo Interno*. Su objeto es establecer políticas para el mejoramiento de la evaluación, el fomento, regulación y control de los riesgos sanitarios;
- b) *Consejo Científico*. Tiene por objeto conocer y opinar sobre temas científicos y académicos relacionados con el ámbito de competencia de la Comisión Federal, para brindar el mejor sustento de evidencia científica para la formulación de políticas relacionadas con el fomento y regulación que adopte la Comisión Federal. Además, podrá sugerir áreas, productos, actividades y servicios cuyo fomento, regulación y control sanitarios deban ser atendidos de manera prioritaria por los riesgos que implican a la salud;
- c) *Consejo Consultivo Mixto*. Su objeto es proponer medidas regulatorias o no regulatorias en las materias que son competencia de la Comisión Federal, y
- d) *Consejo Consultivo de la Publicidad*, que apoya la coordinación de las acciones que se lleven a cabo en materia de publicidad; analiza y opina sobre el uso y contenido de los códigos de ética publicitaria; apoya a las instituciones en la realización

de estudios en materia de publicidad, emite opinión en los asuntos que le sean presentados por la Secretaría; formular propuestas de modificación a las disposiciones aplicables en materia de publicidad, y servir de órgano de consulta para la elaboración de normas en materia de publicidad (este objetivo se encuentra en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad).

Estos cuatro consejos de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios son órganos de consulta y opinión; esto es, sus funciones son de asesoría. Sus reuniones son presididas por el secretario de Salud o por una persona que él designe. Sus reglamentos internos son propuestos por el comisionado federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Además, esa Comisión cuenta con unidades administrativas, entre las que se encuentra la Comisión de Evidencia y Manejo de Riesgo, la Comisión de Fomento Sanitario, la Comisión de Autorización Sanitaria, la Comisión de Operación Sanitaria, y la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura.

A la Comisión de Evidencia y Manejo de riesgo le compete la identificación con evidencia científica de los riesgos asociados al uso y consumo de productos y servicios, así como los provocados por factores ambientales y laborales.

A la Comisión de Fomento Sanitario le corresponde la promoción de la participación social y la implementación de acciones no regulatorias para la prevención de riesgos sanitarios. Su función se centra en promover e impulsar las prácticas sanitarias adecuadas en el procesamiento y producción de insumos y otros productos, así como en los métodos y establecimientos que se ocupan de la elaboración de productos e insumos de su competencia, así como de servicios. Le compete educar a la población sobre los posibles riesgos sanitarios y cómo evitarlos. También le corresponde la comunicación de los riesgos sanitarios cuando estos se presenten.

La Comisión de Autorización Sanitaria tiene como atribuciones la evaluación y autorización del funcionamiento de establecimientos de atención médica y de servicios a la salud, de fabricación de insumos para la salud, y de sustancias peligrosas, para lo cual expide licencias sanitarias.

También tiene competencia para la evaluación y autorización del comercio de productos, como medicamentos, sustancias tóxicas, plaguicidas, nutrientes vegetales, organismos genéticamente modificados, que puedan acarrear un riesgo sanitario; para lo anterior expide registros sanitarios.

Por último, está facultada para expedir autorizaciones para la importación de productos que puedan causar un riesgo a la salud, y la expedición de certificados de exportación.

A la Comisión de Operación Sanitaria le compete todo lo relacionado con la vigilancia para el cabal cumplimiento de las disposiciones sanitarias, para así evitar riesgos sanitarios que dañen a la población. Esta vigilancia se manifiesta a través de actos de autoridad de verificación, el muestreo, dictamen, las medidas de seguridad y la aplicación de sanciones.

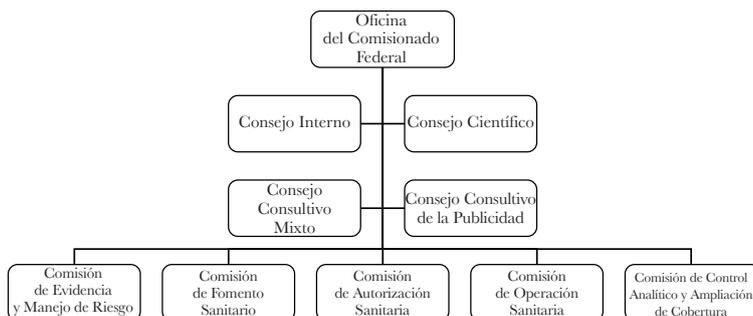
A la Comisión de Control Analítico y Ampliación de Cobertura le corresponde la realización de análisis de los productos, mismas determinaciones que sirven de apoyo a las comisiones de autorización y vigilancia para las decisiones en el desempeño de sus funciones de expedir autorizaciones o la realización de verificaciones, sanciones y medidas de seguridad. También le corresponde la coordinación y supervisión de la Red Nacional de Laboratorios y de los Terceros Autorizados.

Además, existe la Coordinación General del Sistema Federal Sanitario, que se encarga de coordinar a las entidades federativas en las acciones que realicen para la protección contra riesgos sanitarios, conforme a los acuerdos específicos de coordinación que se firmen. Esa unidad administrativa también coordina las acciones en materia de control sanitario, con otros órdenes de gobierno y con organismos homólogos de otros países o a nivel internacional.

Otra unidad administrativa es la Coordinación General Jurídica y Consultiva, que funge como órgano de consulta jurídica de la Comisión Federal respecto del ejercicio de sus atribuciones. También representa a la Comisión Federal y a sus unidades administrativas ante autoridades de carácter administrativo, laboral o judicial. Instruye los recursos de revisión que se interpongan en contra de actos o resoluciones de las unidades administrativas. Además, coordina las acciones de simplificación administrativa y mejora regulatoria.

En el ámbito administrativo existe la Secretaría General, a la que le corresponde administrar los recursos humanos, financieros y materiales de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Por último, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios cuenta con un Órgano Interno de Control, que tiene al frente un titular designado por la Secretaría de la Función Pública. Como se advierte, existen en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: una oficina del comisionado, cuatro consejos internos, cinco comisiones internas, dos coordinaciones, una secretaría general y un órgano interno de control, como se muestra a continuación.



El Reglamento Interior de la Cofepris refrenda la idea de que la naturaleza jurídica de esa Comisión federal es la de un órgano

desconcentrado. Sin embargo, esa naturaleza jurídica entra en duda cuando analizamos en conjunto el diseño institucional otorgado a la Cofepris, porque no parece un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, sino un descentralizado.

En efecto, ese diseño presenta algunas distorsiones:

Se fractura del principio de especialización constitucional, plasmado en la base 2a. de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, porque quien debe ejercer las competencias en materia de riesgo sanitario es el secretario de Salud, no un “Comisionado Federal”.

Fractura del principio constitucional de reserva legal, establecido en el artículo 90 constitucional, puesto que la administración pública federal, centralizada y paraestatal, debe estructurarse en términos de la “Ley Orgánica respectiva”, lo que implica que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios rompe con ese esquema, porque no se desarrolla en la “ley de materia”, o sea, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Tampoco se desarrolla en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud,²⁵ solo se plasma en él atendiendo a que cuenta con su reglamento específico.

²⁵ Lo anterior no tiene nada de particular, porque existen órganos como la Comisión Federal de Competencia (artículo 23 de la Ley Federal de Competencia Económica, que señala: “La Comisión Federal de Competencia es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, contará con autonomía técnica y operativa y tendrá a su cargo prevenir, investigar y combatir los monopolios, las prácticas monopólicas y las concentraciones, en los términos de esta ley, y gozará de autonomía para dictar sus resoluciones”), y la Comisión Federal de Telecomunicaciones (artículo 9o.-A de la Ley Federal de Telecomunicaciones, que prescribe: “La Comisión Federal de Telecomunicaciones es el órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría, con autonomía técnica, operativa, de gasto y de gestión, encargado de regular, promover y supervisar el desarrollo eficiente y la cobertura social amplia de las telecomunicaciones y la radiodifusión en México, y tendrá autonomía plena para dictar sus resoluciones”), que se crean en sus leyes específicas; sin embargo, sí rompe con el principio constitucional (véase artículo 2o., apartado C, fracción X, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud). Véase también Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 13 de abril de 2004.

Aunque en términos del artículo 17 bis 1 de la Ley General de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, solo cuenta con autonomía administrativa, técnica y operativa, también podríamos estimar que cuenta con autonomía presupuestal.

En efecto, como lo prescribe ese mismo precepto, el presupuesto de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios estará constituido por: 1. Las asignaciones que establezca la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos de la Federación; 2. Los recursos financieros que le sean asignados, así como aquellos que se destinen a su servicio; 3. También puede recuperar los ingresos por concepto de donativos nacionales e internacionales, rescate de seguros y otros ingresos de carácter excepcional, para destinarlos a su gasto de operación.

Como se advierte, aunque no se menciona expresamente como “autonomía presupuestal”, legalmente, la Comisión Federal para Protección contra Riesgos Sanitarios sí cuenta con esa clase de autonomía.

Otro aspecto trascendente es la fractura de la relación de subordinación entre el secretario de Salud y el comisionado federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; esto es, porque a pesar de que la Secretaría de Salud supervisa a la Comisión, en términos del artículo 17 bis 2 de la Ley General de Salud, el comisionado federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es nombrado por el presidente de la República, lo que le da al titular de ese “desconcentrado” cierta “autonomía política”.

No desmerece el argumento el hecho de que la propuesta para nombrar al comisionado la haga el secretario de Salud, como lo prescribe el propio artículo 17 bis 2 ya mencionado, porque tomando en consideración que el presidente de la República es el jefe de Estado y jefe de gobierno, sería impensable que se propusiera a un comisionado federal *non grato* para el propio titular del Ejecutivo.

Así, las fracturas del principio de especialización constitucional en materia de riesgo sanitario; del principio constitucional de reserva de ley; de la relación jerárquica de subordinación y la presencia de un diseño en donde se “estira” la ley al máximo para otorgar a la Cofepris un presupuesto, aunado al hecho de la presencia de cierta “independencia política”, podríamos considerarlas como disfunciones en la conformación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Por lo anterior, como lo destacamos, la naturaleza jurídica de la Cofepris correspondería más a un “descentralizado” que a un desconcentrado,²⁶ incluso se podría pensar que los autores de la idea de “Comisión Federal” tenían en mente a la “agencia regulatoria”²⁷ norteamericana.

En este contexto, debe tomarse con cautela la idea de que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

²⁶ Sin embargo, no se puede dejar de considerar el parecido de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios con la “Agencia” norteamericana, que es una estructura administrativa que concentra las funciones de regulación, ejecución y solución de controversias. En los Estados Unidos a las agencias administrativas se les otorgan facultades administrativas, funciones cuasilegislativas (*rulemaking*) y cuasijudiciales (*adjudication*), desde 1887 cuando se creó la Interstate Commerce Commission, la primera agencia administrativa, aunque se puede encontrar otro antecedente a finales del siglo XVIII, en la Oficina de Patentes fundada en 1791. El control judicial de la actividad administrativa se contiene en la Administrative Procedure Act de 1946. Como lo destaca Jesús Avezuela, el derecho administrativo no se explica sino a través de la creación de instrumentos (como las agencias administrativas), cuya actividad parte del necesario “préstamo” de funciones legislativas (*rulemaking*, sección 4 de la Administrative Procedure Act de 1946) y judiciales (*adjudication*, sección 5 de la citada Administrative Procedure Act). Véase Avezuela, Jesús, *Agencias. El ejemplo norteamericano*, Fundación Ciudadanía y Valores, en http://www.funciva.org/uploads/ficheros_documentos/1225902539_agencias.pdf, consultado el 10 de marzo de 2011.

²⁷ Las agencias regulatorias federales son aquellas agencias del gobierno federal creadas para administrar leyes regulatorias (leyes que controlan el comportamiento individual y organizacional) en determinados ámbitos (Federal regulating agencies are those federal government agencies established to administer regulative laws (laws that control individual and organizational behavior in certain fields), Stahl, Michael (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, cit., p. 208.

amplió el ámbito conferido anteriormente a la regulación, el control y el fomento sanitario y se transformó de una política instrumental a una pública por objetivo; es decir, transitó de ser un medio para convertirse en el propósito social del mismo, incluyendo otros instrumentos no regulatorios, esperando así preservar con mayor eficiencia la salud de la población.²⁸

2. *Atribuciones y funciones de la Cofepris*

En este apartado nos corresponde hablar de lo que hace la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. En este sentido, debemos destacar que en diversos ordenamientos legales se habla de “atribuciones” para designar a la actividad de la Comisión.

Así, en primer lugar deberíamos abordar el debate entre los términos “atribución” y “función”, que tantos problemas genera en la doctrina e impacta en las definiciones normativas. Para Gabino Fraga, la actividad del Estado se distingue de dos maneras: dando órdenes y prestando servicios. La primera genera problemas de carácter legal; la segunda, de economía y eficiencia.²⁹

Históricamente, en la administración la autoridad es definida como el derecho de requerir o prohibir acciones de otros.³⁰

En el caso de México, Gabino Fraga prefiere distinguir entre atribuciones, como los medios para alcanzar determinados fines. Para él, las atribuciones son: *a)* de mando, policía o coacción, que comprende los actos necesarios para el mantenimiento y protección del Estado y la seguridad, la salubridad y el orden públicos; *b)* atribuciones para regular actividades económicas

²⁸ Sitio electrónico de la Secretaría de Salud, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/Cofepris/espaniol/esp1.htm>, consultada el 10 de marzo de 2011.

²⁹ Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, rev., y act., Manuel Fraga, 39a. ed., México, Porrúa, 1999, p. 22.

³⁰ Stahl, Michael (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, cit., p. 33.

de los particulares; *c*) atribuciones para crear servicios públicos, y *d*) actividades para intervenir mediante gestión directa en la vida económica, cultural y asistencial del país.³¹

Respecto a los particulares, alude a las atribuciones del Estado desde el punto de vista de: *a*) actividades del Estado para reglamentar la actividad privada; *b*) atribuciones que tienden al fomento, limitación y vigilancia de la misma actividad, y *c*) atribuciones para sustituirse total o parcialmente en la actividad de los particulares o combinarse con ella en la satisfacción de una necesidad colectiva.³²

Así, para el autor, el concepto de atribución puede servir de base para la sistematización del derecho administrativo.³³ Lo anterior le permite distinguir entre atribución, que es el contenido de la actividad del Estado, de función, que es la forma de la actividad del Estado.³⁴

Por otra parte, debemos clarificar el concepto de policía sanitaria. Alberto Domínguez destaca que

La tutela de la salud pública la realiza el Estado en forma directa mediante: 1) leyes de asistencia médica; 2) normas de policía; y 3) leyes penales. Esta tutela repercute sobre el individuo mediante: 1) derechos subjetivos que lo benefician mediante *uti singuli*³⁵ o mediante la facultad de peticionar; 2) deberes expresos (obligaciones de policía); y 3) deberes implícitos (sanciones penales).

La asistencia sanitaria se diferencia de la policía sanitaria porque en la primera el individuo solicita el servicio, sea invocando un derecho, sea a título de gracia. No existe restricción de su libertad puesto que es libre de solicitar o abstenerse. Pero la asistencia sanitaria coactiva, o sea, el tratamiento compulsivo en caso de

³¹ Fraga, Gabino, *Derecho administrativo, cit.*, p. 15.

³² *Idem.*

³³ *Ibidem*, p. 23.

³⁴ *Ibidem*, p. 25.

³⁵ En consideración especial en virtud de un régimen jurídico peculiar de individuos, cosas o derechos.

negativa a tratarse, constituye así una limitación de la libertad y por tanto una medida de policía.³⁶

Así, cuando el operador contra el riesgo sanitario genera actividades que constituyen una restricción a la libertad, se presenta la función de policía sanitaria, y, desde este punto de vista, la generación se actos administrativos. Lo anterior es consecuencia de la idea de que el vocablo “policía” expresa una función que suele interpretarse como norma cuando hace referencia al texto positivo que la estatuye.³⁷

En este sentido, como lo destaca Adolfo Merkl, se suele entender por policía, aquella actividad administrativa que mediante la amenaza o el empleo de la coacción persigue la previsión o desviación de los peligros o perturbaciones del orden. Por lo anterior, señala que policía significa una función y no un órgano de la administración; únicamente la actividad de los órganos administrativos cuenta como policía; su fin es precaver o evitar peligros o perturbaciones al orden.³⁸

Lo anterior se destaca en la Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4o. constitucional, que establece en el artículo 17 bis, que la Secretaría de Salud ejercerá las “atribuciones” (funciones) de regulación, control y fomento sanitario, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en lo relativo a:

1. Establecimientos de salud;
2. Educación para la salud;
3. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo;

³⁶ Domínguez, Alberto, *Policía sanitaria. Doctrina, legislación nacional y provincial*, Buenos Aires, Depalma, 1946, pp. 52 y 53.

³⁷ *Ibidem*, p. 4.

³⁸ Merkl, Adolfo, *Teoría general del derecho administrativo*, México, Editora Nacional, 1980, pp. 318-320.

4. El programa contra el tabaquismo;
5. La prevención del consumo de estupefacientes psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia;
6. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
7. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;
8. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso del tabaco, estupefacientes y psicotrópicos;
9. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley General de Salud.

Esto se traduce en el cuadro siguiente, destacando el contenido del párrafo primero del artículo 17 bis de la Ley General de Salud y, en segundo término, el contenido de las diversas fracciones que contiene el propio precepto mencionado:

COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

ATRIBUCIONES DE REGULACIÓN, CONTROL Y FOMENTO SANITARIOS (ARTÍCULO 17 BIS LGS)

<i>Ley General de Salud</i>	<i>Competencia material</i>	<i>Ley o Reglamento</i>
Artículo 3o., frac. I	La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley	Ley General de Salud Ley de Asistencia Social Ley de los Institutos de Salud Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores Ley del Instituto Mexicano de la Juventud

<i>Ley General de Salud</i>	<i>Competencia material</i>	<i>Ley o Reglamento</i>
		Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
	<p>Artículo 34. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:</p> <p>I. Servicios públicos a la población en general; [...];</p> <p>III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y</p> <p>IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.</p>	
	<p>Artículo 35. Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.</p>	
Artículo 3o., frac. XIII	La educación para la salud	Ley General de Educación
Artículo 3o., frac. XIV	La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo	Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados Ley Federal de Sanidad Animal Ley Federal de Sanidad Vegetal Ley General de Desarrollo Social Ley General de Población

<i>Ley General de Salud</i>	<i>Competencia material</i>	<i>Ley o Reglamento</i>
		Ley General de Pesca y Acuicultura Sustentables Ley General de Vida Silvestre Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Ley Federal de Sanidad Animal Ley General para el Control del Tabaco Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco
Artículo 3o., frac. XXII	El programa contra el tabaquismo	Ley General para el Control del Tabaco
Artículo 3o., frac. XXIII	La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia	Ley del Instituto Mexicano de la Juventud Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos
Artículo 3o., frac. XXIV	El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación	Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios
Artículo 3o., frac. XXV	El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos	Ley Aduanera Ley de Comercio Exterior Ley de Navegación y Comercio Marítimos Ley Federal del Mar Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación, Exportación de Plaguicidas Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materias Tóxicas o Peligrosas

<i>Ley General de Salud</i>	<i>Competencia material</i>	<i>Ley o Reglamento</i>
Artículo 3o., frac. XXVI	El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII.	Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios Reglamento de la Ley de la Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados

En ese contexto, para cumplir con las competencias que le fueron concedidas en el párrafo primero del artículo 17 bis, en términos de ese mismo precepto, pero en su párrafo segundo, de la Ley General de Salud, compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios:

<i>Actividad</i>	<i>Ley</i>
Efectuar la evaluación de riesgos a la salud en las materias de su competencia	Ley de Seguridad Nacional Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica Ley Federal de Protección de Datos Personales en Poder de los Particulares Ley General de Protección Civil Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
Identificar y evaluar los riesgos para la salud humana que generen los sitios en donde se manejen residuos peligrosos	Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
Proponer al secretario de Salud la política nacional de protección contra riesgos sanitarios, así como su instrumentación en materia de establecimientos de salud; medicamentos y otros insumos para la salud; disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes; alimentos y bebidas, productos de perfumería, belleza y aseo; tabaco,	Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados Ley Federal de Sanidad Animal Ley Federal de Sanidad Animal Ley Federal de Sanidad Vegetal Ley General de Desarrollo Social Ley General de Población Ley General de Pesca y Acuacultura Sustentables Ley General de Vida Silvestre

<i>Actividad</i>	<i>Ley</i>
plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; productos biotecnológicos, suplementos alimenticios, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos anteriores;	Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Ley General para el Control del Tabaco Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
Prevención y control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, salud ocupacional y saneamiento básico	Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional Ley Federal del Trabajo Ley General de Pesca y Acuicultura Sustentables Ley General para el Control del Tabaco Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos
Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas relativas a los productos, actividades, servicios y establecimientos materia de su competencia (excepto prestación de servicios y de establecimientos de salud, y control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos de tabaquismo)	Ley de Asistencia Social
Evaluar, expedir o revocar las autorizaciones que en las materias de su competencia se requieran	
Actos de autoridad que para la regulación, el control y el fomento sanitario se establecen o deriven de esta Ley, así como aquellos, sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas y los demás ordenamientos aplicables	Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público Ley General de Educación
Expedir certificados oficiales de condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias de su competencia	

<i>Actividad</i>	<i>Ley</i>
Ejercer el control y vigilancia sanitarios de los productos	
Establecimientos de salud; medicamentos y otros insumos para la salud; disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes; alimentos y bebidas, productos de perfumería, belleza y aseo; tabaco, plaguicidas, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; productos biotecnológicos, suplementos alimenticios, materias primas y aditivos que intervengan en la elaboración de los productos anteriores	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores Ley del Instituto Mexicano de la Juventud Ley Federal de Sanidad Animal Ley Federal de Sanidad Vegetal Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos Ley General de Desarrollo Social Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente Ley General para el Control del Tabaco
Establecimientos destinados al proceso de dichos productos y los establecimientos de salud	Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos
Ejercer el control y vigilancia sanitarios de la publicidad de las actividades, productos y servicios a los que se refiere la Ley General de Salud y sus reglamentos	
Ejercer el control y la vigilancia sanitarios de la disposición y trasplantes de órganos y tejidos y células de seres humanos, salvo lo dispuesto por los artículos 329 (mérito al altruismo), 332 (selección de donante), 338 (información en materia de donaciones y trasplantes) y 339 (distribución de órganos, tejidos y células) de esta Ley.	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos
Ejercer las atribuciones que esta Ley y sus reglamentos le confieren a la Secretaría de Salud en materia de sanidad internacional, con excepción de lo relativo a personas	Ley Aduanera Ley de Comercio Exterior Ley de Navegación y Comercio Marítimos Ley Federal del Mar Ley General de Vida Silvestre

<i>Actividad</i>	<i>Ley</i>
Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en el ámbito de su competencia	
Ejercer las atribuciones que la presente Ley, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y los demás ordenamientos aplicables le confieren a la Secretaría de Salud en materia de efectos del ambiente en la salud, salud ocupacional, residuos peligrosos, saneamiento básico y accidentes que involucren sustancias tóxicas, peligrosas o radiaciones	Ley de Aguas Nacionales Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados Ley de Desarrollo Rural Sustentable Ley de Productos Orgánicos Ley de Vivienda Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional Ley Federal del Trabajo Ley General de Protección Civil Ley General de Vida Silvestre Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear
Participar, en coordinación con las unidades administrativas competentes de la Secretaría de Salud, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, especialmente cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los productos, actividades o establecimientos materia de su competencia	Ley de los Institutos Nacionales de Salud Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos Ley Federal para el Control de Sustancias Químicas susceptibles de desvío para la Fabricación de Armas Químicas Ley General de Población
Las demás facultades que otras disposiciones legales le confieren a la Secretaría de Salud en las materias que conforme a lo dispuesto en este artículo sean competencia de la Comisión	

Además de las atribuciones establecidas en el artículo 17 bis de la ley General de Salud, el artículo 340 de la misma ley establece la competencia de la Cofepris en materia de control sanitario de la disposición de sangre; y el artículo 195 establece la competencia de la Cofepris en materia de elaboración, publicación y difusión de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, competencia que será conforme a los acuerdos de colaboración que se celebren entre la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, órgano técnico asesor de la Secretaría de Salud, y la Secretaría de Salud a través de la Cofepris.

El Reglamento Interior de Cofepris, artículo 3o., fracción I, refiere a las facultades de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios; le corresponde ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios en materia de:

1. Establecimientos de salud,
2. Disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes,
3. Disposición de sangre, medicamentos, remedios herbolarios y otros insumos para la salud,
4. Alimentos y suplementos alimenticios,
5. Bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas,
6. Productos de perfumería, belleza y aseo,
7. Tabaco,
8. Plaguicidas y fertilizantes, nutrientes vegetales,
9. Sustancias tóxicas o peligrosas para la salud,
10. Químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos, productos biotecnológicos,
11. Materias primas y aditivos, establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de éstos,
12. Fuentes de radiación ionizante para uso médico,
13. Efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana,
14. Salud ocupacional,
15. Saneamiento básico,

16. Importaciones y exportaciones,
17. Publicidad y promoción de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley y demás disposiciones aplicables,
18. Sanidad internacional, y
19. En general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas.

Un aspecto a destacar es que en el inciso m de la fracción I del artículo 3o. del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se limita su facultad en materia de regulación, control, vigilancia y fomento de radiaciones a la “radiación ionizante para uso médico”, cuando en la fracción XI del artículo 17 bis de la Ley General de Salud no se hace esa limitación, y, además, se establece la competencia de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en materia de efectos al ambiente en la que se involucren radiaciones.

Se observa también que este reglamento establece como facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios el ejercicio de la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios en materia de químicos esenciales y precursores químicos, además de estupefacientes y psicotrópicos, cuando el artículo 17 bis de la Ley solo hace mención de los dos últimos.

Por otra parte, de acuerdo con las fracciones V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y XII, del artículo 3o. referido, también le corresponde:

1. Identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de los riesgos sanitarios,
2. Expedir certificados oficiales de la condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias de su competencia,
3. Emitir, prorrogar o revocar las autorizaciones sanitarias en las materias de su competencia, así como ejercer aquellos

actos de autoridad que para la regulación, control y fomento sanitarios se establecen o deriven de la Ley y sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas, el Reglamento y las demás disposiciones aplicables,

4. Aplicar estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, conjuntamente o en coadyuvancia con otras autoridades competentes,
5. Imponer sanciones administrativas por el incumplimiento de disposiciones de la Ley, sus reglamentos y demás ordenamientos aplicables,
6. Determinar medidas de seguridad, preventivas y correctivas, en el ámbito de su competencia,
7. Ejercer las acciones de control, regulación y fomento sanitario correspondientes, para prevenir y reducir los riesgos sanitarios derivados de la exposición de la población a factores químicos, físicos y biológicos y participar, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes de la Secretaría, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades,
8. Vigilancia epidemiológica, cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades,
9. Operar los servicios de sanidad internacional que la Ley y sus reglamentos le confieran a la Secretaría de Salud, con excepción de lo relativo a las personas.

Según la fracción II del artículo 3o. del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, le corresponde elaborar y emitir, en coordinación con otras autoridades competentes en los casos que proceda, las normas oficiales mexicanas, salvo en materia de la prestación de servicios y establecimientos de salud y establecimientos dedicados al proceso de tabaco, estupefacientes y psicotrópicos, así como las demás disposiciones administrativas de carácter general relativas a las materias a que se refiere la fracción I del artículo 3o. del Reglamento.

Cabe destacar que el artículo 17 bis de la Ley General de Salud contempla la facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para la elaboración y emisión de normas oficiales mexicanas (fracción III), mas no hay disposición que faculte a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para elaborar y emitir las demás disposiciones administrativas de carácter general.

En cuanto a la conducción del sistema federal sanitario, en coordinación con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal, facultad establecida en la fracción III del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, tampoco se encuentra su fundamento en el artículo 17 bis de la Ley General de Salud, lo que podría implicar que estas disposiciones, al exceder a la Ley que pretende reglar, serían ilegales.

La fracción IV del artículo tercero del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios destaca que a esa Comisión le corresponde coordinar las acciones para la prestación de los servicios de salud a la comunidad en materia de su competencia, por parte de los gobiernos de los estados y del Distrito Federal, así como para el destino de los recursos previstos para tal efecto en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, de conformidad con las disposiciones aplicables y en términos de los acuerdos de colaboración y coordinación.

Esta facultad tampoco tiene fundamento legal en la Ley General de Salud. Conforme lo establecido en el artículo 77 bis 20 de la Ley General de Salud, el gobierno federal establecerá un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, mediante el cual aportará recursos que serán ejercidos por los estados y el Distrito Federal para llevar a cabo las acciones relativas a las funciones de rectoría y la prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban; sin embargo, no se establece com-

petencia alguna de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en esta materia.

Además, como lo previene el artículo 17 bis de la Ley General de Salud, a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios le corresponde la regulación, el control y el fomento sanitarios en las materias a que se refiere el artículo 3o. de la misma Ley en sus fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los que se refieren los artículos 34 y 35 de la Ley, XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXIV, XXV, XXVI y XXVII, excepto lo que se refiere a cadáveres y a personas.

Es de señalar que las fracciones XIII y XIV del artículo 3o. de la Ley General de Salud se refieren a la educación para la salud y la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo, atribuciones que no están contenidas en el Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Se observa que las facultades mencionadas son también competencia de las entidades federativas conforme a la fracción I del apartado B, del artículo 13 de la Ley General de Salud.

Respecto a las fracciones XXII y XXIII del artículo 3o. de la Ley General de Salud, referentes al programa contra el tabaquismo, y la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia, en el artículo 3o. del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, donde se establecen las atribuciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, no se hace referencia a estos programas, aunque sí a la competencia de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en regulación, control, vigilancia y fomento sanitario respecto de los productos en comento.

Además de la Cofepris, se identifican otras estructuras orgánicas de la Secretaría de Salud, con atribuciones en materia de riesgos sanitarios.

**ATRIBUCIONES EN MATERIA DE RIEGO SANITARIO OTORGADAS
A OTRAS ESTRUCTURAS ORGÁNICAS DE LA SECRETARÍA
DE SALUD EN TÉRMINOS DEL REGLAMENTO INTERIOR**

Artículo 7o. El Secretario tendrá las siguientes facultades no delegables:	XX. Determinar, con base en los riesgos para la salud, los productos o materias primas que requerirán de autorización previa de importación, en materia de alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, medicamentos, equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, material quirúrgico y de curación y productos higiénicos, así como de las materias que se utilicen en su elaboración;
Artículo 14. Corresponde a la Unidad de Análisis Económico:	VII. Elaborar propuestas y diseñar instrumentos para la diversificación de riesgos en el proceso de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud;
Artículo 42. Corresponde al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea:	XVI. Apoyar técnicamente a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en la definición de las estrategias y políticas para la industrialización del plasma;
Artículo 44. Corresponde al Centro Nacional de Trasplantes:	IX. Decidir y vigilar, dentro del ámbito de su competencia, la asignación de órganos, tejidos y células, con excepción de las células progenitoras hematopoyéticas, dando aviso de cualquier irregularidad a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;
	X. Emitir opiniones técnicas que sean requeridas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;

Como se advierte, existe la posibilidad de un choque de competencias entre la Secretaría de Salud, a través de algunas de uni-

dades administrativas, y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, como órganos desconcentrados con autonomía funcional y técnica.

Lo anterior muestra cierta disfuncionalidad del marco normativo aplicable a la salud en México, en particular por el diseño de la Cofepris dentro del marco reglamentario aplicable a la Secretaría de Salud. Lo que debe llevarnos a considerar la necesidad de una herramienta administrativa para enfrentar el riesgo sanitario, fuera de la Secretaría de Salud.

Así, para el rediseño futuro de la Cofepris, una experiencia interesante es considerar la estructura de la *American Public Health Association* (APHA).³⁹ La APHA se integra en 25 secciones especializadas y 7 grupos especiales de interés primario, como se muestra a continuación:

<i>Secciones con base en la especialidad</i>	<i>Grupos especiales de interés primario</i>
Alcohol, tabaco y otras drogas	Prácticas de salud alternativas y complementarias
Cuidados quiroprácticos	Trabajadores de salud comunitaria
Planeación de la salud comunitaria y política de desarrollo	Foro de discapacidad
Medio ambiente	Foro ético
Epidemiología	Foro de derecho de la salud
Comida y nutrición	Salud radiológica
Salud gerontológica	Salud pública veterinaria
Administración de la salud	
Virus de la inmunodeficiencia humana	
Control de lesiones y servicios de salud de emergencia	
Salud internacional	
Laboratorios	

³⁹ Stahl, Michael (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, Publications, 2004, p. 28.

<i>Secciones con base en la especialidad</i>	<i>Grupos especiales de interés primario</i>
Salud materna e infantil	
Cuidados médicos	
Salud ocupacional y seguridad	
Salud bucal	
Salud podológica	
Población	
Planificación familiar y salud reproductiva	
Educación para la salud pública y promoción de la salud	
Enfermería en salud pública	
Educación en salud escolar y servicios	
Trabajo social	
Estadística	
Cuidado de los ojos	

Como se advierte en esta visión de la APHA, partiendo de la organización funcional especializada, se encuentra un esquema para la comprensión integral de la prevención del riesgo sanitario, por lo que es un modelo organizativo que no se puede ignorar al conformar el operador en materia de riesgo sanitario.

Sin embargo, en los casos que abordaremos a continuación se advierte que el operador contra el riesgo sanitario no solo es disfuncional en lo organizativo, sino también en lo operativo. Los casos de la contaminación ambiental, aunque de competencia local, el de adicción al azúcar y el de publicidad engañosa de productos milagro, muestra lo incompatible que es la función del operador sanitario con el de guardián de los intereses de los industriales de los diversos sectores regulados.

Para la elección de los casos se extrajo del nombre de la propia comisión su esencia: “proteger contra riesgos sanitarios”. Por lo que nos preguntamos: *a)* ¿qué es un riesgo sanitario?; *b)* ¿cuáles son los riesgos sanitarios en nuestro país?

También se busca destacar si la Cofepris ejerce sus atribuciones en materia de regulación. A la pregunta “¿Qué es un riesgo sanitario?”, el Reglamento de la Cofepris destaca que es la probabilidad de ocurrencia de un evento exógeno adverso, conocido o potencial, que ponga en peligro la salud o la vida humanas; además, en el Plan de Acción de la Cofepris se destaca que un riesgo es un evento exógeno que pone en peligro la salud o la vida humana como resultado de la exposición, generalmente involuntaria, a factores biológicos, químicos o físicos presentes en el medio ambiente, o por el consumo de productos y servicios, incluyendo la publicidad.

El riesgo sanitario es entonces, la expectativa resultante de la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso conocido o potencial a la salud y su severidad asociada a factores o elementos biológicos, químicos y físicos por consumo o uso de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos de perfumería, belleza y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas y otros productos, sustancias o agentes físicos, químicos o biológicos presentes en el medio ambiente o en el trabajo, así como mensajes publicitarios de productos y servicios.

Con las anteriores definiciones, provenientes de la misma Comisión, se tiene una guía conceptual para identificar aquellas condiciones en el mundo concreto que puedan ser consideradas como riesgos sanitarios. Un riesgo sanitario es un factor, detectable, medible e identificable, que se sabe o se intuye puede causar una condición desfavorable en la salud de la población, que no se daría sin la presencia de ese factor.

III. MEDIO AMBIENTE

Todo ser vivo se desarrolla en un “ambiente”. En el caso de los seres humanos, el cambio ambiental es un tema de relevancia actual, da cuenta de la variabilidad en las condiciones de los océanos, de la tierra, de la atmósfera y de la temperatura. Las

condiciones para la vida dependen del ambiente. La variación de las condiciones siempre han existido; no obstante, la celeridad a finales del siglo XX y principios del XXI es mayor que en el pasado. La actividad industrial humana parece ser el factor que condiciona el aceleramiento.

En las ciudades, las actividades industriales y de transporte se concentran. La combustión que sustenta dichas actividades genera desechos. En la ciudad de México se emiten al aire millones de toneladas anuales de sustancias consideradas contaminantes.

Para dar una dimensión del problema, en este apartado se comparan las normas oficiales mexicanas —NOM—, las guías de la calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud —OMS—, y las mediciones de contaminantes realizadas por la Secretaría del Medio Ambiente del Distrito Federal en 2010. Las mediciones de dichas sustancias y la comparación de las normativas nacionales e internacionales dará una perspectiva del impacto a la salud en la población que vive en la zona metropolitana de la ciudad de México, compuesta por el Distrito Federal y los municipios del Estado de México que lo rodean.

Las actividades humanas relacionadas con la industria y el transporte generan consecuencias positivas y negativas. Dentro de estas últimas está la cantidad de sustancias que se vierten en el medio ambiente —suelo, agua, aire—. En las ciudades, la industria y el transporte emiten al aire gases y partículas que modifican significativamente los elementos presentes en él. La actividad humana basada en la combustión es la variable condicionante en la calidad del aire en el espacio sobre el lugar donde se realizan dichas actividades.

La zona metropolitana de la ciudad de México, conformada por el Distrito Federal y el cinturón de municipios urbanos pertenecientes Estado de México, presenta la actividad económica más importante de México. Una zona económicamente poderosa tiene consecuencias secundarias. La actividad y movilidad de la ciudad se sustenta en la combustión. La combustión de fósiles, como el carbón y el petróleo, y otros tipos de carburantes, es el

principal factor causante de la contaminación del aire.⁴⁰ Cuando los desechos se han acumulado en suficiente nivel para cambiar las condiciones iniciales, se considera que el lugar está contaminado. Contaminación ambiental se refiere a la acción de alterar nocivamente la pureza o las condiciones normales de un ambiente o un medio por medios químicos o físicos.⁴¹

El envío constante a la atmósfera de los gases emanados de las combustiones perennes en las ciudades, ya sea del transporte o de las actividades industriales, tiene efectos en el organismo humano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) expone, entre otros, los siguientes hechos básicos:

1. La contaminación atmosférica constituye un riesgo medioambiental para la salud, y se estima que causa alrededor de dos millones de muertes prematuras al año en todo el mundo.
2. La exposición a los contaminantes atmosféricos se halla fuera del control de los individuos y exige la actuación de las autoridades a escala nacional, regional e incluso internacional.⁴²

La OMS publicó en 2005 la actualización de las guías de la calidad del aire (GCA), donde se contemplan cuatro contaminantes comunes del aire: material particulado (MP), ozono (O₃), dióxido de nitrógeno (NO₂) y dióxido de azufre (SO₂),⁴³ compuestos orgánicos volátiles, hidrocarburos aromáticos policíclicos. Se denomina material particulado (MP) a una mezcla compleja de

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, *Calidad del aire y salud*, nota descriptiva, núm. 313, agosto de 2008, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html>, consultado el 26 de diciembre de 2012.

⁴¹ Cano Valle, Fernando *et al.*, *Enfermedades del aparato respiratorio*, 2a. ed., México, Méndez Editores, 2010, pp. 505-530.

⁴² Organización Mundial de la Salud, *Calidad del aire y salud*, nota descriptiva, núm. 313.

⁴³ Organización Mundial de la Salud, *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005*, Ginebra, 2006, p. 5.

partículas, sólidas o líquidas, que incluyen ácidos orgánicos, humos, polvo fino, residuos de plomo, carbón elemental, así como metales que permanecen suspendidos en el aire, especialmente en invierno.⁴⁴

Debido a las consecuencias en la salud de las personas que están expuestas a atmósferas contaminantes, la OMS publica las guías de calidad del aire (GCA) destinadas a su uso en todo el mundo.⁴⁵

Las GCA de la OMS se basan en el conjunto, ahora amplio, de pruebas científicas relativas a la contaminación del aire y sus consecuencias para la salud. Si bien esta base de información tiene lagunas e incertidumbres, constituye un fundamento sólido para las guías recomendadas. Merecen especial atención varios resultados básicos que han surgido en los últimos años. En primer lugar, las pruebas para el O₃ y el MP indican que hay riesgos para la salud con las concentraciones que hoy se observan en numerosas ciudades de los países desarrollados.⁴⁶

1. Contaminantes en la zona metropolitana de la ciudad de México

La Ley General de Salud establece en su artículo 116 que son las autoridades sanitarias quienes establecerán las normas, tomarán medidas y realizarán actividades tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños provocados por las condiciones del ambiente. El gobierno del Distrito Federal está obligado a observar el cumplimiento de estas normas.⁴⁷

La Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, a través del Sistema de Monitoreo Atmosférico (SIMAT),

⁴⁴ Cano Valle, Fernando *et al.*, *Enfermedades del aparato respiratorio*, *cit.*, p. 509.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005*, *cit.*, p. 5.

⁴⁶ *Idem.*

⁴⁷ Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, *Calidad del aire en la ciudad de México. Informe 2009*, México, 2010, p. 22, en <http://www.sma.df.gob.mx/simat2/informe2009/index.php?opcion=3>.

realiza mediciones de los contaminantes atmosféricos de forma constante, y las publica con un magnífico trabajo editorial y de diseño gráfico. No obstante la presentación de las mediciones de los contaminantes, por sí misma, no es una medida que impacte en la disminución de los mismos.

Para el análisis de los contaminantes en la zona metropolitana de la ciudad de México se realizaron las siguientes actividades:

1. Se analizaron los valores de las NOM correspondientes al control de contaminantes.
2. Se consultaron los valores de las guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre.
3. Se accedió a las bases de datos de la Red Automática de Monitoreo Atmosférico (RAMA) y (REDMA)⁴⁸ pertenecientes al SIMAT de la Secretaría del Medio Ambiente de la Ciudad de México.
4. Se consultaron los informes 2009 y 2010, publicados por la Secretaría del Medio Ambiente del Distrito Federal, con relación a la calidad del aire en la ciudad de México.⁴⁹
5. Se ponderaron las NOM, las internacionales OMS, con mediciones oficiales de los principales contaminantes en la ciudad de México publicadas por la Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal.

El resultado se muestra en una serie de cuadros, en donde se indican tanto los efectos de los contaminantes en la salud como la presencia de los mismos en el aire de la ciudad de México, como se destaca a continuación:

⁴⁸ Bases de datos de la Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, en <http://www.calidadaire.df.gob.mx/calidadaire/productos/basesde datos/ingresousuarios.php>, consultado el 12 de noviembre de 2012.

⁴⁹ Los datos corresponden a la zona urbana de la ciudad de México, que abarca el Distrito Federal y municipios del Estado de México que lo rodean, no obstante los reportes los emite la Secretaría del Medio ambiente del Distrito Federal.

CUADRO 1

EFECTOS EN LA SALUD DE LOS CONTAMINANTES EN EL AIRE
QUE INGRESAN A LOS PULMONES AL RESPIRAR⁵⁰

Dióxido de azufre	Causa broncoconstricción, bronquitis y traqueítis. Agrava enfermedades respiratorias y cardiovasculares existentes.
Dióxido de nitrógeno	Irrita las vías respiratorias. Causa bronquitis y pulmonía. Reduce significativamente la resistencia respiratoria a las infecciones.
Monóxido de carbono	Inhabilita el transporte de oxígeno hacia las células, provoca mareos, dolor de cabeza, náuseas, estados de inconciencia, inclusive la muerte.
Benceno	Produce efectos nocivos en la médula ósea. Se asocia con el desarrollo de leucemia mieloide. Daña el sistema inmunológico. En las mujeres puede provocar irregularidades en la matriz. En mujeres embarazadas, el benceno puede pasar de la sangre de la madre al feto.
Ozono	Irrita el sistema respiratorio. Reduce la función pulmonar. Agrava el asma. Inflama y daña las células que cubren los pulmones. Agrava las enfermedades pulmonares crónicas. Causa daño pulmonar permanente. Se asocia directamente a incrementos en la mortalidad.
Plomo	Causa retraso en el aprendizaje y alteraciones en la conducta.
Partículas suspendidas o material particulado —PM 10—	Agravan el asma. Favorecen las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. En mujeres embarazadas pueden ocasionar disminución en el tamaño del feto y, una vez nacido, reducción en la función pulmonar. Se asocia directamente a incrementos de la mortalidad en todos los grupos de población.
Partículas suspendidas o material particulado —PM 2.5—	Ingresan a la región más profunda del sistema respiratorio. Agravan el asma. Reducen la función pulmonar. Están asociadas con el desarrollo

⁵⁰ *Calidad del aire en la Ciudad de México, Informe 2010*, México, Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, Distrito Federal, 2010, p. 19.

	de la diabetes. Existe una relación con la mortalidad en todos los grupos de población. En mujeres embarazadas, pueden ocasionar disminución en el tamaño del feto y, una vez nacido, reducción de la función pulmonar.
--	---

Como se advierte, los efectos de los diversos contaminantes impactan severamente en la salud de la población expuesta a ellos, no solo demeritan su calidad de vida, sino que en determinados casos las exponen a procesos negativos de salud de orden incapacitante.

En el cuadro 2 se muestran los millones de toneladas de esos contaminantes que se emitieron a la atmósfera de la ciudad de México:

CUADRO 2

DECENAS DE MILLONES DE TONELADAS QUE SE EMITIERON AL AIRE SOBRE LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2010

<i>Contaminante</i>	<i>D. F.</i>	<i>Estado de México</i>	<i>Toneladas</i>
Dióxido de azufre ⁵¹	33%	67%	6,704
Óxidos de nitrógeno ⁵²	52%	48%	188,087
Monóxido de carbono ⁵³	46%	54%	1,568,428
Ozono ⁵⁴	42%	58%	591,399
Partículas menores a 10 micrómetros PM10 ⁵⁵	27%	73%	24,296
Partículas menores a 2.5 micrómetros PM2.5 ⁵⁶			5,499

⁵¹ *Ibidem*, p. 29.

⁵² *Ibidem*, p. 30.

⁵³ *Ibidem*, p. 31.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 32.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 33.

⁵⁶ *Ibidem*, p. 34.

<i>Contaminante</i>	<i>D. F.</i>	<i>Estado de México</i>	<i>Toneladas</i>
Dióxido de carbono ⁵⁷			43.769,048
Hidrocarburos ⁵⁸			946,733
<i>Totales</i>			47.100,194

En términos reales, la mayor exposición corresponde al dióxido de carbono con 43,769,048, sustancia que es el vasodilatador cerebral más poderoso conocido. Su inhalación de grandes concentraciones causa insuficiencia circulatoria rápida, que conduce a coma y muerte. Niveles de oxígeno bajo 19.5% pueden causar asfixia. La exposición al dióxido de carbono puede causar náusea y problemas respiratorios. Altas concentraciones pueden causar vasodilatación, que lleva a colapso circulatorio.

Sin embargo, los niveles de monóxido de carbono del orden de 1,568,428 tampoco son bajos. Aquí debemos destacar que ese gas inhabilita el transporte de oxígeno hacia las células, provoca mareos, dolor de cabeza, náuseas, estados de inconciencia, inclusive la muerte.

Otros valores de contaminantes en el aire se destacan en el cuadro 3, en donde se hace una comparación entre los valores en contaminantes entre los derivados de la NOM y los derivados de la OMS.

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ *Idem.*

CUADRO 3
COMPARATIVA DE VALORES EN CONTAMINANTES
ENTRE NOM Y OMS

	<i>Medición 2010</i>	<i>Norma NOM</i>	<i>Norma OMS</i>	<i>Porcentaje por encima de la Norma OMS</i>
Dióxido de azufre	156 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio 24 hrs.	341 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	680%
	967 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio 10 minutos	*	500 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	93.4%
Dióxido de nitrógeno	252 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio de 1 hora	395 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	26%
	55 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio anual	*	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	37.5%
Monóxido de carbono	6731 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio de 8 h	12,595 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	10 000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	**
	10142 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ máximo promedio de 1 h	*	30 000 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	**
Ozono	237 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ máximo promedio de 8 h	*	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	137%
Plomo	0.061 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ promedio anual	*	05 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	**

* En la NOM no existe el criterio de tiempo que determina la OMS.

** No excede la norma OMS.

En este cuadro se muestra que el diseño de NOM es incompatible con estándares internacionales de calidad de aire, y que, en diversas ocasiones, las emisiones exceden los máximos permitidos.

La primera afirmación, la relacionada con los problemas observados en las NOM, se acredita con el contenido del cuadro 4, en el que plasmamos algunos derivados del análisis de las normas oficiales mexicanas:

CUADRO 4
INFORMACIÓN SIGNIFICATIVA DERIVADA DEL ANÁLISIS
DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Dióxido de azufre	NOM-022-SSA1-1993 ⁵⁹
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales. • La NOM establece un límite máximo —0.13 ppm, que es equivalente a 341 $\mu\text{g}/\text{m}^3$— sin fundamentar los criterios que sustentan ese límite. • La NOM, en el reporte 2010 se cumple, debido a que es 16 veces mayor a la norma OMS. • La NOM establece “bióxido de azufre”, y en los reportes de la SMDF aparece como “dióxido de azufre”. • En los informes anuales de la Secretaría del Medio Ambiente del D. F. no es posible hacer una comparación inmediata entre NOM y OMS, debido a que las unidades de medición son distintas. La NOM reporta las mediciones en partes por millón (ppm) y la OMS la unidad de medida es microgramos acumulados por cada metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$). • La NOM establece una revisión trianual, debe tener 5 revisiones al 2011. No hay datos de las revisiones. • La medición del 2010 en el área metropolitana sobrepasa los estándares OMS.
Dióxido de nitrógeno	NOM- 023-SSA1-1993 ⁶⁰
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM establece “bióxido de nitrógeno”, y en los reportes de la SMDF aparece como “dióxido de nitrógeno”.

⁵⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-1993. “Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al bióxido de azufre (SO_2). Valor normado para la concentración de bióxido de azufre (SO_2) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/022ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-023-SSA1-1993. “Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al bióxido de nitrógeno (NO_2). Valor normado para la concentración de bióxido de nitrógeno (NO_2) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/023ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM establece “bióxido de nitrógeno”, y en los reportes de la SMDF aparece como “dióxido de nitrógeno”. • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales. • En los informes anuales de la Secretaría del Medio Ambiente del D. F. las mediciones manifestadas no es posible hacer una comparación inmediata entre NOM y OMS, debido a que las unidades de medición son distintas. • La NOM establece una revisión trianual, equivale 5 revisiones al 2011. No hay datos de las revisiones.
Monóxido de carbono	NOM-021-SSA-1993 ⁶¹
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales. • La NOM establece una revisión trianual, debe tener 5 revisiones al 2011. No hay datos de las revisiones..
Ozono	NOM-020-SSA-1993 ⁶²
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales. • La NOM no establece periodicidad de revisión.
Plomo	NOM-026-SSA1-1993 ⁶³
	<ul style="list-style-type: none"> • No existe NOM de medición; la medición es discrecional. • La NOM establece una revisión trianual, debe de tener 5 revisiones al 2011. No hay datos de las revisiones.

⁶¹ Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA1-1993. “Salud ambiental. criterio para evaluar la calidad del aire ambiente con respecto al monóxido de carbono (CO). Valor permisible para la concentración de monóxido de carbono (CO) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/021ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶² Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA1-1993. “Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al ozono (O₃). valor normado para la concentración de ozono (O₃) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/020ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶³ Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA1-1993. “Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al plomo (Pb).

Partículas menores a 10 micrómetros	NOM-025-SSA1-1993 ⁶⁴
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales • La NOM no establece periodicidad de revisión • No existe una norma oficial mexicana para los métodos de medición de las partículas PM₁₀ y PM_{2.5}, ni manual ni automático.⁶⁵
Partículas menores a 2.5 micrómetros	NOM-025-SSA1-1993 ⁶⁶
	<ul style="list-style-type: none"> • La NOM no tiene concordancia con normas internacionales. • La NOM no establece periodicidad de revisión. • No existe una norma oficial mexicana para los métodos de medición de las partículas PM₁₀ y PM_{2.5}.⁶⁷

valor normado para la concentración de plomo (Pb) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/026ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶⁴ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-1993, Salud ambiental. Criterios para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto a material particulado. Valor de concentración máxima de material particulado para partículas suspendidas totales pst, partículas menores de 10 micrómetros pm10 y partículas menores de 2.5 micrómetros pm2.5 en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-1993, salud ambiental. criterios para evaluar el valor límite permisible para la concentración de material particulado. valor límite permisible para la concentración de partículas suspendidas totales pst, partículas menores de 10 micrómetros pm10 y partículas menores de 2.5 micrómetros pm 2.5 de la calidad del aire ambiente. criterios para evaluar la calidad del aire, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶⁵ Índice Metropolitano de la Calidad del Aire, “¿Cómo se miden y se reportan los contaminantes criterio en la Secretaría del Medio Ambiente del GDF?”, en <http://www.calidadaire.df.gob.mx/calidadaire/index.php?opcion=2&opcionifoproductos=22>, consultado el 12 de enero de 2012.

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ *Idem.*

En el caso de material particulado (PM_{10} y $PM_{2.5}$) se debe destacar que todos los contaminantes son nocivos, pero las *partículas suspendidas presentan el mayor riesgo para la salud humana*.⁶⁸ Existen distintos tamaños de PM; se les clasifica por su diámetro: 10, 2.5, y menos de 0.1 de micrómetros. Las partículas mayores a 10-15 no representan un peligro, debido a que son demasiado grandes para penetrar en los conductos respiratorios. Según los descubrimientos científicos actuales, se prevé que habrá una respuesta de mortalidad creciente debida a la contaminación del aire con MP.⁶⁹

La exposición a partículas suspendidas representa el mayor riesgo para la salud humana, y sus efectos van desde simples problemas respiratorios hasta la muerte prematura.⁷⁰

La exposición constante a dichos contaminantes sobrepasa las capacidades adaptativas de los seres vivos debido a que no pueden degradar sustancias químicas y metales que por su diámetro penetran en los conductos capilares pulmonares, con la cualidad de sedimentarse. Los efectos en la salud son proporcionales a la exposición de la atmósfera contaminada. Los efectos a la salud de las personas son incalculables, ya que van más allá de las más de dos millones de muertes debido a la exposición. Enfermedades agudas o crónicas del sistema cardiorrespiratorio, así como las consecuencias de las sustancias acumuladas en el organismo que se adquirieron por estar expuestos a una atmósfera contaminada, son incalculables (véase cuadro 1).

Por lo anterior, el cuadro 5 muestra las concentraciones medias anuales de material particulado, tomando como base las guías de calidad del aire de la OMS:

⁶⁸ Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, *Calidad del aire en la ciudad de México. Informe 2009, cit.*, p. 27.

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005, cit.*, p. 9

⁷⁰ Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, *Calidad del Aire en la Ciudad de México. Informe 2009, cit.*, p. 27.

CUADRO 5*

GUÍAS DE CALIDAD DEL AIRE DE LA OMS⁷¹ Y OBJETIVOS
INTERMEDIOS PARA EL MATERIAL PARTICULADO:
CONCENTRACIONES MEDIAS ANUALES

	$MP_{10}(\mu\text{g}/\text{m}^3)$	$MP_{2.5}(\mu\text{g}/\text{m}^3)$	<i>Fundamento del nivel elegido</i>
Objetivo inter-medio-1 (OI-1)	70	35	Estos niveles están asociados con un riesgo de mortalidad a largo plazo alrededor de un 15% mayor que con el nivel de las GCA.
Objetivo inter-medio-2 (OI-2)	50	25	Además de otros beneficios para la salud, estos niveles reducen el riesgo de mortalidad en un 6% aproximadamente [2-11%] en comparación con el nivel de OI-1.
Objetivo inter-medio-3 (OI-3)	30	15	Además de otros beneficios para la salud, estos niveles reducen el riesgo de mortalidad en un 6% aproximadamente [2-11%] en comparación con el nivel de OI-2.
Guía de calidad del aire (GCA)	20	10	Estos son los niveles más bajos con los cuales se ha demostrado con más del 95% de confianza, que la mortalidad, total cardiopulmonar y por cáncer de pulmón, aumenta en respuesta a la exposición prolongada al $MP_{2.5}$.

* Resultados material particulado.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud, *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005*, p.12.

Por su parte, el cuadro 6 muestra las concentraciones de 24 horas para el material particulado en términos de las guías de calidad del aire de la OMS y sus objetivos intermedios:

CUADRO 6

GUÍAS DE CALIDAD DEL AIRE DE LA OMS⁷² Y OBJETIVOS INTERMEDIOS PARA EL MATERIAL PARTICULADO: CONCENTRACIONES DE 24 HORAS

	MP_{10} ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	$MP_{2.5}$ ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	Fundamento del nivel elegido
Objetivo intermedio-1 (OI-1)	150	75	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metanálisis (incremento de alrededor del 5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA).
Objetivo intermedio-2 (OI-2)	100	50	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metanálisis (incremento de alrededor del 2.5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA).
Objetivo intermedio-3 (OI-3)	75	37.5	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metanálisis (incremento de alrededor del 1.2% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA).
Guía de calidad del aire (GCA)	50	25	Basado en la relación entre los niveles de MP de 24 horas y anuales.

El cuadro 7 presenta los valores de concentración máxima para PM_{10} y $PM_{2.5}$ en el aire ambiente determinados en NOM

⁷² *Idem.*

“para efectos de protección a la salud de la población más susceptible”:

CUADRO 7

LA NORMA OFICIAL MEXICANA —NOM— MENCIONA:
PARA EFECTOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD
DE LA POBLACIÓN MÁS SUSCEPTIBLE, SE ESTABLECEN
LOS VALORES DE CONCENTRACIÓN MÁXIMA PARA PM_{10}
Y $PM_{2.5}$ EN EL AIRE AMBIENTE⁷³

<i>Descripción por tamaño y tiempo</i>	<i>NOM</i>
MP_{10} promedio de 24 horas	120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
MP_{10} promedio anual	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
$MP_{2.5}$ promedio de 24 horas	65 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
$MP_{2.5}$ promedio anual	15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

Con los datos derivados de los cuadros anteriores podemos realizar un comparativo entre los valores para la protección a la salud derivados de los análisis de la OMS y la NOM, como se muestra en el cuadro 8:

⁷³ Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterios para Evaluar la Calidad del Aire Ambiente, con Respecto a Material Particulado. Valor de Concentración Máxima de Material Particulado para Partículas Suspendidas Totales PST, Partículas Menores de 10 Micrómetros PM_{10} y Partículas Menores de 2.5 Micrómetros $PM_{2.5}$ en el Aire Ambiente como Medida de Protección a la Salud de la Población, para quedar como Norma Oficial Mexicana Nom-025-SSA1-1993, Salud Ambiental. Criterios para Evaluar el Valor Límite Permisible para la Concentración de Material Particulado. Valor Límite Permisible para la Concentración de Partículas Suspendidas Totales PST, Partículas Menores de 10 Micrómetros PM_{10} y Partículas Menores de 2.5 Micrómetros $PM_{2.5}$ de la Calidad del Aire Ambiente. Criterios para Evaluar la Calidad del Aire, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa13.html>, consultado el 12 de enero de 2012.

CUADRO 8

COMPARACIÓN ENTRE LOS VALORES PARA LA PROTECCIÓN A LA SALUD CONSIDERADOS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA (NOM)

<i>Descripción por tamaño y tiempo</i>	<i>OMS</i>	<i>NOM</i>	<i>Porcentaje comparativo</i>
MP ₁₀ promedio de 24 horas	50 µg/m ³	120 µg/m ³	NOM 140% mayor
MP ₁₀ promedio anual	20 µg/m ³	50 µg/m ³	NOM 140% mayor
MP _{2.5} promedio de 24 horas	25 µg/m ³	65 µg/m ³	NOM 160% mayor
MP _{2.5} promedio anual	10 µg/m ³	15 µg/m ³	NOM 50% mayor

Como se advierte, en la NOM se permiten que excedan hasta 50% como mínimo y 160% como máximo los derivados de los estándares autorizados por la OMS.

Por lo anterior, realizamos un comparativo anual entre los valores derivados de la OMS y la NOM, como se destaca en el cuadro siguiente:

CUADRO 11

MEDICIÓN DE MP₁₀ POR PROMEDIO ANUAL EN 2010 Y COMPARATIVO CON LAS NORMAS NOM Y OMS

	<i>Medición promedio 2010⁷⁴ µg/m³</i>	<i>Proporción de medición con la NOM (50 µg/m³)</i>	<i>Porcentaje por encima de NOM</i>	<i>Proporción de medición con norma de la OMS (20 µg/m³)</i>	<i>Porcentaje por encima de la norma de la OMS</i>
	104	2.08	108%	5.2	420%

⁷⁴ Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, *Calidad del aire en la Ciudad de México, Informe 2010, cit.*, p. 16.

Lo anterior muestra una diferencia del 108% cuando usamos como referente la NOM; sin embargo, la diferencia se incrementa en un 420% cuando acudimos a los indicadores de la OMS.

Para continuar con el análisis, en el cuadro siguiente se realiza la comparación para periodos de 24 horas:

CUADRO 12
MEDICIÓN DE MP_{10} POR PROMEDIO DE 24 HORAS EN 2010
Y COMPARATIVO CON LAS NORMAS NOM Y OMS

	<i>Medición promedio 2010⁷⁵ $\mu\text{g}/\text{m}^3$</i>	<i>Proporción de medición con la NOM (120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de NOM</i>	<i>Proporción de medición con norma de la OMS (50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de la norma de la OMS</i>
	Percentil 98: 186	1.64	64%	5.2	420%
	Percentil 99: 227			4.54	354%

En este caso se muestra que el excedente para la NOM es de 64%, pero cuando los valores se llevan a los estándares de la OMS es de 354%.

Para las $MP_{2.5}$ se realizó el mismo ejercicio y los resultados se muestran en los cuadros siguientes:

CUADRO 13
MEDICIÓN DE $MP_{2.5}$ POR PROMEDIO ANUAL EN 2010
Y COMPARATIVO CON LAS NORMAS NOM Y OMS

	<i>Medición promedio 2010⁷⁶ $\mu\text{g}/\text{m}^3$</i>	<i>Proporción de medición con la NOM (15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de NOM</i>	<i>Proporción de medición con norma de la OMS (10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de la norma de la OMS</i>
	25	1.66	66%	2.5	150%

⁷⁵ *Idem.*

⁷⁶ *Ibidem*, p. 17.

Como se advierte, al comparar los valores con la NOM tenemos una diferencia del 66%; sin embargo, al vincularlos con los indicadores de la OMS el porcentaje de diferencia se incrementa al 150%.

Por último, en lo que se refiere a la medición promedio de las 24 horas de material particulado, tenemos:

CUADRO 14
REGISTRO DE MP_{2.5} POR PROMEDIO 24 HORAS DURANTE
EL PERIODO 2010 Y CUMPLIMIENTO COMPARATIVO
CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE NOM
Y OMS EN PROPORCIÓN

	<i>Medición promedio 2010⁷⁷ $\mu\text{g}/\text{m}^3$</i>	<i>Proporción de medición con la NOM (15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de NOM</i>	<i>Proporción de medición con norma de la OMS (10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$)</i>	<i>Porcentaje por encima de la norma de la OMS</i>
Promedio de todas las estaciones de medición	64	1	0%	2.56	156%

Con lo que se muestra que, aunque no existe diferencia entre los valores detectados y la NOM, en el caso de la norma OMS la diferencia es del 156%.

En este sentido, a pesar de que, como lo prescribe el artículo 3o., fracción XIII, de la Ley General de Salud, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre es materia de salubridad general, además, como lo prescribe el Reglamento Interno de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, en su artículo 3o., fracción I, incisos *l*) y *n*), entre las atribuciones de la Cofepris se encuentran: “Ejercer la regulación, control, vigilancia y fomento sanitarios, que en términos de las disposiciones aplicables corresponden

⁷⁷ *Idem.*

a la Secretaría en materia de: *i*) sustancias tóxicas o peligrosas para la salud; y *n*) efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana”, se carece de noticias de que esa Comisión haya realizado acciones en materia de contaminación ambiental.

2. Conclusiones y recomendaciones

Lo expuesto nos lleva a las siguientes conclusiones:

1. Es impostergable una revisión de las NOM relacionadas con los contaminantes.
2. Es necesario que las autoridades competentes del Distrito Federal den a conocer la razón de la diferencia entre los estándares de la OMS y los de las NOM.
3. Las NOM de los contaminantes más dañinos no tienen correspondencia con normas internacionales. Lo anterior, a pesar de la vigencia de leyes como la Federal sobre Metrología y Normalización.
4. Todas las NOM muestran distintos porcentajes de incumplimiento, sin que exista una justificación jurídica clara.
5. Algunos valores máximos permitidos en las NOM no mencionan los criterios usados para su determinación.
6. No existe una norma oficial mexicana para los métodos de medición de las partículas PM_{10} y $PM_{2.5}$.
7. De acuerdo con las mediciones en la zona metropolitana de la ciudad de México, el ozono y el material particulado, PM_{10} y $PM_{2.5}$ en los últimos años estas concentraciones son muy superiores a la NOM, y superan en mucho los contenidos mínimos de las normas de la OMS.
8. La autoridad reguladora mide y reporta, pero no se encontraron publicadas acciones correctivas.
9. Parece que se confunde la atribución de la autoridad correspondiente a hacer cumplir la NOM. Medir y explicar son conductas que no es cumplir con la regulación, se requiere que los contaminantes en el aire se mantengan en los mínimos permitidos.

10. Cumplir las NOM no implica el cuidado de la salud, porque algunos valores máximos contaminantes en el aire de las distintas NOM parecen arbitrarios; es decir, no se mencionan las bases en las que se sustentaron para establecerlos.
11. Buscar que la Cofepris ejerza sus competencias legales en la materia.

Más allá de la presentación visual de las mediciones, la protección a la salud de la población de la zona metropolitana requiere: *a)* el cumplimiento de la normativa derivada de las NOM, y *b)* acciones encaminadas a bajar los niveles de los contaminantes, sobre todo los considerados más peligrosos para la salud.

El control de la contaminación del aire es muy complejo y de avance lento debido a que los factores y variables que contribuyen son de índoles disímiles y de distinta naturaleza. Sin embargo, si hay ciudades con similitudes a la zona urbana de la ciudad de México, en cuanto a la industria y al número de automotores, con niveles de contaminación más bajos, entonces es posible realizar acciones para disminuir el nivel de contaminación del aire en la ciudad de México.

Un inicio hacia este objetivo es la homologación de los niveles máximos permitidos en los instrumentos regulatorios nacionales con los internacionales. Los límites aceptados por la OMS son más rigurosos que los de las NOM, y se sustentan en estudios científicos. El primer paso hacia una mejor calidad de aire es homologar las NOM con las normas de la OMS.

IV. SALUD EN EL TRABAJO⁷⁸

La fracción XV del artículo 123 de la CPEUM vigente señala la obligación de observancia de preceptos legales sobre higiene y salubridad de los patrones en sus establecimientos, así

⁷⁸ Para el desarrollo de esta parte del trabajo nos apoyamos en Legaspi Velasco, Juan Antonio, *Factores psicosociales en el ambiente del trabajo*, México, IMSS, 2010.

como medidas adecuadas para prevenir accidentes. En vez del significado “positivo” para la salud del término “salubridad”, en 1964 se sustituyó en la fracción XV por el concepto de “seguridad”, entendido como “libre y exento de todo peligro, daño o riesgo”.⁷⁹

Los conceptos de higiene y salud han estado ligados a los desarrollos legislativos en materia de salud en el trabajo, tanto al Código Sanitario (CS) como a la Ley Federal del Trabajo (LFT). El CS de 1934 ya contemplaba un capítulo sobre la salud de los trabajadores, higiene industrial, enfermedades de los trabajadores, y estipulaba (artículo 236) que el Consejo de Salubridad General (CSG) puede formular o modificar la lista de enfermedades profesionales, con lo cual se relaciona con la LFT (artículo 323).

La participación del CSG no se considera en las reformas del CS de 1973. Por otra parte, el término “salud” se cambia por el de “higiene ocupacional”,⁸⁰ y respecto del principio de que la autoridad sanitaria acreditará la cualidad idónea del médico en la salud de los trabajadores, se pierde, y no aparece como tal en la Ley General de Salud (LGS) de 1984, que sustituyó al CS de 1973; además, la vigilancia epidemiológica de las enfermedades del trabajo tampoco fue contemplada en la LGS de 1984.

En 1945, el Nuevo Reglamento de Higiene en el Trabajo determinó que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) se hiciera cargo de la higiene de las empresas de jurisdicción federal y la SSA quedara a cargo de las empresas no federales; sin embargo, este Reglamento fue derogado en 1997.

1. *Marco jurídico*

La LGS en vigor desde el 1o. de julio de 1984 derogó al Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos (del 13 de marzo de 1973); es de aplicación en toda la República. Su artículo 2o.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 2.

⁸⁰ *Ibidem*, p. 4.

contempla, entre otras cosas, la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentales.

En su artículo 4o. señala que “son autoridades sanitarias el presidente de la República, el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud (SSA) y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno del Distrito Federal”. Así, es competencia del CSG analizar disposiciones legales en materia de salud, proponer y reformarlas (de acuerdo con el CS de 1934) y modificar, si fuera el caso, la lista de enfermedades profesionales incluidas en el artículo 513 de la LFT.

Desde el 7 de mayo de 1997 (*Diario Oficial de la Federación* de esa fecha), corresponde a la SSA vigilar y controlar tanto la creación como el funcionamiento de establecimientos de servicios de salud, y fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse, y corresponde a la SSA expedirlas de acuerdo con el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

En 1984 existían seis reglamentos e instructivos diversos relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo con base en la LFT (de 1931 y de 1970) para la prevención de accidentes y enfermedades de trabajo. Esto indica que a la SSA le ha sido conferido atender tanto la salud en el trabajo como la seguridad industrial mediante NOM. Esto es importante, dado que la LGS especifica un campo técnico normativo de acción tanto en salud en el trabajo como en seguridad, campo no señalado en la LFT.

2. La Cofepris en materia de salud en el trabajo

La Cofepris debe regular y fomentar acciones en materia de salud en el trabajo, y debe también ocuparse de la prevención de accidentes; esto, de acuerdo con la LGS en sus artículos 3o., 17 bis, 128 al 133, y 162 al 166, “responsabilidades no atendidas aun en salud en el trabajo y en riesgos de trabajo”.⁸¹

⁸¹ *Ibidem*, p. 25.

El área de salud en el trabajo desapareció de la estructura de la SSA, y esto impide cumplir tanto los postulados constitucionales como los legislativos e internacionales respecto de elaborar elementos normativos de acuerdo con el Convenio 161 de servicios de salud en el trabajo y la recomendación 171 de la Organización Internacional del Trabajo, ratificados por México.

Si se toman como base las definiciones y campos de acción tanto de la OMS como de la OIT en el establecimiento de esquemas de coadyuvancia con la autoridad laboral, puede inferirse que la LGS es más explícita que la LFT en asuntos de salud y seguridad en el trabajo.⁸² De tal manera, la Cofepris tiene una labor legal que no cumple y no coordina, pues además esta función se asigna normativamente a la STPS. Las actuaciones de la Cofepris se dan como autoridad; es decir, se limitan de facto a sancionar de manera irregular e incompleta determinadas conductas generadoras de riesgos, pero sin asumir plenamente el aspecto preventivo, que comprende a la protección social, incluida la salud en el trabajo. Al menos no parece haber evidencia de planes institucionales conjuntamente con STPS, sobre todo a la luz de esquemas de autorregulación empresarial, por ejemplo.

V. OBESIDAD Y ADICCIÓN AL AZÚCAR

1. *Evidencia de la adicción al azúcar*

Los sistemas neurales que han evolucionado para motivar y reforzar las conductas de búsqueda e ingesta de alimentos también se manifiestan en la búsqueda y autoadministración de drogas. Por ello, muchas personas refieren sentir compulsión a comer azúcares, de manera análoga a otras que se impelen a beber alcohol.⁸³

⁸² *Idem.*

⁸³ Avena, N., Rada, p., Hoebel, B. G., “Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake”, *Neurosci Biobehav Rev* 32 (1), 2008, pp. 20-39.

Lo anterior, porque el azúcar desencadena la liberación de opioides y dopamina, y parece que su potencial adictivo se explica por este mecanismo. De acuerdo con los modelos clásicos de la adicción, el azúcar desencadena mecanismos como el atracón, la abstinencia y el antojo, y estas conductas se relacionan con cambios neuroquímicos en el cerebro, que también ocurren con las drogas adictivas.

Los cambios incluyen uniones con los receptores de dopamina y opioides, así como liberación de acetilcolina.

El *nucleus accumbens* (NA) es responsable de varios componentes de la sensación de recompensa, que incluyen el buscar alimento; es decir, la motivación incentivada. Cualquier sustancia que estimule directamente los receptores de dopamina refuerza asimismo la conducta de autoadministración, y es el caso del azúcar, pero también de la sacarina y el aceite de maíz.

Los opiáceos se expresan en el sistema límbico y están conectados con los sistemas dopaminérgicos en varias partes del cerebro. Los opiáceos endógenos ejercen sus efectos interactuando con los receptores para dopamina, pero también por vías independientes en el sistema hedonista. Es por ello que existe una disociación entre querer y ‘gustar de’. La ingestión de alimentos sabrosos al paladar tiene efectos en varios sitios por vía de los opiáceos endógenos; entre tales alimentos se encuentran, además de los azúcares, las grasas.

También se han implicado sistemas colinérgicos (acetilcolina), que se relacionan con la dopamina y los opioides. Cuando su concentración en la circulación disminuye, se presentan reacciones conductuales de depresión. El equilibrio entre acetilcolina y dopamina se controla vía los sistemas hipotalámicos del hambre y la saciedad. Cuando se inicia la ingesta de azúcar, se eleva en primer término la DA; en seguida, hacia el final de la ingesta, se eleva la acetilcolina, que produce sensación de saciedad; a la inversa, cuando la dopamina desciende, se produce la reacción de antojo, y de nuevo la gana de comer.

En varios experimentos con ratones se ha demostrado una conducta adictiva a las dietas altas en azúcares, y estas conductas

se han correlacionado con los niveles elevados de dopamina y de opiáceos. Estas adicciones se han demostrado para alimentos como azúcares refinados y chocolate, y, en contraparte, se han demostrado estados de abstinencia y de atracones impulsivos. Lo anterior explicaría un círculo vicioso de ‘automedicación’ de alimentos, que puede resultar en obesidad y otros problemas de la alimentación.⁸⁴

En determinadas circunstancias los azúcares pueden tener efectos similares a los del abuso de drogas, e incluso producir cambios conductuales de dependencia física. Cuando se da un primer atracón, éste desencadena una escalada en la ingestión. Contrariamente, cuando las concentraciones opioides y dopamina disminuyen respecto de las de acetilcolina (DA/ACh) en el núcleo accumbens, se producen cambios neuroquímicos y conductas de ansiedad.⁸⁵

Existe también una sensibilidad cruzada para las anfetaminas y el etanol. El atracón de azúcar actúa como un abuso de drogas aumentando consistentemente los niveles de dopamina. La ingesta intermitente y excesiva de azúcar podría crear dependencia con signos de abstinencia. Los desequilibrios DA/ACh y los índices de ansiedad medidos experimentalmente se han encontrado ser similares a los de abstinencia de la morfina y de la nicotina, lo que refuerza la idea de una dependencia del azúcar.⁸⁶

2. La obesidad como problema de salud pública y riesgo sanitario

“La obesidad infantil es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel mundial”⁸⁷ debido a que la obesidad se aso-

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ Colantuoni, C. *et al.*, “Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence”, *Obes Res* 10 (6), 2002, pp. 478-488.

⁸⁶ *Idem.*

⁸⁷ Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>, consultado el 21 de noviembre de 2012.

cia a una mayor probabilidad de muerte e incapacidad en la edad adulta; en línea con la OMS:

...el riesgo de la mayoría de las enfermedades no transmisibles resultantes de la obesidad depende en parte de la edad de inicio y de la duración de la obesidad. La obesidad en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo. Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantiles, que a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, son:

- a. las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales);
- b. la diabetes;
- c. los trastornos del aparato locomotor, en particular la artrosis, y
- d. ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon).⁸⁸

La condición de obesidad infantil es polivalente en riesgos. La misma obesidad es en sí un problema. Impide un funcionamiento similar al de pares que no tienen dicha condición, limitando el grado de desempeño del sujeto en distintos roles de su desarrollo, tanto físico como psicoemocional; sin embargo, la condición de obesidad no es estable, y es aquí donde adquiere su exponencial impacto negativo; la condición de obesidad infantil es generadora de una cantidad de condiciones negativas en la salud, que pueden llegar a adquirir estados crónicos. El individuo dedicará un elevado porcentaje de tiempo de vida productivo al cuidado de sus padecimientos y sobrecargando a la sociedad con contrapesos que pudieron haberse evitado.

La obesidad infantil siempre ha existido por trastornos alimentarios individuales, problemas endógenos o simple gula. Pero el incremento significativo en los índices de obesidad infantil no se deriva de las causas tradicionales, sino de un ambiente artificialmente creado, deliberadamente o no, que propicia la

⁸⁸ Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, cit.

sobreingesta de azúcares y grasas. De acuerdo con Emilio Luque.⁸⁹ “La industria alimentaria, y sus aliados... sostienen que la salud es fundamentalmente un asunto de responsabilidad personal. Sin embargo hay razones para pensar que, considerada en conjunto, la reciente tendencia global a la obesidad tiene sus raíces en un ‘entorno obesogénico’”.

El incremento de los índices de obesidad infantil se debe a factores que están cambiando: hábitos alimenticios, estructuras sociales y familiares, madres trabajadoras, disponibilidad de alimentos ricos en azúcares, etcétera. Un factor que está presente constantemente es la publicidad sistemática dirigida al público infantil. No solo influye el contenido del anuncio; la sola sobreexposición a anuncios publicitarios se convertirá en el contenido mental del público infantil.

Es decir, el incremento de la obesidad infantil a nivel mundial no solo se debe a que millones de niños decidieron voluntariamente incrementar su ingesta. El contexto influye, y este contexto es un entorno mercantilizado, en donde se invierten miles de millones de dólares para influir en nuestras decisiones sobre nuestra dieta y comida.⁹⁰

Dentro de los cambios que han propiciado este “entorno obesogénico” se detecta la presencia de un factor constante: la publicidad diseñada para el público infantil transmitida por televisión, en horarios y con programación para niños.

“Muchos datos muestran que la publicidad televisiva influye en las preferencias alimenticias y las pautas de consumo de la población infantil”.⁹¹ La Organización Mundial de la Salud ha calificado a la obesidad infantil como uno de los problemas

⁸⁹ Luque, Emilio, “La obesidad más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios”, en Díaz Méndez y Gómez Benito, Cristóbal (coords.), *Alimentación, consumo y salud*, México, Fundación “La Caixa”, 2008, en http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/b262946942358110VgmVCM100000e8cf10aRCRD/es/es24_c5_esp.pdf, consultado el 15 de enero de 2011.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 149.

⁹¹ *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*, Organización Mundial de la Salud, p. 4, en <http://whqlibdoc>.

más graves de salud pública a nivel mundial, desde hace años y recomienda el control inmediato, desde la regulación, por parte del Estado, hasta la eliminación de publicidad de alimentos con altos contenidos de azúcares y grasas. Así, en su 63a. Asamblea Mundial de la Salud, celebrada el 21 de mayo de 2010, la OMS señala que está enterada de “las investigaciones que demuestran que la publicidad de productos alimentarios dirigida a los niños es amplia”, y reconoce “que una parte considerable de esa publicidad es para promover alimentos ricos en grasas, azúcar o sal, y que los anuncios de televisión influyen en las preferencias, las solicitudes de compra y los hábitos de consumo de los niños”; por lo tanto, insta a los Estados miembros “a que adopten las medidas necesarias para aplicar las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, teniendo en cuenta las leyes y políticas existentes, según corresponda”.⁹²

La Organización Mundial de la Salud, en su calidad de máximo órgano mundial que promueve e investiga lo relacionado con la salud, hace un llamado a los Estados parte a la regulación de la publicidad en televisión de productos con altos contenidos de azúcar y grasas. La OMS reconoce que la obesidad infantil es riesgo sanitario, y que éste puede estar correlacionado con la publicidad en televisión:

Dado que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, el objetivo general de las políticas debe ser reducir tanto la exposición de los niños como el poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.⁹³

who.int/publications/2010/9789243500218_spa.pdf, consultado el 21 de noviembre de 2012.

⁹² Punto 11.9 del orden del día, “Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños”, de la 63a. Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2010, en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-sp.pdf, consultado el 21 de noviembre de 2012.

⁹³ OMS, Recomendación 2, “Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial”, Informe de la Secretaría,

Debido a esta correlación entre publicidad y cambio de hábitos alimenticios, que a su vez está provocando esta epidemia de obesidad en los infantes, la OMS:

Se alienta a los Estados Miembros a recabar la información existente sobre la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños dentro del territorio nacional. Se les alienta asimismo a apoyar nuevas investigaciones en esta esfera, especialmente las que vayan dirigidas a aplicar y evaluar políticas para reducir el impacto sobre los niños de la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo *trans*, azúcares libres o sal.⁹⁴

Además de la evidente categorización de la obesidad infantil como riesgo de salud pública a nivel mundial por la OMS, otro organismo internacional, la OCDE, sitúa a nuestro país como el segundo país afectado por esta epidemia de obesidad. Establece que México necesita mejorar la eficacia de su sistema de salud, ya que la población de México es una de las más afectadas por la epidemia global de la obesidad, es México el segundo país más obeso de la OCDE, por debajo tan solo de Estados Unidos. Además, uno de cada tres niños es obeso o tiene sobrepeso, lo que ubica a México entre los países con más altas tasas de obesidad infantil a nivel mundial.⁹⁵

Un estudio⁹⁶ realizado en los Estados Unidos de América detalla la mejor investigación realizada en cuanto al tema de la publicidad de alimentos dirigida a los niños. La primera conclusión

63a. Asamblea Mundial de la Salud, punto 11.9 del orden del día provisional, 1o. de abril de 2010, p. 13, en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_12-sp.pdf, consultado el 21 de enero de 2012.

⁹⁴ *Ibidem*, Recomendación 12, p. 17.

⁹⁵ Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio, OCDE, enero 2012, pp. 55 y 56, en <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>, consultado el 21 de noviembre de 2012.

⁹⁶ The Henry J. Kaiser Family, Foundation, *Food For Thought, Television Food Advertising to Children in the United States*, Indiana University, 2007, p. 21.

es que los niños de todas las edades están expuestos a una cantidad sustancial de contenido de la publicidad de todo tipo (incluyendo los productos distintos de los alimentos). Incluso los niños más pequeños, de edades entre 2 y 7 años, ven un promedio de 38 anuncios al día en todos los productos, mientras que los preadolescentes y adolescentes ven muchos más, un promedio entre 79 y 83 anuncios al día, respectivamente, más de media hora al día de la publicidad. Visto desde una perspectiva anual, se trata de un total de cerca de 14,000 anuncios televisivos de un año de 2-7 años de edad, alrededor de 30,000 al año para los preadolescentes, y 28,000 al año para los adolescentes. Otro dato relevante es que los niños entre 8 y 12 años son el grupo que puede ser el más afectado por la comercialización de alimentos, ya que pueden elegir qué comer, tienen dinero y están más alejados de los padres al elegir.⁹⁷

De lo anterior se observa que la obesidad infantil no solo es un riesgo sanitario, sino es ya un problema de epidemia en salud pública internacional, y que la relación entre publicidad dirigida a la población infantil de productos con elevado contenido de azúcares y obesidad infantil parece ser que son directamente proporcionales. Por eso la OMS invita a los Estados a tomar cartas en el asunto para investigar y tomar acciones, basados en evidencia científica, para contrarrestar el crecimiento de esta epidemia mundial, que es la obesidad infantil.

En cuanto a los datos en México:

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparado con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia

⁹⁷ *Ibidem*, p. 22.

de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.⁹⁸

Además de los datos epidemiológicos, en México existen datos de organizaciones no gubernamentales⁹⁹ desde 2007, que afirman que nuestro país ocupa el primer lugar a nivel mundial en número de anuncios publicitarios dirigidos a niños, anunciando alimentos ricos en azúcares y de bajo nutrimento.

Por lo anterior, y para complementar nuestra investigación documental, decidimos realizar un pequeño experimento empírico abordando el tema de la publicidad dirigido a los niños desde una metodología cualitativa y observacional, enfocándonos en el entorno operativo de eficacia de las normas, y tomando en consideración que

1. No hay lugar a dudas que la obesidad infantil tiene las características descritas en la definición de riesgo sanitario.
2. La obesidad infantil tiene impacto nacional e internacional.
3. Hay información suficiente, generada de distintas fuentes, que etiquetan a la obesidad infantil como riesgo sanitario.
4. La obesidad infantil se considera también un problema de salud pública por el Instituto Nacional de Salud Pública, por el doctor Abelardo Ávila Curiel, investigador del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, por la doctora Consuelo Velásquez Alva, investigadora de la UAM, ONG, por la OCDE, en su capítulo México, etcétera.
5. Hay estudios que demuestran que la sobreexposición de niños a anuncios en televisión es un factor que se puede correlacionar con el incremento de la obesidad infantil.
6. Hay un órgano estatal, Cofepris, con competencias, facultades y obligaciones en el tema de obesidad infantil como riesgo sanitario, y también en el tema de publicidad.

⁹⁸ Ortega A. I. y Peguero ,G. M., “Obesidad infantil”, *Boletín de Práctica Médica Efectiva*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

⁹⁹ ONG, el poder del consumidor, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/26/index.php?section=sociedad&article=035n2soc>, consultado el 15 de enero de 2011.

Con base en lo anterior, se determinó contabilizar la cantidad de anuncios dirigidos a niños en horario infantil en un canal de televisión con programación infantil, “Canal 5”, con un soporte de 9 días de grabación en DVD como evidencia del trabajo de campo, de los cuales se muestran en los anexos 1 y 2 los resultados de los días 10 de febrero y 4 de marzo de 2011, por ser representativos de los días observados.

3. *Análisis de la información*

Los efectos producidos en los encéfalos de mamíferos (ratas) entrenados para consumir azúcar es muy similar a los efectos producidos por consumir drogas como heroína, cocaína o alcohol. El problema radicaría en que un encéfalo entrenado para activar los centros de recompensas dopaminérgicos puede cambiar la sustancia activadora, ya que lo que se persigue no es tanto la sustancia activadora, sino la sensación producida. Es decir, si esta hipótesis tuviera cierta razón, entonces en la medida en que crece la población con obesidad infantil podría tender a sustituir la ingesta de azúcar por otras sustancias más duras. Los millones de niños obesos tendrían una base fisiológica predispuesta a las adicciones.

En el país no se detectan estudios estandarizados con relación a este tema. El Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil (código PABI) asume la obesidad infantil como “problema social” no como problema de salud.¹⁰⁰ Sin embargo, como ya se estableció anteriormente, la obesidad infantil es uno de los problemas más graves de salud pública a nivel mundial, ya que se asocia a una mayor probabilidad de muerte e incapacidad en la edad adulta.

¹⁰⁰ Cfr. el Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas Dirigida al Público Infantil, en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgbs/descargas1/programas/codigo_pabi.pdf, consultado el 21 de noviembre de 2012.

En el sitio Web de la Cofepris, consultado durante el periodo de la investigación (2011), no se menciona la obesidad infantil como un riesgo sanitario.

La mayor cantidad de anuncios para niños se presentan entre las 14 y 16 horas.

El 10 de febrero de 2011, en un horario de 14 a 17 horas (3 horas), se contabilizaron un total de 37 comerciales dirigidos al público infantil; mientras que el 4 de marzo, de las 14:18 a las 17:18 horas se contabilizaron un total de 24 anuncios televisivos dirigidos a la población infantil.

4. Conclusiones preliminares

Como conclusiones preliminares del análisis de la información obtenida se desprenden:

1. La obesidad infantil cumple la clasificación de riesgo sanitario.
2. La obesidad infantil se considera un problema epidemiológico internacional.
3. La obesidad infantil está presente en México.
4. La Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios tiene atribuciones en esta materia.
5. La Comisión está facultada para investigar las causas que inciden, menor o mayormente, en este problema epidemiológico.
6. Dentro de las causas probables generadoras de la obesidad infantil se encuentra la publicidad dirigida a niños anunciando alimentos con alto contenido de azúcares, sodio y grasas.
7. Hay recomendaciones de la Organización Mundial de Salud dirigidas a los Estados para investigar la relación entre publicidad dirigida a niños y su correlación con los índices de obesidad.
8. Hay recomendaciones por la Organización Mundial de Salud, para la regulación de la publicidad de este tipo de alimentos.

9. El derecho a la salud de los mexicanos contenido en el artículo 4o. constitucional y presente en distintas leyes parece ser objeto de negocio para actores con intereses lucrativos.
10. No hay estudios concluyentes sobre la obesidad en México.

VI. PRODUCTOS MILAGRO

El incremento en México de los denominados “productos milagro” o “frontera” es significativo.¹⁰¹ De acuerdo con la Cofepris:

...no existe de manera formal, el término “milagro” o “frontera” se refiere a un sobrenombre popular que remite a productos que se comercializan incumpliendo la legislación principalmente por dos motivos: cruzan el margen del rubro en el que originalmente deberían estar clasificados y su publicidad incumple la normatividad en la materia...¹⁰²

El tema está presente en la agenda de la Comisión para la Protección de Riesgos Sanitarios, desde 2002.¹⁰³ El artículo 414 bis de la ley General de Salud y el marco jurídico que sustenta las atribuciones de Cofepris le permite regular, investigar y sancionar temas sobre riesgo sanitario, incluido este. La Cofepris, percatándose de la problemática, ya en 2005 ejecutó acciones regulatorias dirigidas a las principales empresas comercializadoras de este tipo de productos.

...a partir del 14 de febrero la Cofepris sostuvo reuniones con las televisoras, así como con las empresas de mayor impacto publicitario y comercial de estos productos interesadas en regularizarse.

¹⁰¹ Gómez, Eirinet, “Alamante incremento de productos milagro en México”, en AVC Noticias (en línea) del 23 de mayo de 2012, en <http://www.avcnoticias.com.mx/resumen.php?idnota=115235>, consultado el 24 de enero de 2012.

¹⁰² Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal*, p. 91.

¹⁰³ Información obtenida de <http://www.Cofepris.gob.mx/work/sites/cfp/resources/LocalContent/402/1/b55.pdf>, consultado el 15 de enero de 2011.

Entre ellas, se encuentran: Merkacon, Directra (Innova), Genomma Lab., Suave y Fácil, CV Directo, Unilever, Bio Alternative, Krissma Lab., y Biotanic, en donde se acordó que los productos se asegurarían si no suspendían o regularizaban la publicidad, tanto en televisión abierta como por Cable.¹⁰⁴

A partir de esta información, se diseñó una investigación, en donde se pretendió identificar la eficacia de la Cofepris respecto de estos productos, que por lo regular son comercializados por empresas identificadas.

Para lo anterior se eligió un canal de televisión abierta y uno de televisión por cable, para identificar si los productos anunciados podrían ser llamados “milagro” o no.

El material y los métodos se derivaron de la observación de campo y la revisión de las disposiciones establecidas por la Cofepris, referente a las atribuciones regulatorias para la publicidad y venta de suplementos alimenticios, y se eligieron aleatoriamente dos productos de los anunciados (Skinny Shot: anexo 3 y Colageína 10; anexo 4).

Una vez elegidos los productos, se procedió a grabar los anuncios televisivos para analizar los anuncios en función de la normativa establecida por la Cofepris; además, se adquirieron los productos en cuestión para contrastar la información en el etiquetado con relación a la normativa.

Características de los productos milagro o frontera

De acuerdo con la Cofepris, algunas de las características de estos productos son:

1. Productos a los cuales se les atribuyen propiedades no comprobadas.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Información obtenida de <http://www.Cofepris.gob.mx/work/sites/cfp/resources/LocalContent/402/1/b55.pdf>, consultado el 15 de enero de 2011.

¹⁰⁵ http://www.Cofepris.gob.mx/wb/cfp/productos_fronteraar/_rid/1911?page=1.

- Su publicidad incumple la normatividad en la materia.¹⁰⁶
2. El proceso de elaboración puede no cumplir la normatividad sanitaria y usar ingredientes que pueden provocar daños a la salud.
 3. Al sugerir su efectividad para modificar condiciones corporales pueden alejar al consumidor de estudios individuales certeros y esconder sintomatología patológica.
 4. No cuentan con ningún aval científico sobre su eficacia y seguridad.¹⁰⁷
 5. Al no contar con estudios estandarizados y longitudinales, se desconocen los efectos secundarios o el grado de reacciones negativas en la población.
 6. Explotan la buena fe o la ingenuidad de la población blanco, con el objetivo de lucro, más que el de un beneficio real.

Del análisis de la información se deriva que las situaciones consideradas problemáticas en ocasiones no se sitúan en lo que se hace, sino en lo que la autoridad deja de hacer. Desde el lugar donde nos sitúo el recorrido de la investigación del análisis de un riesgo sanitario evidente y el estudio de dos de los denominados “productos milagro” la perspectiva no es positiva.

Si los resultados de la comparación entre la norma que regula y el objeto a regular, surgidos de esta muestra, se toman como indicadores del estado actual del grado de eficacia de la Cofepris, lamentablemente se tendría que afirmar que la Cofepris no cumple las competencias que la ley le asigna, ya que la cantidad de anuncios de estos productos va en aumento, situación evidente tanto en televisión abierta como en televisión de paga. Aun cuando la autoridad en materia sanitaria se pronuncia en contra de estos productos, en la realidad no se ve reflejado.

Como se advierte, los comentarios vertidos y los casos presentados muestran un sistema de salud complejo, abigarrado, in-

¹⁰⁶ Información obtenida en http://www.Cofepris.gob.mx/wb/cfp/productos_fronteraar/_rid/1911?page=1, consultado el 15 de enero de 2011.

¹⁰⁷ *Idem*.

eficiente e ineficaz; en pocas palabras, los aspectos destacados nos muestran un sistema nacional de salud disfuncional.

Los problemas mencionados en materia de medio ambiente, adicción de harinas y azúcares, sus vínculos con la obesidad infantil, “productos milagro” y el tema de las competencias en materia laboral, muestran una serie de disfunciones en el operador en materia de riesgo sanitario, que requieren atención, pero sobre todo nos llevan a la necesidad de mostrar hasta dónde se deben a problemas de diseño normativo, a deficientes estructuras administrativas o a ineficiencia del aplicador del derecho en el nivel administrativo.

CAPÍTULO SEGUNDO MEDICINA Y DERECHO

I. BREVE APUNTE HISTÓRICO DE LAS PANDEMIAS EN MÉXICO Y DE LOS MEDIOS PARA ENFRENTARLAS

Como ya destacamos en la introducción, nuestra intención es ocuparnos de la medicina desde un enfoque sustentado en derechos humanos, entendiendo a la administración pública como una instancia que tutela y hace efectivos los derechos público subjetivos, en particular el derecho humano a la salud. Lo anterior nos lleva al análisis de la norma legal aplicable a la medicina.

Quizá uno de los primeros problemas es determinar por qué se establecen nexos entre el derecho y la medicina. Los ángulos pueden ser variados: *a)* por la necesidad de regular una actividad de impacto social; *b)* por la pericia que la medicina legal otorga al derecho; *c)* porque la medicina se encuentra en los ámbitos de la administración pública, etcétera.

Sin embargo, uno de los vectores del análisis que permitirían conciliar el derecho con la medicina es la enfermedad. La enfermedad ha estado presente en la evolución social mexicana. Desde la época prehispánica, nuestro país ha sufrido diversos problemas; como ejemplo, podemos destacar el brote de epidemias que ha asolado a nuestro país,¹⁰⁸ como se muestra en este recuento:

¹⁰⁸ Como lo destaca Miguel Acosta Romero, “El constante traslado de españoles e indígenas provocó diversos brotes epidémicos, como la tifoidea y el sarampión. Esta última llamada ‘tepitonzahuatl o lepra pequeña’”. Véase Acosta Romero, Miguel, *Segundo curso de derecho administrativo*, 2a. ed., México, Porrúa, 1993, p. 733.

- Entre 1450 y 1456 una epidemia de influenza o gripe afectó significativamente a la población del centro de México, particularmente a la de Texcoco.
- En 1528, tras la victoria de los conquistadores españoles en el México antiguo, se suscitó una epidemia caracterizada por la aparición de tos y granos ardientes.
- Para 1540, una epidemia de tifoidea se desató en el territorio central de México.
- Entre 1531 y 1545, la enfermedad del sarampión fue traída a México por los conquistadores españoles. Controlada inicialmente por los frailes franciscanos, causó sus peores estragos en 1545.
- Para 1576 aparece una epidemia que no adquirió nombre, y que era una combinación de viruela y tifoidea.
- El cólera, aparecido en México en 1810, atacó a los estados de Tamaulipas, Campeche, Yucatán, San Luis Potosí y Guanajuato. Dejó un saldo de mil 200 muertos en 24 horas. Más tarde, afectó, también, a las ciudades de Guadalajara y Monterrey. Su daño total se estima en 324 mil decesos en todo el país, hasta 1833.
- En 1813, la región de Cuautitlán, en lo que hoy es el Estado de México, sufrió una epidemia de tifoidea que causó 3 mil 114 muertes en un periodo de siete meses.
- En 1902 el puerto de Mazatlán, Sinaloa, albergó una letal epidemia de peste bubónica.
- Para 1918 apareció la influenza española, que dejó en nuestro país alrededor de 500 mil muertos, en una época en que la población total era de aproximadamente 14 millones de personas.
- A partir de 1940 la malaria o paludismo fue identificada en México y dejó alrededor de 24 mil muertes cada año, hasta avanzado el siglo XX. Hasta 2002 se le declaró erradicada.
- Entre 1948-1955 se registraron mil 100 casos de poliomielitis.

— Para 2009, con 318 muertos,¹⁰⁹ las autoridades de salud hablaron de una epidemia de influenza AH1N1.

Para enfrentar esta clase de problemas, históricamente se pueden identificar algunas etapas. La primera, la prehispánica, nos permite advertir la función del médico; sin embargo, no existe un grupo de instituciones que velen por la salud.¹¹⁰ Las prácticas de la medicina se desarrollan según una concepción mágico-religiosa.¹¹¹

La segunda etapa es la Colonia, donde podemos destacar que entre 1524 y 1572 se fundan diversos hospitales: el hospital de Jesús Nazareno (1524); el hospital de Tlaxpana (1526), el hospital de San Hipólito (1566), y el hospital de San Lázaro (1572), respectivamente. En el segundo periodo, la Colonia, se toman medidas para el saneamiento, de abasto de agua potable y el desagüe.

El 18 de enero de 1527 se presentan las cédulas para la creación del “Real Tribunal del Protomedicato”.¹¹² Entre las funcio-

¹⁰⁹ Véase nota de *El Universal* del 27 de octubre de 2009, “Ssa confirma 318 muertes por influenza A H1N1. A la fecha se han registrado 50 mil 234 casos; refiere que 68.9% de los decesos corresponde a personas de entre 20 y 54 años”, donde se destaca: “La Secretaría de Salud (Ssa) confirmó que a la fecha se han registrado 50 mil 234 casos de influenza humana en el país y la muerte de 318 personas”.

¹¹⁰ Así, se afirma que la medicina azteca está detallada en el códice de Sahagún y en el de Badiano. Al igual que en otras culturas indias, la enfermedad era considerada un castigo. Los médicos conocían muchas hierbas medicinales, entre ellas algunos alucinógenos. Por otra parte, opinaban sobre la influencia de las estrellas en la salud e interpretaban los sueños. Aconsejaban baños de vapor y daban consejos a sus pacientes igual que un sicoterapeuta (véase Jaramillo Antillón, Juan, *Historia y filosofía de la medicina*, San José, Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005, p. 61).

¹¹¹ Huerta, Eugenia y Soler, Marti (eds.), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas en el año 2000*, 5a. ed., México, Coplamar-Siglo XXI, 1998, p. 113.

¹¹² El nombre de “Real Tribunal del Protomedicato” se refería al hecho de que se encomendaba a un médico de gran prestigio la función en materia de salubridad pública, cuidar la buena preparación y despacho de los medicamentos, dictar las providencias en caso de epidemia y vigilar el ejercicio de la profesión médica. También destaca la controversia sobre su titular, si lo fue el licenciado

nes de esa institución se encontraba la “visita”, que consistía en ver si las preparaciones farmacéuticas se hacían con sujeción a las fórmulas de la farmacopea, en quemar las medicinas caducadas o adulteradas y en vigilar si estaban vigentes las tarifas de precios de los medicamentos.

En la Recopilación de Leyes de Indias, libro 5o., título 6o., “De los protomédicos, médicos, cirujanos y boticarios”, ley primera, dispuso:

Deseando, que nuestros vasallos gocen larga vida y la conserven en perfecta salud. Tenemos a nuestro cuidado proveerlos de médicos y maestros, que los rijan, enseñen y curen sus enfermedades, y para este fin se han fundado cátedras de medicina y filosofía en las Universidades más principales de las Indias.¹¹³

Así, se designa “protomédico” al catedrático de prima de la Universidad de México, y se le asigna jurisdicción para actuar en Puebla de los Ángeles y Veracruz. No obstante, tal era el prestigio de la medicina prehispánica, que en 1570, Felipe II ordenó a su protomédico Francisco Hernández que partiera para la Nueva España para estudiar y llevar a España la gran cantidad de plantas, hierbas y semillas medicinales conocidas ahí, las cuales no existían en otras partes.¹¹⁴

En el México independiente podemos advertir que el Tribunal del Protomedicato permanece vigente hasta el 19 de marzo de 1812, cuando se expide la Constitución de Cádiz, que le quita al Protomedicato su jurisdicción y su carácter contencioso, dejándosele solo lo relacionado con la enseñanza y ejercicio de la medicina. Como se advierte, ese tribunal es el antecedente más antiguo de tribunal administrativo en México.

Barrera (18 de enero de 1527) o el doctor Pedro López (11 de enero de 1527). (Cfr. Acosta Romero, Miguel, *Segundo curso de derecho administrativo*, 2a. ed., México, Porrúa, 1993, pp. 736 y 737).

¹¹³ El original está en español antiguo; la traducción es libre.

¹¹⁴ Jaramillo Antillón, Juan, *Historia y filosofía de la medicina*, p. 61.

El atraso de la medicina era evidente. En 1828, en la Facultad de Medicina todavía se enseñaba en los textos de Hipócrates, Galeno y Avicena; en 1831, el Congreso abre una investigación y se elimina el Tribunal del Protomedicato, responsable del atraso.¹¹⁵

El 21 de noviembre de 1831 se extingue el Protomedicato y se crea la “Facultad de Medicina del Distrito Federal”, con vigencia de dos años, porque cesó en sus funciones el 21 de diciembre de 1833, para crear un “consejo de salubridad”. El Consejo Superior de Salubridad se creó el 4 de enero de 1841, con facultades para dictar, por conducto de la autoridad respectiva, todas aquellas medidas que se refieran a la salubridad pública, tanto en tiempo normal como en tiempo de epidemia.

La Constitución de 1857 dejó la competencia de salubridad general en la esfera de los estados y, en su caso, de los municipios. La Federación solo realizaba acciones de control epidemiológico en puertos y fronteras.¹¹⁶ En 1861, Benito Juárez creó la Dirección General de Beneficencia para centralizar los servicios hospitalarios y sostener con diversos medios (impuestos, loterías, fondos dotales y legados), la beneficencia pública.¹¹⁷

El 30 de junio de 1879 se reformó el Reglamento Interior del Consejo para ampliar sus funciones, hasta entonces para el Distrito Federal, a nivel federal. En 1889, el Consejo, presidido por Eduardo Liceaga, promueve el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que se emite el 15 de julio de 1891.

El Consejo Superior de Salubridad dependía de la Secretaría de Gobernación, y era un cuerpo consultivo y técnico con facultades ejecutivas.¹¹⁸ El segundo Código Sanitario es del 10 de septiembre de 1894. El tercero es del 30 de diciembre de 1902. En 1905 se crea el Hospital General. El 12 de noviembre de 1908 se

¹¹⁵ Huerta, Eugenia y Soler, Martí (eds.), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas en el año 2000*, p. 114.

¹¹⁶ Acosta Romero, Miguel, *Segundo curso de derecho administrativo*, p. 734.

¹¹⁷ Huerta, Eugenia y Soler, Martí (eds.), *Necesidades esenciales en México...*, cit., p. 114.

¹¹⁸ Acosta Romero, Miguel, *Segundo curso de derecho...*, cit., p. 746.

reforma la Constitución en su artículo 72 para otorgar al Congreso, facultad para legislar en materia de “salubridad general”.

El México revolucionario también muestra preocupación por la salud. En 1910 se funda el Manicomio General. En 1912 se declaró institución oficial a la Academia Nacional de Medicina. En 1915 se crea la Policía Sanitaria Especial para enfrentar el tifo.

Es hasta la Constitución del 5 de febrero de 1917 cuando en el artículo 73 se otorga competencia a los poderes federales en materia de “salubridad general”, al establecer las dos dependencias básicas de salud: el Departamento de Salubridad General (actual Secretaría de Salud) y el Consejo de Salubridad General.¹¹⁹ El texto original decía:

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

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

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

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

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, será después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan.¹²⁰

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 734.

¹²⁰ Hay que destacar que el párrafo primero de este artículo 73 se reformó el 18 de enero de 1934; la base 4a. de este artículo 73, fracción XVI, de la Consti-

Así, el 1o. de mayo de 1917 se crea el Departamento de Salubridad Pública. En 1925 aparece la Escuela de Salubridad e Higiene; en marzo de 1925 se expide un nuevo Código Sanitario. El quinto Código Sanitario es del 30 de agosto de 1934. El sexto es del 31 de diciembre de 1949. El siguiente es del 29 de diciembre de 1954, y se publica en el *Diario Oficial de la Federación* del 1o. de marzo de 1955.

El 31 de febrero de 1983 se reforma el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para incorporar el derecho a la protección de la salud. Así, el 7 de febrero de 1984 aparece la Ley General de Salud.

II. LA ENFERMEDAD Y SUS COSTOS

El Banco Mundial¹²¹ presenta una serie de datos relacionados con la salud en México. Para los efectos de la comparación, tomaremos al peor y al mejor caso, ubicando a nuestro país en el centro:

CASOS DE PALUDISMO REPORTADOS POR CADA 100,000 HABITANTES EN 2008

Estados Unidos	0
México	3
Guinea	40,585

En 2008 la población del país era de 107.5 millones de personas. En este sentido, durante ese periodo en el país se registraron 3,225 casos de paludismo. En el sitio electrónico del Banco Mundial no existen datos para 2009, 2010 y 2011.

tución, se reformó el 6 de julio de 1971; por último, la base 2a. de este artículo 73, fracción XVI, de la Constitución, se reformó el 2 de agosto de 2007, para quedar con la redacción actual.

¹²¹ Véase Banco Mundial, Indicadores en salud, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries>, consultados el 24 de noviembre de 2012.

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS 2010 POR CADA 100,000
PERSONAS

Puerto Rico	2
México	16
Suazilandia	1,287

La población de 2010 alcanzaba la suma de 112.322,757 personas, lo que implica que los casos de tuberculosis alcanzaron un total de 17,971, personas infectadas.

PREVALENCIA DE VIH % EN 2009 EN LA POBLACIÓN
ENTRE 15 Y 24 AÑOS

China	0.1
México	0.3
Suazilandia	25.9

Durante 2009 la población del país era de 107.550,697, lo que implica que hubo 322,652 casos de VIH en ese sector de la población.

En el informe “Rendición de Cuentas en Salud 2010” se destaca que durante 2010 se registró una prevalencia de VIH de 0.38 casos por cien personas de 15 a 49 años de edad; durante 2010, en el país se registraron 4,513 muertes debidas al sida, con lo que la mortalidad correspondiente ascendió a 4.2 defunciones por cien mil habitantes; en 2010 se presentaron 1,226 casos de paludismo, por lo que la incidencia fue de 1.1 casos por 100 mil habitantes; y con base en datos preliminares de 2010, en México se registró una incidencia de 17.4 casos de tuberculosis en todas sus formas por cien mil habitantes; en 2010 se registraron en el país 2,068 muertes por tuberculosis.¹²²

¹²² Rendición de Cuentas en Salud 2010, México, Secretaría de Salud, 2011, pp. 108, 109, 113, 116, en <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2012.

Ya asentamos una serie de cuestiones relacionadas con la enfermedad, en lo que se refiere al gasto total en salud, en el continente americano, durante 2009 y 2010, como porcentaje del PIB, se muestra en el cuadro siguiente:¹²³

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

<i>País</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>Diferencia</i>
México	6.5%	6.3%	-0.2%
Argentina	9.5%	8.1%	-1.4%
Brasil	8.8%	9.0%	+1.8%
Bolivia	5.1%	4.8%	-0.3%
Canadá	11.4%	11.3%	-0.1%
Chile	8.4%	8.0%	-0.4%
Colombia	7.6%	7.6%	0.0%
Costa Rica	10.5%	10.9%	+0.4%
Ecuador	8.8%	8.1%	-0.7%
El Salvador	6.8%	6.9%	-0.1%
Estados Unidos	17.6%	17.9%	+0.3%
Guatemala	6.9%	6.9%	0.0%
Honduras	7.0%	6.8%	-0.2%
Perú	5.3%	5.1%	-0.2%
Uruguay	8.4%	8.4%	0.0%
Venezuela	6.0%	4.9%	-1.1%

El indicador para México muestra que en 2009 el gasto en salud fue del 6.5%, mientras que en 2010 el gasto en salud fue de 6.3%, lo que muestra una disminución del gasto en salud del 0.2%. Si consideramos que el producto interno bruto (PIB) de

¹²³ Véase Banco Mundial, Gasto en salud total (% del PIB), en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>, consultada el 24 de noviembre de 2012.

México para 2010 fue de 13,029,103.169,000,¹²⁴ lo que hace un total de gasto en salud de \$820,833.499,647.

El gasto público total en salud fue de \$404,404.335,200 de los cuales 224,065.745,200 se encaminó a la población asegurada, y 180,338.592,000 para la población no asegurada.

Según el Banco Mundial, el gasto público de México para el 2010 fue de 48.9% del gasto total en salud,¹²⁵ lo que significa que el gasto privado fue de 51.1%. En el cuadro siguiente se muestra el porcentaje de gasto público y gasto privado en salud en otros países de la región.¹²⁶

PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO

<i>País</i>	<i>Gasto público</i>	<i>Gasto privado</i>
México	48.9	51.1
Argentina	54.6	45.4
Brasil	47.0	53.0
Canadá	70.5	29.5
Chile	48.2	51.8
Colombia	72.7	27.3
Costa Rica	68.1	31.9
Ecuador	37.2	62.8
Bolivia	62.8	37.2
Nicaragua	53.3	46.7
Guatemala	35.8	64.2
Honduras	65.2	34.8

¹²⁴ OECD Health Data 2010, en <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, donde el dato alude a 1 645.49904045 (billones de dólares). Aunque también aparece el dato en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/cuadrosestadisticos/GeneraCuadro.aspx?s=est&nc=782&esq=BIEPUB&c=24400>, consultado el 24 de noviembre de 2012.

¹²⁵ Banco Mundial, *Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)*, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>, consultado el 6 de enero de 2011.

¹²⁶ *Idem.*

<i>País</i>	<i>Gasto público</i>	<i>Gasto privado</i>
Perú	54.0	46
Uruguay	67.1	32.9
Venezuela	34.9	65.1

El PIB en miles de pesos constantes fue de 13,075.798,169, siendo el gasto total en salud 6.2% del PIB, y el gasto público en salud el 3.1%,¹²⁷ lo que significa que el gasto privado en salud es del 3.1%.

De esta manera, podemos deducir que el gasto público y el gasto privado son aproximadamente del 50 por ciento cada uno. Del 50% del gasto en salud proveniente del sector privado, el 94% proviene directamente del bolsillo de las personas.¹²⁸

El Banco Mundial establece que el gasto de bolsillo en México es de 92.2% del gasto privado en salud. Este gasto es alto en comparación con otros países de la región.¹²⁹

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE PAÍSES DE LA REGIÓN

Argentina	65.8
Brasil	57.8
Canadá	49.7
Chile	64.3
Colombia	71.5
Costa Rica	87.2

¹²⁷ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), México, 2011.

¹²⁸ Así lo afirmó Dolores Armenta Gutiérrez, directora de Gastos Médicos y Salud de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Véase *Fortuna*, “El 94% del gasto privado en salud proviene del bolsillo de las personas”, del 22 de junio de 2010, en <http://revistafortuna.com.mx/contenido/2012/06/22/el-94-del-gasto-privado-en-salud-proviene-del-bolsillo-de-las-personas/>.

¹²⁹ El Banco Mundial, Gasto de salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado de salud), en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries>, consultado el 26 de diciembre de 2012.

Ecuador	78.0
El Salvador	88.6
Estados Unidos	25.1
Guatemala	84.0
Honduras	89.4
Perú	85.8
Uruguay	39.6
Venezuela	90.6

Según el informe “Rendición de Cuentas en Salud 2010”¹³⁰ de la Secretaría de Salud, la población con seguridad social es de 88,042,963 personas, distribuidas como se detalla en el cuadro siguiente:

<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Semar</i>	<i>Seguro Popular</i>	<i>Secretaría de Salud</i>	<i>IMSS-Oportunidades</i>
36.131,172	8.210,582	742,556	239,441	19.640,539	12.579,578	10,499,095

Por lo anterior, si según el Censo de Población y Vivienda 2010, México tenía en esa fecha 112.336,538 habitantes, entonces con una resta se puede establecer que 24.293,575 habitantes carecían de los servicios de salud en esa fecha, lo que equivale al 21.65% de la población.

III. LOS ORGANISMOS SUPRANACIONALES Y LA MEDICINA

Atendiendo a la reforma reciente en materia de derechos humanos de 2011, es necesario ubicar la función de los organismos supranacionales en el sistema jurídico mexicano. Una primera cuestión se relaciona con el hecho de su incorporación al sistema nacional de fuentes.

¹³⁰ Rendición de Cuentas en Salud 2010, México, Secretaría de Salud, 2011, p. 161, en <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rsc/RCS2010.pdf>, consultado el 27 de noviembre de 2012.

Más allá del debate relacionado con la jerarquía normativa de los instrumentos internacionales, debemos destacar que México ha suscrito una serie de tratados internacionales, que en términos de lo prescrito en los artículos 1o. y 133 de la CPEUM forman parte del derecho interno.

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo especializado de la ONU en los términos del artículo 57 de la Carta de las Naciones Unidas, refiere que sus principios son “básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”. Además, destaca que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En lo que se refiere a los nexos entre derecho y salud, advierte que “El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Lo anterior significa que la salud en términos supranacionales se entiende como derecho humano, y, atendiendo a los vínculos entre “derechos fundamentales” y “derechos humanos” a través de la “positivización” de los segundos, es evidente que la salud es un derecho humano.

En esa misma constitución se declara: “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”. Esto nos permite afirmar que la salud es una condición básica para la paz y la seguridad, por lo que exige una cooperación amplia entre las personas y los Estados.

La desigualdad en materia de fomento a la salud y el control de enfermedades, se considera un peligro común. Por último, esa Constitución deja en claro que “Los gobiernos tienen responsabilidades en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

Así, en su artículo 1o. destaca que la finalidad de la OMS es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. En términos de artículo 2o., afirma que para alcanzar esta finalidad, las funciones de la OMS son:

- a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;
- b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes;
- c) ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad;
- d) proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten o acepten;
- e) proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos;
- f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística;
- g) estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras;
- h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes;
- i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;
- j) promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud;
- k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad;
- l) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente;

- m) fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres;
- n) promover y realizar investigaciones en el campo de la salud;
- o) promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines;
- p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social;
- q) suministrar informaciones, consejo y ayuda en el campo de la salud;
- r) contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud;
- s) establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de causa de muerte y de las prácticas de salubridad pública;
- t) establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario;
- u) desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares, y
- v) en general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización.

Como lo señala su artículo 9o., los trabajos de la OMS se realizan por: *a)* la Asamblea Mundial de la Salud; *b)* el Consejo Ejecutivo, y *c)* la Secretaría. Además, como lo prescribe el artículo 38, el Consejo puede establecer los comités que la Asamblea de la Salud indique y, por iniciativa propia o propuesta del director general, podrá establecer cualquier otro comité que considere conveniente para atender a todo propósito que esté dentro de la competencia de la Organización.

También, como lo prescribe el artículo 41, la Asamblea de la Salud o el Consejo pueden convocar conferencias locales, generales, técnicas u otras de índole especial para el estudio de cual-

quier asunto que esté dentro de la competencia de la Organización, y pueden disponer la representación en dichas conferencias de organizaciones internacionales y, con el consentimiento del gobierno interesado, de organizaciones nacionales, gubernamentales o no gubernamentales.

La Asamblea de la Salud puede determinar periódicamente las regiones geográficas en las cuales sea conveniente establecer una organización regional, con funciones para: *a)* formular la política que ha de regir los asuntos de índole exclusivamente regional; *b)* vigilar las actividades de la oficina regional; *c)* recomendar a la oficina regional que se convoquen conferencias técnicas y se lleven a cabo los trabajos e investigaciones adicionales en materia de salubridad que en opinión del comité regional promuevan en la región la finalidad de la Organización; *d)* cooperar con los respectivos comités regionales de las Naciones Unidas, con los de otros organismos especializados y con otras organizaciones internacionales regionales que tengan intereses comunes con la Organización; *e)* asesorar a la Organización, por conducto del Director General, en asuntos de salubridad internacional cuya importancia trascienda la esfera regional; *f)* recomendar contribuciones regionales adicionales por parte de los gobiernos de las respectivas regiones si la proporción del presupuesto central de la Organización asignada a la región es insuficiente para desempeñar las funciones regionales, y *g)* otras funciones que puedan ser delegadas al comité regional por la Asamblea de la Salud, el Consejo o el director general.

En términos de lo prescrito por los artículos 61, 62, 63, 64 y 65, existen algunas obligaciones que se deben considerar como Estado, atendiendo a que:

- Cada miembro debe rendir a la OMS un informe anual sobre las medidas tomadas y el adelanto logrado en mejorar la salud de su pueblo.
- Cada miembro debe rendir un informe anual sobre las medidas tomadas respecto a las recomendaciones que le

haya hecho la OMS, y respecto a convenciones, acuerdos y reglamentos.

- Cada miembro debe transmitir sin demora a la OMS las leyes, reglamentos, informes y estadísticas oficiales de importancia, pertinentes a la salubridad, que hayan sido publicados en el Estado.
- Cada miembro transmitirá informes estadísticos y epidemiológicos en las formas que determine la Asamblea de la Salud.
- Cada miembro transmitirá, a petición del Consejo, la información adicional concerniente a la salubridad que sea factible.

Como se advierte, a nivel internacional se cuenta con un operador y con un fin definido: lograr el más alto nivel de salud posible para la población, lo que muestra que es posible construir un operador de salud que responda a las necesidades locales y a las condiciones cambiantes.

2. La Organización Panamericana de la Salud y el Código Sanitario Panamericano

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), creada el 2 de diciembre de 1902 en la I Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington, D. C., siguiendo la resolución de la II Conferencia Internacional Americana, es una organización dentro de los organismos especializados de la OEA, forma parte también del Sistema de Naciones Unidas al ser la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sus acciones se dirigen a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Tiene como misión liderar esfuerzos estratégicos entre los Estados miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad

y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.¹³¹

El Código Sanitario Panamericano data de 1924; se aprobó en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en Cuba, y aún rige como estatuto de política de salud en América.

En el artículo I de ese instrumento internacional destaca que sus fines son los siguientes:

1. Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.
2. Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos.
3. Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países de los Gobiernos Signatarios.
4. Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
5. Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesarios.

Por su parte, del artículo II “Definiciones” establece:

Inspección. Examen de las personas, edificios, terrenos o cosas que puedan ser capaces de alojar, transmitir, transportar, o de propagar o estimular la propagación de dichos agentes. Además, significa el acto de estudiar y observar las medidas declaradas vigentes para el exterminio o prevención de las enfermedades.

Lo que permite que las autoridades administrativas realicen funciones de vigilancia en materia de salud.

¹³¹ Véase Organización Panamericana de la Salud, en <http://mision.sre.gob.mx/oea/index.php/es/ops>, consultado el 26 de diciembre de 2012.

En el artículo III se obliga a los gobiernos signatarios a transmitir a cada uno de los otros gobiernos signatarios y a la Oficina Sanitaria Panamericana, a intervalos que no excedan de dos semanas, una relación detallada que contenga informes en cuanto al estado de su sanidad pública, sobre todo en lo que se refiere a sus puertos.

Por su parte, el párrafo segundo de ese precepto destaca que las enfermedades deben notificarse forzosamente: la peste bubónica, el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el tífus exantemático, la meningitis cerebroespinal epidémica, la encefalitis letárgica epidémica, la poliomielitis aguda epidémica, la influenza o gripe epidémica, fiebres tifoideas y paratíficas y cualesquiera otras enfermedades que la Oficina Sanitaria Panamericana mediante la debida resolución agregue a la lista que antecede.

Además, en el artículo IV se establece que cada uno de los gobiernos signatarios se obliga a notificar inmediatamente a los países adyacentes, así como a la Oficina Sanitaria Panamericana, por los medios de comunicación más rápidos existentes, la aparición en su territorio de un caso o casos auténticos u oficialmente sospechosos de peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tífus exantemático o cualquiera otra enfermedad peligrosa o contagiosa susceptible de propagarse mediante la agencia intermediaria del comercio internacional.

En el artículo LV se destaca que la Oficina Sanitaria Panamericana es la agencia sanitaria central de coordinación de las varias repúblicas que forman la Unión Panamericana, así como el centro general de recolección de informes sanitarios procedentes de dichas repúblicas y enviados a las mismas. Con este fin, en tiempo designará representantes para que visiten y se entrevisten con las autoridades sanitarias de los varios gobiernos signatarios y discutan sobre asuntos de sanidad pública. A dichos representantes se les suministrarán todos los informes sanitarios disponibles en aquellos países que visiten en el curso de sus giras y conferencias oficiales.

IV. ALGUNOS DEBATES EN TORNO AL DERECHO HUMANO A LA SALUD

La construcción de un modelo de atención médica que permita conciliar los derechos humanos y las necesidades de acceso de la población a los servicios de salud pasa por la comprensión del constitucionalismo moderno y el contenido del derecho humano a la salud.

El constitucionalismo moderno, que emana del iluminismo de los siglos XVIII y XIX, entiende que una Constitución no solo es un pacto político-jurídico, sino que además debe contar con cierto contenido dogmático y orgánico. Así, el artículo 16 de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 establece que “Toda sociedad en la cual no esté establecida la garantía de los derechos, ni determinada la separación de los poderes, carece de Constitución”. Como se advierte, para la visión ilustrada lo definitorio de la Constitución es la inclusión de los derechos humanos y la división del “poder”.

En la Constitución moderna, los apartados dogmático y orgánico se complementan entre sí: en el primero se plasman los denominados derechos humanos, derechos fundamentales o garantías individuales; en el segundo se establecen las funciones públicas y sus competencias.

En México, el 3 de febrero de 1983 se publicó la reforma al artículo 4o. de la CPEUM, para incorporar el derecho a la protección a la salud. En vista de lo anterior, se podría pensar que no existe problema para reconocer a la salud como derecho humano. Sin embargo, la idea de “derecho humano” para calificar a la salud no siempre ha sido aceptada por la doctrina en nuestro país. Así, debemos referir el debate que consideraba al derecho a la salud como derecho social, y desde esta perspectiva, como derecho “programático”.

José Francisco Ruiz Massieu destaca que “Las disposiciones programáticas de una constitución sirven de estímulo y guía a los poderes públicos en su diario accionar, y presentar la viva esperanza para el pueblo de que algún día serán cumplidas en la prác-

tica”. Afirma también: “Pero esa misma característica de las normas que en sí encierra un principio declarativo, conduce a que no puedan hacerse valer en juicio”,¹³² lo que implica que los derechos humanos, con dimensión social, como la educación o la salud, carecían de garantía. En este contexto, al interpretar el contenido de la Ley General de Salud vigente en 1984,¹³³ observa que

Se compone de normas jurídicas perfectas y de una buena dosis de normas programáticas, que aunque no tienen efectos vinculantes, comprometen la acción del Estado, de suerte que si esta no se desencadena para que el ordenamiento sea acatado razonablemente en el más corto plazo, el poder público se arroja invariablemente al descrédito.¹³⁴

Como se advierte, en la percepción de este autor difícilmente se puede hablar de un efectivo derecho humano a la salud, porque haría falta su “garantía”; esto es, el elemento que permita hacerlo efectivo frente al Estado.

Lo anterior se puede contrastar con la visión de Víctor de Currea-Lugo, quien considera a la salud desde el punto de vista jurídico, como una equilibrada y adecuada condición dinámica de la naturaleza biológica de la persona, objetivamente comprobable, moralmente aceptable, que se podría mantener bajo ciertas condiciones, vulnerable a ciertos factores, y potencialmente garantizable y/o recuperable mediante el uso de una determinada técnica, y, en cuanto tal, exigible jurídicamente.

Así, las posiciones de estos autores se pueden contrastar a la luz del contenido del bien jurídico tutelado por la norma constitucional:

¹³² Ruiz Massieu, José Francisco, “México”, en Fuenzalida-Puelma, Hernán L., y Scholle Connor, Susan (ed.), *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*, Washington, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1989, p. 352.

¹³³ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 7 de febrero de 1984.

¹³⁴ Ruiz Massieu, José Francisco, “México”, en Fuenzalida-Puelma..., *op. cit.*, p. 357.

<i>Salud como derecho programático</i>	<i>Salud como derecho humano</i>
Derecho social que sobrepasa del concepto de garantías individuales.	Derecho humano.
Principio integral de cobertura: universal, protege a todo ser humano.	Disponibilidad. Cada Estado debe contar con el número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como programas.
Derecho de protección a la salud no del derecho a la salud, que es utópico e inaplicable.	Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda persona sin discriminación alguna. Se distingue entre: a) No discriminación. b) Accesibilidad física. c) Accesibilidad económica (asequibilidad), y c) Acceso a la información.
La parte central de la garantía es el acceso a los servicios de salud, prestados por el Estado y los particulares.	Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
Concurrencia de la Federación y las entidades federativas. Visión de salubridad general “federalista y descentralizadora”.	Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y técnico y ser de buena calidad.
Articulación de materias en la Ley General de Salud.	Articulación de materias en la CPEUM.

Sin embargo, habría que agregar que la visión de José Francisco Ruiz Massieu ya fue superada en el constitucionalismo mexicano. En efecto, el 10 de junio de 2011 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Decreto por el que se modifica la denominación del capítulo I del título primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, entre ellos el artículo 1o.; el artículo 3o.; el artículo 11; el artículo

¹³⁵ *Ibidem*, pp. 353 y 354.

¹³⁶ Currea-Lugo, Víctor (de), *La salud como derecho humano*, cit., pp. 75 y 76. El autor parte de una interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas.

15; el artículo 18; el artículo 29; el artículo 33; el artículo 89; el artículo 97; el artículo 102, apartado B, y el artículo 105.

Uno de los aspectos más importantes de la reforma es la modificación del título primero, capítulo I, para nombrarlo “De los derechos humanos y sus garantías”. En congruencia con lo anterior, en el artículo 1o. se establece que en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los “derechos humanos” reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

La reforma incorpora un esquema hermenéutico, al destacar que las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales de la materia, lo que implica la presunción de constitucionalidad de las leyes, que tiene como supuesto el respeto a la obra del legislador y a la separación de poderes.

También, la reforma al artículo 1o. de la CPEUM impone a todas las autoridades la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Para lo anterior, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

Miguel Carbonell destaca que de esta forma queda claro que todo derecho humano “reconocido” por la Constitución y los tratados internacionales genera obligaciones para las autoridades mexicanas, con independencia del nivel de gobierno que ocupen o de la modalidad administrativa bajo la que estén organizadas, opinión con la que coincidimos.¹³⁷

¹³⁷ Carbonell, Miguel, *La reforma constitucional en materia de derechos humanos: principales novedades*, de 27 de junio de 2001, en http://www.miguelcarbonell.com/articulos/novedades_printer.shtml, consultada el 29 de agosto de 2011.

Así, el contenido de este precepto impacta en todos los ámbitos de la administración pública mexicana, en particular en los operadores de salud, que tienen la responsabilidad de hacer efectivo el “derecho humano a la salud”. Lo anterior obliga a los operadores jurídicos, administrativos y jurisdiccionales, a considerar a la salud como parte de los derechos públicos subjetivos que se contienen en el apartado dogmático de la CPEUM. En términos de lo prescrito en el artículo 4o., párrafo cuarto, es la base constitucional para el derecho fundamental a la salud.

Ese precepto mantiene una redacción igual a la de 1983. En su redacción actual prescribe:

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.

Una de las consecuencias directas de la reforma es la protección de la vida humana. Así, uno de los problemas más significativos se relaciona con la definición del concepto “salud” que plasma el artículo 4o., párrafo cuarto, de la CPEUM. Para evitar debates innecesarios, destacamos que la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³⁸ afirma que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por lo que adoptaremos esta definición en la presente obra.

Ahora bien, para establecer la armonización de este derecho humano a la salud con instrumentos internacionales debemos destacar el contenido de algunas declaraciones e interpretaciones en la materia.

¹³⁸ Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, núm. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948 destaca en su artículo XI el derecho de toda persona a la preservación de su salud por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

En igual tenor, la Declaración Universal de los Derechos Humanos del mismo año contiene en su artículo 25, el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, tanto a ella como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Destaca el énfasis que se pone en las condiciones físicas y sociales, como alimentación, vestido y vivienda, además de la asistencia médica, para el logro de la salud. Sin embargo, la amplitud de la definición hace difícil ver los alcances e implicaciones de este derecho.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966, que entró en vigor el 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27, destaca en su artículo 12 que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Además, establece obligaciones a estos para adoptar medidas que aseguren la plena efectividad de este derecho.

Por su parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mejor conocido como “Protocolo de San Salvador”, incluye lo social, además de lo físico y lo mental, como partes integrantes de la salud; así, el derecho a la salud es entendido como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Notamos que al igual que la OMS, este pacto y su protocolo adicional se alejan de la idea de salud como mera curación de enfermedades, y abarcan lo físico, mental y social.

En cuanto a los alcances de este derecho, la interpretación que realiza el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) en su observación general 14, de 2000, es más preciso, porque en su apartado cuarto establece:

Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

Así, el CDESC destaca que el derecho a la salud no debe entenderse solo como un derecho a estar sano, sino que entraña una gama de libertades y derechos como controlar la salud y el cuerpo, incluida la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como torturas y tratamientos o experimentos médicos no consensuados. Además, incluye el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹³⁹

En cuanto al concepto “más alto nivel posible de salud” contenido en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, el CDESC establece que tiene en cuenta las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con los que

¹³⁹ Punto 8 de la observación general 14.

cuenta el Estado. Destaca que “el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.¹⁴⁰

Para el CDESC, el derecho a la salud es un derecho inclusivo, que además de la atención de salud oportuna y apropiada abarca lo que llama “principales factores determinantes de la salud”, que son: *a)* el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, *b)* el suministro adecuado de alimentos sanos, *c)* una nutrición adecuada, *d)* una vivienda adecuada, *e)* condiciones sanas en el trabajo, *f)* el medio ambiente sano, y *g)* acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, la redacción del artículo 4o., párrafo cuarto, de la CPEUM es limitada en cuanto contiene una idea de “salud” restringida; no obstante, al armonizarlo con otros párrafos del mismo precepto constitucional que plasman los derechos humanos al ambiente, a la vivienda, a la alimentación, al agua potable y saneamiento, a la salud sexual y reproductiva, y al medio ambiente, y con el 3o. en materia de educación, el 6o. y 7o. en lo que se refiere a la información, y el 123 en materia de condiciones higiénicas de trabajo, se puede pensar que contamos en México con derechos humanos compatibles a los que destaca el CDESC. En este sentido, sería importante que se reconociera el contenido múltiple del derecho humano a la salud y se construyeran estructuras administrativas capaces de garantizarlo.

La reforma del 10 de junio de 2011 en México para plasmar de manera explícita los derechos humanos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) nos plantea profundos debates sobre el contenido de los derechos, su aplicación por parte de las autoridades administrativas y el diseño de los órganos garantes en el ámbito administrativo.

Así, en México, un enfoque novedoso para los operadores de la salud, a partir de la reforma constitucional del 10 de junio de 2011,

¹⁴⁰ *Ibidem*, punto 9.

es el de los derechos humanos, derechos fundamentales o garantías individuales, como se les quiera llamar, porque pone el acento en el “ser humano”, circunstancia que se hacía en la profesión médica desde el pasado.¹⁴¹ En lo que se refiere al contenido del bien jurídico tutelado, Víctor de Currea-Lugo propone una definición del bien jurídico salud:

Una equilibrada y adecuada condición dinámica de la naturaleza biológica de la persona, objetivamente comprobable, moralmente aceptable (en cuanto socialmente consensuada), que se podría mantener bajo ciertas condiciones, vulnerable a ciertos factores, y potencialmente garantizable y/o recuperable mediante el uso de una determinada técnica, y, en cuanto tal, exigible jurídicamente.¹⁴²

La Carta de las Naciones Unidas, del 26 de junio de 1945, establece como principios en su artículo 1o., numeral 3, “Realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

En materia de salud, la OMS, como órgano de la ONU, a partir de la 51a. Asamblea Mundial de la Salud, modificó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, para plasmar, como ya se destacó, que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹⁴³

¹⁴¹ En el juramento de Hipócrates se destacaba: “Aplicaré mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia”.

¹⁴² Currea-Lugo, Víctor de, *La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2005, p. 72.

¹⁴³ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth

Además, esa Constitución plasma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. También se destaca que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Por su parte, el artículo 2o., apartado B, fracción III, de la norma fundamental, estatuye para los denominados pueblos indígenas originarios el derecho público subjetivo de contar con un efectivo acceso a la salud, lo que de nueva cuenta impacta en el marco funcional de las autoridades sanitarias, porque las obliga a brindar las prestaciones vinculadas con el acceso a la salud a los pueblos originarios.

Relacionado con el derecho anterior, el propio artículo 2o., apartado B, fracción V, establece el derecho fundamental de las mujeres indígenas a la protección a la salud, lo que impacta en el ámbito funcional de las autoridades sanitarias, puesto que tienen el deber de proteger ese derecho fundamental para las mujeres indígenas.

Además, el artículo 2o., apartado B, fracción VIII, establece a favor de las mujeres indígenas migrantes el derecho público subjetivo de la protección a su salud, lo que también impacta en el ámbito funcional de las autoridades sanitarias, puesto que las obliga a vigilar al sector migrante de la población indígena femenina.

La Ley General de Salud (LGS)¹⁴⁴ es norma reglamentaria del artículo 4o. constitucional. Como lo destaca su artículo 1o., consta de 482 artículos distribuidos en treinta títulos, que a su vez

Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26a., la 29a., la 39a. y la 51a. asambleas mundiales de la salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005.

¹⁴⁴ *Diario Oficial de la Federación* del 7 de febrero de 1984.

se dividen en capítulos. Sobre el contenido del artículo 4o. de la CPEUM, el artículo 2o. de la Ley General de Salud (LGS) alude también a la “protección a la salud”, y destaca sus finalidades:

FINALIDADES DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD
(ARTÍCULO 2O. DE LA LGS)

<i>Objeto de la protección</i>	<i>Objetivo</i>
I. El bienestar físico y mental del hombre.	Contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.	
III. La protección y el acrecentamiento de los valores.	Coadyuvar 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.	Preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social.	Satisfacer eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.	
VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.	

Como se advierte, el derecho humano a la salud es un núcleo integral que se relaciona con lo interno (salud mental y valores) y externo (bienestar físico, prolongación y mejora de la calidad de vida, solidaridad, disfrute de los servicios de salud, investigación científica y tecnológica) del ser humano.

Desde este punto de vista, el derecho a la salud, entendido como el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, en los términos destacados, es compatible con el proyecto constitucional mexicano democrático, porque, como lo

prescribe el artículo 3o., fracción II, inciso a), de la CPEUM, la democracia se entiende no solo como un régimen jurídico o una forma de gobierno, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo. Lo anterior permea la “planeación democrática”¹⁴⁵ que regula el artículo 26, apartado “A” de la CPEUM.

En la actualidad los operadores jurídicos reconocen la presencia de un efectivo derecho humano a la salud en el artículo 4o. de la CPEUM, como se desprende de la tesis aislada con rubro “Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos”,¹⁴⁶ de la que se advierte:

a) Las finalidades del derecho a la salud son garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población.

b) Que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

c) Que el derecho a la salud es compatible con instrumentos internacionales de derechos humanos, entre los que destacan el apartado 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, (derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios); el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental) y la obligación de los Estados de adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho; y el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (Toda persona tiene derecho a la salud, entendida

¹⁴⁵ Esta planeación democrática sería, en un sentido, lo que algunos llaman “políticas públicas”, al conjuntarse con los programas con aceptación social.

¹⁴⁶ Tesis 1a. LXV/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, t. XXVIII, julio de 2008, p. 457.

como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social).

d) Por lo anterior, el derecho a la salud debe entenderse como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano.

e) Que el derecho a la salud entraña libertades y derechos, entre las primeras, la relativa a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, torturas, tratamientos o experimentos médicos no consensuales; y entre los derechos, el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

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

Así, esta interpretación delimita con claridad el entorno del derecho humano a la salud. En este sentido, el contenido del párrafo primero del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos debe interpretarse a la luz de estos comentarios, entendiendo en él la presencia de un efectivo derecho público subjetivo y la correlativa obligación del Estado de su tutela.

En este contexto, la Ley de Planeación (LP), norma que establece lo que en nuestro país la ignorancia lleva a definir como “políticas públicas”, establece que la planeación debe llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país,

tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la CPEUM, en términos constitucionales, la planeación se sustenta en principios, de los que destacamos el respeto irrestricto de las garantías individuales, y de las libertades y derechos sociales y políticos (artículo 2o., fracción IV).

Aquí no debemos olvidar que a partir del 10 de junio de 2011 las “garantías individuales” se transformaron en “derechos humanos”, entre los que se encuentra la salud.

La propia LP define a la “planeación nacional del desarrollo” como la ordenación racional y sistemática de acciones que, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen. La planeación fija objetivos, metas, estrategias y prioridades; asigna recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución, coordina acciones y evalúa resultados (artículo 3o.).

La interacción entre los niveles salud, medicina y derecho en el ser humano para hacer efectivo el entorno prestacional derivado del “derecho humano a la salud” nos lleva a la necesidad de conjuntar los saberes de la salud, la medicina y el derecho para estudiar las estructuras administrativas mexicanas que se ocupan de proporcionar los servicios de salud a la población, advirtiendo fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, para encaminarnos hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano.

En el nivel constitucional encontramos 17 menciones relacionadas con la palabra “salud” y cuatro relacionadas con la voz “salubridad general”, y tres veces con el vocablo “medicina”.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

<i>Artículos que contienen “salud”</i>	<i>Artículos que contienen “salubridad general”</i>	<i>Artículos que contienen “medicina”</i>
1, 2, 4, 16, 18, 19, 22, 41, 73, 122, 123	4, 11, 73	2, B, fr. III, 123, XI, fr. III, incisos c) y d).

Por lo anterior, procedemos al análisis de las normas de la CPEUM relacionadas con la “salud”, sin omitir, por supuesto, el abordar aquellas que se vinculen con la idea de “salubridad general”, estimando que ambos conceptos se relacionan con la “salud pública” y medicina, en algunas de sus dimensiones.

El problema que plantea la presencia de las voces “salud”, “salubridad general” y “medicina” no merece debate, porque, reiteramos, a partir de la reforma del 10 de junio de 2011 en materia de derechos humanos, carece de sentido. Todos esos funtores jurídicos deben interpretarse en términos de lo prescrito en el artículo 1o., párrafo segundo, de la CPEUM: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia, lo que se conoce como ‘principio pro homine’”.

Todo lo anterior impacta en el marco de atribuciones de las autoridades sanitarias, porque delimita el derecho público subjetivo a la salud y la correlativa obligación del Estado de proporcionar las prestaciones relacionadas con éste.

V. EL PAPEL DEL DERECHO EN LA MEDICINA (RELACIONES ENTRE MEDICINA Y DERECHO)

El derecho y la medicina han estado ligados desde hace mucho tiempo, como se demuestra en el cuadro siguiente, aunque las normas que autorizan el ejercicio de la medicina y las normas relativas a la seguridad social corresponden a la segunda mitad del siglo XIX.

EL DERECHO EN LA MEDICINA

<i>Año</i>	<i>Acontecimiento</i>
44 a. C.	Tras el asesinato de Julio César, el médico que lo trató proclamó que de las 23 heridas que se encuentran en el cuerpo solo dos fueron fatales.
Siglo V	Las sociedades germánicas y eslavas ponen en estatuto que los expertos médicos deben emplearse para determinar la causa de la muerte.
1247	El primer libro de texto de medicina forense se publica en China; contiene documentos de los procedimientos que deben seguirse cuando se investiga una muerte sospechosa.
Época medieval	La presión de la Iglesia de Inglaterra detuvo la práctica de colgar a las mujeres que se creía que estaban embarazadas. Estas podían escapar a la pena de muerte si un médico certificaba que estaban embarazadas.
Finales del siglo XVI	Comienzan a aparecer libros de texto médico-legales inspirados por el estudio de la anatomía.
1887	Los médicos forenses aseguraron que una parte integral de la función de los jueces de instrucción consistía en determinar las circunstancias y las causas médicas de muerte súbita, violenta y antinatural.
1932	Se estableció la cátedra de medicina legal en la Universidad de Harvard.

La relación entre el derecho y la medicina se observa en la larga serie de leyes y reglamentos que regulan temas como la actividad del médico y su relación con el paciente, los consultorios, la investigación clínica, entre otros.

Para empezar, la salud es un derecho humano que incide en todos los ámbitos de la vida humana, y como derecho humano, al Estado le corresponde su conducción. La medicina no puede desligarse del derecho a la protección de la salud, y, por tanto, está regulado en todos sus aspectos. Así, el derecho constitucional, el derecho administrativo, el derecho civil, el derecho penal, están vinculados con la salud y la medicina.

Como ejemplo, el ginecólogo se puede enfrentar con problemas relacionados con la anticoncepción, el aborto, la esteriliza-

ción, la inseminación artificial, que deberá resolver conforme a derecho; el médico se puede enfrentar con el problema del momento en que debe cesar la reanimación, y dejar de mantener con vida de manera artificial a una persona; el cirujano, con el problema de trasplantar órganos de origen dudoso o extraer, entre otros. Todos estos problemas suponen aspectos legales. En el cuadro siguiente se destacan un conjunto de leyes federales que contienen la palabra “salud”:

LEYES FEDERALES QUE CONTIENEN LA PALABRA “SALUD”

<i>Ley federal</i>	<i>Artículos</i>
Código Civil Federal	245, 444, 448, 511, 837, 1698, 1819, 1932.
Estatuto de las Islas Marías	1o., 9o.,
Ley Aduanera	56, 61, 92, 135-B, 145, 176.
Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público	50.
Ley de Aeropuertos	22.
Ley de Aguas Nacionales	7o., 10, 12 bis 2, 13 bis 2, 14 bis 5, 29 bis 2, 29 bis 4, 89, 94, 112.
Ley de Amparo, Reglamentaria de los Artículos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	124.
Ley de Asistencia Social	1o., 6o., 7o., 8o., 9o., 12, 19, 22, 27, 28, 32, 40, 41, 44, 48, 49, 53, 63, 65, 67.
Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público	9o., 17, 22, 29.
Ley de Ayuda Alimentaria para los Trabajadores	1o., 2o., 5o., 6o., 9o., 14, 15, 16.
Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados	1o., 2o., 3o., 5o., 6o., 7o., 9o., 13, 16, 17, 19, 28, 34, 42, 47, 54, 60, 69, 71, 80, 88, 91, 91, 92, 96, 97, 99, 100, 101, 105, 107, 115, 117, 119, 121.

<i>Ley federal</i>	<i>Artículos</i>
Ley de Ciencia y Tecnología	5o., 12, 33.
Ley de Comercio Exterior	15, 16, 71.
Ley de Coordinación Fiscal	25, 29, 30, 31, 33.
Ley de Desarrollo Rural Sustentable	3o., 15, 21, 27, 32, 40, 91, 94, 97, 154.
Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2011	1o., 13.
Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas	6o.
Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	5o., 6o., 10, 17, 18, 30, 49.
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	2o., 6o., 7o., 37.
Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas	2o., 18.
Ley de Productos Orgánicos	44, 45.
Ley de Seguridad Nacional	5o., fracción VIII.
Ley de Vivienda	3o., 33.
Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	140, 142.
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	3o., 6o., 19, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 41, 42, 43, 57, 69, 71, 72, 73, 80, 85, 88, 142, 143, 151, 197, 200, 210, 222, 228, 235.
Ley del Instituto Mexicano de la Juventud	3o., 4o., 8o.
Ley del Instituto Nacional de las Mujeres	12.
Ley del Seguro Social	2o., 89, 110, 111, 111-A, 203, 209, 210, 214, 215, 216-A, 235, 237-A, 239, 240, 241, 242, 244, 245, 251, 2663, 281.
Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal	21.
Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica	21, 29, 78.

<i>Ley federal</i>	<i>Artículos</i>
Ley Federal contra la Delincuencia Organizada	2o., 4o.
Ley Federal de Derechos	195, 195-A, 195-D, 195-E, 195-G, 195-H, 195-I, 195-J, 195-K, 195-K 1, 195-K, 8, 195-L 4, 239.
Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil	5o.
Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional	14, 25, 31, 46, 109.
Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares	3o., 4o., 10, 26
Ley Federal de Sanidad Animal	1o., 2o., 3o., 4o., 6o., 10, 14, 18, 19, 20, 23, 45, 57, 60, 78, 79, 80, 102, 107, 110, 112, 126, 131, 136, 138, 141, 144, 151, 154, 163, 164, 174.
Ley Federal de Sanidad Vegetal	10, 23, 47-J, 54.
Ley Federal del Mar	21.
Ley Federal del Trabajo	3o., 51, 166, 167, 170, 176, 301, 337, 353-A, 353-I, 511, 512, 541.
Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos	1o., 3o., 5o., 7o., 11, 13, 14, 15, 16, 18, 22.
Ley Federal para el Control de Sustancias Químicas Susceptibles de Desvío para la Fabricación de Armas Químicas	3o., 12.
Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación	4o., 9o., 10, 11, 13, 23.
Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura	10.
Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia	10, 36, 46, 51.

<i>Ley federal</i>	<i>Artículos</i>
Ley General de Cultura Física y Deporte	2o., 17, 86, 94, 96, 97, 107, 112.
Ley General de Desarrollo Social	3o., 6o., 14, 21, 36, 49, 51.
Ley General de Educación	7o., 75.
Ley General de las Personas con Discapacidad	4o., 7o., 8o., 31.
Ley General de Población	3o., 6o., 42, 62, 138.
Ley General de Pesca y Acuacultura Sustentables	4o., 109, 112.
Ley General de Protección Civil	3o., 17, 30.
Ley General de Vida Silvestre	2o., 26, 27 bis 1, 71, 129.
Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente	1o., 3o., 21, 23, 28, 34, 85, 90, 111, 118, 124, 127, 128, 132, 133, 136, 141, 143, 144, 146, 147, 147 bis, 150, 154, 155, 146, 170, 173, 180.
Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública	20, 130.
Ley General para el Control del Tabaco	1o., 3o., 5o., 6o., 9o., 10, 13, 15, 20, 30, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 50, 51, 52, 55.
Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres	3o., 38, 40.
Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos	1o., 2o., 3o., 5o., 15, 19, 21, 24, 45, 54, 57, 62, 68, 72, 78, 91, 96, 104, 106, 115, 125.
Ley Minera	7o.
Ley para el uso y Protección de la Denominación y del Emblema de la Cruz Roja	10, 11.
Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes	20, 21, 28, 31, 40, 43.
Ley Reglamentaria de la Fracción XIII Bis del Apartado B, del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	21.
Ley Reglamentaria del Artículo 27 Constitucional en Materia Nuclear	16, 20, 22.

<i>Ley federal</i>	<i>Artículos</i>
Ley sobre el Contrato de Seguro	151, 152.
Ley sobre Refugiados y Protección Complementaria	8o., 24, 36, 44.

En este sentido, no es exagerado afirmar que la política de salud mexicana es transversal en casi la totalidad del ordenamiento jurídico. El enfoque en materia de derechos humanos aplicado a la salud revitaliza a los órganos encargados en nivel de la garantía de otorgar las prestaciones relacionadas con ese derecho público subjetivo.

VI. LAS NORMAS BÁSICAS DEL DERECHO A LA SALUD

1. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (*artículos. 4o., 73, fracción XVI, y 123*)

Como parte del análisis destacamos que constitucionalmente el supremo poder de la Federación se divide para su ejercicio en Legislativo (elabora leyes), Ejecutivo (administra), y Judicial (dirime controversias); además, existen otras estructuras a las que se denomina autónomas o de relevancia constitucional (Instituto Federal Electoral, Banco de México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, etcétera).

En nuestro régimen jurídico se deposita el ejercicio del Supremo Poder Ejecutivo de la Unión en un solo individuo, que se denominará “Presidente de los Estados Unidos Mexicanos”,¹⁴⁷ quien ejerce las facultades y se obliga en términos del artículo 89 de la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que lo faculta para “proveer en la esfera administrativa” a la exacta observancia de las leyes que emanan del Congreso de la Unión.

¹⁴⁷ Véase el artículo 80 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

No debemos olvidar que la administración pública, en palabras de Carlos Álvarez Nebreda, es una función del Estado, que consiste en aplicar las leyes y cuidar de los intereses y el bienestar público.¹⁴⁸

En el caso de la salud, como lo destaca el Grupo de Trabajo de la Asociación Americana de Salud Pública:¹⁴⁹ “Las funciones y estructura de las agencias de salud pública debe estar directamente relacionada con los problemas actuales de salud pública, los programas y las prácticas”. Así, en este apartado haremos una revisión de las normas, desde el apartado orgánico de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, hasta el nivel de las normas oficiales mexicanas, para advertir cómo se procesan los problemas de salud en México.

A la par del derecho humano a la salud, contenido el artículo 4o., párrafo cuarto, de la CPEUM, ese precepto, en su párrafo séptimo, destaca un derecho fundamental otorgado a los niños para acceder a la salud, lo que también impacta en el marco funcional de las autoridades, puesto que se establece con claridad el derecho de los niños a la salud.

En lo que se refiere al supuesto de las personas sujetas a reclusión, el artículo 18, párrafo segundo, de la Constitución federal destaca a la salud en el sistema penitenciario como uno de los ejes que orientan la rehabilitación. En ese precepto existe un derecho público subjetivo otorgado a las poblaciones penitenciarias en el sentido de permitir que su rehabilitación (reinserción social) se haga en condiciones de salud.

El artículo 73, fracción XVI, contiene una serie instituciones de trascendencia para el tema, porque plasma la facultad del Congreso para dictar leyes en materia de salubridad general.

¹⁴⁸ Álvarez Nebreda, Carlos C., *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*, Madrid, Díaz Santos, 1998, p. 8.

¹⁴⁹ “Report of the Task Team of the American Public Health Association”, *American Journal of Public Health*, 47:218-34, febrero de 1957, donde se afirma: “The functions and structure of public health agencies should be directly related to current public health problems, programs, and practices”.

Además, en su base 1a. instituye un órgano de relevancia constitucional, el primero en términos históricos, el Consejo de Salubridad General, instancia que depende directamente del presidente de la República, sin intermediación de ninguna secretaría de Estado y con la posibilidad de emitir disposiciones generales obligatorias en todo el país. Lo anterior implica un caso especial del ejercicio de la facultad reglamentaria concedida al Ejecutivo federal en el artículo 89, fracción I, de la CPEUM, aunque puede ir más allá, porque no se vincula con ninguna ley. Aunque tampoco se podría estimar que estamos en presencia de una actividad legislativa.

Por otra parte, la base 4a. de ese artículo 73, fracción XVI, de la Constitución federal, destaca que las medidas que adopte el Consejo de Salubridad General en la campaña contra el alcoholismo, la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, y las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, deben ser revisadas por el Congreso de la Unión.¹⁵⁰

La base 2a. de este artículo 73, fracción XVI, establece la base constitucional de la protección contra el riesgo sanitario en la vertiente de “epidemias de carácter grave” o de invasión de “enfermedades exóticas”, al obligar a la Secretaría de Salud a dictar “inmediatamente” medidas preventivas indispensables. Además, se establece que esas medidas pueden ser “sancionadas”, después, esto es, cuando concluya la emergencia, por el presidente de la República.

Si entendemos bien el contenido de ambas bases del artículo 73, fracción XVI, de la CPEUM, estamos en presencia de un “principio de especialización” en materia de salud pública.

Otro aspecto trascendente es el contenido de la base 3a. de ese artículo 73, fracción XVI, al plasmar el carácter ejecutivo de la au-

¹⁵⁰ Lo anterior se debe relacionar con el artículo 117, párrafo final, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prescribe: “El Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados dictarán, desde luego, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo”.

toridad sanitaria. No debemos olvidar que lo “ejecutivo” es lo que no da espera ni permite que se difiera la ejecución o que ejecuta o hace algo.

Como “ejecutar” es poner por obra algo, las autoridades sanitarias deben emitir actos materialmente legislativos o actos administrativos materialmente legislativos, como son los reglamentos, para abordar las materias de su competencia. En el caso del Consejo de Salubridad General: *a)* el alcoholismo; *b)* la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, y *c)* la prevención y combate a la contaminación ambiental. En lo que se refiere a la Secretaría de Salud: *a)* las epidemias de carácter grave, y *b)* la invasión de enfermedades exóticas.

Lo anterior abona a la presencia del principio de “especialización en salud pública”, puesto que se encuentra plenamente delimitado el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud y del Consejo de Salubridad General para enfrentar una emergencia en materia de salud.

También, establece dos clases de funciones materialmente legislativas. Primera: las que emite el Consejo de Salubridad General en lo que se refiere al alcoholismo, la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, y para prevenir y combatir la contaminación ambiental, que deben ser revisadas por el Congreso de la Unión, lo que implica que eventualmente se pueden transformar en leyes. Segunda. La que se relaciona con la medidas que emita la Secretaría de Salud en el caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas, que deben ser revisadas después por el presidente de la República, lo que implica que se pueden transformar en reglamentos administrativos, una vez revisadas por el presidente de la República, o en propuesta de ley si el Ejecutivo ejerce la facultad de iniciativa del artículo 71 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Las disposiciones emitidas por el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud se vinculan con la “emergencia” (entendida como situación de peligro o desastre que requiere una

acción inmediata). Por lo anterior, se establece con claridad el carácter ejecutivo de las disposiciones que emitan ambas “autoridades sanitarias” y la obligación de todas las autoridades de obedecerlas.¹⁵¹

Miguel Acosta Romero hace una crítica al contenido de esta fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al señalar:

Los que piensan que el Consejo puede legislar, se equivocan, porque afirman que puede dictar resoluciones generales y obligatorias; ahora bien, no todas las disposiciones generales y obligatorias son leyes, luego la conclusión no es cierta. Por lo demás el Consejo de Salubridad no ha dictado leyes nunca.¹⁵²

Sin embargo, como lo destacan José Álvarez Amezquita, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Fernando Fernández del Castillo:

La Constitución de 1917, ya en su aspecto específico de la medicina preventiva y asistencial, presenta tres facetas del más profundo interés... Estos tres puntos, con el valor real de las conquistas son: en primer término la conversión del Consejo Superior de Salubridad en un organismo nacional con potestad jurídica para dictar disposiciones y normas de observancia general y obligatoria en la República; en segundo lugar, la creación del Departamento de Salubridad Pública, un organismo autónomo y ejecutivo, que in-

¹⁵¹ Debemos destacar el problema de la constitucionalidad del artículo 17 bis, fracción II, de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a las cuestiones ambientales, al ser opuesta este precepto constitucional. También se debe cuestionar el contenido del artículo 4o., fracción IV, de la Ley General de Salud, porque constitucionalmente solo existen tres autoridades generales en materia de salud: el presidente de la República, el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud. Además, se debe criticar el contenido del artículo 17 de la Ley General de Salud en lo que se refiere a la integración del secretario de Salud en el Consejo de Salubridad General, porque atenta contra el principio de especialización en materia de riesgo sanitario que establece la Constitución federal.

¹⁵² Acosta Romero, Miguel, *Segundo curso de derecho administrativo*, p. 754.

cluso podía subordinar a su autoridad, cuando de asuntos de higiene pública se trataba, a las demás dependencias del Ejecutivo federal. Y por medio del uno y del otro México resuelve en forma ecléctica el viejo y debatido problema nacional e internacional, de si la salubridad y la asistencia deben estar centralizados o no. El conflicto se liquida estableciendo ahora, como principio constitucional, que la salubridad y la asistencia mexicanas pueden ser federales, estatales o municipales...¹⁵³

Por lo que el debate se elimina destacando que nadie propone que las medidas que emitan tanto el Consejo General de Salubridad como la Secretaría de Salud, en ejercicio de su competencia sanitaria constitucional, sean “leyes en el sentido material”, sino que, única y exclusivamente, se sugiere que “eventualmente se pueden transformar en leyes”. Lo anterior se podría lograr después de que las medidas pasen los filtros constitucionales.

En el artículo 41, fracción III, apartado C, de la CPEUM, se establece la necesidad de suspender la propaganda gubernamental en el periodo de campañas electorales; sin embargo, esa excepción no se aplica a la transmisión de “propaganda gubernamental” en los casos relacionados con los servicios de salud.

También impacta en ámbito funcional de la autoridad porque se le impone la obligación de permitir la emisión de “propaganda gubernamental” cuando se trate de los aspectos relacionados con los servicios de salud.¹⁵⁴

El artículo 123, apartado A, fracción V, de la ley fundamental, asigna el derecho a las mujeres durante el embarazo a no realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación.

Aquí se impacta el marco funcional de la autoridad sanitaria, puesto que la obliga a verificar que las mujeres embarazadas

¹⁵³ Álvarez Amezcuita, José *et al.*, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, p. 65.

¹⁵⁴ Aquí se debe destacar la deficiente técnica legislativa en la construcción de este precepto, porque la materia de salud no sería propaganda, sino difusión de acciones programáticas.

desempeñen sus labores en condiciones que no impliquen peligro para su salud. Esta competencia se ejerce en conjunción con la Secretaría del Trabajo.

En otro contexto, el artículo 123, apartado A, fracción XV, de la ley fundamental, destaca que los patronos tienen la obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera el trabajo, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas.

Aunque esta competencia se considera originaria de la Secretaría del Trabajo, no se debe perder de vista que también impacta en el marco funcional de la autoridad sanitaria, puesto que existe el derecho fundamental de garantizar la mayor protección a la salud y vida de los trabajadores. Por lo que, atendiendo al principio de especialización, esta competencia se ejerce en conjunción con la Secretaría del Trabajo.

El artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso c), señala que las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación. Aquí, de nueva cuenta se impacta el marco funcional de la autoridad sanitaria, puesto que la obliga a verificar que las mujeres embarazadas desempeñen sus labores en condiciones que no impliquen peligro para su salud. También en este caso, atendiendo al principio de especialización, esta competencia se ejerce en conjunción con la Secretaría del Trabajo. Lo anterior se refrenda en el inciso d) de esa norma constitucional.

Como se advierte, las normas mencionadas, en conjunción con el artículo 4o. de la CPEUM, integran lo que se podría considerar el derecho constitucional de la salud y medicina en México.

2. Excepciones a los derechos humanos en relación con la salud

El derecho a la salud se vincula con algunos límites establecidos en la CPEUM. El artículo 16, párrafo segundo, establece como excepción para la tutela constitucional de datos, el caso de la salud pública, lo que implica que el derecho a la protección de datos “cede” frente a la salud pública, lo que obliga a una efectiva coordinación en materia de *habeas data* entre las autoridades que tutelan el derecho a la información y la autoridad sanitaria.

Aquí también se impacta en el ámbito de los derechos públicos subjetivos; sin embargo, se hace de manera negativa, porque se permite vulnerar la tutela de los datos personales cuando se aborden temas relacionados con la salud pública.

El artículo 19, párrafo segundo, impone la prisión preventiva de oficio cuando se trate de delitos contra la salud. Así, destaca la represión social de conductas que atenten contra la salud de los individuos relacionadas con sustancias narcóticas o psicotrópicas.¹⁵⁵

En este contexto, se limita la libertad como derecho público subjetivo, en el caso de los denominados “delitos contra la salud”, puesto que en esos casos se permite la prisión preventiva.

Además, en concordancia con lo anterior, en el artículo 22, fracción II, de la Constitución federal, se destaca como límite al derecho humano de propiedad la confiscación de bienes en caso de delitos contra la salud, como evidencia del nivel de preocupación que causa en el Estado la presencia de conductas que pueden atentar contra la salud de los individuos.

Lo anterior impacta el ámbito funcional de la autoridad al establecer la obligación de privar de los “bienes” a las personas que estén involucradas en delitos contra la salud.

Sin embargo, debemos destacar que los “límites” no impactan en el derecho humano a la salud, sino que más bien son modalidades de ejercicio a ciertos derechos humanos que se entrecruzan con la salud.

¹⁵⁵ Aunque esta restricción debe analizarse con cuidado frente a los debates relacionados con la permisión de sustancias psicotrópicas, como la marihuana.

3. *Concurrencia constitucional en materia de salud*

El artículo 4o., párrafo cuarto, de la CPEUM, establece la reserva de ley en lo que se refiere a las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; además, en lo que se relaciona con 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 la Constitución.

Lo anterior implica que en materia de salud tienen competencia la federación y las entidades federativas, incluido el Distrito Federal. Para reforzar la presencia de este último, el artículo 122, apartado C, base primera, fracción V, inciso i), de la CPEUM, destaca como parte del esquema concurrente de facultades, la atribución de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal para normar la materia de salud en esa entidad federativa. Afecta al ámbito funcional de la autoridad sanitaria al establecer que el Distrito Federal, como parte de competencia territorial, puede legislar en materia de salud local.

Por otra parte, para las entidades federativas (estados) en términos de los artículos 4o., párrafo cuarto, y 124 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y de los artículos 1o. y 4o. de la Ley General de Salud, se puede establecer su concurrencia en la materia, en particular del segundo, que destaca el carácter de “autoridad sanitaria” de las entidades federativas.

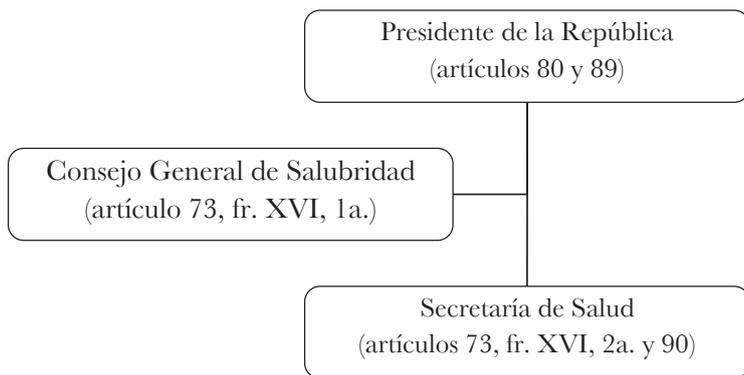
No obstante, habría que destacar la posibilidad de distinguir entre autoridad sanitaria “constitucional” (el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud) y autoridad sanitaria “legal” (Ejecutivo federal, Secretaría de Salud y ramas de salud de las entidades federativas).

Del artículo 73, fracción XVI, bases 1a. y 2a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, problemas de salud pública que se pretenden enfrentar con: *a)* el alcoholismo; *b)* la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana; *c)* la prevención y combate a la contaminación ambiental; *d)* las epidemias de carácter grave, y *e)* la inva-

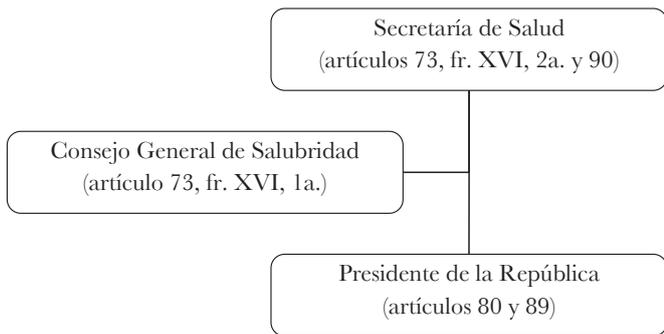
sión de enfermedades exóticas, al Consejo General de Salubridad, que depende directamente del presidente de la República y a la Secretaría de Salud.

Además, ese mismo precepto, en las bases mencionadas, establece como órganos de relevancia constitucional para enfrentar los riesgos mencionados al Consejo General de Salubridad y a la Secretaría de Salud.

En este sentido, en el nivel constitucional, orgánicamente existen dos estructuras con competencia en materia sanitaria: el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud. El precepto también destaca las líneas de relación jerárquica y de mando en materia de salud pública: 1. Presidente de la República; 2. Consejo de Salubridad General, y 3. Secretaría de Salud.



Sin embargo, debemos destacar que la relación se invierte en casos de epidemia grave, porque, como ya lo destacamos, en estos casos el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud actúan frente a una “emergencia”. Por lo anterior, el artículo 73, fracción XVI, de la CPEUM, establece con claridad el carácter ejecutivo de las disposiciones que emitan ambas “autoridades sanitarias” y la obligación de todas las autoridades de obedecerlas. Así, en caso de emergencia, la autoridad sanitaria constitucional sería:

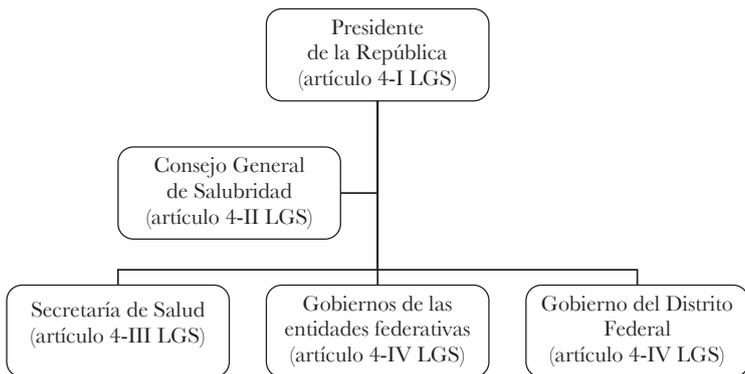


Sin embargo, en el artículo 4o. de la Ley General de Salud (LGS) se establecen autoridades sanitarias diferentes, como se desprende de su contenido:

Artículo 4o. Son autoridades sanitarias:

- I. El Presidente de la República;
- II. El Consejo de Salubridad General;
- III. La Secretaría de Salud, y
- IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

Así, atendiendo al carácter concurrente de la Ley, se establece en entorno legal de competencia para las autoridades sanitarias, como se muestra en el cuadro siguiente:



En este contexto, a estas autoridades sanitarias debemos considerarlas como las “legales”; esto es, aquellas que actúan de manera cotidiana en la resolución de los problemas relacionados con la salud.

Lo anterior se puede vincular con el contenido del artículo 5o. de la LGS, que instituye el Sistema Nacional de Salud, en donde participan las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, al que se le asigna como objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

4. *Política y programación en materia de salud (artículos 25 y 26, CPEUM y Ley de Planeación)*

El artículo 25 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral y sustentable, que fortalezca la soberanía de la nación y su régimen democrático, y que, mediante el fomento del crecimiento económico y el empleo y una más justa distribución del ingreso y la riqueza, permita el pleno ejercicio de la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales. Así, dice que el Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional, llevará al cabo la regulación y fomento de las actividades que demande el interés general en el marco de las libertades que otorga la Constitución. Sigue diciendo que al desarrollo económico nacional concurrirán, con responsabilidad social, el sector público, el sector privado, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo de la nación.

El sector público tiene a su cargo, de manera exclusiva, las áreas estratégicas que se señalan en el artículo 28, párrafo cuarto, de la Constitución, manteniendo siempre el gobierno federal

la propiedad y el control sobre los organismos que en su caso se establezcan. Además, puede participar por sí o con los sectores social y privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.

También se asigna al sector público la responsabilidad de aplicar criterios de equidad social y productividad para apoyar e impulsar a las empresas de los sectores social y privado de la economía, sujetándolas a las modalidades que dicte el interés público y al uso, en beneficio general, cuidando su conservación y el medio ambiente.

Se destaca la protección legal a la actividad económica que realicen los particulares y proveer las condiciones para que el desenvolvimiento del sector privado contribuya al desarrollo económico nacional, en los términos que establece la Constitución.

Por su parte, el artículo 26-A de la Constitución establece que el Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

Los fines del proyecto nacional contenidos en la Constitución determinarán los objetivos de la planeación. La planeación será democrática. Mediante la participación de los diversos sectores sociales recogerá las aspiraciones y demandas de la sociedad para incorporálas al plan y los programas de desarrollo. Asimismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para que el Ejecutivo federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución. En el sistema de planeación democrática, el Congreso de la Unión tendrá la intervención que señale la ley.

Por su parte, la Ley de Planeación (LP)¹⁵⁶ es una norma de orden público e interés social. Su objeto es establecer (artículo 1o.):

¹⁵⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de enero de 1983.

1. Las normas y principios básicos conforme a los cuales se llevarán a cabo la Planeación Nacional del Desarrollo y encauzar, en función de ésta, las actividades de la administración Pública Federal.

2. Las bases de integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

3. Las bases para que el Ejecutivo Federal coordine sus actividades de planeación con las entidades federativas, conforme a la legislación aplicable.

4. Las bases para promover y garantizar la participación democrática de los diversos grupos sociales así como de los pueblos y comunidades indígenas, a través de sus representantes y autoridades, en la elaboración del Plan y los programas a que se refiere esta Ley.

5. Las bases para que las acciones de los particulares contribuyan a alcanzar los objetivos y prioridades del plan y los programas.

De conformidad con los artículos 25 y 26 constitucionales, el artículo 2o. de la LP establece que la planeación debe ser un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país. Así, deberá tender a la consecución de los fines y de los objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución. Debe procurar el fortalecimiento de la soberanía, de la independencia y de la autodeterminación nacionales, en lo político, en lo económico y en lo cultural; la preservación y el perfeccionamiento del régimen democrático, republicano, federal y representativo, y la consolidación de la democracia como sistema de vida, fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo, impulsando su participación activa en la planeación y ejecución de las actividades del gobierno. Asimismo, debe tender a la igualdad de derechos entre mujeres y hombres; al respeto irrestricto de las garantías individuales, y de las libertades y derechos sociales, políticos y culturales; al fortalecimiento del pacto federal y del municipio libre; al equilibrio de los factores de la

producción; a la perspectiva de género, y a la factibilidad cultural de las políticas públicas nacionales.

Define a la planeación nacional de desarrollo como la ordenación racional y sistemática de acciones que tienen el propósito de transformar la realidad del país, de conformidad con las normas, con los principios y con los objetivos de la Constitución y de la ley. Lo anterior, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales (artículo 3o.).

Así, se establece que en la planeación se deben fijar objetivos, metas, estrategias y prioridades, así como criterios basados en estudios de factibilidad cultural para su realización. De igual forma, se deben asignar recursos, responsabilidades y tiempos para su cumplimiento; pero también se deben evaluar los resultados.

La planeación nacional del desarrollo es responsabilidad del Ejecutivo federal; sin embargo, se debe incluir la participación democrática de grupos sociales (artículo 4o.); también participa el Congreso de la Unión mediante su examen y opinión respecto del plan (artículo 5o.).

Los aspectos de la planeación nacional del desarrollo que correspondan a las dependencias y entidades de la administración pública federal se llevan a cabo a través del Sistema Nacional de Planeación Democrática (artículo 12); la Secretaría de Hacienda y Crédito Público es la responsable de coordinar las actividades de la planeación nacional del desarrollo (artículos 13 y 14).

A la Secretaría de Hacienda le corresponde elaborar el Plan Nacional de Desarrollo según las propuestas de las dependencias y entidades de la administración pública federal, de los gobiernos de los estados, y de los grupos sociales; sin embargo, asegurándose que los programas¹⁵⁷ que se desprendan de ella sean en todo

¹⁵⁷ El término de “Plan” se reserva para el Plan Nacional de Desarrollo, pero también existen programas sectoriales, institucionales, regionales y especiales; todos se desprenden del Plan, y deben ser congruentes con él. Los programas

momento congruentes con el Plan Nacional. Asimismo, también le corresponde verificar la relación entre los programas y presupuestos, y en su caso, adoptar las medidas necesarias para corregir las desviaciones (artículo 14).

Es aquí donde participa la Secretaría de Salud en la rectoría y planeación del sector salud, que debe ser congruente con el Plan Nacional de Desarrollo. El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, lleva la rectoría en materia de salud; es decir, la planeación estratégica del sector, la definición de prioridades, la coordinación intrasectorial e intersectorial. De igual manera, se encarga de la regulación de la atención a los particulares con la colaboración de otros cuerpos profesionales e instituciones de la sociedad civil, de la regulación sanitaria, y de la evaluación de servicios, programas, políticas, instituciones y sistemas de salud.

La participación de las entidades federativas en la planeación nacional del desarrollo es posible mediante la coordinación. El Ejecutivo Federal puede convenir con los gobiernos de las entidades federativas su participación en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones, para que con su coadyuvancia se llegue a la consecución de los objetivos de la planeación nacional, y para que las acciones a realizarse por la Federación y los estados se planeen de manera conjunta (artículo 33).

También es posible la participación de grupos sociales y particulares mediante la concertación e inducción. El Ejecutivo Federal, por sí o a través de sus dependencias, y las entidades paraestatales, puede concertar la realización de las acciones previstas en el Plan y los programas, con las representaciones de los grupos sociales o con particulares interesados mediante contratos y convenios.

sectoriales están dirigidos a secciones de la administración pública centralizada, mientras que los programas institucionales corresponden a las entidades paraestatales. Los programas regionales, por su parte, son para regiones que se consideran prioritarias o estratégicas, en función de los objetivos nacionales, y cuya extensión territorial rebasa a una entidad federativa. Los programas especiales se refieren a prioridades de desarrollo integral del país fijados en el plan o a las actividades relacionadas con dos o más dependencias coordinadoras de sector.

En el artículo 7o., fracción VI, de la LGS, se destaca que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, a la que le corresponde: VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes. Por su parte, el artículo 104 de esa LGS destaca que

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del Sistema Nacional de Salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

Además, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISS) destaca que esa Secretaría, a través de sus unidades administrativas, conduce sus actividades en forma programada y con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo, del Sistema Nacional de Salud y de los programas a cargo de la Secretaría y de las entidades del sector coordinado establezca el presidente de la República (artículo 3o.).

En este contexto, el PND 2007-2012, en el punto 3.2, estableció varios objetivos en relación con la materia de salud:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población. Para lograr este objetivo se previó como meta fortalecer los programas de protección contra riesgos sanitarios; promover la participación activa de la sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos; integrar sectorialmente las acciones de prevención de enfermedades.
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Para lograr este objetivo se propuso implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos; mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los me-

canismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo; asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.

3. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, para lo cual se propuso promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad; ampliar la cobertura de servicios de salud a través de unidades móviles y el impulso de la telemedicina; fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal. Para lograr este objetivo se propuso consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los mexicanos de los gastos causados por la enfermedad; consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños; consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos; promover la concurrencia equitativa entre órdenes de gobierno para las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud.

5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país, para lo cual se propuso consolidar la investigación en salud y el conocimiento en ciencias médicas vinculadas a la generación de patentes y al desarrollo de la industria nacional; garantizar un blindaje efectivo contra amenazas epidemiológicas y una respuesta oportuna a desastres para mitigar el daño al comercio, la industria y el desarrollo regional; promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.

Por su parte, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (Prosesa), cuyo fundamento se encuentra en el PND 2007-2012, plantea cinco objetivos o estrategias para lograr los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo señalado. Esos son:¹⁵⁸

1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas.
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Lo anterior se complementa con el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que se desprende del PND 2007-2012.

5. *La Ley General de Salud y sus reglamentos*

La LGS abarca una amplia gama de temas relacionadas con la salud en sus varios títulos: Disposiciones generales, Sistema Nacional de Salud, Prestación de los servicios de salud, Recursos humanos para los servicios de salud, Investigación para la salud, Información para la salud, Promoción de la salud, Prevención y control de enfermedades y accidentes, De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal, Asistencia social, Prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, Acción extraordinaria en materia de salubridad general, Programas contra las adicciones, Control sanitario de productos y servicios de su importación y exportación, Publicidad, donación, trasplantes y pérdida de la vida, Sanidad internacional, Autorizaciones y certi-

¹⁵⁸ Programa Sectorial de Salud 2007-2012, p. 13, en http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf, consultado el 6 de noviembre de 2012.

ficados, Vigilancia sanitaria, Medidas de seguridad, y Sanciones y delitos.

Así, los artículos 1o. y 2o. de la Ley General de Salud desarrollan en el plano legal el contenido del derecho fundamental a la salud. Del artículo 1o. destaca que la Ley General de Salud es reglamentaria del artículo 4o. constitucional; su contenido sin las bases (fundamento o apoyo principal de algo) y modalidades (modo de ser o de manifestarse algo) para el acceso a los servicios de salud.¹⁵⁹

Los servicios de salud son, conforme al artículo 23, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; estos se clasifican en: de atención médica, de salud pública, y de asistencia social. Se consideran servicios básicos de salud (artículo 27 LGS):

- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- La atención materno-infantil;
- La planificación familiar;

¹⁵⁹ Aquí habría que destacar que en la actualidad no es lo mismo función pública que servicio público. Por lo anterior, la idea de servicio puede impactar en la tutela del derecho fundamental a la salud. En efecto, la idea de servicio remite a la actividad llevada a cabo por la administración o, bajo un cierto control y regulación de esta, por una organización, especializada o no, y destinada a satisfacer necesidades de la colectividad. Sin embargo, si la salud se relaciona con un derecho fundamental, debería constituir una función pública (esto es, una tarea que corresponde realizar a una institución o entidad, o a sus órganos o personas públicas).

- La salud mental;
- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;
- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- La promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

También sobresale en el artículo 1o. la idea de concurrencia (participación) de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Por su parte, el artículo 3o. prescribe que se entiende o qué actividades son “salubridad general”; esto es:

1. Organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud relacionados con: *a)* Servicios públicos a la población en general; *b)* Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y *c)* Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria (véase artículo 34, fracciones I, III y IV).

2. Atención médica a grupos vulnerables.

3. Protección social a la salud.

4. Coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios (véase artículo 34, fracción II).

5. Atención materno infantil.

6. Programa de nutrición en pueblos y comunidades indígenas.

7. La salud visual y auditiva.

8. Planificación familiar.

9. Salud mental:

10. Organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

11. Promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

12. Investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos (bioética).
13. Información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
14. Educación para la salud.
15. Prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo.
16. Prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
17. Salud ocupacional y saneamiento básico.
18. Prevención y control de enfermedades transmisibles.
19. Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.
20. Prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.
21. Prevención de la invalidez y rehabilitación de los inválidos.
22. Asistencia social.
23. Programa contra el alcoholismo.
24. Programa contra el tabaquismo.
25. Prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia.
26. Control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación.
27. Control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.
28. Control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos relacionados con tabaquismo, estupefacientes y psicotrópicos.
29. Control sanitario de la publicidad y de las actividades, productos y servicios regulados por la ley.
30. Control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células.
31. Control sanitario de cadáveres de seres humanos.
32. Sanidad internacional.

33. Tratamiento del dolor.

34. Otras materias legales de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

El ámbito de validez territorial de la Ley General de Salud es toda la República.

Se establece que es una norma de orden público, lo que podría considerarse como situación y estado de legalidad normal en que las autoridades ejercen sus atribuciones propias y los ciudadanos las respetan y obedecen sin protesta; sin embargo, también podría entenderse como la potestad, jurisdicción y autoridad para hacer algo, como contrapuesto a privado.

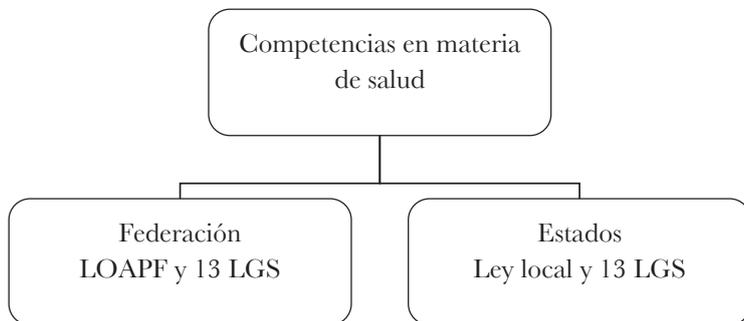
Por último, la Ley General de Salud, en su artículo 1o., destaca que esa norma es de interés social (o sea, lo que conviene o beneficia a toda la sociedad).

En este sentido, el artículo 2o., en sus diversas fracciones, de la Ley General de Salud, establece el contenido del derecho fundamental a la salud, que es de naturaleza integral, porque se relaciona con el bienestar físico y mental, la prolongación y mejora de la calidad de vida, la protección e incremento de valores de salud, la solidaridad y responsabilidad social, el disfrute de los servicios, los conocimientos y uso de los servicios, y la enseñanza, investigación y tecnología para la salud.¹⁶⁰

Como se advierte, la Ley General de Salud incorpora una distorsión del sistema de “salubridad general” o “salud pública” delimitado en las bases 1a. y 2a. de la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que deberíamos distinguir entre las autoridades sanitarias a nivel país o constitucionales: presidente de la República, Consejo de Salubridad General, con facultades para emitir disposiciones generales (administrativas y con carácter ejecutivo en todo el país); de las autoridades sanitarias que aplican la ley en sus ámbitos de competencia (federación, estados y Distrito Federal).

¹⁶⁰ Existe una confusión entre el contenido de derecho fundamental y las finalidades del “servicio” de salud.

La distribución de competencias o el ejercicio de facultades en materia de “salubridad general” se dan entre la federación y las entidades federativas, en términos del gráfico siguiente:



Atendiendo al carácter concurrente de la materia, en lo que se refiere a la salubridad general, se establecen una serie de competencias que ejerce la federación y las entidades federativas, como son: *a)* organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXVIII bis y XXX del artículo 3o. de la LGS; *b)* coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero; *c)* formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo; *d)* llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competen; *e)* elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes; *f)* vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de la LGS y demás disposiciones aplicables, y *g)* las demás atribuciones específicas que se establezcan en la LGS y demás disposiciones generales aplicables.

Sin embargo, lo anterior rompe con el principio de especialización sanitaria y con el esquema constitucional de autoridades sanitarias, genera retrasos e impide el ejercicio de las facultades ejecutivas que la Constitución establece en materia de riesgo sanitario, sobre todo el dictar las medidas necesarias para enfrentar la emergencia, porque atendiendo al esquema, se debe buscar el consenso de las autoridades sanitarias locales, lo que limita la funcionalidad del sistema.

A. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios

El Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios tiene por objeto la regulación, control y fomento sanitario del proceso, importación y exportación, así como de las actividades, servicios y establecimientos, relacionados con los siguientes productos:

- Leche, sus productos y derivados;
- Huevo y sus productos;
- Carne y sus productos;
- Los de la pesca y derivados;
- Frutas, hortalizas y sus derivados;
- Bebidas no alcohólicas, productos para prepararlas y congelados de las mismas;
- Cereales, leguminosas, sus productos y botanas;
- Aceites y grasas comestibles;
- Cacao, café, té y sus derivados;
- Alimentos preparados; alimentos preparados listos para su consumo;
- Alimentos para lactantes y niños de corta edad;
- Condimentos y aderezos;
- Edulcorantes, sus derivados y productos de confitería;
- Alimentos y bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición;
- Los biotecnológicos;

- Suplementos alimenticios;
- Bebidas alcohólicas;
- Tabaco;
- Los de perfumería, belleza, aseo y repelentes de insectos;
- Aditivos, y
- Los demás que, por su naturaleza y características, sean considerados como alimentos, bebidas, productos de perfumería, belleza o aseo o tabaco, así como las sustancias asociadas con su proceso.

Asimismo, el Reglamento incide en el envase, envasado e irradiación de los productos antes precisados; su etiquetado y transporte.

Los productos, establecimientos, actividades y servicios regulados en ese Reglamento se relacionan con los productos que se destinan al uso y consumo humanos, excepto cuando expresamente se refiera a otros. En ese instrumento se establecen reglas generales a las que deben atenerse los establecimientos, sus propietarios y su personal.

La aplicación del Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, en términos de su artículo 7o., corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que en su caso se suscriban.

También se establece la obligación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios:

1. De promover, en coordinaciones con las instituciones de investigación y de enseñanza superior, tanto públicas como privadas, el ejercicio de acciones tendientes a mejorar las condiciones sanitarias de los productos, de su proceso y los servicios a que se refiere el presente Reglamento (artículo 3o.).
2. De establecer y actualizar en las normas, en términos de la ley de la materia, la clasificación, disposiciones o especificaciones sanitarias sobre los productos, servicios, actividades y establecimientos objeto de este Reglamento (artículo 4o.).

3. De llevar a cabo programas y campañas de control y fomento sanitario, e invitar a participar en éstas a la comunidad, productores, profesionales de la salud y prestadores de servicios, en el marco del Sistema Nacional de Salud (artículo 5o.).

Asimismo, se regulan el procedimiento y los requisitos para la expedición de autorizaciones, permisos, avisos y certificados, así como lo relativo a los terceros autorizados, a las verificaciones y a las medidas de seguridad; además, se establecen las sanciones aplicables.

Cabe señalar que este Reglamento cuenta con un apéndice. El Reglamento no hace mención de recurso alguno o medio de impugnación a favor de los particulares para lograr, en su caso, el control de la legalidad de los actos de autoridad.

B. Reglamento de Insumos para la Salud

El Reglamento de Insumos para la Salud tiene por objeto la regulación y el control sanitario de los insumos, remedios herbolarios, su importación y exportación y los establecimientos y actividades relacionados con ellos. En este reglamento se encuentran disposiciones relativas al envasado y etiquetado, y a la prescripción, venta o suministro, investigación y suspensión de actividades, y destrucción de insumos.

Entre los insumos regulados se encuentran productos biológicos y hemoderivados, estupefacientes y psicotrópicos, medicamentos vitamínicos, medicamentos homeopáticos, medicamentos herbolarios, medicamentos genéricos intercambiables, productos biotecnológicos, remedios herbolarios y otros insumos.

En lo que se refiere a la operación del Reglamento, en términos de su artículo 6o., su aplicación e interpretación corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que en su caso se suscriban.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios debe llevar a cabo programas y campañas de control y

fomento sanitario, e invitar a participar en éstas a la comunidad, a las productoras, a los profesionales de la salud y a los prestadores de servicios, en el marco del Sistema Nacional de Salud (artículo 4o.).

También es competente para la expedición de autorizaciones, incluidas licencias, registros y permisos, así como avisos y certificados sanitarios. En este Reglamento se establecen los procedimientos y requisitos para la expedición de las autorizaciones y avisos. También se regula lo relacionado con los terceros autorizados, las verificaciones, medidas de seguridad y sanciones, en donde interviene la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Se observa que este Reglamento no hace mención de recurso alguno o medio de impugnación a favor de los particulares para lograr, en su caso, el control de la legalidad de los actos de autoridad.

C. Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos

Este Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de septiembre de 1999. Su objeto es reglamentar el control de las actividades reguladas y la coordinación entre las dependencias competentes para aplicar la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

El reglamento establece facultades y obligaciones de la Secretaría de Salud. Así, se establece la obligación de las dependencias, entre estas la Secretaría de Salud, para coordinarse para la adición o supresión de precursores químicos o productos químicos, así como los volúmenes de productos químicos esenciales que estarán sujetos a la aplicación de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

Asimismo, se establece la obligación de coordinación de las dependencias respecto de los documentos que deberán contener los registros que lleven los sujetos que realizan actividades reguladas por la Ley antes citada; y la coordinación de las dependencias respecto a la base de datos relativos a precursores químicos y químicos esenciales.

Respecto a la base de datos, le corresponde a la Secretaría de Salud ingresar la información contenida en los permisos de importación y exportación de precursores químicos y productos químicos esenciales que expida a favor de los sujetos, dentro de los tres días siguientes a su expedición. Asimismo, le corresponde ingresar a la base de datos los avisos de importación y exportación que reciba dentro de los tres días siguientes a su recepción.

También le corresponde a la Secretaría de Salud, recibir las comunicaciones respecto a actos regulados en la mencionada Ley, que involucre un volumen extraordinario de precursores químicos o productos químicos esenciales, un método de pago o entrega inusual, o cualquier circunstancia que pueda implicar un desvío; la propuesta para realizar cualquiera de las actividades reguladas, por sujetos cuya descripción o características coincidan con información proporcionada previamente por cualquiera de las dependencias, y la desaparición o merma inusual de precursores químicos o productos químicos esenciales que involucren un volumen extraordinario de precursores químicos. La forma de recepción de esta comunicación se encuentra en el Reglamento.

D. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad tiene por objeto reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, de los servicios y de las actividades a que se refiere la Ley General de Salud.

Se establece cómo debe ser la publicidad de los productos, de los servicios y de las actividades a que se refiere la Ley General de Salud. Así, la publicidad debe ser congruente con las

características o especificaciones que establezcan las disposiciones aplicables para los productos o servicios objeto de la misma; también debe ser orientadora y educativa respecto del producto o servicio de que se trate, y se prohíbe realizar publicidad que propicie atentar o poner en riesgo la seguridad o la integridad física o la mental o la dignidad de las personas.

El Reglamento en comento regula la publicidad que se relaciona con:

- la prestación de servicios de salud;
- alimentos, suplementos alimenticios, fórmulas para lactantes y bebidas no alcohólicas;
- bebidas alcohólicas y tabaco;
- insumos para la salud como medicamentos y remedios herbolarios, medicamentos genéricos intercambiables, y equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y productos higiénicos.

También regula la publicidad de productos de aseo y de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas, así como de productos biotecnológicos.

En términos de su artículo 3o., su aplicación e interpretación corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que en su caso se suscriban, sin perjuicio de las atribuciones que en materia de publicidad correspondan a otras dependencias del Ejecutivo Federal.

Dentro de las facultades u obligaciones derivadas del Reglamento, le corresponde a la Secretaría la vigilancia de su cumplimiento con competencia en lo relativo a autorizaciones, permisos y avisos. Este Reglamento señala el procedimiento para su expedición, así como los requisitos. También le compete la vigilancia, aplicación de medidas de seguridad y sanciones.

Respecto a las medidas de seguridad, se observa que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios tiene facultad para indicar directamente al medio de difusión relativo, que suspenda algún mensaje dentro de las veinticuatro horas siguientes, cuando el anunciante no cumpla con la suspensión de los mensajes publicitarios ordenados; sin embargo, no tiene facultades coercitivas para hacer cumplir estas órdenes.

También se regula lo referente a terceros autorizados, códigos de ética, y al Consejo Consultivo de la Publicidad.

Se observa que este Reglamento no hace mención de recurso alguno o medio de impugnación a favor de los particulares para lograr, en su caso, el control de la legalidad de los actos de autoridad.

E. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

El Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de mayo de 2000. Su objeto es proveer en la esfera administrativa al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

Contiene disposiciones para la prestación de servicios de consultorios, de hospitales, de atención materno-infantil, de planificación familiar, de salud mental, de servicios de rehabilitación, y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Como lo previene su artículo 3o., su aplicación corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas, en los términos de la Ley General de Salud y de los acuerdos de coordinación que suscriban.

Hay que destacar que en la fracción VI del artículo 17 bis de la Ley General de Salud y al inciso *a* de la fracción I del artículo 3o. del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, corresponde a esa Comisión el control y vigilancia sanitarios de los establecimientos de salud.

Dentro de las facultades y obligaciones de la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra

Riesgos Sanitarios, se encuentra lo relacionado con la expedición y revocación de autorizaciones de licencias, permisos y avisos de los establecimientos de salud. También le corresponde la vigilancia de los establecimientos y la aplicación de sanciones, en su caso.

Destaca, además, que contra los actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, que se tramitará de acuerdo con lo dispuesto en el capítulo IV del título décimo octavo de la Ley General de Salud.

F. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional

El reglamento se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de febrero de 1985. Su objeto es proveer en la esfera administrativa a la observancia de la Ley General de Salud en lo que se refiere a sanidad internacional.

Su aplicación, como lo prescribe su artículo 2o., compete a la Secretaría de Salud, sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a las secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores, Marina, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Comunicaciones y Transportes y a otras dependencias del Ejecutivo Federal.

Como se establece en el Reglamento, corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios la operación de los servicios de sanidad internacional, salvo en lo referente a personas. Esta facultad de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se fundamenta en la fracción IX del artículo 17 bis de la Ley General de Salud, en la fracción VIII del artículo 3o. y cuarto transitorio del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

También le corresponde la vigilancia del cumplimiento del contenido del Reglamento y demás disposiciones aplicables, salvo en lo relativo a las personas. La vigilancia sanitaria se llevará

a cabo mediante visitas de inspección. Los funcionarios que realizan las vigilancias deberán realizarlas de conformidad con las prescripciones de la Ley y de este Reglamento.

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios está facultada para sancionar las violaciones a los preceptos de este Reglamento en el ámbito de su competencia, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Contra actos y resoluciones de la Secretaría, que con motivo de la aplicación de este Reglamento dé fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, el cual se sustanciará en los términos de la Ley.

G. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios

Este Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de enero de 1988, y tiene por objeto

...establecer el control, fomento y regulación sanitarios sobre actividades establecimientos, productos, y servicios, constituye una herramienta en la consecución de la salud de la población; Que el sistema de control y regulación sanitarios tiene como finalidad establecer los mecanismos de vigilancia e inspección de los productos y servicios a que se refiere el Título Décimo Segundo, el Capítulo Cuarto del Título Séptimo y el Capítulo Único del Título Décimo Séptimo de la Ley General de Salud, con el propósito de evitar un riesgo a la salud de las personas.¹⁶¹

Su aplicación corresponde a la Secretaría, en coordinación con las demás dependencias del Ejecutivo Federal, en los térmi-

¹⁶¹ Párrafos sexto y séptimo del considerando del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos Productos y Servicios.

nos de este instrumento, y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que en su caso se suscriban (artículo 4o.).

Son materias de regulación, control y fomento sanitarios en el Reglamento:

a) Las actividades y servicios que impliquen un riesgo para la salud humana que:

- presten los responsables y auxiliares a los que se refiere el artículo 200 de la Ley General de la Salud;
- se relacionen con el control de la condición sanitaria y tengan repercusión en la salud humana; comprendan el proceso de los productos a que se refiere este mismo Reglamento;
- comprendan la importación y exportación de los productos a que se refiere este Reglamento en los términos de la Ley General de Salud;
- se realicen o presten en los establecimientos a que se refiere este reglamento.

b) Los establecimientos destinados al proceso de los productos:

- que se enumeran en este Reglamento y en su caso, a la utilización y disposición final de los mismos;
- al proceso, almacenamiento, distribución o destino final de plaguicidas y fertilizantes;
- al almacenamiento y distribución de gas licuado de petróleo (L.P.) y otros gases industriales de alta peligrosidad, en los aspectos sanitarios;
- Ubicados en las vías generales de comunicación, y donde se desarrollen actividades ocupacionales, en los que se ponga en riesgo la salud de los trabajadores.

c) productos:

- Agua y hielo para uso y consumo humanos;
- Leche, lácteos, derivados e imitaciones;
- Carne y derivados; de la pesca y derivados;
- Huevo y derivados; aceites y grasas comestibles;

- Aditivos para alimentos;
- Frutas, hortalizas, leguminosas y sus derivados;
- Alimentos para lactantes y niños de corta edad;
- Cacao, café, té, y sus derivados;
- Bebidas no alcohólicas, productos para prepararlas y productos congelados de las mismas;
- Para regímenes especiales de alimentación;
- Cereales y productos de estos y harinas de leguminosas; Edulcorantes nutritivos y sus derivados;
- Condimentos y aderezos;
- Alimentos preparados;
- Bebidas alcohólicas;
- Tabaco;
- Medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
- Sustancias tóxicas;
- Perfumería, belleza y aseo;
- Fuentes de radiación, y
- Los contemplados en el capítulo VIII del título décimo segundo de la Ley General de Salud.

d) Los vehículos

- destinados al transporte de gas licuado de petróleo (L.P.) y otros gases industriales de alta peligrosidad;
- los destinados al transporte de los productos a que se refiere la fracción III de este artículo, y
- transporte federal de pasajeros.

e) Los sistemas de abastecimiento de agua y equipos domésticos de purificación de la misma.

Dentro de las facultades y obligaciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se encuentran revocar autorizaciones y certificados sanitarios relativos a las actividades, servicios, establecimientos y productos de su competencia conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en el Reglamento; también le corresponde la aplicación de sanciones.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y

Servicios tiene varias disposiciones derogadas. Al entrar en vigor el Reglamento de Insumos para la Salud el 4 de febrero de 1998, derogó diversas disposiciones relacionadas con insumos médicos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas del reglamento en comento. De igual forma, al entrar en vigor el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios el 9 de agosto de 1999, se eliminaron diversas disposiciones del reglamento ya citado. El 28 de diciembre del 2004 fue publicado en el *DOF* el Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación y Exportación y Certificados de Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materiales Tóxicos o Peligrosos, derogando las disposiciones que se opongan al citado reglamento, entre ellas las previstas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad.

H. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos*

Este reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de febrero de 1985. Su objeto es proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos con fines terapéuticos, de investigación y de docencia.

Su aplicación compete, de acuerdo con su artículo 3o., a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en términos de los acuerdos de coordinación que suscriban.

Le corresponde a la Secretaría de Salud la expedición y revocación de licencias sanitarias a establecimientos que realicen actos de disposición de órganos, tejidos y células humanas, conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en la Ley.

También le corresponde lo relativo a los avisos relacionados con los establecimientos mencionados, la vigilancia, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, a los establecimientos mencionados que incumplan las disposiciones en esta materia, contenidos en la Ley General de Salud y en este Reglamento.

Contra actos y resoluciones de la Secretaría (de Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), que con motivo de la aplicación de este Reglamento den fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, y su tramitación se ajustará al capítulo IV del título décimo octavo de la Ley.

I. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco

Este instrumento se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de mayo de 2009. Su objeto es reglamentar la Ley General para el Control del Tabaco. Su aplicación corresponde a la Secretaría, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que al efecto se suscriban, según el artículo 3o. del reglamento en comento.

En el citado Reglamento se regula lo concerniente a la fabricación e importación; las licencias sanitarias de establecimientos; el permiso sanitario previo de importación, el empaquetado y etiquetado, la publicidad y promoción; la venta de productos de tabaco; la protección contra la exposición de humo de tabaco, y la vigilancia sanitaria, medidas de seguridad y sanciones.

El Reglamento hace mención explícita de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en diez ocasiones en los artículos 1o., fracción III; 16, 19, 24, 27 y 80. En el artículo primero del reglamento se encuentran las definiciones, y se establece en la fracción III que por Cofepris se entenderá la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. En los artículos 16, 19, 24 y 27 se alude a la Comisión Federal para

la Protección contra Riesgos Sanitarios, y se establece que esta es la autorizada para otorgar licencias sanitarias a los productores, fabricantes e importadores de productos del tabaco, así como los permisos sanitarios previos de importación de productos de tabaco en sus distintas modalidades.

El artículo 80 establece la competencia de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para sancionar administrativamente las violaciones a los preceptos de la Ley General para el Control del Tabaco y de su Reglamento.

Sin embargo, cuando se refiere en el Reglamento a la atribución de la vigilancia sanitaria, medidas de seguridad y sanciones, se establece que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias; aunque en el artículo 80, ya referido, del reglamento en comento, se establece la atribución de la Cofepris para sancionar administrativamente las violaciones a los preceptos de la Ley General para el Control del Tabaco y de su Reglamento.

Además, en el artículo 5o. se establecen como atribuciones de la Secretaría de Salud, recibir y atender las denuncias o quejas que al efecto se interpongan por incumplimiento de la Ley; implementar los procedimientos de vigilancia y control sanitarios; imponer en el ámbito de su competencia las medidas de seguridad y las sanciones que al efecto se determinen por incumplimiento de la Ley, de su Reglamento y demás disposiciones aplicables; emitir y revocar las autorizaciones correspondientes a las que hace referencia la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables; todas, atribuciones de la Cofepris, conforme al artículo 17 bis de la Ley General de Salud.

Es de señalar que este reglamento sí hace referencia a medios de impugnación a favor de los particulares, y aunque no menciona ninguno explícitamente, remite a la Ley General de Salud.

J. *Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación, Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materias Tóxicas o Peligrosas*

Este reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 2004. Su objeto es reglamentar los requisitos y procedimientos conforme a los cuales la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, ejercerán las atribuciones que les confieren los ordenamientos legales en materia de registros, autorizaciones de importación y exportación y certificados de exportación, de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias y materiales tóxicos o peligrosos.

Este reglamento es muy claro en cuanto que regula las atribuciones de la Secretaría de Salud que se realizan a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Establece que su aplicación corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a la Semarnat y a la Sagarpa, y delimita claramente las atribuciones de cada una de ellas.

Así, compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios:

- autorizar el registro y expedir certificados de libre venta y exportación de plaguicidas y nutrientes vegetales,
- otorgar permisos de importación de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas, previo análisis, evaluación y dictamen de la información técnica, toxicológica y de seguridad correspondiente

A la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales le corresponde:

- emitir opinión técnica respecto de la protección del ambiente en los casos que establece el Reglamento, previo análisis y evaluación de la información técnica y ecotoxicológica,

- autorizar la importación y exportación de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias y materiales tóxicos o peligrosos;

A la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación le corresponde:

- emitir opinión técnica sobre la efectividad biológica de plaguicidas y nutrientes vegetales y sobre los aspectos fitosanitarios de los límites máximos de residuos de plaguicidas, en los casos que establece el Reglamento.

Estas tres dependencias están facultadas para emitir criterios de carácter técnico para el cumplimiento de este Reglamento.

K. *Reglamento de la Ley de la Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados*

Este ordenamiento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de marzo de 2008, y tiene por objeto reglamentar la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, a fin de proveer a su exacta observancia. Las secretarías competentes para la aplicación de este Reglamento son la Semarnat y la Sagarpa; sin embargo, en él se mencionan algunas atribuciones de la Cofepris, aunque no hace referencia explícitamente a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, sino a la Secretaría de Salud.

Conforme al artículo 16, fracción VII, un requisito para la liberación experimental al ambiente de los organismos genéticamente modificados es el número de autorización expedida por la Secretaría de Salud cuando el organismo genéticamente modificado tenga finalidades de salud pública o se destine a la biorremediación. Asimismo, para el permiso de liberación al ambiente de organismos genéticamente modificados en programas pilotos se requiere el número de autorización expedida por la Secretaría de Salud, cuando el organismo genéticamente modificado se destine para uso o consumo humano, o se destine a procesa-

miento de alimentos para consumo humano, o tenga finalidades de salud pública o se destine a la biorremediación, conforme a la fracción VII del artículo 17 del Reglamento en comento.

En los casos en que sea necesaria la autorización de la Secretaría de Salud, y no se haya expedido, se prorrogará el plazo de las secretarías competentes para resolver sobre el permiso hasta después de la obtención de la autorización correspondiente de la Secretaría de Salud.

El impacto directo de este Reglamento en las atribuciones de la Secretaría de Salud se observa en varios artículos. En los artículos del 23 al 31 se establece el procedimiento que debe realizar la Secretaría de Salud para otorgar las autorizaciones, incluidas las de importación, que le competen en materia de organismos genéticamente modificados.

Se contempla el recurso de reconsideración, y se establece el procedimiento del mismo, en caso de una resolución negativa por parte de la Secretaría de Salud, a otorgar la autorización correspondiente, así como la obligación de la Secretaría de Salud de informar a la secretaría competente de la resolución recaída a tal recurso.

Se establece la competencia concurrente de la Semarnat, la Sagarpa y la Secretaría de Salud, para expedir las listas de organismos genéticamente modificados.

Las autorizaciones sanitarias referidas en este Reglamento que competen a la Secretaría de Salud son atribuciones de la Cofepris, conforme al artículo 17 bis, que establece como materia competente de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios los productos biotecnológicos. Así, este Reglamento determina que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios debe realizar ese acto de autoridad de expedición o la negativa de expedición de autorizaciones sanitarias en materia de organismos genéticamente modificados (procedimiento), así como los requisitos requeridos para la expedición.

Además, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es la autoridad que lleva a cabo la evaluación de

riesgos caso por caso y conforme a protocolos reconocidos, en donde se determina la inocuidad de los organismos genéticamente modificados y sus productos para el consumo humano.

Por último, no debemos ser omisos para destacar que este complejo sistema de atribuciones o facultades se complementa con diversas disposiciones legales de índole inferior, como son decretos, acuerdos, manuales, circulares, NOM, Nomex, doctrina médica, etcétera.

CAPÍTULO TERCERO

ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS “EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”

I. LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Como destacamos, también podemos advertir otras bases constitucionales para generar estructuras administrativas, tomando en consideración que el artículo 90 de la CPEUM alude a una administración pública “centralizada” y “paraestatal”, que constituyen los órganos de apoyo del presidente de la República.

Las formas más conocidas son: la centralización, la desconcentración y la descentralización. Cada una de ellas posee características específicas para lograr las metas y objetivos que se relacionan con los fines públicos. Esa estructura constituye la materia prima, por así decirlo, en torno a la cual actúan los procesos de fiscalización interna y externa.

1. *Centralización*

La centralización administrativa es una manera de estructurar a los órganos que integran la función pública, de manera jerarquizada, en la que se depositan en el órgano superior central los poderes jurídicos, económicos y políticos. Se caracteriza por la concentración de las atribuciones y facultades administrativas en un solo ente, al que se subordinan los demás integrantes de la organización. Todas las potestades derivadas de las relaciones entre los entes administrativos los concentra el órgano central y los ejerce el titular de la administración.

Para Jorge Fernández Ruiz, “la centralización se caracteriza por depositar en el titular del máximo órgano administrativo el poder público de decisión, la coacción y la facultad de designar a los agentes de la administración pública”.¹⁶² Por su parte, Andrés Serra Rojas estima que

...se llama centralización administrativa al régimen que establece la subordinación unitaria, coordinada y directa de los órganos administrativos al poder central, bajo los diferentes puntos de vista del nombramiento, ejercicio de sus funciones y la tutela jurídica para satisfacer las necesidades públicas.¹⁶³

La centralización se puede realizar a través de la concentración del poder coactivo, de los poderes de decisión y de emitir órdenes, de la competencia técnica o de las atribuciones de nombramiento. Además, el titular de la administración central ejerce las facultades que involucra esta forma de organización administrativa. Esos poderes son: 1. Los de decisión, que implica orientar la solución de los negocios públicos. 2. El de nombramiento, esto es, designar a los servidores públicos al interior de la administración. 3. De mando, a través del cual emite órdenes obligatorias para sus subalternos. 4. De revisión, que le permite examinar los actos de sus subalternos, corrigiéndolos si es necesario, confirmándolos o anulándolos. 5. De vigilancia, que consiste en el control de la actuación de los servidores públicos subalternos. 6. Disciplinario, que entraña la posibilidad de sancionar el incumplimiento o cumplimiento no satisfactorio por parte del inferior de las tareas asignadas, y 7. De resolución de problemas de competencia, para decidir quién de sus subalternos conoce de determinado asunto o, incluso, para resolverlo él mismo.

Esta forma de organización posee ventajas y desventajas. Así, para Jorge Fernández Ruiz, conduce a la unidad en la ejecución

¹⁶² Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo*, México, McGraw-Hill-Interamericana Editores, 1997, p. 19.

¹⁶³ Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, t. I, 14a. ed., México, Porrúa, 1988, p. 509.

de las leyes y en la gestión de los servicios; en su aspecto negativo, se aleja de los administrados y lleva al burocratismo excesivo o al formalismo procesal.¹⁶⁴

Para atenuar los inconvenientes de la centralización se ha recurrido a la delegación de facultades administrativas, a la desconcentración y a los convenios de coordinación con las entidades federativas.¹⁶⁵

2. *Desconcentración*

La desconcentración administrativa es una forma de diluir el poder y la competencia para el despacho de los negocios públicos. Es una posición ecléctica o intermedia entre las tendencias organizativas extremas de la centralización y la descentralización, que consiste en el traslado parcial de la competencia y el poder decisorio de un órgano superior a uno inferior, conservando la relación de jerarquía entre ambos. Andrés Serra Rojas la caracteriza como la transferencia a un órgano inferior o agente de la administración central, de una competencia exclusiva, o un poder de trámite, de decisión, ejercido por los órganos superiores, disminuyendo, relativamente, la relación de jerarquía y subordinación.¹⁶⁶

En esta forma de organización administrativa el órgano desconcentrado como regla general carece de personalidad jurídica, puesto que está subordinado al órgano central y cuenta con una parte alícuota de la personalidad de éste. La desconcentración puede ser de carácter técnico, administrativo o por servicios, dependiendo si se crea al órgano desconcentrado para atender una situación de alta complejidad o especialización, para realizar actos de gestión de ciertos asuntos públicos o para prestar determinado servicio público, como agua, alcantarillado, etcétera.

¹⁶⁴ Fernández Ruiz, Jorge, *Derecho administrativo*, cit., p. 19.

¹⁶⁵ Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, cit., p. 195.

¹⁶⁶ Serra Rojas, Andrés, *Derecho administrativo*, t. I, cit., p. 513.

Además, existen otras formas de desconcentración: vertical o por materia, en que el órgano desconcentrado forma parte de la propia organización del órgano central. Horizontal o territorial, en la que el órgano central otorga competencia y poder decisorio a diversos órganos subordinados para que lo ejerzan en determinado espacio geográfico.

3. *Descentralización*

En esta clase de organización administrativa existe dependencia, mas no subordinación, del organismo descentralizado hacia el órgano central. La descentralización implica otorgar al órgano descentralizado personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía orgánica y funcional, para ejercer sus tareas de orden administrativo. A esta forma de descentralización se le llama administrativa. También puede haber descentralización política, que entraña la cesión del poder, y económica, en la cual se transfieren al órgano descentralizado facultades de toma de decisiones de carácter financiero.

Entre las formas de descentralización más conocidas se encuentran la administrativa por región y por servicio. En la primera se crea un organismo al que se le encomienda atender los intereses de una comunidad. La segunda consiste en crear un ente con personalidad jurídica y patrimonio propios para atender determinado servicio público, como puede ser alcantarillado, agua potable, transporte, entre otros.

La Ley Federal de Entidades Paraestatales, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, establece que las entidades paraestatales son aquellas que con tal carácter determina la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 2o.), y que corresponde a los titulares de las secretarías de Estado encargados de la coordinación del sector, 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 (artículo 8o.).

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tiene miembros en los órganos de gobierno y en su caso en los comités técnicos de las entidades paraestatales. También participarán otras dependencias y entidades, en la medida en que tengan relación con el objeto de la entidad paraestatal de que se trate (artículo 9o.)

Los organismos descentralizados son personas jurídicas creadas conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y cuyo objeto sea: I. La realización de actividades correspondientes a las áreas estratégicas o prioritarias; II. La prestación de un servicio público o social, o III. La obtención o aplicación de recursos para fines de asistencia o seguridad social (artículo 14).

II. ARTÍCULO 90 DE LA CPEUM

La base constitucional de la administración pública en México está contenida en los artículos 90, 91, 92 y 93 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de donde se desprenden los siguientes elementos:

- a) Una administración pública federal centralizada y paraestatal;
- b) La reserva de ley, al destacar que esa estructura se sustentará en la ley orgánica respectiva;
- c) El contenido de la Ley Orgánica es la distribución de los negocios administrativos de la Federación, que están a cargo de las secretarías de Estado, y definir las bases generales de creación de las entidades paraestatales y la intervención del Ejecutivo Federal en su operación;
- d) El principio de reserva de ley en materia de relaciones interinstitucionales, puesto que las leyes deben determinar las relaciones entre las entidades paraestatales y el Ejecutivo Federal, o entre éstas y las secretarías de Estado.

También, en esa base constitucional se delimitan los requisitos para ser secretario del despacho: ser ciudadano mexicano por nacimiento, estar en ejercicio de sus derechos y tener treinta años cumplidos.

Destaca el denominado “refrendo administrativo”, puesto que todos los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del presidente deberán estar firmados por el secretario de Estado a que el asunto corresponda, y sin este requisito no serán obedecidos.

Además, obliga a los secretarios del despacho, cuando se abra el periodo de sesiones ordinarias, a dar cuenta al Congreso del estado que guarden sus respectivos ramos.

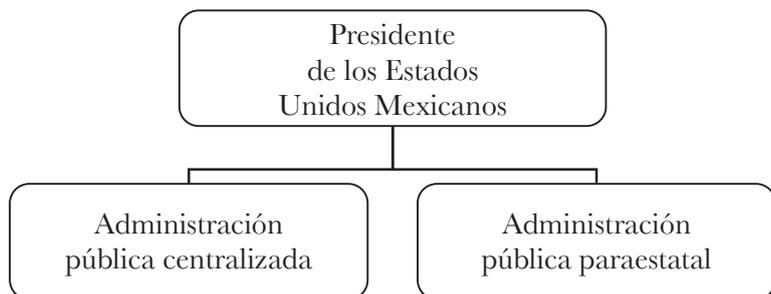
Como parte del control parlamentario sobre la administración, se faculta a cualquiera de las cámaras a convocar a los secretarios de Estado, al procurador general de la República, a los directores y administradores de las entidades paraestatales, así como a los titulares de los órganos autónomos, para que informen bajo protesta de decir verdad, cuando se discuta una ley o se estudie un negocio concerniente a sus respectivos ramos o actividades o para que respondan a interpelaciones o preguntas.

Se otorga a cualquiera de las cámaras, a pedido de una cuarta parte de sus miembros, tratándose de los diputados, y de la mitad, si se trata de los senadores, la facultad de integrar comisiones para investigar el funcionamiento de los organismos descentralizados y empresas de participación estatal mayoritaria. Los resultados de esas investigaciones se harán del conocimiento del Ejecutivo Federal.

Por último, se autoriza a cualquiera de las cámaras a requerir información o documentación a los titulares de las dependencias y entidades del gobierno federal, mediante pregunta por escrito, la cual deberá ser respondida en un término no mayor a quince días naturales a partir de su recepción. Para evitar arbitrariedades se prescribe que el ejercicio de estas atribuciones se realizará de conformidad con la Ley del Congreso y sus reglamentos.

El artículo 90 constitucional establece dos formas en que puede aparecer la administración pública federal: centralizada y

paraestatal. Lo anterior, conforme a la ley orgánica que expida el Congreso. La administración pública se estructura en términos del cuadro siguiente:



III. LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

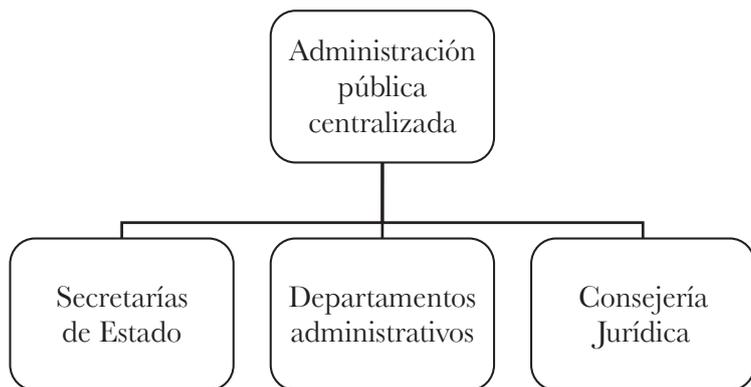
La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) distribuye los negocios del orden administrativo de la Federación que estarán a cargo de las secretarías de Estado y define las bases generales de creación de las entidades paraestatales, así como la intervención del Ejecutivo Federal en su operación. Esta ley fue promulgada por el entonces presidente José López Portillo, y se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de diciembre de 1976. El texto vigente contiene reformas publicadas hasta 2012.¹⁶⁷

La LOAPF establece las bases de organización de la administración pública federal, centralizada y paraestatal; destaca que la presidencia de la República, las secretarías de Estado, los departamentos administrativos y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal integran la administración pública centralizada.

¹⁶⁷ Este trabajo se escribe en los albores del cambio de gobierno en noviembre de 2012, por lo que se mencionan cambios a la LOAPF, aunque parece que no impactarán en el diseño primario, solo en la estructura de algunas dependencias.

Por su parte, los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal, las instituciones nacionales de crédito, las organizaciones auxiliares nacionales de crédito, las instituciones nacionales de seguros y de fianzas y los fideicomisos, componen la administración pública paraestatal (artículo 1o.).

Como órganos de apoyo directo del Poder Ejecutivo de la Unión para el ejercicio de sus atribuciones y para el despacho de los negocios del orden administrativo, las dependencias de la administración pública centralizada son: secretarías de Estado, departamentos administrativos y Consejería Jurídica (artículo 2o.).



En lo que se refiere a estructuras auxiliares, el Poder Ejecutivo de la Unión se auxilia de las entidades de la administración pública paraestatal siguientes: organismos descentralizados; empresas de participación estatal, instituciones nacionales de crédito, organizaciones auxiliares nacionales de crédito e instituciones nacionales de seguros y de fianzas, y fideicomisos (artículo 3o.).

El presidente de la República podrá convocar a reuniones de secretarios de Estado, jefes de departamentos administrativos y demás funcionarios competentes, cuando se trate de definir o evaluar la política del gobierno federal en materias que sean de la competencia concurrente de varias dependencias, o entidades

de la administración pública federal. Estas reuniones serán presididas por el titular del Ejecutivo Federal, y el secretariado técnico de las mismas estará adscrito a la presidencia de la República (artículo 7o.).

Las dependencias y entidades de la administración pública centralizada y paraestatal conducirán sus actividades en forma programada, con base en las políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo establezca el Ejecutivo Federal (artículo 9o.).

Las secretarías de Estado y los departamentos administrativos tendrán igual rango, y entre ellos no habrá, por lo tanto, preeminencia alguna (artículo 10).

Destacando el carácter de auxiliares del Poder Ejecutivo se prescribe que los titulares de las secretarías de Estado y de los departamentos administrativos ejercerán las funciones de su competencia por acuerdo del presidente de la República (artículo 11).

Aquí debemos destacar que el secretario de Estado no se limita a ser una simple “auxiliar”. Así, Gabino Fraga, después de analizar el refrendo ministerial, destaca que

Al lado de su carácter político, el Secretario de Estado tiene el carácter de órgano administrativo encargado del despacho de los asuntos de esa índole en la esfera de competencia que le fija la ley; pero no tiene una competencia distinta de la del Presidente de la República. Dentro de la esfera que la ley le señala ejerce sus funciones por acuerdo del propio Presidente.¹⁶⁸

Cada secretaría de Estado o departamento administrativo formulará, respecto de los asuntos de su competencia, los proyectos de leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, y órdenes del presidente de la República (artículo 12).

Los reglamentos, decretos y acuerdos expedidos por el presidente de la República deberán, para su validez y observancia constitucionales, ir firmados por el secretario de Estado o el jefe

¹⁶⁸ Fraga, Gabino, *Derecho administrativo*, cit., p. 180.

del departamento administrativo respectivo, y cuando se refieran a asuntos de la competencia de dos o más secretarías o departamentos deberán ser refrendados por todos los titulares de los mismos. Tratándose de los decretos promulgatorios de las leyes o decretos expedidos por el Congreso de la Unión, solo se requerirá el refrendo del titular de la Secretaría de Gobernación (artículo 13).

En lo que se refiere a la estructura interna de cada secretaría de Estado, se establece que se integrará por un secretario de Estado; subsecretarios, oficial mayor, directores, subdirectores, jefes y subjefes de departamento, oficina, sección y mesa, y por los demás funcionarios que establezca el reglamento interior respectivo y otras disposiciones legales (artículo 14).

Además, estas secretarías pueden representar al presidente de la República en los juicios de amparo, y los recursos administrativos que se promuevan contra actos de los secretarios de Estado serán resueltos dentro del ámbito de su secretaría en los términos de los ordenamientos legales aplicables.

A los titulares de las secretarías de Estado y departamentos administrativos les corresponde originalmente el trámite y resolución de los asuntos de su competencia, pero para la mejor organización del trabajo podrán delegar en los funcionarios a que se refieren los artículos 14 y 15, cualesquiera de sus facultades, excepto aquellas que por disposición de ley o del reglamento interior respectivo deban ser ejercidas precisamente por dichos titulares (artículo 16).

Además, tienen facultades para adscribir orgánicamente las unidades administrativas establecidas en el reglamento interior respectivo, a las subsecretarías, Oficialía Mayor, y a las otras unidades de nivel administrativo equivalente que se precisen en el mismo reglamento interior. Los acuerdos delegatorios de facultades se deben publicar en el *Diario Oficial de la Federación* (artículo 16).

También se prescribe que para la más eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, las secretarías de Estado y los departamentos administrativos podrán contar con órganos administrativos desconcentrados, que les estarán jerárquicamente subordinados, y tendrán facultades específicas

para resolver sobre la materia y dentro del ámbito territorial que se determine en cada caso, de conformidad con las disposiciones legales aplicables (artículo 17).

Por otra parte, las dependencias y entidades de la administración pública federal, conforme a lo previsto en los reglamentos interiores o sus ordenamientos legales de creación, respectivamente, podrán contar con delegaciones en las entidades federativas o, en su caso, en regiones geográficas que abarquen más de una entidad federativa, siempre y cuando sea indispensable para prestar servicios o realizar trámites en cumplimiento de los programas a su cargo y cuenten con recursos aprobados para dichos fines en sus respectivos presupuestos (artículo 17 bis).

También se prescribe que en el reglamento interior de cada una de las secretarías de Estado y departamentos administrativos, que será expedido por el presidente de la República, se determinarán las atribuciones de sus unidades administrativas, así como la forma en que los titulares podrán ser suplidos en sus ausencias (artículo 18).

Al titular de cada secretaría de Estado y departamento administrativo le corresponde expedir los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público necesarios para su funcionamiento, los que deberán contener información sobre la estructura orgánica de la dependencia y las funciones de sus unidades administrativas, así como sobre los sistemas de comunicación y coordinación, y los principales procedimientos administrativos que se establezcan deberán actualizarse y publicarse en el *Diario Oficial de la Federación* (artículo 19).

También las secretarías de Estado y los departamentos administrativos deben establecer sus servicios de apoyo administrativo en materia de planeación, programación, presupuesto, informática y estadística, recursos humanos, recursos materiales, contabilidad, fiscalización, archivos y los demás que sean necesarios, en los términos que fije el Ejecutivo Federal (artículo 20).

En la Ley se autoriza al presidente de la República a constituir comisiones intersecretariales, para el despacho de asuntos

en que deban intervenir varias secretarías de Estado o departamentos administrativos. Esas comisiones podrán ser transitorias o permanentes, y serán presididas por quien determine el presidente de la República (artículo 21).

También la ley establece la base legal para los convenios de coordinación de acciones con los gobiernos estatales, y con su participación, en los casos necesarios, con los municipios, que puede celebrar el presidente de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 22).

Por otra parte, destaca el mecanismo de resolución de controversias competenciales entre secretarías de Estado o departamentos administrativos para conocer de un asunto determinado, que resolverá el presidente de la República por conducto de la Secretaría de Gobernación (artículo 24).

Por último, estimando que la administración pública se orienta a partir de un principio unitario, se establece que cuando alguna secretaría de Estado o departamento administrativo necesite informes, datos o la cooperación técnica de cualquier otra dependencia, esta tendrá la obligación de proporcionarlos, en términos de las normas que expida la Secretaría de la Función Pública (artículo 25).

El artículo 26 de esa Ley Orgánica destaca las dieciocho dependencias y una consejería que integran la administración pública centralizada;¹⁶⁹ esto es, la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Relaciones Exteriores, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Marina, la Secretaría de Seguridad Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, la Secretaría de Energía, la Secretaría de Economía, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, la Secretaría de la Función Pública, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, la Secretaría del Trabajo y Previ-

¹⁶⁹ Aquí hace falta la Procuraduría General de la República, que también forma parte de la administración pública centralizada.

sión Social, la Secretaría de la Reforma Agraria, la Secretaría de Turismo y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal.

IV. EL ARTÍCULO 39 DE LA LOAPF RELACIONADO CON LA SECRETARÍA DE SALUD (LEY GENERAL DE SALUD Y SU REGLAMENTO)

A esta dependencia de la administración pública federal la podríamos considerar lo que en España se conoce como “administración sanitaria”, o sea, la autoridad gubernamental competente para aplicar las leyes y hacer cumplir en un ámbito territorial determinado las medidas sanitarias establecidas por una disposición legal.¹⁷⁰

En términos de los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF), y 13, apartado A, de la LGS,¹⁷¹ a la Secretaría de Salud le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
I	Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general (excepto saneamiento del ambiente)		
	Coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal		
	Coordinar los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen		

¹⁷⁰ Álvarez Nebreda, Carlos C., *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*, p. 8.

¹⁷¹ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984; últimas reformas publicadas el 27 de abril de 2010. Desde el punto de vista formal se organiza en títulos y capítulos, tiene formalmente 482 artículos.

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
II	Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional		
	Organizar la asistencia pública en el Distrito Federal		
III	Aplicar a la asistencia pública los fondos que le proporcionen la Lotería Nacional y los Pronósticos para la Asistencia Pública		
	Administrar el patrimonio de la beneficencia pública en el Distrito Federal a fin de apoyar los programas de servicios de salud		
IV	Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada		
V	Administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública		
VI	Planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud	VI	Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento
		VII	Coordinar el Sistema Nacional de Salud
	Proveer a la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud		

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	Propiciará y coordinará la participación de los sectores social y privado en el Sistema Nacional de Salud		
	Determinar las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes		
VII	Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al Sistema Nacional de Salud	II	En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XVII bis, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud
VIII	Dictar las normas técnicas a que quedará sujeta la prestación de servicios de salud en las materias de salubridad general, incluyendo las de asistencia social, por parte de los sectores público, social y privado, y verificar su cumplimiento	I	Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento
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 preservar 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 a la salud humana		

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
XII	Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas		
XIII	Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y exportación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterinario		
XIV	Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos que puedan afectar a la salud humana		
XV	Ejecutar el control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales, a excepción de los de uso veterinario que no estén comprendidos en la Convención de Ginebra		
XVI	Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad		
XVII	Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene industrial, con excepción de lo que se		

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	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	III	Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto
XXI	Actuar como autoridad sanitaria, ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables y ejercer la acción extraordinaria en materia de Salubridad General	V VII IX	Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general
XXII	Establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y enti-	VII bis	Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud

<i>Fr.</i>	<i>Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (artículo 39)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 13-A y C)</i>
	dades federales y proveer a su cumplimiento		
XXIII	Establecer y ejecutar con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a los discapacitados		
XXIV	Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos	X	Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables
		IV	Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia
		C	Corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley

V. REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISS)¹⁷² establece la competencia y organización de esta Secretaría.

¹⁷² *Diario Oficial de la Federación*, 19 de enero de 2004.

Como se destaca en ese reglamento, la Secretaría de Salud es una dependencia del Poder Ejecutivo Federal, que ejerce las atribuciones y facultades que le confieren la LOAPF, la LGS y otras leyes, así como los reglamentos, decretos, acuerdos y órdenes del presidente de la República (artículo 1o.).

Orgánicamente, la Secretaría de Salud se compone de secretario del ramo, servidores públicos, unidades administrativas, órganos desconcentrados, y comités de coordinación interna. Como lo prescribe el artículo 2o., al frente de la Secretaría de Salud está el secretario de despacho, quien se auxilia por:

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
I. Subsecretario de Innovación y Calidad; II. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud; III. Subsecretario de Administración y Finanzas; IV. Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud; V. Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, y VI. Titular de la Unidad de Análisis Económico.	I. Dirección General de Asuntos Jurídicos; II. Dirección General de Calidad y Educación en Salud; III. Dirección General de Comunicación Social; IV. Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Hospitales Federales de Referencia; V. Dirección General de Coordinación y Desarrollo de los Institutos Nacionales de Salud; VI. Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física;	I. Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública; II. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; III. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; IV. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea; V. Centro Nacional de Rehabilitación; VI. Centro Nacional de Trasplantes; VII. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; VIII. Centro Nacional para la	I. Comité de Innovación y Eficiencia, el cual identificará y aprovechará las oportunidades de aplicación racional y eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros de la Secretaría; II. Comité de Desarrollo de la Infraestructura Física, el cual identificará las necesidades de infraestructura física y equipamiento médico enfocados a la salud en las entidades federativas y apoyará a éstas en los diseños, desarrollo, organización, financiamiento y modalidades de operación, así como dar seguimiento a las obras en desarrollo, y

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
	<p>VII. Dirección General de Evaluación del Desempeño;</p> <p>VIII. Dirección General de Información en Salud;</p> <p>IX. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud;</p> <p>X. Dirección General de Políticas de Investigación en Salud;</p> <p>XI. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto;</p> <p>XII. Dirección General de Promoción de la Salud;</p> <p>XIII. Dirección General de Recursos Humanos;</p> <p>XIV. Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales;</p> <p>XV. Dirección General de Relaciones Internacionales;</p> <p>XVI. Dirección General de Tecnologías de la Información;</p>	<p>Prevención y el Control del VIH/ SIDA;</p> <p>IX. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia;</p> <p>X. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;</p> <p>XI. Comisión Nacional de Arbitraje Médico;</p> <p>XII. Comisión Nacional de Protección Social en Salud;</p> <p>XIII. Hospital Juárez de México, y</p> <p>XIV. Servicios de Atención Psiquiátrica.</p>	<p>III. Comité de Programas Sustantivos, el cual alineará y hará más eficiente la instrumentación, ejecución y control de los programas sustantivos a cargo de la Secretaría.</p>

<i>Servidores públicos (artículo 2o., A)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., B)</i>	<i>Unidades administrativas (artículo 2o., C)</i>	<i>Comités de Coordinación Interna (artículo 4o.)</i>
	XVII. Secretaría- do Técnico del Consejo Nacional Contra las Adic- ciones; XVIII. Secreta- riado Técnico del Consejo Nacional de Salud, y XIX. Secretariado Técnico del Con- sejo Nacional de Salud Mental.		

Además, el artículo 2o., párrafo final, destaca que la Secretaría de Salud cuenta con las unidades subalternas que se señalen en el Manual de Organización General de la Dependencia y en el de sus órganos administrativos desconcentrados.

También, el párrafo antepenúltimo del artículo 2o. prescribe que la Secretaría de Salud tiene un Órgano Interno de Control, que se regirá conforme a lo dispuesto por el artículo 49 de este Reglamento (es parte de los nombramientos que dependen de la Secretaría de la Función Pública, en términos del artículo 37, fracción XVI, de la LOAPF).

Por último, el artículo 5o. destaca que a la Secretaría, en el marco del Sistema Nacional de Salud, le corresponde (véase cuadro en la siguiente página).

<i>Concertación y conducción de las políticas de salud, a través de la presidencia de los siguientes órganos (artículo 5o., A)</i>	<i>La ejecución de las políticas de salud y seguridad social del gobierno federal, con la participación de las siguientes instituciones (artículo 5o., B)</i>	<i>La integración de acciones interinstitucionales, a través de la presidencia de los siguientes órganos (artículo 5o., C)</i>	<i>La coordinación sectorial de las siguientes entidades (artículo 5o., D)</i>
<p>I. Consejo de Salubridad General.</p> <p>II. Consejo Nacional de Salud.</p>	<p>I. Instituto Mexicano del Seguro Social.</p> <p>II. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.</p>	<p>I. Consejo Nacional contra las Adicciones;</p> <p>II. Consejo Nacional de Vacunación;</p> <p>III. Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;</p> <p>IV. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes;</p> <p>V. Consejo Nacional de Trasplantes, y</p> <p>VI. Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica.</p>	<p>I. Institutos Nacionales de Salud;</p> <p>II. Hospital General de México;</p> <p>III. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”;</p> <p>IV. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;</p> <p>V. Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V., Birmex, y</p> <p>VI. Centros de Integración Juvenil, A. C.</p>

Un primer problema a destacar es la inconstitucionalidad del RISS en lo que se refiere a la adscripción de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, porque tal y como lo establece el artículo 36 del RISS, los órganos desconcentrados se crean para la eficaz atención y eficiente despacho de los asuntos de su competencia, y están jerárquicamente subordinados a la Secretaría de Salud, pero gozan de autonomía operativa, técnica y administrativa, lo que contradice el contenido del artículo 73, fracción XVI, de la CPEUM.

Los órganos administrativos desconcentrados y sus titulares tienen la competencia y facultades que el Reglamento les confiere, las previstas por el instrumento jurídico que los crea o regule, en su caso, y los acuerdos de delegación de facultades del secretario.

El mismo artículo 36 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece que el secretario podrá revisar, reformar, modificar o revocar las resoluciones dictadas por los órganos desconcentrados, lo que implicaría que la última decisión en la materia de salud pública la tiene el secretario del ramo, lo que abona a la idea de la inconstitucionalidad del RISS.

VI. CONSEJO GENERAL DE SALUBRIDAD

Como se ha mencionado anteriormente, el Consejo de Salubridad General es un órgano de relevancia constitucional que depende directamente del presidente de la República. Tiene el carácter de autoridad sanitaria, con funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Las disposiciones que emite son de carácter general y obligatorias en todo el país.

El Consejo se integra, conforme al artículo 15 de la Ley General de Salud, por un presidente, que será el secretario de Salud, un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine.

Sin embargo, el Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General establece que la integración del Consejo es: por un presidente, que será el secretario de salud, un secretario y diez vocales titulares: el secretario de Hacienda y Crédito Público; el secretario de Desarrollo Social; el secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales; el secretario de Economía; el secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; el secretario de Comunicaciones y Transportes; el secretario de

Educación Pública; el titular del Instituto Mexicano del Seguro Social; el titular del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el director general del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; el presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C.; el presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., y el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los vocales titulares del Consejo son designados y removidos por el presidente de la República, cuentan con voz y voto, y sus cargos son honoríficos. Además, el Consejo cuenta con varios vocales de dependencias públicas y privadas, que de alguna manera inciden en el tema de la salud. Estos vocales son invitados al Consejo por el presidente de la República a través del presidente del Consejo, cuentan con voz, pero sin voto (artículo 4o., RCSG).

Entre los vocales invitados están los secretarios de Salud o su equivalente de las entidades federativas que representan las cuatro regiones del país. Estas regiones son:

- I. Región noroeste, que se integrará por los estados de Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Colima, Nayarit, Sinaloa y Sonora;
- II. Región noreste, que se integrará por los estados de Coahuila, Durango, Nuevo León, Tamaulipas y Veracruz;
- III. Región centro, que se integrará por los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala y Zacatecas, y
- IV. Región sureste, que se integrará por los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

La participación de estos secretarios de Salud es por un periodo de cuatro años, y se sustituyen de manera escalonada, en forma alfabética conforme a la denominación de los estados que integran la región (artículos 4o. y 5o., RCSG).

Además, el Consejo cuenta con una Junta Ejecutiva, que tiene la función de atender los casos de emergencia que en materia de salubridad general sean de la competencia del Consejo. Las decisiones de esta Junta Ejecutiva deberán ser ratificadas por el Consejo. Su integración es como sigue: *a)* el presidente; *b)* el secretario; *c)* el director general del Instituto Mexicano del Seguro Social; *d)* el director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y *e)* los vocales titulares que determine el presidente, tomando en consideración el asunto de que se trate.

El Consejo cuenta con comisiones y comités para el apoyo de sus actividades; estos podrán ser permanentes o transitorios, y se encargarán de los asuntos específicos para los cuales sean creados (artículo 14, RICSG).

El Consejo tiene las siguientes comisiones:

1. Comisión de Integración Funcional del Sistema Nacional de Salud; le corresponde definir las líneas estratégicas de articulación y las acciones necesarias para su implementación, seguimiento y evaluación, de manera coordinada con las instancias del Sistema Nacional de Salud y otras, así como formular recomendaciones que conduzcan al establecimiento de un modelo integrado de atención a la salud (artículo 16, RICSG).
2. Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; elabora el cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica, el catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel y otros que determine el Consejo (artículo 17, RICSG).
3. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica; propone al Consejo los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y presentarlos al Consejo (artículo 18, RICSG).

4. Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos; estudia, analiza y propone los tratamientos y medicamentos asociados que se considerarán gastos catastróficos por implicar un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren, con objeto de someterlos a la aprobación y prioridad que determine el propio Consejo (artículo 19, RICSG).
5. Comisión Consultiva Científica; a través del secretario, somete al Consejo los asuntos relativos a la innovación, investigación, desarrollo, transferencia del conocimiento y de tecnologías, que se consideren relevantes para el Sistema Nacional de Salud (artículo 20, RICSG).
6. Comisión Consultiva Ciudadana, informa y opina sobre los asuntos que involucran la salud pública y que sean de interés de la sociedad civil, ser vínculo entre ésta y el Consejo, así como opinar en estrategias de comunicación social (artículo 21, RICSG).

Además, puede contar con otras comisiones que se establezcan conforme a las necesidades del Consejo.

En cuanto a los comités, se conforman de acuerdo con las necesidades específicas del Consejo (artículo 23, RICSG).

El Consejo de Salubridad General toma sus acuerdos en sesiones ordinarias y extraordinarias. Las primeras se celebran dos veces al año en forma semestral, mientras que las extraordinarias en cualquier momento que lo determine su presidente, o a propuesta de cinco de los vocales titulares (artículos 25-31, RICSG).

Las funciones del Consejo se establecen en el cuadro siguiente.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
I	Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.	I	Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.
II	Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga.	IX	Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga.
III	Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.	X	Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.
IV	Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.	XI	Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud.
V	Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.	III	Elaborar junto con la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás que señale el Presidente de la República, el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y ter-

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
			cer niveles, así como actualizarlos y difundirlos.
VI	Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.	VI	Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
VII	Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.	V	Rendir opiniones y formular sugerencias al presidente de la República tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud.
VII bis	Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud.	VII	Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud.
VIII	Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.	VIII	Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.
IX	Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.	XXIV	Las demás que le señalen otras disposiciones aplicables.
		II	Aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
		IV	Elaborar, publicar, mantener actualizado y difundir el Catálogo de medicamentos Genéricos.
		XII	Determinar las acciones e instrumentos que sean necesarios para la evaluación y la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica.
		XIII	Proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios.
		XIV	Concentrar, analizar y emitir opinión sobre las diferentes evaluaciones que se realicen al sector salud.
		XV	Coadyuvar en la determinación de políticas y línea de acción para alcanzar la federalización efectiva de la salud y converger en acciones coordinadas con el Consejo Nacional de Salud.
		XVI	Definir aquellos tratamientos y medicamentos asociados a gastos catastróficos, conforme lo establece el artículo 77 bis 29 de la Ley General de Salud.

<i>Fr.</i>	<i>Ley General de Salud (artículo 17)</i>	<i>Fr.</i>	<i>Reglamento Interno del Consejo de Salubridad Nacional (artículo 9o.)</i>
			Aprobar y publicar en el <i>Diario Oficial de la Federación</i> la declaratoria en los casos de enfermedades graves que sean causa de emergencia o atenten contra la seguridad nacional, por iniciativa propia o a solicitud por escrito de instituciones nacionales especializadas en la enfermedad, que sean acreditadas por el Consejo, en la que se justifique la necesidad de atención prioritaria.
		XVIII	Opinar sobre la concesión de licencias de utilidad pública, que le sea requerido por el Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial.
		XIX	Operar y resguardar la base de datos relativa a la información sobre precursores químicos y productos químicos esenciales.
		XX	Cotejar el padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.
		XXI	Crear comisiones y comités que coadyuven al desarrollo de los trabajos del Consejo.
		XXII	Aprobar los reglamentos interiores de las comisiones del Consejo.
		XXIII	Aprobar su Código de Ética.

VII. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este sistema debe su nacimiento a la reforma sanitaria que se ha ido implementando de manera gradual desde la década de 1980. Después de la crisis financiera de esa década, México suscribió una serie de compromisos con organismos financieros multilaterales, como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para poder superar la crisis. Al suscribir esos compromisos, se vio en la necesidad de dismantelar los servicios estatales de salud e implementar un sistema de orientación liberal que permita la participación de los actores privados en el campo de la salud.¹⁷³

El Sistema Nacional de Salud nació con la reforma a la Ley General de Salud de 1984. Es un conjunto de entidades públicas federales y estatales, del sector social y del sector privado, que brindan servicios de salud y que son coordinadas por la Secretaría de Salud. Conforme al artículo 5o. de la Ley General de Salud, tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud.

Este sistema se estructura como se sigue del cuadro siguiente:

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

<i>Sector público</i>				<i>Sector privado</i>	
<i>Instituciones de seguridad social</i>	<i>Instituciones para población asegurada</i>	<i>Instituciones para población no asegurada</i>	<i>Instituciones de asistencia social</i>	<i>Lucrativo</i>	<i>No lucrativo</i>
IMSS	Seguro Popular	SESA	DIF	Consulta externa	Cruz Roja
ISSSTE		Hospitales federales de referencia (HFR)		Hospitales	ONG

¹⁷³ Eibenschutz, Catalina, “Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria”, en Salazar, Raúl (coord.), *La seguridad social. Retos de hoy*, México, UAM, 2007, pp. 23-49.

<i>Sector público</i>				<i>Sector privado</i>	
<i>Instituciones de seguridad social</i>	<i>Instituciones para población asegurada</i>	<i>Instituciones para población no asegurada</i>	<i>Instituciones de asistencia social</i>	<i>Lucrativo</i>	<i>No lucrativo</i>
Sedena		Hospitales regionales de alta especialidad (HRAE)		Residencias Asistencia social	Organismos civiles
Semar		Insalud		Otros Asistencia social	
Pemex		IMSS-O			
Estatales		Universitarios			

Como lo prescribe el artículo 6o. de la LGS, para cumplir con su objetivo, el sistema nacional de salud debe:

- 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 daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- 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;
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su par-

ticipación y tomando en cuenta sus valores y su organización social;

- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
- Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;
- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y
- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

La Secretaría de Salud es la encargada de la coordinación del Sistema Nacional de Salud. Para tales efectos, le corresponde (artículo 7o., LGS):

- Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;
- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen;
- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;
- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;
- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y

- entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;
- Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;
 - Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;
 - Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;
 - Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;
 - Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;
 - Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;
 - Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;
 - Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;
 - Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y
 - Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

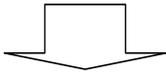
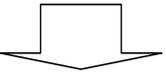
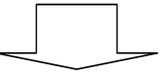
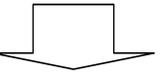
La participación de las entidades federativas en el sistema, en el ámbito de sus competencias, se establece mediante acuerdos de coordinación que se celebran entre estas y la Secretaría de Salud. Las entidades federativas deben planear, organizar y desarrollar sus sistemas estatales de salud.

La participación de otros prestadores de servicio de salud de los sectores público, privado, social e indígena se concretan mediante contratos y convenios entre estos y la Secretaría de Salud, en donde se deben definir las responsabilidades que asuman las partes; determinar las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud; especificar el carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud, y expresar las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

Conforme al artículo 4o., fracción 3a. de la CPEUM, toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Sin embargo, el acceso a esta protección se da de manera diferenciada según el grupo de población a que se pertenezca.

La población, como beneficiarios de las instituciones de salud, se pueden dividir en dos grandes grupos: los que reciben servicios de salud del sector público y los que lo reciben del sector privado. El primer grupo a su vez se puede dividir en dos grupos: los que tienen seguridad social y los que no cuentan con seguridad social. Así, podemos hablar de: *a*) trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; *b*) autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y *c*) la población con capacidad de pago. Cabe mencionar que las personas asalariadas con acceso a la seguridad social a veces prefieren utilizar los servicios de salud privados.

SISTEMA DE OFRECIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MEXICANO

<i>Sector público</i>		<i>Sector privado</i>	
Seguridad social atado al empleo	Servicio de salud a población abierta. Población sin seguridad social		Servicios de salud a población con capacidad de pago
Sistema de seguridad social atado al empleo asalariado	Atención a población abierta-seguridad social no atado al empleo par no asalariados	Atención a población abierta-sistema asistencialista para los no asalariados	Servicios de salud para población con capacidad de pago
			
IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar, Pemex, Sedena	Sistema de protección social en salud	SSa, SESAs, HFR, HARE, Insalud, universitarios	Hospitales, clínicas y consultorios privados

VIII. SEGURIDAD SOCIAL ATADA AL EMPLEO

La seguridad social atada al empleo comprende a las instituciones de seguridad social del sector salud y sus organismos coordinados, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de Marina (Semar) y otros. Estas instituciones prestan servicios a los trabajadores activos del sector formal de la economía, a jubilados y a los familiares de ambos.

1. *Instituto Mexicano del Seguro Social*

La seguridad social tiene sus orígenes en Alemania durante los años 1883 a 1889. Con tres leyes se sientan las bases de la seguri-

dad social: seguro contra enfermedad, 1883; seguro contra accidentes de trabajo, 1884, y seguro contra la invalidez y la vejez, 1889. Estos tres seguros eran obligatorios y se restringían a la clase trabajadora. Eran financiados mediante un esquema tripartito, en donde participaban el Estado, los patrones y los trabajadores.

Otro gran avance en la seguridad social se encuentra en Inglaterra, cuando en 1942 lord Beveridge presenta un informe, en el cual dota a la seguridad social de carácter integral y universal. El plan Beveridge destaca por: 1) su sistema de seguridad social unitario, que incluía pensiones por enfermedades, maternidad, vejez, viudez y desempleo. Lo anterior cubría a toda la población, y no solo a los trabajadores; 2) un servicio nacional de salud de atención médica gratuita y universal, y 3) un sistema de asistencia nacional. Posteriormente, los beneficios abarcaron educación, vivienda y atención especializada a niños, y en 1911 se introduce el seguro de desempleo obligatorio.¹⁷⁴

A partir de entonces, este modelo de seguridad social se extendió al resto de Europa, y también alcanzó a Estados Unidos y América Latina; claro, en cada lugar con sus propias particularidades.

En México, en la Constitución de 1917 se establece la responsabilidad de los patrones en los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; asimismo, se establece la obligación de éstos de observar las disposiciones legales sobre higiene y seguridad.¹⁷⁵

¹⁷⁴ Ordóñez Barba, Gerardo, “El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano”, *Región y Sociedad*, vol. XIV, núm. 24, El Colegio de la Frontera Norte, 2002, pp. 109-116.

¹⁷⁵ El texto original del artículo 123 de la Constitución de 1917 establecía: “Artículo 123, fr. XIV. Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patrones deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Veintiséis años después, el 19 de enero de 1943, nació el Instituto Mexicano del Seguro Social e inicia operaciones el 1o. de enero de 1944.

La Ley del Seguro Social vigente fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 21 de diciembre de 1995. Es de observancia general en toda la República, sus disposiciones son de orden público y de interés social (artículo 1o.). La Ley establece la finalidad de la seguridad social: “garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión” (artículo 2o.).

La seguridad social se realiza por entidades o dependencias públicas, federales o locales y por organismos descentralizados (artículo 3o.); la organización y administración del seguro social está a cargo del IMSS, que es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios,¹⁷⁶ y tiene el carácter de organismo fiscal autónomo (artículo 5o.).

Fr. XV. El patrón estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes”.

¹⁷⁶ Conforme al artículo 253 de la Ley de Seguro Social, constituye el patrimonio del IMSS: los bienes muebles e inmuebles de cualquier naturaleza, con excepción de aquellos provenientes de adjudicación o dación en pago por adeudo de cuotas obrero patronales, capitales constitutivos y accesorios, así como cualquier otro que se afecte expresamente a las reservas que el Instituto deba constituir en términos de esta Ley; los derechos de propiedad y posesión de bienes muebles e inmuebles, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, que por justo título obren en poder del Instituto; los derechos de cualquier naturaleza que el Instituto obtenga o pueda obtener; las donaciones, herencias, legados, adjudicaciones, subsidios y transferencias que se haga a su favor en que no se preestablezca el destino de los bienes o derechos correspondientes; los intereses, dividendos, realización de activos, alquileres, rentas, rendimientos, utilidades, frutos y productos de cualquier clase, que generen los bienes y derechos afectos a su patrimonio, y cualesquier otros ingresos que le señalen las leyes y reglamentos.

El seguro social comprende dos regímenes: obligatorio, y voluntario (artículo 6o.). Los sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio son: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción, los estudiantes¹⁷⁷ y las personas que determine el Ejecutivo Federal (artículo 12). El régimen obligatorio cuenta con cinco tipos de seguro: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y guarderías y prestaciones sociales (artículo 11).

A. Seguro de riesgos de trabajo

Los riesgos de trabajo son aquellos accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo de su trabajo (artículo 41). Los accidentes de trabajo son lesiones orgánicas y perturbaciones funcionales producidas inmediata o posterior al trabajo, así como la muerte producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo. También es considerado accidente de trabajo aquel que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo, o de éste a aquél (artículo 42).

Por otra parte, las enfermedades de trabajo son todos aquellos estados patológicos derivados de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios. La Ley del Seguro Social remite a la Ley Federal del Trabajo para el caso de las enfermedades de trabajo (artículo 43).

El trabajador está protegido mediante este seguro desde su primer día de trabajo; sin embargo, no tendrá derecho a él si cuando le ocurre el accidente se encuentra en estado de embriaguez, bajo el efecto de narcóticos o si el daño es provocado por él mismo o como resultado de una riña.

Las prestaciones económicas del seguro de riesgo de trabajo son las que se indican en el cuadro siguiente.

¹⁷⁷ Se incluyen en el régimen obligatorio mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de septiembre de 1998.

<i>Especie (artículo 56)</i>	<i>Monetarias (artículo 58)</i>
Asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica	100% del salario mientras dure la inhabilitación si lo incapacita para trabajar.
Servicio de hospitalización	Pensión mensual definitiva por incapacidad permanente total
Aparatos de prótesis y ortopedia, y	Pensión conforme a la tabla de valuación de incapacidad contenida en la Ley Federal de Trabajo por incapacidad permanente parcial
rehabilitación	Indemnización global equivalente a cinco anualidades de la pensión que le hubiese correspondido si fuera incapacidad total por incapacidad de hasta el 25%.

B. *Enfermedades y maternidad*

El seguro por enfermedades y maternidad aplica cuando el asegurado se incapacita para el trabajo como resultado de un padecimiento no generado por un accidente o enfermedad de trabajo; o por maternidad. Estos seguros ofrecen atención en primer, segundo y tercer nivel para el trabajador o pensionado y sus respectivos beneficiarios.

C. *Invalidez y vida*

En el caso de invalidez, el seguro cubre al trabajador cuando éste se encuentre imposibilitado para procurarse y obtener un sueldo mayor al 50% de lo que percibía antes de tener la invalidez (artículo 119); la pensión por invalidez puede ser temporal o definitiva (artículo 120). En caso de muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, los beneficiarios pueden tener derecho a las siguientes prestaciones: pensión de viudez, pensión de orfandad, pensión a ascendientes, ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, y asistencia médica (artículo 127).

D. *Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez*

Este seguro cubre al trabajador cuando llega a la edad de la jubilación, brindándole una renta vitalicia. Los recursos de este seguro son administrados por las administradoras del fondo para el retiro (Afores)¹⁷⁸ de la elección del trabajador, pero al momento del retiro del trabajador son traspasados a una aseguradora de la elección del trabajador.

Hay cesantía en edad avanzada cuando el asegurado ya no realiza trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad (artículo 154); para poder recibir las prestaciones del seguro de vejez se requiere que el asegurado haya cumplido 65 años (artículo 162).

El retiro puede ser antes de los 60 o 65 años si el trabajador cuenta con fondos suficientes y se completa el periodo de espera. Si un trabajador no tiene recursos suficientes para la pensión, cuando tenga la edad y cumpla con el periodo de espera el gobierno federal debe suministrar los recursos para el pago de la pensión, que no debe ser menor al salario mínimo vigente en el Distrito Federal.

E. *Guarderías y prestaciones sociales*

El seguro de guarderías tiene como fin proporcionar cuidados a niños que se encuentran en la primera infancia, hijos de las mujeres trabajadoras, de viudos o divorciados trabajadores quienes judicialmente tengan la custodia de sus hijos, durante la jor-

¹⁷⁸ Los afores fueron creadas mediante la Ley del Seguro Social de 1997. De esta manera, la administración de los fondos pasó a empresas privadas. Actualmente existen 14 afores: Afirme Bajío, Azteca, Banamex, Bancomer, Coppel, Inbursa, SURA, InverCap, Met life, Pensión ISSSTE, Principal, Profuturo GNP, XXI Banorte y Amafore. El funcionamiento de los afores está regulado por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) y autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Las inversiones de estos recursos están a cargo de las sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro (Siefores). Existen 5 siefores de acuerdo con el grupo de edad del trabajador.

nada de trabajo; el beneficio se puede extender a los asegurados que por resolución judicial ejerzan la patria potestad y la custodia de un menor (artículo 201). Los servicios de guardería deben incluir el aseo, la alimentación, el cuidado de la salud, la educación y la recreación de los menores (artículo 203).

Las prestaciones sociales se dividen en dos grandes ramos: prestaciones sociales institucionales, y prestaciones de solidaridad social (artículo 208). Las prestaciones sociales institucionales tienen como fin fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población (artículo 209); mientras que las prestaciones de solidaridad social comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria (artículo 214).

Para que se tenga derecho a los seguros es necesario que se cumpla con cierta cantidad de cotizaciones.

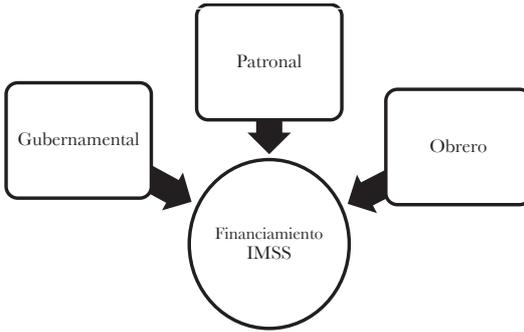
<i>Seguro</i>	<i>Semanas cotizadas</i>	<i>Porcentaje de pago</i>	<i>Límite de pago</i>
Riesgo de trabajo	Protección desde el primer día de labor.	100% del salario al inicio de la incapacidad.	1 día hasta el término de 52 semanas
Enfermedad general	4 semanas inmediatas anteriores al inicio de la enfermedad	60% del salario al inicio de la incapacidad	A partir del cuarto día hasta el término de 52 semanas, se podrá prorrogar hasta por 26 semanas
Maternidad	30 semanas en los 12 meses anteriores a la fecha en que inicia la incapacidad	100% de salario al inicio de la incapacidad	42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al parto
Invalidez	250 semanas; en caso de que la incapacidad sea por más de 75%, se necesitan 150 semanas cotizadas		

¹⁷⁹ Si la asegurada no cumple con el requisito de semanas cotizadas, queda a cargo del patrón el pago del salario íntegro (artículo 103).

<i>Seguro</i>	<i>Semanas cotizadas</i>	<i>Porcentaje de pago</i>	<i>Límite de pago</i>
Vida	150 semanas		
Cesantía en edad avanzada	1,250 semanas de cotización a los 60 años. Si solo se cuenta con 750 semanas de cotización se tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad		
Vejez	1,250 semanas cotizadas a los 65 años. Si solo se cuenta con 750 semanas de cotización se tendrá derecho a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad.		
Guarderías	A partir de que el trabajador se de dé alta ante el IMSS		

E. Financiamiento

El financiamiento del IMSS es tripartito. Contribuyen los obreros, los patrones y el gobierno federal.



Estas contribuciones son para los distintos ramos de seguros, como se indica en el cuadro siguiente (artículos 16-20):

Ramo	Gubernamental		Patronal		Obrero	
	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Riesgos de trabajo			La cuota es según la clasificación que se haga de la empresa y del riesgo a que están expuestos los trabajadores			
Enfermedades y maternidad	13.9% del salario mínimo general para el Distrito Federal (SMG/DF).	0.05% del SMG/DF	13.9% del SMG para el DF. En caso de que el salario del trabajador sea más de 3 veces el SMG/DF, la cuota es de 6% más calculado sobre la diferencia entre el salario base de cotización del trabajador y ese monto de tres veces el SMG/DF.	0.70% del SMG/DF.	2% sobre la diferencia entre el salario base de cotización y el monto que triplica el SMG/DF (solo en caso de que el salario sea mayor a tres veces el SMG/DF).	0.25% del SMG/DF

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

195

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>		<i>Patronal</i>		<i>Obrero</i>	
	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Invalidez y vida		7.143% del salario base de cotización		1.75% del salario base de cotización		0.6255 del salario base de cotización
Retiro				2% de salario base de cotización		
Cesantía en edad avanzada y vejez		7.143% del total de cuotas patronales más una cuota social establecida en cantidad fija par trabajadores con salarios menores a un monto equivalente a 15 SMG/DF, de acuerdo con la tabla fijada en la ley, que se actualiza conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.		3.150% de salario base de cotización		1.125 % de salario base de cotización
Guarderías y prestaciones sociales			1% del salario base de cotización			

El salario base de cotización (artículo 27) se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo.

Se excluyen del salario base de cotización los siguientes conceptos: los instrumentos de trabajo, tales como herramientas, ropa; el ahorro, cuando se integre por un depósito de cantidad semanal, quincenal o mensual igual del trabajador y de la empresa; las aportaciones adicionales que el patrón convenga otorgar; las aportaciones de Infonavit; la alimentación y la habitación cuando se entreguen en forma onerosa; las despensas en especie o en dinero, siempre y cuando su importe no rebase el cuarenta por ciento del salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal; los premios por asistencia y puntualidad; y el tiempo extraordinario dentro de los márgenes señalados en la Ley Federal del Trabajo.

G. Régimen voluntario

Voluntariamente pueden ser sujetos del régimen obligatorio (artículo 13):

1. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;
2. Los trabajadores domésticos;
3. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;
4. Los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
5. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Esta adscripción voluntaria al régimen obligatorio se realiza mediante convenio con el IMSS, en el cual se establecen las modalidades y fechas de incorporación al régimen obligatorio, de los sujetos de aseguramiento, así como la vigencia, prestaciones, cuotas, en su caso, contribución del gobierno federal, procedimientos de inscripción y cobro de cuotas, entre otros (artículo 14).

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio puede efectuarse en forma individual o en grupo. El esquema de aseguramiento comprende (artículo 222):

a) Para los trabajadores en industrias familiares, independientes, trabajadores no asalariados, ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios- prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez.

b) Para los trabajadores domésticos- prestaciones en especie de los seguros de riesgos de trabajo y de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

c) Para los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio- las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro y vejez.

d) Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social- las prestaciones del seguro de riesgos de trabajo, las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad y las correspondientes de los seguros de invalidez y vida, así como de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

Dentro del régimen voluntario encontramos al seguro de salud para la familia (artículos 242 y 243). Este es un esquema de aseguramiento que permite a las familias mexicanas inscribirse al IMSS, y con ello protegerse médicamente a ellos y a sus familiares que vivan en México, o en el extranjero, cuando se encuentren en territorio nacional.

Se puede inscribir a familiares directos y adicionales; es decir, a esposa(o), concubina(rio), hijos, padre, madre (familiares directos), así como a abuelos, nietos, hermanos, primos, hijos de los hermanos y hermanos de los padres (familiares adicionales).

Este seguro otorga las siguientes prestaciones: asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria. Sin embargo, no es sujeto de aseguramiento el solicitante que presente enfermedades preexistentes.

La cuota correspondiente a este seguro es por sujeto, no por núcleo familiar. La cuota por sujeto se paga anualmente según el grupo de edad a que se pertenece; el monto se actualiza de acuerdo con el incremento del Índice de Precios al Consumidor. Para el 2012 fue de la siguiente manera: 0 a 19 años, \$1,371.25; 20 a 39 años, \$1,602.60; 40 a 59 años, \$2,395.40; 60 más años; \$3,604.70.¹⁸⁰

Además, se contempla la continuación voluntaria en el régimen obligatorio. Este admite que el trabajador dado de baja del régimen obligatorio pueda continuar cotizando absorbiendo las cuotas obrero-patronales. Esta modalidad aplica para los seguros de invalidez y vida, y de retiro, cesantía y vejez (artículo 218).

Los seguros adicionales son aquellos contratados por los patrones cuando conceden a los trabajadores prestaciones por encima de las otorgadas por la ley (artículo 246, LSS). Estas pueden ser: aumentos de las cuantías; disminución de la edad mínima para su disfrute; modificación del salario promedio base del cálculo; en general, todo lo que se traduzca en coberturas y prestaciones superiores a las legales o en mejores condiciones de disfrute (artículo 247, LSS).

H. *Facultades y atribuciones del IMSS*

El IMSS tiene las facultades y atribuciones siguientes (artículo 251):

¹⁸⁰ Véase página electrónica del IMSS, en <http://www.imss.gob.mx/servicios/mexicanos/Pages/segaldfamilia.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

1. Administrar los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia, adicionales y otros, así como prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta Ley.

2. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta Ley.

3. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley.

4. En general, realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con sus fines, así como aquéllos que fueren necesarios para la administración de las finanzas institucionales.

5. Adquirir bienes muebles e inmuebles, para los fines que le son propios.

6. Establecer unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios, así como centros de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales, de seguridad social para el bienestar familiar y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y reglamentos respectivos para empresas privadas, con actividades similares.

7. Organizar sus unidades administrativas, conforme a la estructura orgánica autorizada.

8. Expedir lineamientos de observancia general para la aplicación para efectos administrativos de esta Ley.

9. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social.

10. Registrar a los patrones y demás sujetos obligados, inscribir a los trabajadores asalariados y precisar su base de cotización aun sin previa gestión de los interesados y a los trabajadores independientes a su solicitud, sin que ello libere a los obligados de las responsabilidades y sanciones por infracciones en que hubiesen incurrido.

11. Dar de baja del régimen obligatorio a los patrones, sujetos obligados y asegurados, verificada por el Instituto la desaparición o inexistencia del supuesto de hecho que dio origen a su aseguramiento, aun cuando el patrón o sujetos obligados hubiesen omitido presentar el aviso de baja respectivo, sin perjuicio de las sanciones previstas en esta Ley.

12. Recaudar y cobrar las cuotas de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, guarderías y prestaciones sociales, salud para la familia y adicionales, los capitales constitutivos, así como sus accesorios legales, percibir los demás recursos del Instituto, y llevar a cabo programas de regularización de pago de cuotas. De igual forma, recaudar y cobrar las cuotas y sus accesorios legales del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.

13. Establecer los procedimientos para la inscripción, cobro de cuotas y otorgamiento de Prestaciones.

14. Determinar los créditos a favor del Instituto y las bases para la liquidación de cuotas y recargos, así como sus accesorios y fijarlos en cantidad líquida, cobrarlos y percibirlos, de conformidad con la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Las liquidaciones de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez podrán ser emitidas y notificadas conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al Fondo Nacional de la Vivienda por el personal del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, previo convenio de coordinación con el citado Instituto.

15. Determinar la existencia, contenido y alcance de las obligaciones incumplidas por los patrones y demás sujetos obligados en los términos de esta Ley, aplicando en su caso, los datos con los que cuente o con apoyo en los hechos que conozca con motivo del ejercicio de las facultades de comprobación de que goza como autoridad fiscal o bien, a través de los expedientes o documentos proporcionados por otras autoridades fiscales.

16. Ratificar o rectificar la clase y la prima de riesgo de las empresas para efectos de la cobertura de las cuotas del seguro de riesgos de trabajo.

17. Determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en los términos de esta Ley.

18. Ordenar y practicar visitas domiciliarias con el personal que al efecto se designe y requerir la exhibición de libros y documentos, a fin de comprobar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley y demás disposiciones aplicables.

19. Ordenar y practicar las investigaciones correspondientes en los casos de sustitución patronal y de responsabilidad solida-

ria previstos en esta Ley y en el Código, y emitir los dictámenes respectivos.

20. Establecer coordinación con las dependencias y entidades de las Administraciones Públicas Federal, Estatales y Municipales, para el cumplimiento de sus objetivos.

21. Revisar los dictámenes formulados por contadores públicos sobre el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, así como imponer a dichos contadores públicos, en su caso, las sanciones administrativas establecidas en el reglamento Respectivo.

22. Realizar inversiones en sociedades y empresas que tengan objeto social complementario o afín al del propio Instituto.

23. Celebrar convenios de coordinación con la Federación, entidades federativas, municipios y sus respectivas administraciones públicas, así como de colaboración con el sector social y privado, para el intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos, en los términos previstos en esta Ley.

24. Promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, utilizándola como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal.

25. Aplicar el procedimiento administrativo de ejecución para el cobro de las liquidaciones que no hubiesen sido cubiertas oportunamente, con sujeción a las normas del Código y demás disposiciones aplicables.

26. Emitir y notificar por el personal del Instituto, las cédulas de determinación de las cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, conjuntamente con las liquidaciones de las aportaciones y descuentos correspondientes al fondo nacional de la vivienda, previo convenio de coordinación con el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, en dispositivos magnéticos, digitales, electrónicos o de cualquier otra naturaleza, o bien en documento impreso.

27. Hacer efectivas las fianzas que se otorguen en su favor para garantizar obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará exclusivamente a lo dispuesto por el Código.

28. Rectificar los errores aritméticos, omisiones u otros que aparezcan en las solicitudes, avisos o cédulas de determinación presentados por los patrones, para lo cual podrá requerirles la presentación de la documentación que proceda. Asimismo, el Instituto podrá requerir a los patrones, responsables solidarios o terceros con ellos relacionados, sin que medie visita domiciliaria, para que exhiban en las oficinas del propio Instituto, a efecto de llevar a cabo su revisión, la contabilidad, así como que proporcionen los datos, otros documentos o informes que se les requieran.

29. Autorizar el registro a los contadores públicos, para dictaminar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley y comprobar que cumplan con los requisitos exigidos al efecto en el reglamento respectivo.

30. Aprobar las normas y bases para cancelar adeudos a cargo de terceros y a favor del Instituto, cuando fuere notoria la imposibilidad práctica de su cobro o la incosteabilidad del mismo. La cancelación de estos créditos no libera al deudor de su obligación de pago.

31. Celebrar convenios con entidades o instituciones extranjeras para la asistencia técnica, intercambio de información relacionada con el cumplimiento de sus objetivos y la atención de derechohabientes, bajo el principio de reciprocidad, con las restricciones pactadas en los convenios que al efecto se suscriban, los cuales invariablemente tendrán una cláusula de confidencialidad y no difusión;

32. Celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, manejo y atención hospitalaria y rehabilitación de cualquier nivel con otras instituciones de seguridad social o de salud de los sectores públicos federal, estatal o municipal o del sector social.

33. Celebrar convenios de reconocimiento de adeudos y facilidades de pago, relativos a cuotas obrero patronales, capitales constitutivos, actualización, recargos y multas; aprobar el cambio de garantía de dichos convenios, y la cancelación, de conformidad con las disposiciones aplicables, de créditos fiscales a favor del Instituto y a cargo de patrones no localizados o insolventes de acuerdo a los montos autorizados por el Consejo Técnico del Instituto.

34. Tramitar y, en su caso, resolver el recurso de inconformidad a que se refiere el artículo 294 de esta Ley, así como los recursos previstos en el Código, respecto al procedimiento administrativo de ejecución.

35. Declarar la prescripción de la obligación patronal de enterar las cuotas obrero patronales y los capitales constitutivos, cuando lo soliciten los patrones y demás sujetos obligados, en los términos del Código.

36. Prestar servicios a quienes no sean sus derechohabientes, a título oneroso, a efecto de utilizar de manera eficiente su capacidad instalada y coadyuvar al financiamiento de su operación y mantenimiento, siempre que ello no represente menoscabo en la calidad y calidez del servicio que debe prestar a sus derechohabientes.

37. Las demás que le otorguen esta Ley, sus reglamentos y cualquier otra disposición aplicable.

I. Administración del IMSS

El IMSS cuenta con los siguientes órganos para su administración: *a)* órganos de operación administrativa desconcentrada, delegaciones estatales y regionales; y unidades médicas de alta especialidad; *b)* órganos colegiados integrados de manera tripartita por representantes del sector obrero, patronal y gubernamental; estos son: consejeros consultivos delegacionales y juntas de gobierno de las unidades médicas de alta especialidad, y *c)* órganos superiores del Instituto, como: Asamblea General; Consejo Técnico; Comisión de Vigilancia; Dirección General (artículo 257).

La Asamblea General (artículos 258-262) es la autoridad suprema del IMSS; se integra de treinta miembros designados en la forma siguiente: diez por el Ejecutivo Federal; diez por las organizaciones patronales, y diez por las organizaciones de trabajadores. Los miembros duran en su encargo seis años, y pueden ser reelectos. Esta Asamblea es presidida por el director general, y deberá reunirse ordinariamente una o dos veces al año, y extraordinariamente en cuantas ocasiones sea necesario.

La Asamblea General discute anualmente, para su aprobación o modificación, el estado de ingresos y gastos, el balance contable, el informe financiero y actuarial, el informe de actividades presentado por el director general, el programa de actividades y el presupuesto de ingresos y egresos para el año siguiente, así como el informe de la Comisión de Vigilancia.

También se examina anualmente, al realizar el informe financiero y actuarial, la suficiencia de los recursos para los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, y guarderías y prestaciones sociales, así como de salud para la familia y adicionales. Si el balance actuarial muestra un superávit, se destina a constituir un fondo de emergencia hasta el límite máximo del cincuenta por ciento de los ingresos anuales respectivos. Después de alcanzar este límite, el superávit se aplica, según la decisión de la Asamblea General, a mejorar las prestaciones de los seguros que se encuentren en este supuesto.

El Consejo Técnico es el órgano de gobierno, representante legal y el administrador del IMSS. Es presidido por el director general. Se integra por hasta doce miembros, de los cuales cuatro son designados por los representantes patronales en la Asamblea General, cuatro por los representantes de los trabajadores y cuatro a los representantes del Estado, con sus respectivos suplentes. El Ejecutivo Federal, cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal. Además, el secretario de Hacienda y Crédito Público, el secretario de Salud, el secretario del Trabajo y Previsión Social y el director general, son consejeros del Estado. Los consejeros duran en su cargo seis años, y pueden ser reelectos (artículo 263).

Las atribuciones de Consejo Técnico son (artículo 264):

1. Decidir sobre las inversiones de las reservas y demás recursos del Instituto, con sujeción a lo previsto en esta Ley y sus reglamentos, excepto los provenientes del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez.
2. Vigilar y promover el equilibrio financiero de todos los ramos de aseguramiento.

3. Resolver sobre las operaciones del Instituto, exceptuando aquellas que por su importancia ameriten acuerdo expreso de la Asamblea General.

4. Aprobar la estructura orgánica básica del Instituto, a efecto de proponerla al Ejecutivo Federal para su consideración en el Reglamento Interior.

5. Convocar a Asamblea General ordinaria o extraordinaria.

6. Discutir y aprobar el proyecto de presupuesto de ingresos y egresos del Instituto.

7. Autorizar la celebración de convenios relativos al pago de cuotas, pudiendo delegar esta facultad, a las unidades administrativas que señale el Reglamento Interior, así como emitir las disposiciones de carácter general sobre reversión de cuotas para los seguros que expresamente establece la Ley y las correspondientes a la prestación indirecta de servicios.

8. Conceder, rechazar y modificar las pensiones, que conforme a la Ley le corresponde otorgar al Instituto, pudiendo delegar estas facultades a las dependencias competentes.

9. Nombrar y remover a los trabajadores de confianza que ocupen el nivel jerárquico inmediato inferior al Director General del Instituto.

10. Aprobar las bases para la celebración de convenios de incorporación voluntaria al régimen Obligatorio.

11. Discutir, y en su caso, aprobar el programa de actividades que someta a su consideración el Director General.

12. Aprobar las bases para el establecimiento, organización y funcionamiento de un sistema de profesionalización y desarrollo de los trabajadores clasificados como de confianza "A" en el contrato colectivo de trabajo.

13. Establecer, en su caso, de común acuerdo con el sindicato de los trabajadores los términos en que ese sistema podrá hacerse extensivo a los trabajadores clasificados como de base y de confianza "B" en el contrato colectivo de trabajo y a la aplicación de los reglamentos derivados del mismo.

14. Conceder a derechohabientes del régimen, en casos excepcionales y previo el estudio socioeconómico respectivo, el disfrute de prestaciones médicas y económicas previstas por esta Ley, cuando no esté plenamente cumplido algún requisito legal y el otorgamiento del beneficio sea evidentemente justo o equitativo.

15. Conocer y resolver de oficio o a petición del Director General, aquellos asuntos que por su importancia, trascendencia o características especiales así lo ameriten.

16. Establecer las condiciones de aseguramiento y cotización de aquellos grupos de trabajadores que por sus actividades profesionales, la naturaleza de su trabajo, sus especiales condiciones de tiempo y lugar o por la índole de sus procesos productivos, no se adecuen a los requisitos generales del régimen obligatorio de esta Ley, a fin de hacerlos equitativos, respetando los elementos de sujeto, objeto, base, cuota, primas de financiamiento y época de pago de las cuotas, conforme a lo establecido en la presente Ley.

17. Expedir bases para extender, hasta los veinticinco años de edad, los derechos a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, que se otorgarán dentro del territorio nacional, a los hijos de trabajadores mexicanos asegurados que laboren en el extranjero y que se encuentren estudiando fuera del país en planteles educativos equiparables a los del sistema educativo nacional.

La Comisión de Vigilancia es designada por la Asamblea General. Está compuesta por seis miembros. Para formar la Comisión, cada uno de los sectores representativos que constituyen la Asamblea proponen dos miembros propietarios y dos suplentes, quienes duran en sus cargos seis años, y pueden ser reelectos.

Al menos uno de los miembros designados por el Ejecutivo Federal deberá estar adscrito a la Secretaría de la Función Pública. El Ejecutivo Federal, cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal (artículo 265).

La Comisión de Vigilancia tiene las siguientes atribuciones (artículo 266):

1. Vigilar que las inversiones se hagan de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y sus Reglamentos.

2. Practicar la auditoría de los balances contables y al informe financiero y actuarial a que se refiere el artículo 261 de esta Ley, así como comprobar los avalúos de los bienes materia de operaciones del Instituto.

3. Sugerir a la Asamblea General, al Consejo Técnico, y a la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, en su caso, las medidas que juzgue convenientes para mejorar el funcionamiento de los seguros que ampara esta Ley.

4. Presentar ante la Asamblea General un dictamen sobre el informe de actividades y los estados financieros presentados por el Consejo Técnico, para cuyo efecto éstos le serán dados a conocer con la debida oportunidad.

5. En casos graves y bajo su responsabilidad, citar a Asamblea General Extraordinaria.

La Dirección General es presidida por el director general, quien es nombrado por el presidente de la República. El director debe ser mexicano por nacimiento sin otra nacionalidad y estar en pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles y políticos (artículo 267).

El director general tiene las siguientes atribuciones (artículo 268):

1. Presidir las sesiones de la Asamblea General y del Consejo Técnico.
2. Ejecutar los acuerdos del Consejo.
3. Representar legalmente al Instituto.
4. Presentar anualmente al Consejo el informe de actividades, así como el programa de labores y el presupuesto de ingresos y egresos para el siguiente período.
5. Presentar anualmente al Consejo Técnico el balance contable y el estado de ingresos y Gastos.
6. Presentar anualmente al Consejo Técnico el informe financiero y actuarial.
7. Proponer al Consejo la designación o destitución de los trabajadores de confianza mencionados en la fracción IX del artículo 264.
8. Nombrar y remover a los trabajadores de confianza a que se refiere el artículo 256 de la Ley, facultad que podrá ser delegada.
9. Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir con los fines del Instituto.

10. Ejercer las funciones en materia de presupuesto, conforme a lo dispuesto en esta Ley.

11. Presentar anualmente al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión los informes correspondientes.

2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

La predecesora del ISSSTE fue la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro; era un organismo público descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propias, que surgió con la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925.

El 1 de noviembre de 1938 surgió la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE), que promulgó su Estatuto Jurídico, que daba a los trabajadores del Estado personalidad jurídica propia y se garantizaba la seguridad en el empleo y la libre asociación para la defensa de sus intereses.

El 5 de marzo de 1946 se expidió una nueva Ley de Pensiones Civiles, cuya vigencia fue suspendida por el Congreso, y solo se aplicó a los trabajadores del magisterio y a los veteranos de la revolución.

En 1947, la Ley de Pensiones se reformó, extendiendo la gama de prestaciones, mejoró la calidad de las ya existentes e incorporó el régimen de la seguridad social a un mayor número de trabajadores y organismos públicos.

Con esta Ley, parte de los fondos de pensiones fueron canalizados a la construcción de colonias burocráticas; en lo que se refiere a los servicios médicos, se amparó por primera vez a los trabajadores al servicio del Estado, cubriendo únicamente accidentes laborales a través de servicios subrogados a hospitales particulares.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que proponía la FSTSE para los servidores públicos. Así, en 1960, con la

publicación en el *Diario Oficial de la Federación* de la primera Ley del ISSSTE, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó en el ISSSTE, y con ello también se volvieron obligatorias algunas prestaciones que habían sido solo complementarias.¹⁸¹

La Ley del ISSSTE (LISSSTE) vigente fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de marzo de 2007; consta de 254 artículos distribuidos en seis títulos, disposiciones generales, del régimen obligatorio, cada uno a su vez dividido en capítulos, y varios artículos transitorios.

Destaca el artículo primero que su ámbito de aplicación es toda la República, y que es de orden público y de interés social; asimismo, que se aplicará a las dependencias, entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de los tres órganos de gobierno, así como los órganos jurisdiccionales autónomos y órganos con autonomía constitucional de las esferas federal y estatal como del gobierno del Distrito Federal.

La seguridad social de los trabajadores se divide en dos regímenes (artículo 2o.): obligatorio y voluntario. En cuanto al régimen obligatorio, los seguros, prestaciones y servicios a que tienen derecho los trabajadores del Estado son los que se muestran en el cuadro siguiente.

<i>Seguros obligatorios (artículo 3o.)</i>	<i>Prestaciones y servicios obligatorios (artículo 4o.)</i>
I. De salud, que comprende: a) Atención médica preventiva; b) Atención médica curativa y de maternidad, c) Rehabilitación física y mental;	I. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;

¹⁸¹ Véase página electrónica del ISSSTE, en <http://www.issste.gob.mx/instituto/historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

<i>Seguros obligatorios (artículo 3o.)</i>	<i>Prestaciones y servicios obligatorios (artículo 4o.)</i>
II. De riesgos del trabajo;	II. Préstamos personales: a) Ordinarios; b) Especiales; c) Para adquisición de bienes de consumo duradero, y d) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales;
III. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y	III. Servicios sociales, consistentes en: a) Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; b) Servicios turísticos; c) Servicios funerarios, y d) Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;
IV. De invalidez y vida.	IV. Servicios culturales, consistentes en: a) Programas culturales; b) Programas educativos y de capacitación; c) Atención a jubilados, pensionados y discapacitados, y d) Programas de fomento deportivo.

El seguro de salud tiene por objeto proteger, promover y restaurar la salud de sus derechohabientes, otorgando servicios de salud con calidad, oportunidad y equidad. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación física y mental (artículo 27).

Los servicios médicos correspondientes al seguro de salud son los siguientes:

SERVICIOS MÉDICOS CORRESPONDIENTES AL SEGURO DE SALUD

<i>La atención médica preventiva (artículo 34)</i>	<i>Atención médica curativa y de maternidad y rehabilitación, física y mental (artículo 35)</i>
El control de enfermedades prevenibles por vacunación	Medicina familiar
El control de enfermedades transmisibles	Medicina de especialidades
Los programas de autocuidado y de detección oportuna de padecimientos	Gerontológico y geriátrico
Educación para la salud	Traumatología y urgencias
Programas de combate a la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo	Oncológico
Salud reproductiva y planificación familiar	Quirúrgico
Atención materno-infantil	Extensión hospitalaria
Salud bucal	
Educación nutricional	
Salud mental	
Atención primaria a la salud	
Envejecimiento saludable	
Prevención y rehabilitación de pacientes con capacidades disminuidas	
Las demás actividades que determine como tales la Junta Directiva de acuerdo con las posibilidades financieras del seguro de salud	

Los riesgos de trabajo son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo. Los accidentes de trabajo son toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte producida repentinamente en el ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste, así como aquellos que ocurran al trabajador al trasladarse directamente de

su domicilio o de la estancia de bienestar infantil de sus hijos, al lugar en que desempeñe su trabajo, o viceversa.

Asimismo, se consideran riesgos del trabajo las enfermedades señaladas por las leyes del trabajo. Los riesgos del trabajo pueden producir incapacidad temporal; incapacidad parcial, incapacidad total, y muerte (artículo 56), por los cuales tendrán derecho al goce de una pensión.

El trabajador que sufra un riesgo del trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie: diagnóstico, asistencia médica, quirúrgica y farmacéutica; servicio de hospitalización; aparatos de prótesis y ortopedia, y rehabilitación (artículo 61).

En cuanto al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los trabajadores tienen derecho a contar con una cuenta individual operada por el Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (Pensionisssste)¹⁸² o por una administradora que elija libremente. La cuenta individual se integra por las subcuentas de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, del Fondo de la Vivienda, de ahorro solidario, de aportaciones complementarias de retiro, de aportaciones voluntarias y de ahorro a largo plazo (artículo 76).

Respecto del seguro de retiro, los trabajadores tienen derecho a un seguro de retiro antes de cumplir las edades y el tiempo de cotización establecidos para la edad avanzada y vejez, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del 30% a la pensión garantizada,¹⁸³ una vez cubierta la prima del seguro de sobrevivencia para sus familiares derechohabientes (artículo 80).

¹⁸² Órgano público desconcentrado del Instituto dotado de facultades ejecutivas, con competencia funcional, que tiene a su cargo administrar cuentas individuales, e invertir los recursos de las cuentas individuales que administre, excepto los de la subcuenta del Fondo de la Vivienda.

¹⁸³ La “Pensión Garantizada es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos señalados para obtener una Pensión por cesantía en edad avanzada o vejez y su monto mensual será la cantidad de tres mil treinta y cuatro pesos con veinte centavos, moneda nacional, misma que se actualizará anualmente, en el mes de febrero, conforme al cambio anualizado del Índice Nacional de Precios al Consumidor”, artículo 92.

La pensión por cesantía en edad avanzada aplica a partir de los sesenta años de edad del trabajador. Para gozar de las prestaciones de cesantía en edad avanzada se requiere que el trabajador tenga un mínimo de veinticinco años de cotización reconocidos por el Instituto. El trabajador cesante que tenga sesenta años o más y no reúna los años de cotización puede retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión (artículo 84). La cesantía por edad avanzada, además de la pensión, obliga al otorgamiento de un seguro de salud (artículo 85).

El seguro de vejez da derecho al trabajador al otorgamiento de una pensión y al seguro de salud (artículo 88). Para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el trabajador o pensionado por riesgos del trabajo o invalidez haya cumplido sesenta y cinco años de edad y tenga reconocidos por el Instituto un mínimo de veinticinco años de cotización. En caso de que no se cumpla con los anteriores requisitos, se podrá retirar el saldo de la cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir los años necesarios para que opere su pensión (artículo 89).

Los riesgos protegidos por el seguro de invalidez y vida son la invalidez y la muerte del trabajador o pensionado (artículo 114). El otorgamiento de las prestaciones por este seguro requiere del cumplimiento de periodos de espera, medidos en años de cotización reconocidos por el Instituto, según se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los riesgos amparados (artículo 115).

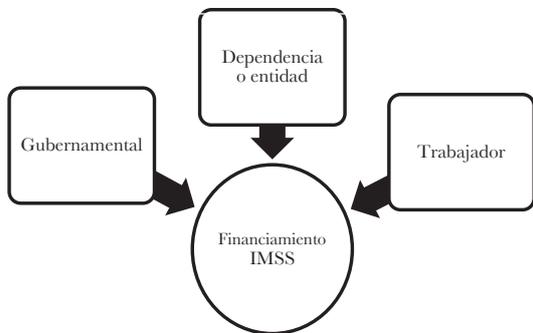
Existe invalidez cuando el trabajador activo se quede incapacitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual, percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional (artículo 118). La pensión por invalidez se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, si hubiesen contribuido con sus cuotas al Instituto cuando menos durante cinco años.

En el caso en que el dictamen respectivo determine el 75% o más de invalidez, solo se requerirá que hubieran contribuido con sus cuotas al Instituto cuando menos durante tres años.

La pensión por causa de muerte opera en caso de que la muerte del trabajador ocurra por causas ajenas al servicio, cualquiera que sea su edad, y siempre que hubiera cotizado al Instituto por tres años o más. Da origen a las pensiones de viudez, concubinatio, orfandad o ascendencia (artículo 129).

Respecto al financiamiento de los seguros, prestaciones y servicios que el ISSSTE ofrece a los trabajadores del Estado, es tripartita, participan los trabajadores, las dependencias o entidades del Estado (empleador) y el Estado. Es decir, el empleador es el mismo Estado; por lo tanto, su participación es doble: como empleador y como gobierno.

A. *Financiamiento del ISSSTE*



Las cuotas y aportaciones se efectúan sobre el sueldo básico, estableciéndose como límite inferior un salario mínimo, y como límite superior, el equivalente a diez veces dicho salario mínimo. El sueldo básico es el sueldo del tabulador regional que para cada puesto se haya señalado. Es el sueldo básico, hasta el límite superior equivalente a diez veces el salario mínimo del Distrito Federal, el que se toma en cuenta para determinar el monto de

los beneficios en los seguros de riesgos del trabajo e invalidez y vida (artículo 17).

Las aportaciones se distribuyen de la siguiente manera para cubrir los seguros, prestaciones y servicios.

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>	<i>Dependencias y entidades</i>	<i>Trabajador</i>
Seguro de salud	13.9% del SMG/DF vigente al día primero de julio de mil novecientos noventa y siete actualizado trimestralmente conforme al ÍNPC al día de la entrada en vigor de la Ley como cuota social diaria por trabajador. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se actualizará trimestralmente, conforme al ÍNPC (artículo 42, f. III).	7.375% del SB para trabajadores en activo y familiares derechohabientes. 0.72% SB para pensionados y familiares derechohabientes (artículo 42, f. II).	2.75% del SB para trabajadores en activo y familiares derechohabientes. 0.625% del SB para pensionados y familiares derechohabientes (artículo 42, f. I).
Riesgos de trabajo		0.75% del SB	
Retiro, cesantía, edad avanzada y vejez	5.5% de SMG/DF vigente al 1o. de julio de 1997 actualizado trimestralmente conforme al ÍNPC al día de la entrada en vigor de la Ley como cuota social diaria por trabajador. La cantidad inicial que resulte, a su vez, se ac-	Retiro. -2% SB Cesantía, edad avanzada y vejez. 3.175 % SB (artículo 102, f. II).	6.125 % del SB (artículo 102, f. I).

<i>Ramo</i>	<i>Gubernamental</i>	<i>Dependencias y entidades</i>	<i>Trabajador</i>
	tualizará trimestralmente, conforme al INPC (artículo 102, f. III).		
Invalidez y vida		0.625% SB (artículo 140, f. II).	0.625% del SB (artículo 140, f. I).
Préstamos personales		Fondo constituido al efecto en el ISSSTE (artículo 193, LISSSTE).	
Fondo de la vivienda			5% SB (artículo 195, LISSSTE).
Servicios sociales y culturales		0.5% del SB; más el 50% del costo unitario por cada uno de los hijos de sus trabajadores que hagan uso del servicio en las estancias de bienestar infantil. El costo se determina anualmente por la junta directiva (artículo 199, f. II, LISSSTE).	0.5% del SB (artículo 199, f. I, LISSSTE).

B. Régimen voluntario

Respecto al régimen voluntario, existen dos maneras de pertenecer a ello: la continuación voluntaria en el régimen obligatorio y la incorporación voluntaria al régimen obligatorio. El primero se da cuando el trabajador deja de prestar sus servicios en alguna dependencia o entidad y no tiene calidad de pensionado. Éste puede solicitar, por escrito, dentro de los sesenta días siguientes al de la baja del empleo, la continuación voluntaria en

todos o alguno de los seguros del régimen obligatorio, con excepción del seguro de riesgos del trabajo y, al efecto, cubrir íntegramente las cuotas y aportaciones que correspondan conforme a lo dispuesto por el régimen financiero de los seguros en que desee continuar voluntariamente (artículos 200 y 201).

La incorporación voluntaria al régimen obligatorio se da mediante la celebración de convenios entre el ISSSTE y los gobiernos de las entidades federativas o de los municipios y sus dependencias y entidades, con aprobación de la Secretaría de Hacienda, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes reciban los seguros, prestaciones y servicios del régimen obligatorio (artículo 204).

El ISSSTE tiene las siguientes funciones (artículo 208):

1. Cumplir con los programas aprobados para otorgar los seguros, prestaciones y servicios a su cargo.
2. Emitir las resoluciones que reconozcan el derecho a las Pensiones.
3. Determinar, vigilar, recaudar y cobrar el importe de las Cuotas y Aportaciones, así como los demás recursos del Instituto, por lo que se refiere al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, el entero de las Cuotas y Aportaciones correspondientes, se realizará mediante los sistemas o programas informáticos que determine la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.
4. Invertir los Fondos de las Reservas de acuerdo con las disposiciones de esta Ley.
5. Adquirir o enajenar los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines.
6. Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas conforme a su presupuesto aprobado y el estatuto orgánico que al efecto emita la Junta Directiva.
7. Administrar los seguros, prestaciones y servicios previstos en esta Ley.
8. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social.
9. Expedir los reglamentos para la debida prestación de los servicios y de organización interna.

10. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requieran los seguros,
11. Prestaciones y servicios previstos en esta Ley.
12. Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus reglamentos.

Los órganos de gobierno del Instituto son (artículo 209): la Junta Directiva; el director general; la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda; la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, y la Comisión de Vigilancia.

La Junta Directiva se compone de diecinueve miembros: el director general del Instituto, el cual presidirá la Junta Directiva; el titular y dos subsecretarios de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como los titulares de las secretarías de Salud, de Desarrollo Social, del Trabajo y Previsión Social, de Medio Ambiente y Recursos Naturales y de la Función Pública, y el director general del IMSS, y nueve representantes de las organizaciones de trabajadores. Por cada miembro de la Junta Directiva se nombrará un suplente, que actuará en caso de faltas temporales del propietario, debiendo tratarse de un funcionario con el rango inmediato inferior al del miembro propietario (artículo 210).

Corresponde a la Junta Directiva (artículo 214):

1. Autorizar los planes y programas que sean presentados por la Dirección General para las operaciones y servicios del Instituto.
2. Examinar para su aprobación y modificación, el programa institucional y los programas operativos anuales de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación, así como los estados financieros del Instituto.
3. Examinar y aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación y vigilancia del Instituto.
4. Aprobar las políticas de inversión del Instituto, a propuesta del Comité de Inversiones, excepto tratándose del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y el programa anual de Reservas actuariales y financieras que deban constituirse para asegurar el otorgamiento de los seguros, prestaciones y servicios que determina esta Ley, así como el cumplimiento de sus fines.

5. Conocer y aprobar en su caso, en el primer bimestre del año, el informe del estado que guarde la administración del Instituto.

6. Aprobar el estatuto orgánico y los reglamentos necesarios para la operación del Instituto propuestos por el Director General.

7. Establecer o suprimir delegaciones del Instituto en las Entidades Federativas.

8. Autorizar al Director General a celebrar convenios con los gobiernos de las Entidades Federativas o de los municipios o sus Dependencias o Entidades, a fin de que sus Trabajadores y Familiares Derechohabientes aprovechen los seguros, prestaciones y servicios que comprende el régimen de esta Ley.

9. Dictar los acuerdos y resoluciones a que se refiere el artículo 219 de esta Ley.

10. Dictar los acuerdos que resulten necesarios para otorgar los beneficios previstos en los seguros, prestaciones y servicios establecidos en esta Ley.

11. Constituir a propuesta del Director General, un Consejo Asesor Científico y Médico.

12. Nombrar y remover al personal de confianza del primer nivel del Instituto, a propuesta del Director General, sin perjuicio de las facultades que al efecto le delegue.

13. Conferir poderes generales o especiales, de acuerdo con el Director General.

14. Otorgar premios, estímulos y recompensas a los servidores públicos del Instituto, de conformidad con lo que establece la ley de la materia.

15. Proponer al Ejecutivo Federal los proyectos de reformas a esta Ley.

16. En relación con el Fondo de la Vivienda: *a)* Examinar y, en su caso, aprobar el presupuesto de ingresos y egresos, así como los programas de labores y de financiamiento del Fondo de la Vivienda para el siguiente año *b)* Examinar y, en su caso, aprobar, en el primer bimestre del año, el informe de actividades de la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y, dentro de los cuatro primeros meses del año, los estados financieros que resulten de la operación en el último ejercicio; *c)* Establecer las reglas para el otorgamiento de créditos; *d)* Examinar y, en su caso, aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación

y vigilancia del Fondo de la Vivienda, los que no deberán exceder del cero punto setenta y cinco por ciento de los recursos totales que maneje; *e*) Aprobar los programas de inversión y de Reservas que deben constituirse para asegurar la operación del Fondo de la Vivienda y el cumplimiento de los demás fines y obligaciones del mismo; *f*) Vigilar que los créditos y los financiamientos que se otorguen se destinen a los fines para los que fueron programados, y *g*) Las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los fines del Fondo de la Vivienda.

17. En relación con el Pensionisste: *a*) Examinar y, en su caso, aprobar el presupuesto de ingresos y egresos, así como los programas de labores y de inversión del Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado; *b*) Examinar y, en su caso, aprobar en el primer bimestre del año, el informe de actividades de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste y, dentro de los cuatro primeros meses del año, los estados financieros que resulten de la operación en el último ejercicio; *c*) Examinar y, en su caso, aprobar a propuesta de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, la estrategia de inversión de los recursos; *d*) Examinar y, en su caso, aprobar anualmente el presupuesto de gastos de administración, operación y vigilancia del Pensionisste; *e*) Examinar y, en su caso, aprobar a propuesta de la Comisión Ejecutiva del Pensionisste, el programa de Reservas que deben constituirse para asegurar la operación del Pensionisste y el cumplimiento de los demás fines y obligaciones del mismo; *f*) Autorizar la constitución de sociedades de inversión especializadas de fondos para el retiro, y *g*) Las demás funciones necesarias para el cumplimiento de los fines del Pensionisste.

18. Aprobar mecanismos de contribución solidaria entre el Instituto y sus Derechohabientes.

19. Presentar al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y al Congreso de la Unión, a más tardar el 30 de junio de cada año, un informe dictaminado por auditor externo, que incluya, al menos, los siguientes elementos: *a*) La situación financiera de cada uno de los seguros ofrecidos por el Instituto, y actuarial de sus reservas, aportando elementos de juicio para evaluar si las primas correspondientes son suficientes para cubrir los gastos actuales y futuros de los beneficios

derivados de cada seguro; *b*) Los posibles riesgos, contingencias y pasivos que se están tomando en cada seguro y la capacidad financiera del Instituto para responder a ellos en función de sus ingresos y las reservas disponibles; *c*) Estimaciones sobre las posibles modificaciones a las Cuotas y Aportaciones de cada seguro, en su caso, que se puedan prever, para mantener la viabilidad financiera del Instituto, y de las fechas estimadas en que dichas modificaciones puedan ser requeridas, y *d*) La situación de sus pasivos laborales totales y de cualquier otra índole que comprometan su gasto por más de un ejercicio fiscal.

20. En general, realizar todos aquellos actos y operaciones autorizados por esta Ley y los que fuesen necesarios para la mejor administración y gobierno del Instituto.

La Junta Directiva sesiona una vez cada tres meses, pudiendo además celebrar las sesiones extraordinarias que se requieran (artículo 215).

El director general representa legalmente al Instituto, es auxiliado por los servidores públicos de confianza que al efecto señale el estatuto orgánico. Tiene las obligaciones y facultades siguientes (artículo 220 y 221):

1. Ejecutar los acuerdos de la Junta Directiva del Instituto y representar a éste en todos los actos que requieran su intervención.
2. Convocar a sesiones a los miembros de la Junta Directiva.
3. Someter a aprobación de la Junta Directiva: *a*) El programa institucional; *b*) El programa de administración y constitución de Reservas; *c*) El programa operativo anual de acuerdo con lo establecido en la Ley de Planeación; *d*) El programa anual de préstamos; *e*) Los estados financieros del Instituto, y *f*) El informe financiero y actuarial;
4. Presentar a la Junta Directiva un informe anual del estado que guarde la administración del Instituto.
5. Someter a la Junta Directiva los proyectos de estatuto orgánico y reglamentos previstos en esta Ley.
6. Expedir los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público así como las disposiciones y lineamientos

normativos distintos a los reglamentos expedidos por el Titular del Ejecutivo Federal, necesarios para la operación del Instituto.

7. Proponer a la Junta Directiva el nombramiento y, en su caso, la remoción de los servidores públicos de primer nivel del Instituto y nombrar a los Trabajadores de base y de confianza de los siguientes niveles, sin perjuicio de la delegación de facultades para este efecto.

8. Resolver, bajo su inmediata y directa responsabilidad, los asuntos urgentes a reserva de informar a la Junta Directiva sobre las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

9. Formular el calendario oficial de actividades del Instituto y conceder licencias al personal, vigilar sus labores e imponer las correcciones disciplinarias procedentes conforme a las condiciones generales de trabajo, sin perjuicio de la delegación de facultades.

10. Presidir las sesiones del Comité de Control y Auditoría.

11. Firmar las escrituras públicas y títulos de crédito en que el Instituto intervenga, representar al Instituto en toda gestión judicial, extrajudicial y administrativa, y llevar la firma del Instituto, sin perjuicio de poder delegar dichas facultades.

12. Informar bimestralmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público sobre el incumplimiento en el pago de Cuotas y Aportaciones.

13. Hacer pública, la información del incumplimiento de Cuotas y Aportaciones.

14. Ejercitar y desistirse de las acciones legales.

15. Formular los programas institucionales de corto, mediano y largo plazo, así como los presupuestos del Instituto y presentarlos para su aprobación a la Junta Directiva.

16. Establecer los mecanismos de evaluación de desempeño del Instituto.

17. Establecer las medidas que aseguren la solidez financiera a largo plazo del Instituto.

18. Presidir las sesiones de la Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda y del Pensionisste, facultad que podrá ser delegada en el Vocal Ejecutivo respectivo.

19. Proponer a la Junta Directiva el nombramiento de los Vocales Ejecutivos del Fondo de la Vivienda y del Pensionisste.

20. Las demás que le fijen las leyes o los reglamentos y aquellas que expresamente le asigne la Junta Directiva.

La Comisión de Vigilancia se integra de once miembros, con voz y voto, como a continuación se indica (artículo 222): dos representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; dos representantes de la Secretaría de la Función Pública; un representante de la Secretaría de Salud; un representante del Instituto, designado por el director general, que actuará como secretario técnico, y cinco representantes designados por las organizaciones de trabajadores.

La Junta Directiva cada doce meses designará de entre los miembros de la Comisión de Vigilancia representantes del gobierno federal, a quien deba presidirla. La presidencia será rotativa; en caso de inasistencia del presidente y su suplente, el secretario técnico presidirá la sesión de trabajo. Por cada miembro de la Comisión de Vigilancia se nombrará un suplente, que actuará en caso de faltas temporales del titular, debiendo tratarse de un funcionario con el rango inmediato inferior al del miembro propietario.

La Comisión de Vigilancia se reúne en sesión cuantas veces sea convocada por su presidente o a petición de dos de sus miembros. Además, presentará un informe anual a la Junta Directiva sobre el ejercicio de sus atribuciones. Los miembros pueden solicitar concurrir a las reuniones de la Junta Directiva, para tratar asuntos urgentes relacionados con las atribuciones de la Comisión (artículo 223). Sus atribuciones son (artículo 224):

1. Vigilar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables al Instituto.
2. Verificar que las inversiones y los recursos del Instituto se destinen a los fines previstos en los presupuestos y programas aprobados.
3. Disponer la práctica de auditorías en todos los casos en que lo estime necesario, pudiendo auxiliarse con las áreas afines del propio Instituto.

4. Proponer a la Junta Directiva o al Director General, según sus respectivas atribuciones, las medidas que juzgue apropiadas para alcanzar mayor eficacia en la administración de los seguros, prestaciones y servicios.

5. Examinar los estados financieros y la valuación financiera y actuarial del Instituto, verificando la suficiencia de las Cuotas y Aportaciones y el cumplimiento de los programas anuales de constitución de Reservas.

6. Analizar la información relativa al entero de Cuotas y Aportaciones.

7. Designar a los auditores externos que auxilien a la comisión en las actividades que así lo requieran.

8. Conformar, a través de la Secretaría Técnica, los grupos de trabajo que estime necesarios, para el cumplimiento de las fracciones I, II y III del presente artículo.

Las que le fijen el estatuto orgánico del Instituto y las demás disposiciones legales aplicables.

3. *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSSFAM) (Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y su reglamento)*

El ISSSFAM es una institución que proporciona seguridad social a los miembros en activo y en situación de retiro de las fuerzas armadas, sus derechohabientes, pensionistas y beneficiarios. Esto incluye a miembros de la Secretaría de la Marina (Semar) y de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena). Sus beneficios son parecidos a los del IMSS y a los del ISSSTE.

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM) publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 9 de julio de 2003, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene entre sus funciones (artículos 1o. y 2o, LISSFAM):

1. Otorgar las prestaciones y administrar los servicios a su cargo que la LISSFAM le encomienda.

2. Administrar su patrimonio exclusivamente para el fin señalado en la LISSFAM.

4. Administrar los fondos que reciba con un destino específico, aplicándolos a los fines previstos.

5. Administrar los recursos del Fondo de la Vivienda para los miembros del activo del Ejército, Fuerza Aérea y Armada, a fin de establecer y operar un sistema de financiamiento que les permita obtener crédito barato y suficiente para: *a)* La adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas, incluyendo las sujetas al régimen de condominio; *b)* La construcción, reparación, ampliación o mejoramiento de sus habitaciones, y *c)* El pago de pasivos contraídos por los conceptos anteriores.

6. Coordinar y financiar con recursos del Fondo de la Vivienda programas de construcción de habitaciones destinadas a ser adquiridas en propiedad por los miembros del Ejército, Fuerza Aérea y Armada.

7. Adquirir todos los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus cometidos.

8. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones especiales de esta Ley.

9. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.

10. Organizar sus dependencias y fijar la estructura y funcionamiento de las mismas.

11. Expedir el estatuto orgánico, manuales, normas y procedimientos interiores para la debida prestación de los servicios y para su organización interna.

12. Difundir conocimientos y orientaciones sobre prácticas de previsión social.

En cuanto al patrimonio, se constituye por los bienes, derechos y obligaciones que integran sus inventarios y registros; las cuotas que aporten los militares y sus familiares derechohabientes en los términos que para este objeto establezcan las disposiciones legales; las aportaciones del gobierno federal señaladas en esta

ley, para prestaciones específicas; una cantidad anual a cargo del gobierno federal, equivalente a un 15% de los haberes, haberes de retiro y de las pensiones de los miembros de las fuerzas armadas mexicanas y de sus familiares, según corresponda, para las demás prestaciones que conforme a esta Ley deba otorgar el Instituto; los bienes que por cualquier título adquiriera el Instituto, así como los rendimientos y remanentes que obtenga por virtud de sus operaciones, y los fondos del seguro de vida militar, colectivo de retiro y de la vivienda militar (artículo 3o. LISSFAM).

Las prestaciones que se otorgarán son las siguientes:

**PRESTACIONES DE SEGURO SOCIAL
DE LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS
(ARTÍCULO 18, LISSFAM)**

<i>Haber de retiro</i>	<i>Pensión</i>	<i>Compensación</i>
Pagas de defunción	Ayuda para gastos de sepelio	Fondo de trabajo
Fondo de ahorro	Seguro de vida	Seguro colectivo de retiro
Venta de casas y departamentos	Ocupación temporal de casas y departamentos, mediante cuotas de recuperación	Préstamos hipotecarios y a corto plazo
Tiendas, granjas y centros de servicio	Servicios turísticos	Casas hogar para retirados
Centros de bienestar infantil	Servicio funerario	Becas y créditos de capacitación científica y tecnológica
Centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes	Centros deportivos y de recreo	Orientación social
Servicio médico integral	Farmacias económicas	Vivienda
Beca de manutención	Beca escolar	Beca especial

El órgano de gobierno del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas tiene un órgano de gobierno, que es la Junta Directiva. Esta se integra por nueve miembros: tres designados por la Secretaría de la Defensa Nacional, tres por la de Marina y tres por la de Hacienda y Crédito Público (artículo 5o., LISSFAM). Además, tiene un director general, un subdirector general y la cantidad de directores de área necesarios para el eficaz funcionamiento (artículo 7o., LISSFAM). Cuenta con un órgano de vigilancia y un órgano interno de control (artículo 8o. y 9o., LISSFAM)

4. *Otras instituciones de seguridad social*

Existen otras instituciones que proporcionan seguridad social a sus empleados, como Petróleos Mexicanos (Pemex), Luz y Fuerza del Centro (LFC), la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Banca de Desarrollo de México. Respecto de los trabajadores de Pemex, no cotizan al IMSS, tienen un plan de pensiones independiente; por su parte, los trabajadores de la banca de desarrollo, CFE y LFC sí cotizan al IMSS, pero cuentan con un plan complementario al de ese Instituto.

Los asegurados de Pemex cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE: atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles, así como cobertura farmacéutica y de rehabilitación, seguro por riesgos de trabajo, jubilación e invalidez.

Para 2010, la población derechohabiente, es decir, que cuenta con seguro social atado al empleo, era de 68.025,134; además, 43.518,719 contaba con seguro del Sistema de Protección Social en Salud. Conforme al INEGI, la población total al 2010 era de 112.322,757.

POBLACIÓN CON SEGURIDAD SOCIAL ATADO AL EMPLEO (2010)¹⁸⁴

<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>Pemex</i>	<i>Estatales</i>	<i>Total</i>
52.310,086	10.065,861	1.048,136	239,568	742,556	1.691,434	68.025,134

El IMSS cubre a más de 80% de la población derechohabiente; el ISSSTE a 18%, y Pemex, Sedena y Semar de manera conjunta al 1%. Todos los anteriores, en unidades y con médicos y enfermeras propios.¹⁸⁵ Conforme a las estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030, la población estimada a la mitad de 2012 es de 110.022,552, de los cuales 50.046,994 cuenta con seguridad social y 59.975,558 no cuenta con seguridad social;¹⁸⁶ es decir, más del 50% de la población no cuenta con seguro social.

IX. SEGURIDAD SOCIAL NO ATADA AL EMPLEO

1. *El Sistema de Protección Social en Salud*

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se creó en 2004, con el propósito de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población sin acceso a la seguridad social. El SPSS son las acciones que en materia de protección social en salud proveen los regímenes estatales de protección social en salud (REPS).¹⁸⁷ Estas acciones son coordinadas por la Secretaría de

¹⁸⁴ Véase página electrónica del INEGI, en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01>, consultado el 15 de julio de 2012.

¹⁸⁵ Gómez Dantés, Octavio *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública*, México, 2011, vol. 53(2):220-232, en http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002625.

¹⁸⁶ Secretaría de Salud/ Dirección de Información en Salud, *Estimaciones con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030*, México, Conapo, 2006.

¹⁸⁷ Los REPS son las instancias que funcionan como enlaces de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en las entidades federativas. Son responsables en las entidades federativas de la administración de recursos,

Salud y cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación (artículo 77 bis 2, LGS).

Conforme al artículo 77 bis 1 de la LGS, todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud. El SPSS está dirigido a las familias y personas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud; estas pueden incorporarse al sistema de protección social en salud que corresponda en razón de su domicilio (artículo 77 bis 3, LGS); es decir, el SPSS está dirigida a los noasalariados que no cuentan con seguro social.

Las personas excluidas del régimen de seguridad social en salud —desempleados, autoempleados, empleados domésticos, no asalariados, etcétera— es decir, la población abierta, eran atendidos en sus necesidades de servicios de salud por los gobiernos federales (Secretaría de Salud-SSa) y estatales (SESA), pagando por este servicio un costo de recuperación.

Sin embargo, desde 1970 surgen políticas de salud dirigidas a la población abierta. En ellos participan principalmente la Secretaría de Salud y el IMSS;¹⁸⁸ asimismo, desde 1984, con el es-

supervisión de prestadores de servicios y de la afiliación y orientación a beneficiarios.

¹⁸⁸ En 1973 se reformó la Ley del Seguro Social ampliándose los beneficios del régimen obligatorio, con lo que la seguridad social alcanzó a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados. Siguiendo esta tendencia, en 1974 el IMSS implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno federal implementó los dos programas: Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y Programa de Cobertura Rural (PCR). En 1979 nace el programa IMSS-Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados). A través de este programa se ofrecían servicios de vacunación y atención preventiva, entre otros, en todo el territorio nacional. En 1989 el Programa IMSS-Coplamar se transforma en IMSS-Solidaridad y amplía su infraestructura. En 1991 se crea el programa piloto Programa de Atención de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), con el que se pretende mejorar las condiciones de salud de familias no aseguradas de bajo ingreso, de las zonas rurales de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca. En 1996 el PASSPA se convierte en Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este programa buscaba, mediante un paquete

tablecimiento del Sistema Nacional de Salud, se inicia la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas mediante convenios.

En 2001, y siguiendo el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que establece como objetivo la democratización de la atención en salud mediante un sistema accesible a todo mexicano independientemente de su capacidad de pago, pero que además responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas; asimismo, debe ampliar las posibilidades de elección, y contar con instancias sensibles y eficaces para la presentación de quejas, y con mecanismos de participación en la toma de decisiones¹⁸⁹ y al Programa Nacional de Salud 2001-2006, del cual una de sus estrategias consistía en “Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud”,¹⁹⁰ se creó el programa oficialmente llamado Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud). Ésta se llevó a cabo de manera inicial como programa piloto en los estados de Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.

De manera conjunta con el Programa Salud para Todos, las autoridades de los tres órdenes de gobierno trabajaron en un esquema de aseguramiento en salud dirigido a la población abierta no derechohabiente del seguro social. El resultado de este trabajo fue una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud, que

básico de servicios de salud, brindar servicios de salud a la población abierta de las entidades federativas; asimismo, buscaba coadyuvar en la descentralización de los servicios de salud a la población abierta. En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), para romper el círculo intergeneracional de pobreza extrema rural. En 2001 se crea el programa piloto del Seguro Popular. En 2002 Progresa se convierte en Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y el Programa IMSS-Solidaridad se convierte en IMSS-Oportunidades.

¹⁸⁹ Véase <http://www.dgpp.sep.gob.mx/planeacion/pdf%20inf/PND.pdf>, p. 53, consultado el 23 de abril de 2012.

¹⁹⁰ Programa Nacional de Salud, estrategia 5.

proponía la incorporación de la protección social en salud como materia de salubridad general, y la adición de un título tercero bis que estableciera la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

Así, el 13 de mayo de 2003 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se incorpora la protección social en salud como materia de salubridad general y se adiciona un título tercero bis con el que se constituye formalmente el Sistema de Protección Social en Salud.

En 2004 entra en vigor el Sistema de Protección Social en Salud con provisión del Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

La unidad de protección en este sistema es el núcleo familiar (artículo 77 bis 3, LGS). Así, esta protección es un mecanismo del Estado para garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud. Como mínimo, la protección social en salud debe abarcar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, y de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención (artículo 77 bis 1, LGS).

Para lo anterior, existe un paquete de servicios denominado Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes).¹⁹¹ Este catálogo enlista de manera explícita las enfermedades y actividades de salud a que tienen acceso los afiliados al SPSS. En él se definen las acciones integrales de salud —intervenciones— que agrupan al conjunto de enfermedades y actividades de salud que deben ser cubiertas por el Sistema. El documento es indicativo y de re-

¹⁹¹ El primer paquete de servicios de salud elaborado entre 2002 y 2003 se denominó Catálogo de Beneficios Médicos (Cabame).

ferencia para orientar a las partes financiadoras y prestadoras de servicios de salud respecto a los servicios contenidos en la cartera que son elegibles.¹⁹² Además, el Causes incluye otras dos carteras de servicios: el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Así, en realidad podemos decir que el SPSS cumple su función mediante tres paquetes de servicio, también llamados instrumentos: Causes (entendido como únicamente el primer catálogo de servicios sucesor del Cabame), FPGC y SMNG, que se complementa con la estrategia Embarazo Saludable (ES). Como se ha mencionado, el Causes se remota a 2002, antes de la creación del SPSS. El FPGC nace con la SPSS, mientras que el SMNG se crea en 2006, y el ES en 2008.

El FPGC es un fondo especial cuyo objetivo es el financiamiento y prestación de servicios para padecimientos de alta especialidad y alto costo, y que, por lo tanto, implican un riesgo financiero. Los gastos catastróficos son aquellos que derivan de tratamientos y medicamentos asociados, definidos por el consejo de Salubridad General, que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionadas con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con la que ocurren (artículo 77 bis 17, LGS) (artículo 17 bis 29).

El Programa Seguro Médico para una Nueva Generación tiene como objetivo a los niños menores de cinco años.¹⁹³ En

¹⁹² Véase http://www.isea.gob.mx/Formatos/CAUSES_2010.pdf, p. 9, consultado el 26 de abril de 2012.

¹⁹³ Desde los años ochenta se identifican estrategias de salud pública dirigidas específicamente a niños. Algunos son: 1884, se reparten sales de rehi-

el eje tres del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 y en la estrategia 7 del Programa Sectorial de Salud 2006-2012 se determina garantizar la cobertura completa y de por vida en servicios de salud a los niños. Acorde con lo anterior, en diciembre de 2006 nace el Programa SMNG, dirigido a la protección de la salud de los niños nacidos a partir del 1o. de diciembre de 2006. A través de este programa se ofrece atención médica integral a niños desde que nacen hasta los cinco años de edad. Se busca para todos los niños el acceso a un seguro médico que cubra el 100% de los servicios médicos de los centros de salud de primer nivel y el 100% de los servicios hospitalarios, incluyendo medicamentos asociados, consultas y tratamientos. Así, se protege a los niños de los principales padecimientos que se presentan en los primeros cinco años de vida.

Como complemento al programa SMNG, en 2008 se introduce la estrategia Embarazo Saludable, con el fin de asegurar la atención médica a las mujeres durante su embarazo hasta el momento de alumbramiento, y así contribuir a la cobertura del menor desde el embarazo de la madre. Con esta estrategia se hace posible la incorporación al SPSS a toda mujer en estado de embarazo que no cuente con seguridad social en salud.

La ejecución del Sistema de Protección Social en Salud se lleva a cabo mediante la celebración de acuerdos de coordinación (77 bis 6, LGS). La competencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de protección social en salud son las siguientes:

dratación oral para prevenir la diarrea; 1986, se establece el día nacional de vacunación; 1990, se realiza la Campaña de Vacunación contra el Sarampión; 1991, se establece el Programa Universal de Vacunación y Programa de Agua Limpia; 1993 aparece la Semana Nacional en Salud; 1997, nace el Programa Nacional de Educación Salud y Alimentación; 2000, el Estado mexicano firma la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, con lo que se compromete a reducir en dos terceras partes para 2015 la mortalidad de los niños menores de cinco años.

COMPETENCIAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
Desarrollar, coordinar, supervisar y establecer las bases para la regulación de los regímenes estatales de protección social en salud, para lo cual formulará el plan estratégico de desarrollo del Sistema y aplicará, en su caso, las medidas correctivas que sean necesarias, tomando en consideración la opinión de los estados y el Distrito Federal, a través del Consejo a que se refiere el artículo 77 bis 33 de la LGS.	Proveer los servicios de salud en los términos de este título, disponiendo de la capacidad de insumos y el suministro de medicamentos necesarios para su oferta oportuna y de calidad.
Proveer servicios de salud de alta especialidad a través de los establecimientos públicos de carácter federal creados para tal efecto.	Identificar e incorporar beneficiarios al régimen estatal de protección social en salud, para lo cual ejercerá actividades de difusión y promoción, así como las correspondientes al proceso de incorporación, incluyendo la integración, administración y actualización del padrón de beneficiarios en su entidad, conforme a los lineamientos establecidos para tal efecto por la Secretaría de Salud.
En su función rectora, constituir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda esperada de servicios a que se refiere el artículo 77 bis 18, LGS y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos establecido en el artículo 77 bis 29, LGS.	Aplicar de manera transparente y oportuna los recursos que sean transferidos por la Federación y las aportaciones propias, para la ejecución de las acciones de protección social en salud, en función de los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.
Transferir con puntualidad a los estados y al Distrito Federal las aportaciones que le correspondan para instrumentar los regímenes estatales de protección social en salud.	Programar, de los recursos a que se refiere el capítulo III del título tercero bis, LGS, aquellos que sean necesarios para el mantenimiento, desarrollo de infraestructura y equipamiento conforme a las prioridades que se determinen en cada entidad federativa, en

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
	congruencia con el plan maestro que se elabore a nivel nacional por la Secretaría de Salud.
Elaborar el modelo y promover la formalización de los acuerdos de coordinación a que se refiere el artículo 77 Bis 6, LGS.	Recibir, administrar y ejercer las cuotas familiares de los beneficiarios del régimen estatal de protección social en salud, así como los demás ingresos que en razón de frecuencia en uso de los servicios o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados, se impongan de manera adicional en los términos del título tercero bis LGS, de conformidad con el artículo 77 bis 23, LGS.
Establecer el esquema de cuotas familiares que deberán cubrir los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, las cuales tendrán un incremento máximo anualizado de acuerdo a la variación del Índice Nacional de Precios al Consumidor.	Realizar el seguimiento operativo de las acciones del régimen estatal de protección social en salud en su entidad y la evaluación de su impacto, proveyendo a la Federación la información que para el efecto le solicite.
Diseñar y elaborar los materiales de sensibilización, difusión, promoción y metodología de la capacitación que se utilizarán en la operación del Sistema.	Adoptar esquemas de operación que mejoren la atención, modernicen la administración de servicios y registros clínicos, alienten la certificación de su personal y promuevan la certificación de establecimientos de atención médica; para tal efecto podrán celebrar convenios entre sí y con instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios, en términos de las disposiciones y lineamientos aplicables.
Definir el marco organizacional del Sistema de Protección Social de Salud en los ámbitos federal, estatal, del Distrito Federal y en su caso, municipal.	Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto.
Diseñar, desarrollar y suministrar el instrumento para evaluar la capaci-	Promover la participación de los municipios en los regímenes estatales de

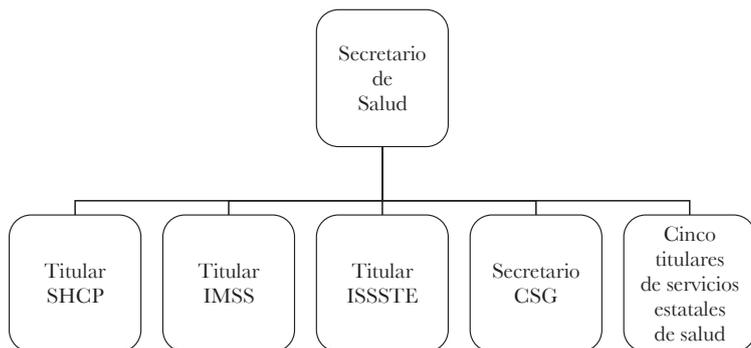
<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
dad de pago de los beneficiarios para efectos del esquema de cuotas familiares a que se refiere el artículo 77 bis 21, en los estados y el Distrito Federal.	Protección Social en Salud y sus aportaciones económicas mediante la suscripción de convenios, de conformidad con la legislación estatal aplicable.
Establecer los lineamientos para la integración y administración del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y validar su correcta integración.	
Solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica.	
Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios.	
A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social.	
Tutelar los derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.	
Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud.	
Definir las bases para la compensación económica entre entidades federativas, el Distrito Federal, institucio-	

<i>Federal-Secretaría de Salud</i>	<i>Entidades federativas</i>
nes y establecimientos del Sistema Nacional de Salud por concepto de prestación de servicios de salud.	
Evaluar el desempeño de los regímenes estatales de protección social en salud y coadyuvar en la fiscalización de los fondos que los sustenten, incluyendo aquellos destinados al mantenimiento y desarrollo de infraestructura y equipamiento.	

A nivel federal existen dos órganos que llevan a cabo la operación del SPSS: el Consejo Nacional de Protección Social en Salud (Conpss) y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS); mientras que en las entidades federativas las REPSS son las instancias encargadas de la operación y la prestación de los servicios de salud del SPSS mediante instalaciones de atención médica acreditadas.

Así, las REPSS son estructuras administrativas, dependientes de los servicios estatales de salud, cuyo objetivo es garantizar las acciones de protección social en salud proveyendo los servicios de salud a la persona en el SPSS, de manera independiente de la provisión de servicios de salud. Sus funciones primordiales son: promoción para la incorporación de familias al sistema, afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios, administración de recursos financieros establecidas por la ley para las entidades federativas, verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos que establece la ley, gestión de pago a los prestadores de servicios, y rendición de cuentas (artículo 3o., RLGSMPS).

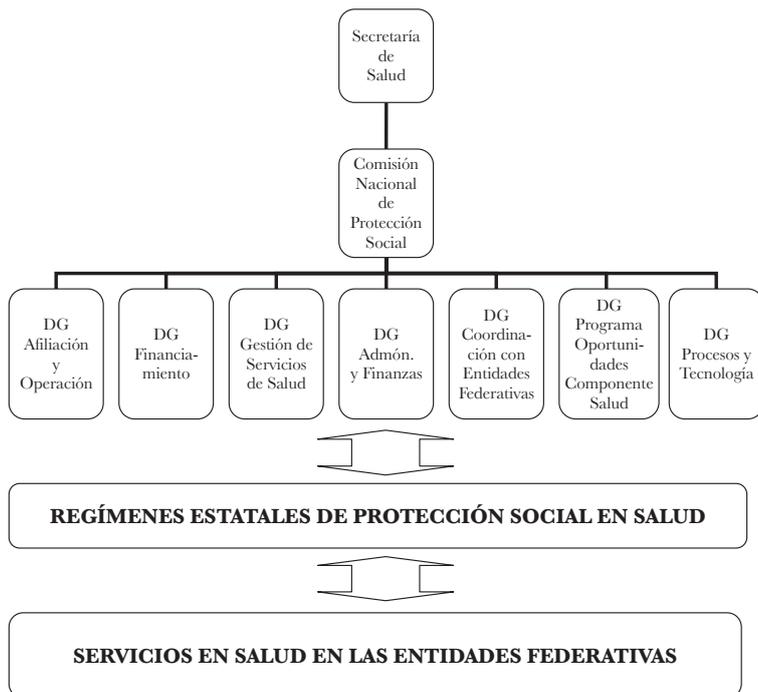
En cuanto a los órganos federales del Sistema de Protección Social en Salud, el Conpss es un órgano colegiado consultivo de las acciones del Sistema de Protección Social en Salud. Se integra de la siguiente manera:



Corresponde al Consejo (artículo 3o., RICONPSS):

1. Opinar, a solicitud de la Secretaría, respecto del funcionamiento del Sistema.
2. Proponer, a petición de la Secretaría, las medidas para mejorar el funcionamiento del Sistema.
3. Opinar sobre la propuesta para designar al titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.
4. Acordar la creación de grupos de trabajo para el análisis y estudio de temas que el propio Consejo estime necesarios.
5. Aprobar el programa anual de trabajo del Consejo.

Por su parte, la CNPSS es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa (artículo 77 bis 35, LGS y artículo 3o., RICNPSS); sus funciones en el SPSS son de planeación, normalización, administración, supervisión y la compra de servicios. Se estructura de la siguiente manera:



El financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, al igual que los sistemas de seguridad social atados al empleo, es tripartito; se compone de aportaciones tanto federales, locales y de los beneficiarios. Las aportaciones federales consisten en una cuota social y una aportación solidaria. La cuota social se cubre anualmente por cada persona afiliada¹⁹⁴ al Sistema de Protección Social en Salud; es equivalente al 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente diario para el Distrito Federal de 2009 actualizado con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor (artículo 77 bis, LGS).

La aportación solidaria federal se realiza mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a

¹⁹⁴ Hasta antes de 2010 la cuota social comprendía una aportación anual por familia y no por persona.

la Persona, de conformidad con la siguiente fórmula (artículo 17 bis 13, fr. ii):

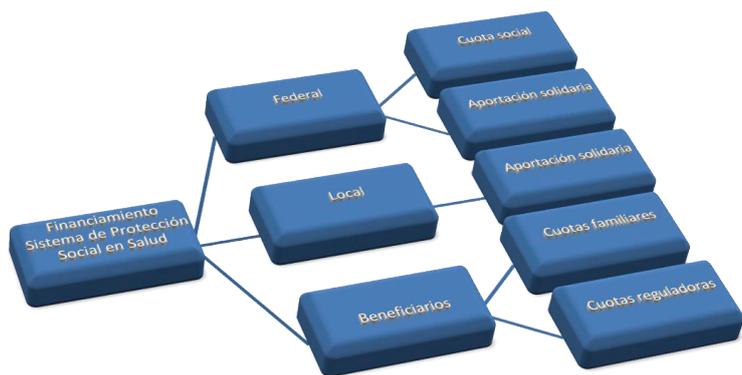
La secretaría determinará anualmente el monto total de recursos federales disponibles para el fondo, previa aprobación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público por lo que se refiere a la congruencia con los criterios generales de política económica y la disponibilidad de recursos para el ejercicio fiscal correspondiente, respetando como monto disponible la aportación solidaria federal promedio nacional por familia equivalente a una y media veces el monto de la cuota social (artículo 87, fr. I, RLGSMPS).

Respecto de la aportación solidaria de los estados y del Distrito Federal, es anual por afiliado. La aportación mínima es el equivalente a la mitad de la cuota social que cubre la Federación en la entidad respectiva (artículo 17 bis 13, fr. I).

Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud contribuyen al Sistema mediante cuotas familiares y cuotas reguladoras. Las cuotas familiares son anticipadas, anuales y progresivas; y se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia. Sin embargo, si una familia se encuentra incapacitada de cubrir la cuota, esto no impide que se incorpore al sistema y sea beneficiario (artículo 77 bis 21).

Así, las familias son clasificadas en dos regímenes: contributivo y no contributivo, siendo que las familias que se encuentran hasta el II decil de ingreso entran bajo el régimen no contributivo. También están en el régimen no contributivo las familias que a partir de 2008 cuentan con por lo menos un niño nacido a partir del primero de diciembre del 2006, y las familias que se encuentran en los deciles I al IV y que cuenten con al menos una mujer embarazada.

Las cuotas reguladoras, por su parte, tienen el objeto de favorecer el uso responsable de los servicios de salud. Las establece el Consejo de Salubridad General mediante reglas de carácter general. Aplican a algunos servicios en razón de la frecuencia en su uso o especialidad o para el surtimiento de medicamentos asociados (artículo 77 bis 28):



Además, del total de la cuota social y de las aportaciones solidarias federales y de las entidades federativas la Secretaría de Salud debe canalizar anualmente el 8% de dichos recursos al FPGS (artículo 77 bis 17, LGS), y el 3% para la constitución de una previsión presupuestal anual, aplicando dos terceras partes para atender las necesidades de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas en los estados con mayor marginación social, y una tercera parte para atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios durante cada ejercicio fiscal, así como la garantía del pago por la prestación interestatal de servicios.

Esta previsión presupuestal es administrada por la Secretaría de Salud (artículo 77 bis 18), mientras que los fondos del FPGC son administrados por COSPSS. De esta manera, el 89% de los recursos totales que conforman las cuotas sociales y las aportaciones solidarias se destinan al Causes, y son administradas por las entidades federativas. Las entidades federativas deben contar con su aportación solidaria por beneficiario que le corresponde cubrir para que la Federación realice la transferencia correspondiente (artículo 80, RISPSS).

En cuanto al programa SMNG, los fondos para su aplicación provienen de recursos fiscales autorizados en el decreto de

presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal correspondiente.

Además, también se prevé un Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad, que consiste en un fondo mediante el cual se aportan recursos a los estados y al Distrito Federal para que estos los ejerzan para llevar a cabo acciones relativas a las funciones de rectoría y prestación de servicios de salud a la comunidad, conforme a los objetivos estratégicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que para el efecto se suscriban (artículo 77 bis 20).

Los servicios otorgados por el SPSS se brindan en los SESA, en la Ssa y en ocasiones en proveedores privados, en virtud de que el SPSS le compra servicios para sus afiliados a los proveedores mencionados.

2. *Servicios a la población no asegurada*

A. *SESA*

La población no asegurada tiene a su disposición los servicios de la Ssa, los SESA y el IMSS-O, y servicios ofrecidos por algunas universidades para resolver sus necesidades de salud. Estos servicios se brindan sobre una base asistencial.

Los SESA ofrecen servicios heterogéneos, que incluyen servicios ambulatorios; estos por lo general son básicos en los centros de salud rurales y más amplios en las grandes ciudades.

En las unidades de atención ambulatoria (UAA) se presta la mayor parte de los servicios de salud. Sin embargo, estos fueron diseñados para una población que de manera general era rural de menor edad, afectada por infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos relacionados con la desnutrición. En poco tiempo, la población demandante de servicios de las UAA era rural y urbana de todos los estratos socioeconómicos, y con padecimientos no transmisibles, como la diabetes, la hiper-

ensión y el cáncer, para los que no estaban preparadas las UAA de la SSA y los SESA.¹⁹⁵

En todo el país existen aproximadamente 25,433 UAA, de los cuales 20,389 (80.2%) son unidades de consulta externa. El 68.5% de las UAA del sector público pertenecen a los SESA, mientras el resto se reparten entre IMSS-O, IMSS, ISSSTE, Sedena, Pemex, Semar, y DIF, SESA y SSA, tienen 13,849 UUA, aunque al cierre de 2009 solo estaban operando 13,317 UUA.

DISTRIBUCIÓN DE LOS UAA DEL SECTOR PÚBLICO

<i>SESA</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Otros</i>
68.5%	19.8%	5.9%	2.9	2.9

Las UAA de los SESA se clasifican según su ubicación y los servicios que ofrecen: *a*) centros de salud rurales, 8,334 unidades (62.6%); *b*) centros de salud urbanos, 1,801 (13.5%); *c*) unidades móviles 1,849; brigadas móviles, 625; *d*) casas de salud, 142; *e*) consultorios delegacionales, 21; *f*) unidades del ministerio público, 51; *g*) centros avanzados de atención primaria a la salud (CA-APS), 63; *h*) centros de salud con servicios ampliados (CESSA), 18; *i*) unidades de especialidades médicas (Unemes), 313, y clínicas de especialidades, 100. Las UAA de los SESA cuentan con 23,007 consultorios. Esto es, 38 consultorios por cada 100,000 habitantes sin seguridad social.

Respecto de la infraestructura de las UAA, muchos centros de salud, sobre todo rurales, sufren de descuido de la infraestructura física de las residencias de médicos y enfermeras. Además, la mayor parte de los estados no cuentan con programas de mantenimiento preventivo y renovación periódica de las unidades; asimismo, hay problemas de comunicación.

¹⁹⁵ Bravo, María Lilia y Gómez Dante, Octavio, “La atención ambulatoria en los servicios estatales de salud”, *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010*, México, Secretaría de Salud, 2011, p. 25.

Un estudio de 2007 demostró que 30% de las UAA no contaban con agua entubada, 12% no contaban con baños para el personal, 19% no contaba con baños para pacientes. 98% de las UAA contaba con electricidad; sin embargo, un alto porcentaje presentaba interrupciones del servicio eléctrico, poniendo en riesgo la adecuada refrigeración de ciertos medicamentos y vacunas.

En cuanto al equipo clínico en las UAA, de las 13,317 UAA en operación al final de 2010 371 (2.8%) cuentan con servicio de laboratorio clínico. En 2009 había registrados 62 equipos de ultrasonido concentrados en su mayoría en los centros de salud urbanos y en los CAAPS. Nueve entidades federativas no cuentan con este tipo de equipo en sus UAA.

En 2008 no se encontró ninguna UAA con todo el equipo necesario para la atención de la diabetes, siendo que este padecimiento es una de las principales causas de consulta externa en los SESA. En cuanto al equipo para la hipertensión, otro padecimiento causa de consulta externa, el 90% de las unidades contaban con los elementos para la atención.

En el mismo año, de 264 claves del cuadro básico de medicamentos seleccionados, un promedio de 85 se encontraron en las UAA de los SESA; en los centros de salud acreditados el promedio de existencia fue de 90 claves (34%), y en los no acreditados de 79 (30%).

Respecto de los recursos humanos, en 2009 se registró la existencia de 32,874 médicos en contacto con el paciente en las unidades de consulta externa de los servicios de salud en el país. Esto es, 2.5 médicos en cada unidad de consulta externa, 0.56 médicos en contacto con el paciente por cada 1,000 habitantes sin seguridad social. Los médicos pasantes representan 22.9% del total de médicos en contacto con el paciente; 41.5% de los centros de salud rurales a nivel nacional operan únicamente con pasantes de medicina u odontología.

Respecto de las enfermeras, en 2009 se tenían registradas 31,195 enfermeras en contacto con el paciente: 2.3 por cada

UAA y 0.5 por 1,000 habitantes sin seguridad social. Las enfermeras pasantes representan 16.2%, y las auxiliares 36% del total de las enfermeras en contacto con el paciente.

En 2008 se efectuaron 73.3 millones de consultas en las UAA de los SESA; 45.6 millones de estas en unidades rurales y 27.7 millones en unidades urbanas. Poco más de 29 millones de estas consultas se brindaron a población beneficiaria del SPSS. Lo anterior representa una productividad aproximada de 14.7 consultas diarias por consultorio y 11 consultas diarias por médico. Estos datos incluyen consultas a afiliados del SPSS.

Debido a que el SPSS adquiere servicios de la UAA para sus afiliados, estas unidades tienen que ser acreditadas para que puedan ofrecer servicios a afiliados del SPSS. Los componentes empleados para evaluar a las unidades son capacidad, seguridad y calidad. La capacidad evalúa si las unidades cuentan con los recursos físicos, materiales y humanos mínimos necesarios para brindar los servicios relacionados con las intervenciones establecidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (Causes); la seguridad evalúa los principales aspectos de la práctica médica segura, y la seguridad del paciente durante el proceso de atención médica y su estancia en el establecimiento; la calidad evalúa la factibilidad de implantar mínimos de gestión de calidad que faciliten la introducción de procesos de mejora continua.

En 2009 6,612 UAA de los SESA, 49.6% del total de estas unidades estaban acreditadas.

Los SESA se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, además de que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación).

B. *IMSS-Oportunidades (IMSS-O)*

IMSS-O ofrece servicios en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La atención se concentra en servicios de medicina general ambulatoria y servicios hospitalarios materno-infantiles.

En 1973 se modifica la Ley del Seguro Social y se faculta al IMSS a prestar atención médica a la población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación. Como resultado, en 1974 se implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria.

En 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación en el país. En 1979 se conjuntan el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria y el Coplamar, y surge el Programa IMSS-Coplamar. Así se extienden los servicios de salud a todo el territorio nacional.

El 20 de abril de 1983 desaparece Coplamar, y el Programa IMSS-Coplamar se administra por el IMSS.

En marzo de 1984, con la descentralización de los servicios de salud, el IMSS-Coplamar transfiere 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a 14 estados de la República, reduciendo la operación del programa a 17 estados.

En 1989, el Programa cambia su nombre a IMSS-Solidaridad, y se emprende la ampliación de infraestructura en los estados en los que continúa operando.

En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa) para afrontar los rezagos del medio rural en materia de salud, educación y desnutrición. El 6 de marzo de 2002, para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al Progresa como Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO). Con esto se cambió el nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO.¹⁹⁶

El PDHO tiene el objetivo de contribuir a romper el ciclo de la pobreza extrema. El PDHO actúa en dos vertientes principales: otorgar a los beneficiarios los componentes salud y alimenta-

¹⁹⁶ Véase http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx, consultado el 15 de julio de 2012.

ción, y certificar el cumplimiento de las corresponsabilidades de salud de las familias.

El componente salud se apoya en la infraestructura médica del Programa IMSS-Oportunidades para la entrega del paquete básico garantizado de salud a las familias beneficiarias de acuerdo con el grupo de edad y sexo de cada integrante. El paquete incluye acciones dirigidas a la atención materno-infantil, saneamiento de las comunidades, vigilancia nutricional, planificación familiar e inmunizaciones, entre otras tareas.

En cuanto a la alimentación, se entregan sobres de complementos alimenticios a mujeres embarazadas o en lactancia y a niños menores de cinco años; se enfatiza la educación nutricional a las familias para incidir en el ámbito de la prevención, y no solo del tratamiento de los problemas de desnutrición.¹⁹⁷

Así, el IMSS-O es un programa del gobierno federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Tiene como finalidad proporcionar servicios de salud a la población más vulnerable. Otorga servicios médicos gratuitos a casi doce millones de personas; se presenta como un programa de atención médica integral con énfasis en acciones preventivas dirigido a la población carente de seguridad social y con un alto nivel de marginación.¹⁹⁸

El IMSS-O otorga servicios a través de una red de: a) 79 hospitales rurales y 3,588 unidades médicas rurales en comunidades rurales; b) 270 unidades médicas urbanas para las familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades, y c) 222 brigadas de salud que operan en localidades de 500 habitantes o menos.¹⁹⁹

El IMSS-O opera a través de un modelo llamado Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), que se compone de dos vertientes, a saber: la atención médica y la acción comunitaria. La

¹⁹⁷ Véase http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/prog_des_hum.aspx, consultado el 15 de julio de 2012.

¹⁹⁸ Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/pages/default.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

¹⁹⁹ *Idem.*

atención médica refiere a los servicios de salud y las acciones de vigilancia epidemiológica, mientras que la acción comunitaria se refiere a la incorporación de los individuos y de las comunidades en la práctica de hábitos saludables, a través de la labor de integración, organización y orientación que desarrollan los voluntarios y promotores institucionales.²⁰⁰

Conforme al Programa IMSS-Oportunidades 2007-2012, las acciones del IMSS-O se orientan a la reducción de la muerte materno-infantil; prevención y atención oportuna del cáncer cérvico-uterino; salud integral del adolescente; vacunación; vigilancia epidemiológica y control de enfermedades; prevención y control de la diabetes mellitus.

En cuanto a la prevención y atención oportuna del cáncer cérvico uterino, se ofrecen servicios de prevención y detección oportuna en el primer nivel de atención y de diagnóstico y tratamiento en el segundo nivel. Además, se han adaptado módulos de salud ginecológica en todos los hospitales rurales del programa, que dan atención a las mujeres con una detección positiva.

En 2011 se amplió el grupo de mujeres a quienes se realiza la citología cervical a aquellas de entre 25 y 64 años de edad, logrando un incremento de 166% en relación con 2010.²⁰¹

Respecto de la salud integral al adolescente, desde 1998 el IMSS-O diseñó y puso en operación el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR), que tiene el objetivo de atender las principales necesidades y expectativas de los jóvenes, utilizando un enfoque integral de promoción a la salud y prevención de enfermedades.

Dentro de este modelo se crearon los centros de atención rural al adolescente (CARA), que son espacios exclusivos y amigables ubicados en el interior de cada una de las unidades médicas rurales y hospitales del programa, en donde se llevan a cabo acti-

²⁰⁰ Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

²⁰¹ Véase http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/sal_mat.aspx, consultado el 15 de julio de 2012.

vidades educativas que fomentan el autocuidado de la salud y el desarrollo social.

Los CARA atienden a más de 2.3 millones de jóvenes de 10 a 19 años de edad, que habitan en las comunidades rurales e indígenas donde el Programa tiene presencia. Aquí reciben orientación, información y educación especializada sobre temas diversos que les son de interés y que afectan su vida: desarrollo humano, autoestima, perspectiva de género, comunicación familiar, desarrollo de habilidades para la vida, prevención de violencia, hábitos saludables, sexualidad y salud reproductiva, entre muchos otros.²⁰²

El IMSS-Oportunidades trabaja de manera coordinada con las diversas dependencias del ramo. Mediante el Acuerdo 126 con el IMSS, las mujeres que atiende IMSS-Oportunidades y que enfrentan un alto riesgo en su embarazo, pueden ser atendidas en un hospital de segundo o tercer nivel del IMSS.

Mediante un acuerdo con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, se preparan a técnicas en enfermería de IMSS-O en el Sistema de Universidad Abierta.

También se mantiene una estrecha colaboración con la Comisión Permanente de la Secretaría de Salud, para el establecimiento de lineamientos para el diseño y aplicación de los planes de cuidado de enfermería (PLACE).

Mediante el Convenio Marco con la Secretaría de Salud y con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de 2008 se convierte al IMSS-Oportunidades en prestador de servicios de salud en las zonas del país donde cuenta con infraestructura y no tienen presencia los servicios estatales de salud.²⁰³

Para llevar a cabo sus acciones, el IMSS-O cuenta con más de 20 mil médicos, enfermeras y paramédicos, más de 200 mil voluntarios y 18 mil comités de salud.²⁰⁴

²⁰² Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/cara.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

²⁰³ Véase http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/acc_inter.aspx, consultado el 15 de julio de 2012.

²⁰⁴ Véase <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/pages/default.aspx>, consultado el 15 de julio de 2012.

El IMSS-O se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS.

C. Servicios de salud de alta especialidad

Además de la UAA de la SSA, existe una Red de Servicios de Salud de Alta Especialidad (REDSAES). Estos, como el nombre lo indica, ofrecen servicios médicos especializados a una población no derechohabiente y derechohabiente.

En esta red están: *a)* los institutos nacionales de salud (INSalud); *b)* los hospitales regionales de alta especialidad (HRAE); *c)* los hospitales federales de referencia (HFR), y *d)* y otros hospitales vinculados con universidades. Estos institutos y hospitales no solamente ofrecen servicios médicos de alta especialidad, sino que también realizan investigaciones y preparan a recursos humanos.

Los INSalud y los HFR son organismos descentralizados de la administración pública federal, mientras que los HRAE son organismos desconcentrados.

Existe una Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), que tiene como misión diseñar e implementar políticas, estrategias y modelos innovadores para que los INSalud y hospitales de alta especialidad generen conocimiento científico y formen recursos humanos especializados, que contribuyan a mejorar la salud mediante el uso óptimo de los recursos institucionales disponibles.²⁰⁵

3. INSalud

Los Institutos Nacionales de Salud (INSalud), doce en total, son organismos descentralizados de la administración pública federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, agrupados en el sector salud, que tienen como objeto principal: *a)* la investi-

²⁰⁵ Véase <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/acercade.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

gación científica en el campo de la salud; *b*) la formación y capacitación de recursos humanos calificados, y *c*) la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad. Sus ámbitos de acción comprenden todo el territorio nacional. Son regulados por la Ley de los Institutos Nacionales de Salud (LINSalud), publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de mayo de 2000. Además, también son regidos por la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y sus disposiciones reglamentarias, particularmente en lo que se refiere al fortalecimiento de su autonomía técnica, operativa y administrativa (artículo 3o., LINSalud).

Las investigaciones que realicen los INSalud deben ser básicas y aplicadas, con el fin de contribuir al avance del conocimiento científico, y a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico, en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas (artículo 37, LINSalud).

El ámbito de la enseñanza los INSalud puede incluir la impartición de cursos de pregrado, especialidades, subespecialidades, maestrías y doctorados, así como diplomados y educación continua, en los diversos campos de la ciencia médica. También pueden participar en la capacitación y actualización de recursos humanos, a través de cursos, conferencias, seminarios y otros similares, en los temas que consideren necesarios (artículo 51, LINSalud).

En el ámbito de la atención médica, prestan servicios de atención médica bajo el principio de gratuidad, atendiendo padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, así como urgencias, y recibiendo a usuarios referidos por los otros dos niveles de atención o a los que requieran atención médica especializada, conforme al diagnóstico previo que efectúe el servicio de preconsulta del Instituto de que se trate (artículo 54, LINSalud). Para la atención médica se puede contar con servicios de atención médica, de preconsulta, consulta externa, ambulatorios, urgencias y hospitalización (artículo 55, LINSalud).

Los INSalud son (artículo 5o., LINSalud):

<i>INSalud</i>	<i>Área</i>
Instituto Nacional de Cancerología	especialidad de las neoplasias
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	padecimientos cardiovasculares
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	disciplinas biomédicas vinculadas con la medicina interna de alta especialidad en adultos y las relacionadas con la nutrición
Instituto Nacional de Geriátrica	formación de recursos humanos y la investigación del envejecimiento, de las enfermedades y cuidados del adulto mayor
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	para los padecimientos del aparato respiratorio
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	para las afecciones del sistema nervioso
Instituto Nacional de Medicina Genómica	regulación, promoción, fomento y práctica de la investigación y aplicación médica del conocimiento sobre el genoma humano
Instituto Nacional de Pediatría	padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	salud reproductiva y perinatal
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	psiquiatría y la salud mental
Instituto Nacional de Rehabilitación	
Instituto Nacional de Salud Pública	investigación y enseñanza en salud pública
Hospital Infantil de México Federico Gómez	padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia

A los institutos nacionales de salud les corresponde (artículo 6o., LINSalud):

1. Realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas, en las áreas biomédicas y sociomédicas en el campo de sus especialidades,

para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud.

2. Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre.

3. Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, intercambio o cooperación con instituciones afines.

4. Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como en aquellas que le sean afines.

5. Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje.

6. Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables.

7. Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización.

8. Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada.

9. Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sean requeridos para ello.

10. Actuar como órganos de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado.

11. Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud.

12. Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus especialidades.

13. Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que les correspondan.

14. Realizar las demás actividades que les correspondan conforme a la presente ley y otras disposiciones aplicables.

A. *Instituto Nacional de Cancerología (INCan)*

El Instituto de Cancerología nació el 25 de noviembre de 1946 por decreto del entonces presidente Manuel Ávila Camacho. Su antecedente fue el dispensario médico llamado “Dr. Ulises Valdez”, hoy Hospital de la Mujer. Se convirtió en el principal proveedor de pacientes oncológicos en el área ginecológica, y en pocos años la demanda de hombres y mujeres con cáncer lo superó. Para cumplir con la demanda, fue transformado en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. El instituto da atención a pacientes de todo el país, no derechohabientes de la seguridad social, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Además, realiza funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.²⁰⁶

Los objetivos del INCan en el área de la investigación son: a) realizar estudios epidemiológicos, genéticos y biomédicos, para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer; b) publicar los resultados de las investigaciones y experiencias, así como su difusión; c) establecer estudios patológicos en fases I-II-III, promover y realizar reuniones de carácter científico con proyección nacional e internacional; en la enseñanza: a) formar recursos humanos con reconocimiento universitario y de especialidad, mantener estándares de alta calidad, establecer intercambios científicos con investigadores nacionales e internacionales, apoyar la formación de recursos humanos de otras instituciones; en la asistencia: a) prestar atención médica de alta calidad a los pacientes con cáncer, dar apoyo médico a pacientes en fases terminales; b) desarrollar programas de rehabilitación, implementar programas de escrutinio en grupos de población de alto riesgo; c) aplicar los esquemas de prácticas reconocidas en los institutos

²⁰⁶ Véase <http://www.incan.edu.mx/>, consultado el 15 de julio de 2012.

de oncología en el mundo; d) creación de clínicas especializadas en tumores mamarios y ginecológicos.²⁰⁷

B. *Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPer)*

El INPer tiene como antecedente la maternidad “Casa del Periodista” (1921), que tenía el carácter de beneficencia privada. En 1929, ésta cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia, y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937 se establece la Secretaría de Asistencia Pública, que absorbe los establecimientos existentes en la materia. En 1977 se constituye el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y el ya entonces INPer pasa a formar parte de esa dependencia. El 19 de abril de 1983 se separa el INPer del DIF.²⁰⁸

El INPer tiene como misión: a) resolver los problemas nacionales de salud reproductiva y perinatal de alta complejidad, a través de la investigación científica básica, clínica, epidemiológica y médico-social de alto nivel de excelencia, que permita el desarrollo de modelos de atención e innovación tecnológica para la salud; b) la formación académica y desarrollo de recursos humanos, con sólida preparación técnica, ética y humanística, basada en evidencias científicas y experiencias documentadas, acorde a las demandas del sector salud, y c) la asistencia en salud, de alta especialidad y con calidad, que lo posicionen como un modelo institucional de atención.²⁰⁹

²⁰⁷ Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, *Los institutos nacionales de salud*, México, Secretaría de Salud-Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, 2002, p. 53, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7255.pdf>, consultado el 3 de julio de 2012.

²⁰⁸ Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, *Los institutos nacionales de salud*, México, p. 96.

²⁰⁹ Véase <http://www.inper.mx/quienessomos/misionvision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

C. *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán (INNSZ)*

Originalmente el Instituto fue denominado Hospital de Enfermedades de la Nutrición; posteriormente, en 1981, se le denominó Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, y por último, el 26 de mayo de 2000, con la publicación de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, se registra con el nombre actual: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Sus objetivos centrales son:

1. Proporcionar atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta.
2. Ampliar la participación y repercusión de las actividades sustantivas a nivel nacional.
3. Formar recursos humanos al más alto nivel científico y técnico, con actitud ética y responsabilidad social.
4. Proporcionar asesoría a los sectores público, social y privado, en las áreas de su competencia.
5. Fortalecer la participación del Instituto en la educación continua para profesionales de la salud y en la educación para la salud de la población.
6. Fortalecer los programas de investigación y de innovación tecnológica que contribuyan al desarrollo del conocimiento o al bienestar social.
7. Desarrollar un modelo de administración integral innovador que fortalezca las actividades sustantivas.
8. Impulsar un modelo de desarrollo organizacional innovador que favorezca el desempeño óptimo y seguro de las actividades institucionales.

D. *Instituto Nacional de Geriátría (INGer)*

Debido al paulatino proceso de envejecimiento de la población mexicana, en enero de 2007 inició el proceso de creación del Instituto de Geriátría, que incluyó el análisis de factibilidad

por parte de un grupo de especialistas en envejecimiento y salud, la validación del proyecto por varios organismos internacionales, el diseño del modelo administrativo, el desarrollo de la infraestructura y la planeación estratégica. El proceso culminó con el decreto de creación, del 28 de julio de 2008, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 del mismo mes y año. El objetivo central del INGer es

...contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, con la participación de los sectores social y privado.²¹⁰

Además de las funciones establecidas para todas las instituciones, el INGer debe (artículo 7o. ter, LINSalud):

2. Apoyar a la Secretaría, en su carácter de dependencia coordinadora de sector, para la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud en el ámbito de sus funciones, así como promover la concertación de acciones con los sectores social y privado en su ámbito de competencia.

3. Fomentar la realización de proyectos de desarrollo de tecnología especializada, obteniendo con ello protocolos de innovación tecnológica en cuanto a la elaboración de medios de diagnóstico y tratamiento.

4. Ser el centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el envejecimiento poblacional y sus aplicaciones.

E. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER)

Este instituto tiene como antecedentes el Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco fundado en 1936. En 1969

²¹⁰ Véase <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

cambia su nombre a Hospital para Enfermedades Pulmonares de Huipulco, ampliando su cobertura a pacientes con otras enfermedades pulmonares. En 1975 se convierte en Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, con las tareas de asistencia médica y enseñanza, así como de investigación científica y técnica en la especialidad de neumología. En 1982 funcionó como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el 14 de enero del mismo año se crea como Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.²¹¹

El INER tiene como objetivos:

1. Desarrollar y promover investigación básica y aplicada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
2. Impartir enseñanza de posgrado a profesionales de la medicina y contribuir a la formación del personal de enfermería, de técnicos y auxiliares en el campo de las enfermedades respiratorias.
3. Proporcionar consulta externa y hospitalaria a pacientes que ameriten tratamiento especializado en materia de enfermedades respiratorias.
4. Asesorar a unidades médicas y centros de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias.
5. Realizar y promover eventos y reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencia y difundir los avances que logren en su área de acción.

F. *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN)*

El INNN fue concebido inicialmente como una institución donde se cultivan las tres principales divisiones de las neurociencias clínicas: neurología, neurocirugía y psiquiatría. Se dedica

²¹¹ Véase <http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

de manera exclusiva a la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales.²¹² Tiene como misión desarrollar investigación clínica y básica en la esfera de las neurociencias, coadyuvar a la formación de recursos humanos de alta especialidad y brindar atención profesional de excelencia a pacientes con padecimientos del sistema nervioso.²¹³

G. Instituto Nacional de Medicina Genómica (Inmegen)

El Inmegen fue fundado en 2004, como resultado del trabajo realizado desde 2001 por el Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica, integrado por la Universidad Nacional Autónoma de México, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de la Secretaría de Salud, y la Fundación Mexicana para la Salud. El instituto realiza investigación genómica, y tiene como principal objetivo

...contribuir al cuidado de la salud de los mexicanos a través del desarrollo de proyectos de investigación científica con tecnología de vanguardia, formación de recursos humanos de excelencia y generación de aplicaciones genómicas innovadoras para mejorar la atención de la salud, con apego a principios éticos universales y de respeto a los Derechos humanos.²¹⁴

Entre otros objetivos están: potencializar una medicina genómica que contribuya a una práctica médica más individualizada, más predictiva y más preventiva; desarrollar nuevas oportunidades de tratamiento, como la farmacogenómica; ofrecer las bases para una práctica médica basada en la estructura genómica de las

²¹² Véase <http://www.inmn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

²¹³ Véase <http://www.inmn.salud.gob.mx/interior/instituto/mision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

²¹⁴ Véase <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/inmegen/>, consultado el 15 de julio de 2012.

poblaciones mexicanas y en sus necesidades epidemiológicas; formar recursos humanos de alta calidad y excelencia, que respondan a las necesidades que requiere el desarrollo de la medicina genómica y áreas afines en México; integrar a la práctica médica, en forma sistemática, herramientas de diagnóstico y tratamiento genómico; fomentar y desarrollar programas académicos en medicina genómica conjuntando recursos humanos y materiales de alta calidad; divulgar los resultados de la investigación en medicina genómica a la comunidad científica y a la sociedad en general; cimentar un sistema de propiedad intelectual asociado a los proyectos de investigación del Inmegen y estimular el desarrollo de nuevos negocios de base genómica con responsabilidad social.²¹⁵

Las atribuciones del Inmegen son las señaladas en los puntos 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13 y 14 de las actividades correspondientes a los institutos nacionales de salud. Además, otras atribuciones son: realizar estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y básicas en las áreas de su especialidad, para la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación de los afectados, así como para promover medidas de salud; impulsar la vinculación con instituciones nacionales para conformar una red de investigación y desarrollo en el campo de la medicina genómica y disciplinas afines, con la participación de instituciones internacionales; fomentar la realización de proyectos de desarrollo de tecnología especializada, obteniendo con ello protocolos de innovación tecnológica en cuanto a la elaboración de medios de diagnóstico, fármaco-genómica y terapia génica, y ser el centro nacional de referencia para asuntos relacionados con estudios sobre el genoma humano y sus aplicaciones. El instituto no presta servicios preventivos, médico-quirúrgicos o de rehabilitación ni proporciona consulta externa, atención hospitalaria o servicios de urgencias a la población (artículo 7o. bis LINSalud).

²¹⁵ Véase <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/objetivos/>; consultado el 15 de julio de 2012.

H. *Instituto Nacional de Pediatría (INP)*

Su antecesor es el Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), creado el 6 de noviembre de 1970, cuyo encargo era otorgar servicios de atención médica pediátrica especializada, realizar investigación científica en las distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos especializados.

El 19 de abril de 1983 se crea el Instituto Nacional de Pediatría mediante decreto presidencial, con objeto de proporcionar atención médica infantil especializada; efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la pediatría, en las que imparta atención médica; impartir enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas de la pediatría; contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas disciplinas relacionadas; actuar como organismo de consulta en pediatría para otros organismos; prestar la asesoría que el sector salud le solicite, y apoyar programas de salud pública.²¹⁶

I. *Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”*

El Instituto nace en 1944, y se amplía y moderniza en 1976. Se identifica por su carácter polifacético, con una visión integral del problema cardiológico. Es un centro hospitalario para la atención del enfermo de escasos recursos; un gran laboratorio de investigación (de ciencia básica y de tipo clínico aplicada), y una escuela superior en donde se enseña la cardiología en sus diferentes grados. Su misión es proporcionar atención cardiovascular de alta especialidad con calidad a la población, preferentemente a la que carece de seguridad social. También desarrolla investigación de vanguardia, y forma especialistas en cardiología y ramas afines.²¹⁷

²¹⁶ Véase <http://www.pediatría.gob.mx/rehistoria.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

²¹⁷ Véase https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/presentacion/, consultado el 15 de julio de 2012.

J. *Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF)*

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” fue creado con la intención de transformar la manera de entender la enfermedad mental a partir de la investigación, de la traducción de los hallazgos científicos en programas, en mejores prácticas para la prevención de la enfermedad, en la atención de las personas que enferman y en recomendaciones para las políticas públicas.²¹⁸

En 1972 fue creado el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (Cemef), con el fin de atender los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación relacionados con la farmacodependencia. En 1978 se crea el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (Cemesam), que sustituye al Cemef, con la finalidad ampliar sus funciones. Un año después, en 1979 se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con la finalidad de contar con un organismo que se avocara en forma más amplia y con mejores recursos al estudio de problemas de los trastornos mentales y de salud mental. El 26 de mayo de 2000, el Instituto cambia su nombre por Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en honor a su fundador.²¹⁹

El Instituto se desarrolla a través de tres áreas: investigación (neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales), enseñanza y servicios clínicos, respaldados por una unidad administrativa; áreas que trabajan para el cumplimiento de los objetivos del Plan de Trabajo 2008-2013, que son:²²⁰

1. Integración multidisciplinaria en la investigación.
2. Formación profesional basada en la investigación y en la práctica clínica.

²¹⁸ Véase <http://www.inprf.gob.mx/inprf/index.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

²¹⁹ *Idem.*

²²⁰ *Idem.*

3. Atención basada en los resultados de investigación.
4. Mantenimiento, consolidación y actualización de la infraestructura tecnológica.
5. Traducción de los resultados de investigación para contribuir en la práctica clínica, en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en la formación de especialistas, en la educación de la población y para informar a las políticas públicas.
6. Mantenimiento de un clima de armonía y una administración racional y transparente de los recursos y que busque el desarrollo de su personal en todos los niveles.

K. *Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)*

El Instituto Nacional de Rehabilitación²²¹ nació del esfuerzo que desde 1973 inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el gobierno de la República mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). Anteriormente se denominaba Centro Nacional de Rehabilitación, pero el 23 de junio de 2005 obtuvo la denominación de Instituto Nacional de Rehabilitación al ser publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto que lo transformó en instituto, .

El INR tiene como misión abatir la incidencia de la discapacidad que generan en una importante proporción los servicios de atención médica que reducen la letalidad a expensas de dejar secuelas discapacitantes.

El Instituto tiene como objetivos: apoyar las acciones de asistencia social que coordina la Oficina de la Presidencia de la República; formar los recursos humanos médicos y técnicos de su competencia; asegurar permanentemente la atención médica de excelencia al Sistema Nacional de Rehabilitación, y establecer contacto con las instituciones médicas y de educación superior nacionales e internacionales que realizan investigación científica y tecnológica en materia de discapacidad.

²²¹ Véase <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>, consultado el 15 de julio de 2012.

L. *Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)*

El INSP es una institución académica, cuyo compromiso central es ofrecer resultados de investigación en problemas relevantes de la salud pública para prevenir y controlar enfermedades y formar a profesionales de la salud que ayuden a promover condiciones de vida saludable en los diversos grupos de la población.²²² Su misión es contribuir a la equidad social y a la realización del derecho a la protección de la salud mediante la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia.²²³

El objeto del Instituto es la prestación de servicios de salud a un universo de usuarios no susceptible de determinarse. Sus funciones son los establecidos en los puntos 1, 6 y 9 a 15 de las señaladas como actividades de los institutos nacionales de salud. Además, otras de sus funciones son (artículo 7o., LINSalud):

1. Estudiar y diseñar métodos y técnicas de investigación científica relacionados con la salud.
2. Desarrollar encuestas en las áreas de la salud pública.
3. Coadyuvar a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas y de otros problemas de salud en el país, y de aquéllas que puedan introducirse al territorio nacional.
4. Contribuir al desarrollo de la tecnología diagnóstica apropiada a las necesidades nacionales, en materia de enfermedades transmisibles.
5. Servir como centro de referencia para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas.

²²² Véase <http://www.insp.mx/el-instituto/iquienes-somos.html> ; consultado el 15 de julio de 2012.

²²³ Véase <http://www.insp.mx/el-instituto/mision-y-vision.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

El patrimonio de los INSaluds se integra por los bienes muebles e inmuebles y derechos transferidos por el gobierno federal; bienes propios, entendidos éstos como los muebles e inmuebles adquiridos por los institutos con recursos autogenerados, externos o de terceros, que utilizan en propósitos distintos a los de su objeto, y que no pueden ser clasificados como bienes del dominio público o privado de la Federación; recursos presupuestales asignados por el gobierno federal; recursos autogenerados; recursos de origen externo y demás bienes, derechos y recursos que por cualquier título adquieran (artículo 9o., LINSalud).

Los ingresos derivados de servicios, bienes o productos que presten o produzcan son destinados a la atención de necesidades previamente determinadas por sus órganos de gobierno, fijadas conforme al Presupuesto de Egresos de la Federación (artículo 11, LINSalud).

La Ley Federal de Entidades Paraestatales (LFEP) establece en su artículo 47, que las entidades paraestatales deben sujetarse a la Ley de Planeación, al Plan Nacional de Desarrollo, a los programas sectoriales que se deriven del mismo y a las asignaciones de gasto y financiamiento autorizadas. Con estas directrices deben formular sus programas institucionales a corto, mediano y largo plazos.

En la formulación de sus presupuestos, las entidades paraestatales deben sujetarse a los lineamientos generales que en materia de gasto establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, así como a los lineamientos específicos que defina la Coordinadora de Sector (artículo 51 LFEP). La entidad paraestatal manejará y erogará sus recursos propios por medio de sus órganos. En cuanto a subsidios y transferencias, los recibirá de la Tesorería de la Federación en los términos que se fijen en los presupuestos de egresos anuales de la Federación y del Distrito Federal, debiendo manejarlos y administrarlos por sus propios órganos y sujetarse a los controles e informes respectivos, de conformidad con la legislación aplicable (artículo 52, LFEP).

Los programas financieros deben formularse conforme a los lineamientos generales que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y deberán expresar los fondos propios, aportaciones de capital, contratación de créditos con bancos nacionales o extranjeros, o con cualquier otro intermediario financiero, así como el apoyo financiero que pueda obtenerse de los proveedores de insumos y servicios y de los suministradores de los bienes de producción. El programa contendrá los criterios conforme a los cuales deba ejecutarse el mismo en cuanto a montos, costos, plazos, garantías y avales que en su caso condicionen el apoyo (artículo 53, LFEP).

El director de la entidad paraestatal somete el programa financiero para su autorización al órgano de gobierno respectivo, y una vez aprobado remite a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la parte correspondiente a la suscripción de créditos externos para su autorización y registro (artículo 55, LFEP).

La administración de los INSalud está a cargo de una junta de gobierno y de un director general (artículo 14, LINSalud), en concordancia con lo establecido en el artículo 17 de la Ley Federal de Entidades Paraestatales;²²⁴ las primeras se integran por: *a*) el secretario de Salud, quien las presidirá; *b*) el servidor público de la Secretaría que tenga a su cargo la coordinación sectorial de los INSalud; *c*) un representante de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, del patronato del Instituto, y otro que, a invitación del presidente de la Junta, designe una institución del sector educativo vinculado con la investigación; *d*) cuatro vocales, designados por el secretario de Salud, quienes durarán en su cargo cuatro años y podrán ser ratificados por una sola ocasión (artículo 15, LINSalud).

Los directores generales de los INSalud son designados por las juntas de gobierno, de una terna que debe presentar el pre-

²²⁴ La Ley Federal de Entidades Paraestatales publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986, establece en su artículo 17, que “La administración de los organismos descentralizados estará a cargo de un Órgano de Gobierno que podrá ser una Junta de Gobierno o su equivalente y un Director General”.

sidente de la junta. Para ser director general de un INSalud se requiere: *a)* ser ciudadano mexicano en pleno ejercicio de sus derechos; *b)* ser profesional de la salud, con alguna de las especialidades del Instituto de que se trate; *c)* tener una trayectoria reconocida en la medicina y reconocidos méritos académicos; *d)* no encontrarse en alguno de los impedimentos que señala el artículo 19, fracciones II a V, de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, y *e)* tener experiencia en el desempeño de cargos de alto nivel decisorio cuyo ejercicio requiera conocimientos y experiencia en materia administrativa (artículo 18, LINSalud). Duran en su cargo cinco años, y pueden ser ratificados por otro periodo igual en una sola ocasión (artículo 18, LINSalud).

Las funciones de estos órganos de gobierno son:

FACULTADES DE LOS ÓRGANOS DE GOBIERNO DE LOS INSALUD

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
Las que les confiere la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.	Celebrar y otorgar toda clase de actos, convenios, contratos y documentos inherentes al objeto del Instituto.
Aprobar la distribución del presupuesto anual definitivo de la entidad y el programa de inversiones, de acuerdo con el monto total autorizado de su presupuesto.	Ejercer las más amplias facultades de dominio, administración, pleitos y cobranzas, aun aquellas que requieran cláusula especial. Cuando se trate de actos de dominio se requerirá autorización previa de la Junta de Gobierno para el ejercicio de las facultades relativas.
Aprobar las adecuaciones presupuestales a sus programas, que no impliquen la afectación de su monto total autorizado, recursos de inversión, proyectos financiados con crédito externo, ni el cumplimiento de los objetivos y metas comprometidos.	Emitir, avalar y negociar títulos de crédito.

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
<p>Establecer los lineamientos para la aplicación de los recursos autogenerados.</p> <p>Autorizar el uso oneroso de espacios en las áreas e instalaciones del Instituto de que se trate, que no sean de uso hospitalario.</p>	<p>Otorgar, sustituir y revocar poderes generales y especiales con las facultades que le competan, incluso las que requieran autorización o cláusula especial.</p>
<p>Aprobar y modificar la estructura básica de la entidad de acuerdo con el monto total autorizado de su presupuesto de servicios personales, así como definir los lineamientos y normas para conformar la estructura ocupacional y salarial, las conversiones de plazas y renivelaciones de puestos y categorías.</p>	<p>Formular denuncias y querellas, así como otorgar el perdón legal.</p>
<p>Establecer el sistema de profesionalización del personal del Instituto de que se trate, con criterios orientados a la estabilidad y desarrollo del personal en la especialidad respectiva, para lo cual se considerarán los recursos previstos en el presupuesto.</p>	<p>Ejercitar y desistirse de acciones judiciales, inclusive en materia de amparo.</p>
<p>Determinar las reglas y los porcentajes conforme a los cuales el personal que participe en proyectos determinados de investigación podrá beneficiarse de los recursos generados por el proyecto, así como, por un periodo determinado, en las regalías que resulten de aplicar o explotar derechos de propiedad industrial o intelectual, que deriven de proyectos realizados en el Instituto.</p>	<p>Celebrar transacciones en materia judicial y comprometer asuntos en arbitraje.</p>
<p>Aprobar, a propuesta del director general, el trámite ante la coordinadora de sector para modificar o imponer nombres de médicos o benefactores a instalaciones y áreas de éste.</p>	<p>Proponer a la Junta de Gobierno los estímulos que deban otorgarse al personal del Instituto.</p>

<i>Juntas de gobierno</i> (artículo 16, LINSalud)	<i>Directores generales</i> (artículo 19, LINSalud)
	Otograr reconocimientos no económicos a personas físicas o morales benefactoras del Instituto, incluidos aquellos que consistan en testimonios públicos permanentes.
	Autorizar la apertura de cuentas de inversión financiera, las que siempre serán de renta fija o de rendimiento garantizado.
	Fijar las condiciones generales de trabajo del Instituto, tomando en cuenta la opinión del Sindicato correspondiente.

Además de los órganos de gobierno, los INSalud cuentan con tres órganos de apoyo: un patronato, un consejo asesor técnico y un consejo técnico de administración, que fungirán como órganos de apoyo y consulta (artículo 21, LINSalud); además, podrán nombrar a investigadores eméritos (artículo 31, LINSalud).

Los patronatos son encargados de apoyar las labores de investigación, enseñanza y atención médica de los institutos, principalmente con la obtención de recursos de origen externo (artículo 21, LINSalud); los consejos asesores externos se encargan de recibir información general sobre los temas y desarrollo de las investigaciones que se lleven a cabo en el instituto, y proponer al director general líneas de investigación, mejoras para el equipamiento o para la atención a pacientes, así como en la calidad y eficiencia del instituto de que se trate (artículo 27, LINSalud); y los consejos técnicos de administración y programación actúan como instancia de intercambio de experiencias, de propuestas de soluciones de conjunto, de congruencia de acciones y del establecimiento de criterios tendientes al desarrollo y al cumplimiento de los objetivos del Instituto, además: *a*) proponen las adecuaciones administrativas que se requieran para el eficaz cumplimiento de los objetivos y metas establecidos; *b*) opinan respecto de las políticas generales

y operativas de orden interno; *c*) analizan problemas relativos a aspectos o acciones comunes a diversas áreas del Instituto y emiten su opinión al respecto, y *d*) proponen al director general la adopción de medidas de orden general tendientes al mejoramiento administrativo y operacional del Instituto (artículo 29, LINSalud).

También tendrán los INSalud un órgano de vigilancia integrado por un comisario público propietario y un suplente designados por la Secretaría de la Función Pública, y tendrán las atribuciones que les otorga la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (artículo 32 LINSalud), y un órgano interno de control, denominado contraloría interna, cuyo titular y los de las áreas de auditoría, quejas y responsabilidades que auxiliarán a éste dependerán de la Secretaría de la Función Pública (artículo 33, LINSalud).

4. *Hospitales regionales de alta especialidad (HRAE)*

Los HRAE son establecimientos públicos del Sistema Nacional de Salud, integrantes de la Red de Servicios de Alta Especialidad (Redsaes), que prestan servicios de atención médica de alta especialidad; así, cada HRAE ofrece un conjunto de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas enfocados a padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica.²²⁵

Cada HRAE está conformado por al menos cuatro bloques de servicios bien diferenciados:²²⁶

1. Una unidad de atención médico-quirúrgica, de producción “artesanal”, con productos individualizados, pero con procesos que tienden a la estandarización, basados en la evidencia científica.
2. Una unidad de producción de servicios intermedios con procesos similares a los que se desarrollan en la industria, con el empleo de alta tecnología y automatización.

²²⁵ Véase <http://www.ccinshae.gob.mx/2011/hrae.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

²²⁶ *Idem.*

3. Una unidad de educación superior y vínculo con la investigación, para formación técnica, profesional y de posgrado.

4. Una unidad de producción de servicios especializados destinados al hospedaje, alimentación (dietética) y confort, cuyos usuarios requieren satisfactores muy diversos y tienen diferentes exigencias y expectativas.

Actualmente existen seis HRAE: HRAE del Bajío, HRAE de Oaxaca, HRAE de la Península de Yucatán, el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas que incluye al Hospital de Especialidades Pediátricas en Tuxtla Gutiérrez y al HRAE Ciudad Salud en Tapachula, y el HRAE de Cd. Victoria, Tamaulipas.

5. *Hospitales federales de referencia (HFR)*²²⁷

Los hospitales federales de referencia son un conjunto de seis unidades hospitalarias: Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Hospital Nacional Homeopático, Hospital de la Mujer, y Hospital Juárez del Centro, que operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Sus acciones se dirigen en tres áreas específicas: *a*) prestación de servicios de atención médica general y especializada; *b*) capacitación y formación de recursos humanos calificados, y *c*) actividades de investigación para la salud.

Los HFR se encuentran adscritos a la Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia (DGCHFR), quien los coordina, y ésta a su vez está adscrita a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

La principal función de la DGCHFR con relación a las HFR es implementar y coordinar en los HFR las estrategias de ope-

²²⁷ Véase <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/hfr.html>, consultado el 15 de julio de 2012.

ración, calidad, mejora continua y desarrollo que permitan su correcto funcionamiento dentro de la red nacional de servicios de atención médica.

Entre sus atribuciones están: conducir el sistema de gestión para la optimización de recursos hospitalarios, humanos, materiales y financieros, así como evaluar su funcionamiento; conducir la planeación y gestión de los recursos humanos de los HFR y vigilar su ejecución; patrocinar y asesorar el desarrollo de programas y proyectos orientados a mejorar y garantizar la calidad de los servicios de los HFR; proponer nuevos esquemas de gerencia y operación hospitalaria; establecer procedimientos de coordinación operativa entre los HFR y otras unidades hospitalarias del sector; establecer la planeación estratégica que se implementará en la gestión hospitalaria, a través del sistema de red de institutos nacionales de salud y medicina de alta especialidad; proponer la elaboración y actualización de normas oficiales mexicanas que regulen el funcionamiento de los HFR.

La estructura organizativa de los HFR comprende: una Dirección General, una dirección general adjunta, tres direcciones de área, tres subdirecciones de área y una Jefatura de Departamento.

X. SECTOR PRIVADO

El sector privado comprende a prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa y a las compañías aseguradoras.

Conforme al Código Civil Federal, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en cuatro partes los días 26 de mayo, 14 de julio, 3 y 31 de agosto de 1928, en el ámbito de lo civil, los servicios médicos privados pueden ofrecerse por asociaciones y sociedades. La asociación se da cuando varios individuos convienen en reunirse, de manera no enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico (artículo 2670, CCF); esto

se realiza mediante un contrato escrito: contrato de asociación (artículo 2671, CCF).

Por su parte, la sociedad es cuando por un contrato de sociedad (contrato escrito) los socios se obligan mutuamente a combinar sus recursos o sus esfuerzos para la realización de un fin común, de carácter preponderantemente económico, pero que no constituya una especulación comercial (artículo 2688).

Los servicios médicos pueden ofrecerse también por sociedades mercantiles de varios tipos. La Ley General de Sociedades Mercantiles, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 4 de agosto de 1934, reconoce seis especies de sociedades mercantiles: sociedad en nombre colectivo; sociedad en comandita simple; sociedad de responsabilidad limitada; sociedad anónima; sociedad en comandita por acciones, y sociedad cooperativa, los cinco primeros que pueden constituirse como sociedad de capital variable (artículo 10., LGSM).

La sociedad en nombre colectivo es aquella que existe bajo una razón social, y en la que todos los socios responden, de modo subsidiario, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales (artículo 25, LGSM).

La sociedad en comandita simple es la que existe bajo una razón social, y se compone de uno o varios socios comanditados, que responden, de manera subsidiaria, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales, y de uno o varios comanditarios, que únicamente están obligados al pago de sus aportaciones (artículo 51, LGSM).

La sociedad de responsabilidad limitada es la que se constituye entre socios que solamente están obligados al pago de sus aportaciones, sin que las partes sociales puedan estar representadas por títulos negociables, a la orden o al portador, pues solo serán cedibles en los casos y con los requisitos que establece la LGSM (artículo 58, LGSM).

La sociedad anónima es la que existe bajo una denominación, y se compone exclusivamente de socios cuya obligación se limita al pago de sus acciones (artículo 87, LGSM).

La sociedad en comandita por acciones es la que se compone de uno o varios socios comanditados, que responden de manera subsidiaria, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales, y de uno o varios comanditarios, que únicamente están obligados al pago de sus acciones (artículo 207, LGSM).

La sociedad en comandita por acciones se diferencia de la sociedad en comandita simple en su capital social, que se divide en acciones, y no pueden cederse sin el consentimiento de la totalidad de los comanditados y el de las dos terceras partes de los comanditarios (artículo 208-209, LGSM).

La sociedad cooperativa, conforme a lo establecido en el artículo 2o. de la Ley General de Sociedades Cooperativas publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de agosto de 1994, es aquella integrada por personas físicas con base en intereses comunes y en los principios de solidaridad, esfuerzo propio y ayuda mutua, con el propósito de satisfacer necesidades individuales y colectivas, a través de la realización de actividades económicas de producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

El sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.

XI. SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (LEY DE ASISTENCIA SOCIAL Y SU REGLAMENTO)

Conforme a la fracción XVIII del artículo 3o. de la Ley General de Salud, la asistencia social es materia de salubridad general. La asistencia social es 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 (artículo 167, LGS). En este contexto, las actividades básicas de asistencia social son (artículo 168):

- 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;
- La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;
- La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;
- El ejercicio de la tutela de los menores, en los términos de las disposiciones legales aplicables;
- La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos;
- La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
- La promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio;
- El apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas, y
- La prestación de servicios funerarios.

Para poder llevar a cabo estas acciones de asistencia social, la Ley General de Salud prevé un organismo del gobierno federal, que tendrá entre sus objetivos la promoción de la asistencia social, prestación de servicios en ese campo y la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables. Dicho organismo promoverá la interrelación sistemática de acciones que en el campo de la asistencia social lleven a cabo las instituciones públicas (artículo 172, LGS); y se coordinará con las dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas en las acciones que correspondan.

La ley de Asistencia Social fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 2 de septiembre de 2004. En su artículo 9o. destaca que la Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de

la Familia, en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, tendrán respecto de la asistencia social, y como materia de “salubridad general”, las siguientes atribuciones:

- Vigilar el estricto cumplimiento de esta Ley, así como las disposiciones que se dicten con base en ella.
- Formular las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, a fin de garantizar la calidad de los servicios, y los derechos de los sujetos de esta Ley; así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.
- Certificar que los servicios que presten en la materia las instituciones de los sectores público y privado, cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en el artículo anterior;
- Supervisar la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en esta materia, así como evaluar los resultados de los servicios asistenciales que se presten conforme a las mismas.
- Apoyar la coordinación entre las instituciones que presten servicios de asistencia social y las educativas para formar y capacitar recursos humanos en la materia;
- Promover la investigación científica y tecnológica que tienda a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios asistenciales en materia de salubridad general;
- Formar personal profesional en materias relacionadas con la prestación de servicios de asistencia social;
- Coordinar un Sistema Nacional de Información en materia de asistencia social en colaboración con el INEGI;
- Coordinar, con las entidades federativas, la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social;
- Concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos en que se regulen la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social,

- con la participación que corresponda a otras dependencias o entidades;
- Coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud que en materia de asistencia social presten las instituciones a que se refiere el artículo 34 Fracción II de la Ley General de Salud;
 - Realizar investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
 - Coordinar, integrar y sistematizar un Directorio Nacional de Instituciones públicas y privadas de asistencia social;
 - Supervisar y coadyuvar en el desarrollo de los procesos de adopción de menores, y
 - Las demás que le otorga la Ley General de Salud.

Como se advierte, por declaración legal todas estas materias son “salubridad general”; esto es, temas de salud pública.

Petróleos Mexicanos no cotiza ante el Seguro Social, dada la existencia fáctica de una subrogación de obligaciones por el Contrato Colectivo de Trabajo, “ello no faculta a la paraestatal para reconocer o negar a su arbitrio derechos estimados como necesarios e irrenunciables para el trabajador”.

XII. OPERADORES ESTATALES DE SALUD

Cada entidad federativa tiene sus propios operadores de salud. Estos se rigen por las leyes de salud de las mismas entidades. De manera general, estas leyes de salud reglamentan el derecho a la protección de la salud, regulan las bases y modalidades del acceso al servicio de salud, establecen los sistemas estatales de salud, regulan la salubridad general y local y establecen las autoridades sanitarias, que son: el gobernador del estado; la secretaría de salud del estado o su equivalente, y los ayuntamientos, sin perjuicio de que se incluyan otros organismos, como pueden ser institutos de servicios de salud.

DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Aguascalientes	Ley de Salud del Estado de Aguascalientes	6 junio 1999	26 noviembre 2001 27 diciembre 2004 8 agosto 2005 17 julio 2006 16 junio 2008 30 marzo 2009 13 julio 2009 31 agosto 2009 2 noviembre 2009 14 diciembre 2009
Baja California	Ley de Salud Pública para el Estado de Baja California		9 noviembre 2001 5 julio 2002 14 marzo 2003 12 agosto 2005 19 mayo 2006 19 octubre 2007 (2 decretos) 16 mayo 2008 14 agosto 2009 28 agosto 2009 13 noviembre 2009
Baja California Sur	Ley de Salud Para el Estado de Baja California Sur		31 diciembre 2004 14 junio 2005 28 diciembre 2005
Campeche	Ley de Salud del Estado de Campeche	31 diciembre 1987	22 diciembre 1994 3 abril 1998 30 junio 1999 15 septiembre 2006 14 septiembre 2009
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Estado de Campeche	16 julio 2009	
	Reglamento Interior del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche	16 noviembre 1999	20 octubre 2000 Fe de erratas

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Campeche en Materia de Control al Consumo, Venta, Promoción y Publicidad del Tabaco	24 mayo 2001	12 julio 2001 Fe de erratas 16 diciembre 2004
Chiapas	Ley de Salud del Estado de Chiapas	12 agosto 1998	26 noviembre 2004
	Reglamento para la Protección de la Salud de la Población No fumadora del Estado de Chiapas	11 octubre 2000	
	Reglamento de la Ley de Salud del Estado de Chiapas en Materia de Control Sanitario de Establecimientos que Expendan o Suministren Bebidas Alcohólicas	22 septiembre 1999	5 enero 2000 Fe de erratas 26 abril 2000 11 mayo 2005 29 agosto 2007
Chihuahua	Ley Estatal de Salud del Estado de Chihuahua	11 marzo 1987	14 febrero 1990 30 noviembre 1994 31 mayo 2000 12 marzo 2003 24 septiembre 2003 4 febrero 2004 7 agosto 2004 9 noviembre 2005 4 agosto 2007 7 enero 2009 7 noviembre 2009 5 diciembre 2009
	Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores para el Estado de Chihuahua	7 noviembre 2009	

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Coahuila	Ley Estatal de Salud para el Estado de Coahuila de Zaragoza	30 julio 1993	21 julio 1998 15 febrero 2005 24 octubre 2008
Colima	Ley de Salud del Estado de Colima	23 diciembre 2000	2 septiembre 2006 14 julio 2007 8 septiembre 2007 3 mayo 2008
	Ley Estatal de Protección a la Salud de los No Fumadores del Estado de Colima	3 mayo 2008	
	Reglamento para la Protección de los No Fumadores	5 mayo 2001	
Distrito Federal	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal	29 enero 2004	1 noviembre 2007 11 enero 2008 4 marzo 2008 3 octubre 2008
	Ley de Salud del Distrito Federal	17 septiembre 2009	
	Reglamento de la Ley de Protección a la Salud de los No fumadores en el Distrito Federal	4 abril 2008	
Durango	Ley de Salud del Estado de Durango	11 julio 2002	29 junio 2008 4 octubre 2009
Estado de México	Código Administrativo del Estado de México	13 de diciembre de 2001	6 diciembre 2002 11 diciembre 2002 7 agosto 2003 2 septiembre 2003 3 septiembre 2003 30 abril 2004 11 agosto 2004 27 julio 2005 22 agosto 22 diciembre 2005 30 diciembre 2005 5 enero 2006 3 mayo 2006

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
			21 agosto 2006 27 diciembre 2006 29 diciembre 2006 18 junio 2007 8 agosto 2007 3 diciembre 2007 26 diciembre 2007 31 diciembre 2007 31 diciembre 2007 14 mayo 2008 8 agosto 2008 15 agosto 2008 6 octubre 2008 14 octubre 2008 11 diciembre 2008 6 agosto 2009 6 agosto 2009 Fe de erratas. 10 enero 2010 25 enero 2010 4 febrero 2010
	Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	28 enero 2005	22 mayo 2008 7 mayo 2009
	Reglamento de Salud del Estado de México	13 marzo 2002	31 enero 2005 24 marzo 2005 Fe de erratas
	Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México	1o. marzo 2005	6 Julio 2005
Guanajuato	Ley de Salud del Estado de Guanajuato	8 agosto 1986	19 noviembre 1993 24 diciembre 1996 24 diciembre 2002 18 febrero 2003 Fe de erratas 15 junio 2007
Guerrero	Ley de Salud del Estado de Guerrero	25 abril 1995	21 enero 1997 15 octubre 1999 28 octubre 2005 6 noviembre 2007

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
Hidalgo	Ley de Salud del Estado de Hidalgo	30 agosto 2004	13 octubre 2008
Jalisco	Ley del Organismo Público Descentralizado “Servicios de Salud Jalisco”	10 abril 1997	
	Ley Estatal de Salud	30 diciembre 1986	31 enero 1987 Fe de erratas 31 mayo 1990. Fe de erratas 12 junio 1999. 17 junio 1999. 12 agosto 1999 12 agosto 1999 13 marzo 2001 29 diciembre 2001 15 enero 2002 30 diciembre 2003 5 junio 2004 24 junio 2004 22 julio 2004 24 julio 2004 28 septiembre 2004 (2 decretos) 7 octubre 2004 7 octubre 2004 7 julio 2005 4 marzo 2006 22 junio 2006 26 agosto 2006 28 septiembre 2006 Fe de erratas 31 octubre 2006 11 enero 2007 13 enero 2007 22 febrero 2007 5 febrero 2009
	Reglamento de la Ley de Creación del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco	3 agosto 1999	2 diciembre de 2000 27 octubre 2007

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Festividades Populares	4 octubre 1990	
	Reglamento de la Ley Estatal de Salud en Materia de Protección a No Fumadores	13 marzo 2001	
Michoacán	Ley de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo	10 septiembre 2007	8 junio 2009
Morelos	Ley de Salud del Estado de Morelos	29 junio 2005 publicación	5 noviembre 2008 10 diciembre 2008 Fe de erratas 11 diciembre 2008 17 junio 2009
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores para el Estado de Morelos	20 julio 2005	27 julio 2005 Fe de erratas
	Reglamento Municipal de Salud Público de Cuernavaca	2 noviembre 1994	
Nayarit	Ley de Salud para el Estado de Nayarit	30 abril 1994	7 septiembre 1994 Fe de erratas 8 noviembre 2000 17 agosto 2002 28 septiembre 2002 14 noviembre 2007
Nuevo León	Ley Estatal de Salud	12 diciembre 1988	26 noviembre 1993 26 julio 1999 14 enero 2005 10 febrero 2006 12 febrero 2007 (2 decretos) 16 febrero 2007 29 octubre 2007 25 mayo 2009 2 diciembre 2009

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
	Ley que Crea el Organismo Público Descentralizado Denominado Servicios de Salud de Nuevo León	18 diciembre 1996	
	Reglamento de la Ley de Salud	30 mayo 1990	
Oaxaca	Ley Estatal de Salud del Estado de Oaxaca	5 marzo 1994	20 agosto 1994 Fe de erratas 7 febrero 1998 26 septiembre 1998 6 noviembre 1999 Fe de erratas 15 septiembre 2001 12 abril 2004 26 abril 2004 Fe de erratas 26 junio 2004 Fe de erratas 22 marzo 2005
Puebla	Ley Estatal de Salud	15 noviembre 1994	7 marzo 2005 Fe de erratas 25 septiembre 1996 Fe de erratas 10 marzo 2000 12 enero 2005 31 diciembre 2008
Querétaro	Ley de Salud para el Estado de Querétaro	11 julio 2003	17 febrero 2006 9 junio 2006 11 agosto 2006
Quintana Roo	Ley de Salud del Estado de Quintana Roo	30 diciembre 1994	2 enero 1995 Fe de erratas 7 mayo 1997 30 abril 1998
	Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores para el Estado de Quintana Roo	7 agosto 2007	

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
San Luis Potosí	Ley Estatal de Salud del Estado de San Luis Potosí	23 diciembre 2004	4 diciembre 2007 29 marzo 2008 18 diciembre 2008 7 julio 2009 30 julio 2009
	Ley Estatal para la Protección de la Salud de las Personas No fumadoras del Estado de San Luis Potosí	28 marzo 2009	31 marzo 2009 Fe de erratas
	Reglamento a los artículos 155 y 156 de la Ley Estatal de Salud para la Protección de los No Fumadores en el Estado de San Luis Potosí	20 agosto 1992	
Sinaloa	Ley de Salud del Estado de Sinaloa	3 septiembre 2004	6 octubre 2004 Fe de erratas 11 noviembre 2008
Sonora	Ley de Salud del Estado de Sonora	22 julio 1992	10 marzo 1997 7 julio 2003 20 junio 2005 6 julio 2006 9 junio 2008 26 diciembre 2008 5 febrero 2009 Fe de erratas 4 junio 2009 28 junio 2010
Tabasco	Ley de Salud del Estado de Tabasco	12 diciembre 2009	
Tamaulipas	Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas	27 noviembre 2001	2 enero 2002 Fe de erratas 23 octubre 2003 15 diciembre 2004 6 diciembre 2005 8 diciembre 2005 8 diciembre 2005 19 julio 2006

<i>Entidad federativa</i>	<i>Disposición</i>	<i>Publicación</i>	<i>Reformas</i>
			6 septiembre 2006 15 marzo 2007 1o. agosto 2007 8 noviembre 2007 12 febrero 2008 (2 decretos) 11 junio 2008 7 julio 2009 2 noviembre 2010 16 diciembre 2010 (2 decretos)
Tlaxcala	Ley de Salud del Estado de Tlaxcala	28 noviembre 2000	21 diciembre 2007 13 octubre 2009
	Reglamento Interior para la Operación del Comité para el Fondo de Aportaciones Múltiples en su Apartado de Asistencia Social	15 julio 1998	
Veracruz	Ley que crea el Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud de Veracruz	6 marzo 1997	
Yucatán	Ley de Salud del Estado de Yucatán	16 marzo 1992	1o. abril 1992 Fe de erratas 23 enero 2003 9 julio 2007
Zacatecas	Ley de Salud del Estado de Zacatecas	30 junio 2001	19 febrero 2003 3 agosto 2005 7 noviembre 2009

A pesar de estos logros, el sistema mexicano de salud enfrenta dos grandes desafíos que organizacional y operativamente obstaculizan su desempeño eficiente y efectivo: la segmentación del sistema de salud y la fragmentación de los servicios de salud. La segmentación se define como “la coexistencia de subsistemas con

distinto financiamiento, compartimentalizados, que cubren diversos segmentos de la población, generalmente con base en su capacidad de pago o su condición laboral dentro del sector formal de la economía”, y por fragmentación se entiende “la coexistencia de varias unidades o establecimientos que no están debidamente integrados dentro de una red sanitaria asistencial”.²²⁸ Lo anterior pone en riesgo la viabilidad del derecho humano a la salud, porque se da prioridad a lo económico, por encima del derecho.

XIII. RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS DE LA SALUD

La infraestructura es el conjunto de elementos necesarios para el funcionamiento de un sistema, organización, o para el desarrollo de una actividad. Se refiere al cúmulo de recursos físicos, materiales, técnicos y humanos, en este caso dedicados a la salud.

En México, la infraestructura física y humana, aunque ha aumentado en los últimos años, todavía está por debajo de promedio de la OECD. De diez elementos evaluados: médicos, enfermeras, médicos graduados, enfermeras graduadas, camas de hospital, camas de cuidados curativos, camas de cuidados psiquiátricos, equipo para imagen de resonancia magnética, y equipo para tomografía axial computarizada, solo en el caso de médicos graduados está por encima de promedio de la OECD, siendo que en México hay 11.6 médicos graduados por cada 100,000 habitantes, mientras que el promedio de la OECD es de 10.3 graduados por cada 100,000 habitantes.

²²⁸ Gobierno federal, *Rendición de cuentas en salud 2010*, México, Secretaría de Salud, 2011, p. 15. En el informe se cita, a su vez, como fuente de las expresiones en comillas, a: Organización Panamericana de la Salud. “Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud-Introducción y Generalidades”. Washington, D. C., OPS, 2010.

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (2010)²²⁹

<i>Recurso</i>	<i>México</i>	<i>Promedio OECD</i>
Médicos por 1,000 habitantes	2.0	3.1
Enfermeras por 1,000 habitantes	2.5	8.7
Médicos graduados por 100,000 habitantes	11.6	10.3
Enfermeras graduadas por 100,000 habitantes	9.8	39.8
Camas de hospital por 1,000 habitantes	1.6	4.9
Camas de cuidados curativos (agudos) por 1,000 habitantes	1.6	3.4
Camas de cuidados psiquiátricos por 1,000 habitantes	0.0	0.7
Unidades de MRI (Imagen por Resonancia Magnética) por 1,000,000 habitantes	2.0	12.5
Tomografía axial computarizada	4.8	22.6

Respecto de los recursos humanos públicos y privados, no hay datos recientes del sector privado en esta área. Según datos comparativos del Sistema Nacional de Información en Salud, para 2007 había 152,566 médicos y 64,754 enfermeras pertenecientes al sector público, en comparación con 64,754 médicos y 39,212 enfermeras del sector privado. Como se observa, el sector público concentra la mayoría de los recursos humanos en materia de salud.

RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR PÚBLICO
Y DEL SECTOR PRIVADO (2007)²³⁰

	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
Médicos	152,566	64,754
Enfermeras	208,612	39,212

²²⁹ OECD Health Data 2012, en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?>, consultado el 15 de julio de 2012.

²³⁰ Datos del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais).

Los recursos humanos del sector público incluyen médicos y enfermeras de la Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades, Universitarios, Estatales, IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena y Semar, que tienen contacto con el paciente. Los médicos del sector privado son de unidades médicas de hospitalización de este sector, con contacto con el paciente. Se incluyen médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos; enfermeras generales, especialistas, pasantes, auxiliares y en otras labores.

Los recursos humanos del sector público se distribuyen en servicios para la atención de la población asegurada y para la atención de la población no asegurada.

RECURSOS HUMANOS PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA (2008)²³¹

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Total de recursos humanos	284 037	63,874	12,176	nd	2,487	326	12,188
Médicos y enfermeras en contacto con paciente	137,347	38,962	5,322	nd	1,988	224	7,142
Personal médico	65,204	19,141	2,601	nd	1,054	129	3,901
Médicos en contacto con pacientes	56,144	17,204	2,427	nd	948	119	3,672
Médicos generales	16,046	3,936	1,003	nd	293	60	1,097
Médicos especialistas	29,508	10,622	1,424	nd	584	59	1,955

²³¹ *Idem.*

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Médicos de especialidades básicas	11,408	4,618	444	nd	162	26	722
Ginecobstetra	3,402	973	102	nd	40	9	178
Pediatras	3,108	899	189	nd	54	16	204
Cirujanos	2,375	1,199	76	nd	42	nd	163
Internistas	2,523	1,547	77	nd	26	1	177
Odontólogos	2,078	805	139	nd	152	14	217
Psiquiatras	268	nd	16	nd	7	nd	16
Ortopedistas	nd	nd	nd	nd	27	5	27
Traumatólogos	1,722	nd	71	nd	24	1	69
Endocrinólogos	120	nd	9	nd	3	1	26
Urólogos	379	nd	20	nd	69	nd	29
Otros especialistas	13,533	5,199	725	nd	203	12	849
Médicos en formación	10,590	2,646	nd	nd	71	nd	620
Pasantes de medicina	nd	157	nd	nd	14	nd	50
Pasantes de odontología	nd	nd	nd	nd	nd	nd	8
Internos de pregrado	nd	1,029	nd	nd	32	nd	160
Residentes	10,590	1,460	nd	nd	25	nd	402
Médicos en otras labores	9,060	1,937	174	nd	106	10	229
Personal paramédico	218,833	44,733	9,577	nd	1,433	197	8,287

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

291

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Enfermeras	90,113	21,758	3,019	nd	1,118	109	3,603
Enfermeras en contacto con paciente	81,203	21,758	2,895	nd	1,040	105	3,470
Enfermeras generales	39,406	8,309	1,153	nd	432	82	1,997
Enfermeras especialistas	11,514	6,026	567	nd	191	8	700
Enfermeras pasantes	nd	513	nd	nd	39	nd	98
Enfermeras auxiliares	30,283	6,910	1,175	nd	378	15	675
Enfermeras en otras labores	8,910	nd	124	nd	78	4	133
Personal de trabajo social	26,846	nd	211	nd	14	9	255
Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	24,168	3,369	595	nd	301	5	755
Personal administrativo	18,412	9,776	1,361	nd	nd	33	2,296
Otro personal	59,294	9,830	4,391	nd	nd	41	1,378

RECURSOS HUMANOS PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA²³²

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Total de recursos humanos	284,142	17,553	8,511
Médicos y enfermeras en contacto con paciente	167,852	12,030	4,437
Personal médico	78,180	5,655	1,972
Médicos en contacto con pacientes	72,412	5,240	1,783
Médicos generales	21,839	2,261	144
Médicos especialistas	28,491	153	1,191
Médicos de especialidades básicas	12,099	40	433
Ginecobstétricas	3,614	10	93
Pediatras	3,943	10	168
Cirujanos	2,783	10	115
Internistas	1,759	10	57
Odontólogos	4,961	102	71
Psiquiatras	586	nd	26
Ortopedistas	309	nd	14
Traumatólogos	849	nd	49
Endocrinólogos	89	nd	12
Urólogos	193	nd	26
Otros especialistas	9,405	nd	560
Médicos en formación	20,082	2,826	448
Pasantes de medicina	8,233	1,923	22
Pasantes de odontología	2,030	36	30
Internos de pregrado	3,727	nd	129
Residentes	6,092	867	267

²³² *Idem.*

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Médicos en otras labores	5,768	415	189
Personal paramédico	205,962	11,898	6,539
Enfermeras	100,094	6,904	2,834
Enfermeras en contacto con paciente	95,440	6,790	2,654
Enfermeras generales	49,251	543	1,115
Enfermeras especialistas	7,742	nd	601
Enfermeras pasantes	9,139	228	195
Enfermeras auxiliares	29,308	6,019	743
Enfermeras en otras labores	4,654	114	180
Personal de trabajo social	6,273	139	160
Personal de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	22,507	452	882
Personal administrativo	33,785	1,952	1,186
Otro personal	42,303	2,451	1,477

Los datos señalados con “nd” no están disponibles.

Los recursos físicos e infraestructura con los que cuentan para atender a la población asegurada se indican en el cuadro siguiente:

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS PARA LA POBLACIÓN ASEGURADA²³³

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Unidades médicas	1,379	1,193	58	nd	36	14	209
Unidades médicas de consulta externa	1,115	1,086	35	nd	4	14	182

²³³ *Idem.*

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>11Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Unidades hospitalarias	264	107	23	nd	32	na	27
Consultorios	14,523	5,724	1,013	nd	439	82	1,093
Consultorios generales	6,841	2,415	215	nd	84	25	431
Consultorios de especialidades básicas	1,096	nd	187	nd	102	20	157
Otros consultorios	6,586	1,325	611	nd	253	37	505
Incubadoras	1,774	210	86	nd	57	na	156
Quirófanos	969	317	50	nd	46	na	79
Salas de expulsión	454	157	25	nd	27	na	34
Bancos de sangre	38	50	12	nd	3	na	13
Laboratorios de análisis clínicos	540	236	23	nd	31	na	31
Laboratorios de anatomía patológica	111	48	10	nd	8	na	7
Centrales de equipos y esterilización	nd	nd	28	nd	31	na	45
Unidades de cuidados intensivos	90	nd	15	nd	11	na	23
Unidades de cuidados intermedios	nd	nd	1	nd	11	na	4

	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Sedena</i>	<i>Semar</i>	<i>STM metro</i>	<i>Estatales</i>
Farmacias en unidades de atención médica	709	329	44	nd	35	nd	144
Ambulancias	923	nd	123	nd	63	na	107
Aulas de enseñanza	787	nd	26	nd	13	na	39
Salas de cirugía ambulatoria	nd	nd	8	nd	2	na	7
Refrigeradores (red fría)	nd	nd	89	nd	66	nd	170
Áreas de rehabilitación física	96	nd	13	nd	10	na	3

En lo que se refiere a unidades hospitalarias para asegurados en términos del número de camas censales:

UNIDADES HOSPITALARIOS SEGÚN NÚMERO DE CAMAS CENSALES PARA ASEGURADOS (2008)²³⁴

<i>Camas</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>Pemex</i>	<i>Semar</i>	<i>Estatales</i>	<i>Total</i>
Menor a 30	73	43	14	20	13	163
30 a 59	34	25	3	8	5	75
60 a 119	50	27	4	3	6	90
120-179	46	6	2	1	3	58
180 o más	61	6	0	0	0	67

En el caso de la infraestructura y recursos físicos para la población no asegurada, los datos son:

²³⁴ *Idem.*

INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA²³⁵

	<i>SSa</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>
Unidades médicas	13,477	3,620	15
Unidades médicas de consulta externa	12,828	3,550	1
Unidades hospitalarias	649	70	14
Consultorios	30,336	4,403	665
Consultorios generales	18,345	3,852	50
Consultorios de especialidades básicas	2,277	271	179
Otros consultorios	9,714	280	436
Incubadoras	1,903	301	61
Quirófanos	1,525	76	59
Salas de expulsión	4,306	70	17
Bancos de sangre	208	nd	11
Laboratorios de análisis clínicos	1,353	70	16
Laboratorios de anatomía patológica	170	nd	10
Centrales de equipos y esterilización	1,476	70	16
Unidades de cuidados intensivos	332	nd	18
Unidades de cuidados intermedios	100	nd	5
Farmacias en unidades de atención médica	3,766	70	13
Ambulancias	1,509	87	21
Aulas de enseñanza	612	71	94
Salas de cirugía ambulatoria	56	nd	14
Refrigeradores (red fría)	7,284	95	35
Áreas de rehabilitación física	216	nd	8

²³⁵ *Idem.*

El número de unidades hospitalarias según el número de camas censales para no asegurados son:

**UNIDADES HOSPITALARIAS SEGÚN
NÚMERO DE CAMAS CENSALES PARA
NO ASEGURADOS (2008)²³⁶**

<i>Camas</i>	<i>SESA</i>	<i>IMSS-O</i>	<i>Universitarios</i>	<i>Total</i>
Menor a 30	313	25	3	341
30 a 59	160	45	3	208
60 a 119	93	na	5	98
120-179	49	na	1	50
180 o más	34	na	2	36

En lo que se refiere al sector privado de la medicina, sus recursos superan a los que se tienen en el ámbito público, como se muestra en el cuadro siguiente:

**INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS FÍSICOS
DE MEDICINA PRIVADA (2007 ESTIMADO)²³⁷**

UNIDADES	<i>Parcial</i>	
1 a 4 camas	790	
5 a 9 camas	1,324	
10 a 14 camas	524	
15 a 24 camas	266	
25 a 49 camas	156	
Más de 50 camas	80	3,140
Camas		42,744
Consultorios		13,130

²³⁶ *Idem.*

²³⁷ *Idem.*

Un aspecto interesante de la medicina privada es que cuentan con alta tecnología para la atención de la salud y entornos especializados de la medicina. Sin embargo, el sector privado tiene sus vicios. Entre ellos destacamos: altos costos, cobros discretionales en insumos y medicinas, cobro de horas/quirófono no regulado.

CAPÍTULO CUARTO

HACIA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

A lo largo de la presente investigación hemos destacado que la salud es un derecho humano inmerso en la enorme vertiente de los derechos humanos, con un fundamento de orden jurídico anclado en normas de *ius cogens*. Lo anterior se puede advertir de la reciente reforma constitucional en materia de derechos humanos.

Por lo anterior, en este apartado nos ocuparemos del estudio de los esfuerzos que se realizan para reestructurar el sistema nacional de salud para responder al reto del enfoque en derechos humanos.

I. SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL: PROPUESTA DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO TÉCNICO DE LA CNC, ERNESTO ENRÍQUEZ

Una de las voces que se mostraron favorables a un cambio en la estructura del sistema nacional de salud fue la del presidente del Consejo Técnico de la Confederación Nacional Campesina, Ernesto Enríquez. En un documento en poder de los autores, destaca:

La seguridad social universal es un proyecto de cambio estructural de enorme importancia para el campo, a fin de evitar que su población, la más pobre del país —en especial las mujeres y los adultos mayores—, incurra en gastos catastróficos que agravarían su miseria o que siga teniendo altas tasas de mortalidad materno infantil (en algunos estados como Oaxaca o Chiapas 30 veces su-

periores si las equiparamos con las del DF o Monterrey, situación inaceptable desde todo punto de vista) o de invalidez.

Como se advierte, el argumento del autor se relaciona con la idea de la “seguridad social universal” como mecanismo de redistribución para los campesinos. Por lo anterior, sostiene que:

El alcanzar la seguridad social para los productores del campo, en especial para aquellos que se encuentran en los dos primeros deciles de ingreso, será uno de las acciones más trascendentales de los últimos 40 años, además que coadyuvará a la rehabilitación agraria para que los jóvenes herederos puedan compactar mayores superficies, una vez que quede resuelto, mínimamente, el ingreso de los titulares de derechos agrarios y comunales de los más viejos (2 salarios mínimos) y el acceso universal a los servicios de protección de su salud (incluidos medicamentos, prótesis y órtesis).

Así, para el autor, es posible cumplir con este profundo cambio estructural, con: *a*) una gran disciplina, *b*) organización, *c*) recursos, *d*) honestidad y *e*) talento. Considera que el cambio se logrará en un plazo de “diez años por lo menos”. Destaca como condición un “hábil manejo político y de comunicación para evitar conflictos sindicales y entre derechohabientes”. Además, de operar “la necesaria separación del régimen de pensiones del de la prestación de servicios médicos”.

También propone “ajustes a su régimen simplificado de tributación”, a través de una “Reforma hacendaria”, pero sin que provoquen una regresión en la equidad tributaria.

En el diagnóstico que realiza de la “Situación epidemiológica actual y del Sistema Nacional de Salud”, destaca que: *a*) nuestro país enfrenta, en 2012, una dualidad epidemiológica: por un lado, persisten las enfermedades transmisibles, problemas reproductivos y padecimientos relacionados con la desnutrición —sobre todo en zonas rurales—, lo que aunado a padecimientos como el dengue y el paludismo plantean la urgente necesidad de contar con vacunas y medicamentos eficaces y económicos para lograr su control

o erradicación, y *b*) por el otro, los cambios demográficos, económicos y sanitarios han generado un crecimiento acelerado de las enfermedades no transmisibles y lesiones que al día de hoy ya concentran el 85% de las muertes en todo el país. Así, las enfermedades crónicas, metabólicas, neoplásicas y cardiovasculares son responsables de más del 45% de las defunciones totales en las zonas urbanas.

Apoyándose en Knobloch, señala que “En este contexto, en el año 2010, los medicamentos para atender enfermedades crónico degenerativas representaron el 23.2% de las unidades vendidas en el mercado privado primario y el 35.6% del valor y se estima que para el 2020 alcancen cifras de 40% y 50% respectivamente”. Destaca el autor que, según la OCDE, el gasto en medicamentos en México alcanza el 1.7% del PIB y se financia principalmente a través de recursos privados (82 de cada 100 pesos), el llamado gasto de bolsillo. Por lo anterior, concluye:

...la compra de medicinas sea financiada por el gasto de bolsillo, limita la posibilidad de acceso de la población en base a su capacidad de pago, generando grandes inequidades. Para resolver este problema, propone: la ampliación de sistemas de cobertura real por parte del Estado que abarque también el abasto de insumos para la salud, así como esquemas fiscales que permitan la deducción del gasto de medicamentos para aminorar la carga financiera de las familias.

Señala que:

Adicionalmente, al carecer de una política farmacéutica y no apoyar el gobierno el desarrollo de conglomerados de centros de investigación-industria para producir insumos estratégicos como los biotecnológicos, genómicos o con nanotecnología, así como vacunas y hemoderivados, pone al país en gran vulnerabilidad. Esto quedó demostrado en la reciente pandemia del AH1N1, en donde las empresas transnacionales privilegiaron sus compromisos con los estados en los que radican sus matrices en detrimento de los de México, convirtiéndose en un problema de seguridad nacional.

Por lo que concluye:

...el Sistema de Protección Social en Salud, ha tenido éxito como mecanismo de transición al aumentar el gasto público en salud, pero la fragmentación del sistema y la población beneficiada muestra que la configuración y organización actual son insuficientes para atender la demanda actual y futura y alcanzar la universalidad y equidad en el servicio. Se trata de un modelo “fragmentado en diversas instituciones lo que genera duplicidades, tanto de servicios como de beneficiarios” en palabras del licenciado Peña Nieto.

Para resolver lo anterior, destaca que, siguiendo al presidente Enrique Peña Nieto:

La meta a lograr es la construcción de un sistema de protección a la salud universal no contributivo, con un financiamiento sustentable por la vía fiscal, que asegure la eficiencia en el uso de los recursos con mecanismos efectivos de rendición de cuentas, a fin de generar las condiciones mínimas de bienestar, equidad y salud que le permitan al país un desarrollo sostenido y uniforme. Adicionalmente que apoye a los “ciudadanos, especialmente a los de menores ingresos, ante situaciones de vulnerabilidad como las enfermedades, la pérdida de empleo o la vejez.

Al abordar el tema de las “Limitaciones del Sistema Nacional de Salud para lograr el cambio”, Ernesto Enríquez destaca:

El SNS en México cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con tres pilares del aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la Administración Pública Federal y sus familiares; y, el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los

desempleados y sus familiares; adicionalmente coexisten otros de menor tamaño como el de Pemex y el ISFAM.

No obstante, en su opinión:

Actualmente estas instituciones públicas todavía conservan la responsabilidad de dirección, organización, financiamiento y prestación de los servicios médicos y de salud pública para cada grupo específico de su población asegurada, modelo que está siendo rebasado por las condiciones actuales, poniendo en riesgo la sustentabilidad del Sistema.

Afirma que:

Es importante destacar lo que representa para el SNS el costo administrativo de la planeación, administración y operación de los servicios en un modelo fragmentado, el cual en 2009 era el 10.8% del gasto total en salud, cifra muy por encima del gasto administrativo en salud de los demás países de la OCDE.

También destaca como problemas: *a)* la persistencia de la segmentación del sistema mexicano de salud, con un sector privado extenso y prácticamente no regulado; *b)* un sector público distribuido en varios organismos integrados verticalmente que financian y prestan servicios de salud y cubren a diferentes grupos poblacionales; *c)* financiero, porque los seguros públicos asistenciales en salud son altamente deficitarios, y si bien los asociados a las prestaciones económicas son superavitarios, sus excedentes no alcanzan a cubrir, por mucho, el faltante de los primeros;²³⁸ *d)* administrativo y prestación de servicios.

²³⁸ El autor destaca: “Se estima, por ejemplo, que el déficit de recursos en el IMSS al 2010 superó los 22 mil millones de pesos. De continuar esta tendencia se alcanzarán casi 300 mil millones de pesos para el 2050, situación preocupante porque el IMSS se encuentra ante presiones derivadas de las transiciones social y económica que lo sitúan en una grave crisis, ocasionando con ello que los recursos destinados a la atención de la salud de su población derechohabiente sean cada vez más insuficientes”.

Además, el autor se detiene en las recomendaciones de la OCDE/Funsalud, entre ellas: *a)* garantizar el financiamiento adecuado del SNS, mediante la introducción de las reformas fiscales necesarias; *b)* fomentar la contratación de cobertura bajo el Seguro Popular y reducir las barreras al acceso a servicios mediante el aumento de su disponibilidad y calidad, ampliando progresivamente el paquete de servicios de salud cubiertos; *c)* impulsar una mayor eficiencia de los hospitales y los prestadores de servicios institucionales, mediante la introducción de una separación más clara entre proveedores y usuarios y de mecanismos de pago basados en resultados, y *d)* fomentar una mayor productividad de los profesionales de la salud vinculando la remuneración a la eficiencia y la calidad, asegurando que los médicos en práctica privada no reduzcan la disponibilidad de servicios públicos; impulsar la calidad y la eficacia en función de costos, ampliando la prevención de enfermedades y las iniciativas de fomento de la salud.

Argumenta Ernesto Enríquez, que

México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no ha logrado el acceso universal a los servicios de protección de la salud y requiere, como inicio alcanzar, en el ámbito nacional, un consenso respecto a lo que debe entenderse por cobertura universal de los servicios, así como reformar el SNS para estructurar e implantar un modelo de protección de la salud que logre dicha cobertura, tal y como lo propone Peña Nieto.

Al ocuparse de la “Prospectiva y alternativas”, el autor afirma que “La cobertura universal se encuentra estrechamente vinculada al gasto en salud y sus fuentes de financiamiento: una sociedad en la cual el 100% del gasto en salud corresponde a gasto público, ha alcanzado la cobertura universal”.

Al plasmar sus argumentos en el tema “Hacia la universalidad en el acceso a los servicios”, Ernesto Enríquez propone:

Como punto de partida para iniciar con el proceso para implantar el modelo de protección universal de la salud propuesto por Enrique Peña, integrado o coordinado, cambio estructural

de la mayor magnitud, se debe tener en cuenta, además de lo expuesto en párrafos anteriores:

TIPOLOGÍA DE MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

Integración de poblaciones	Integración o coordinación de funciones institucionales	
	Integración vertical	Coordinación
Integración horizontal	Sistema público unificado	Sistema coordinado
Segregación	Modelo integrado	Modelo de reembolso

Después de proporcionar diversos argumentos sobre el tema, vertidos por Enrique Peña Nieto, el autor emite sus “Objetivos rectores de una política pública para la universalidad en la protección de la salud”; entre estos:

- a) prevención como esencia de la salud.
- b) priorizar la promoción de la salud, estilos de vida saludable y tratamiento oportuno.
- c) proteger a la población contra la exposición innecesaria a riesgos sanitarios: Mejorar la calidad ambiental y laboral (agua, aire, suelo, instalaciones, equipos y procesos).
- d) medicamentos seguros y eficaces.
- e) inocuidad alimentaria.
- f) servicios de salud confiables y oportunos.
- g) publicidad racional.
- h) incrementar en la sociedad el auto cuidado de la salud para evitar accidentes, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión, a fin de alcanzar un envejecimiento activo y saludable.
- i) atención por grupo etario.
- j) contar con acciones integrales de salud en toda la línea de vida (en cada oportunidad de contacto de atención a la salud de acuerdo por grupo de edad y género, considerando la transición epidemiológica y demográfica).
- k) continuar con la incorporación, a todas las madres gestantes y recién nacidos a los beneficios de una atención integral desde los

cuidados Intensivos neonatales hasta el final de su línea de vida, incluidos los medicamentos correspondientes.

l) intensificar, en la población en general, la atención a la obesidad, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión y en su caso, proporcionar tratamiento integral a personas mayores de 65 años (todos los mexicanos, todos los servicios).

m) alcanzar la cobertura universal gratuita (acceso a servicios de calidad y a todos los medicamentos), incorporando estrategias para acercar los servicios (servicios móviles itinerantes).

n) consolidar la protección financiera en salud (por un sistema de salud gratuito, eficaz y sustentable).

ñ) reforzar la rectoría de la Secretaría de Salud, con esquemas eficientes de operación y funcionamiento entre los tres órdenes de gobierno (nuevo acuerdo de coordinación y descentralización) y entre instituciones de salud al mejorar la articulación de los diferentes esquemas de aseguramiento existentes.

o) impulsar el esquema de proveedor de servicios elegible por los usuarios (coordinación interinstitucional, plan maestro de infraestructura sectorial, tabulador de servicios y reembolso por servicio).

p) fortalecer los vínculos del programa sectorial de salud con el resto de los sectores productivos y sociales, en especial con el educativo, hacendario y laboral.

Para lograr lo anterior, en el rubro de “Instrumentos transversales”, el autor alude a la “Reorganización del Sistema Nacional de Salud” a partir de

Reformar el marco constitucional y legal actualizándolo para, en una primera etapa, lograr una operación articulada y coordinada con las entidades federativas y los diversos sistemas de aseguramiento bajo la rectoría del Gobierno Federal, para homologar servicios e intervenciones, estandarizar costos y formación de recurso humanos, equiparar infraestructura: hospitales regionales de alta especialidad; centros médicos nacionales; hospitales de zona, reservando el primero y segundo niveles de atención a las entidades hasta nivel jurisdiccional). En el caso de los institutos nacionales de salud, mantendrían su operación descentralizada por sus características únicas como centros generadores del cono-

cimiento y formación y como soporte de todo el SNS. En esta fase se implantaría el modelo de reembolso por intervención y servicio, substituyendo las cuotas y aportaciones con financiamiento público. Consolidada esta etapa, se valoraría la pertinencia de llegar a una integración o continuar con un sistema plural, de acceso universal, coextenso y coexistente en todo el territorio nacional, basado en la competencia por eficiencia y calidad y financiado con gasto público.

En el apartado de “Fortalecimiento y eficiencia de la operación de los servicios de salud”, el autor propone:

a) reforzar modelo operativo para la prestación de servicios con enfoque al cuidado de la salud y por intervención; implantar nuevos y dinámicos esquemas a fin de ampliar la cobertura, incrementar la eficiencia técnica e impulsar la calidad y calidez en los servicios, así como un mayor aprovechamiento en el uso de recursos.

b) financiamiento de los servicios de salud; asegurar la sustentabilidad de los servicios; ajustar y ampliar la cobertura del seguro social universal y su gratuidad y portabilidad entre instituciones; incorporar la transferencia interinstitucional y el reembolso por intervención (libre elección y pago por servicio de acuerdo con tabulador).

c) Insumos e infraestructura: contar con medicamentos seguros, eficaces, accesibles y racionalmente dispensados, priorizando los genéricos y el apoyo a conglomerados para la investigación y desarrollo de moléculas nuevas que incorporen biotecnología, genómica o nanotecnología y la producción de vacunas y hemoderivados; establecer sistemas de abasto de insumos eficaces y eficientes que garanticen su calidad, disponibilidad, oportunidad y precio; hacer imperativo para todo el SNS el Plan Maestro de Infraestructura y de Equipamiento.

d) Recursos Humanos: ordenar la situación laboral del personal de salud, en especial en materia salarial y de desarrollo de capacidades; crear un plan de formación y capacitación estrechamente coordinado con el Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento y que se base en metas de desempeño y calidad.

Como se advierte, la propuesta de Ernesto Enríquez de la CNC es compatible con la visión de que tiene el actual presidente del país sobre el tema, como se desprende del “Pacto por México”.

II. PROPUESTA DE SANTIAGO LEVY (EMPLEO PRODUCTIVO, REFORMA FISCAL Y SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL)

En su propuesta, Santiago Levy,²³⁹ actual vicepresidente en el Banco Interamericano de Desarrollo, destaca que entre 1960 y 2008 el PIB *per capita* de México, comparándolo con el Estados Unidos, cayó en 14%. Ello a pesar de que la acumulación de capital y el crecimiento de la fuerza de trabajo en México fue superior a la de Estados Unidos en 24%. En Estados Unidos la productividad creció más rápidamente que en México, cuya productividad relativa al de ellos cayó en 31%.

Destaca que el problema central no está en la tasa de ahorro ni en la tasa de inversión, ya que, según Levy, ahorramos e invertimos más que el promedio de América Latina y que Estados Unidos. Tampoco está en la tasa de desempleo ni en la falta de creación de empleos. En México se crean muchos empleos, y la

²³⁹ El apoyo conceptual de Santiago Levy se encuentra en Antón, Arturo, Hernández, Fausto y Levy, Santiago, *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*, November, 2011, en <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevyPaperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012. En el documento se resume: “We propose a reform to shift taxation for social insurance from labor to consumption. We show that by setting a uniform value added tax rate of 16 percent it is possible to provide all workers with the same health and pension benefits and Hicks-compensate poor households for the VAT increase at a net fiscal cost of 0.3 percent of GDP. We argue that our proposal: (i) effectively protects all workers against risks, (ii) reduces distortions in the labor market stemming from social insurance tax-cum-subsidies allowing for an increase in the real wage despite the higher VAT, (iii) raises total factor productivity, (iii) contributes to reduce poverty and income inequality, (iv) links contributions with benefits ensuring fiscal sustainability, (v) increases aggregate savings for retirement, and (vi) reduces evasion and widens the tax base”.

tasa de desempleo es baja. También trabajamos más horas que el promedio de países de la OCDE. En su opinión:

El problema central es que se invierte en empresas de baja productividad, y se crean empleos de baja productividad. Entonces, el reto es convertir empleos de baja productividad a empleos de alta productividad. Para crecer más rápidamente, necesitamos más empresas productivas y más empleos productivos.

Señala Santiago Levy que “La informalidad es una fuente muy importante de pérdidas de productividad. Se genera por distorsiones del régimen fiscal y de seguridad social. Aquí nos enfocamos en la seguridad social como causa de informalidad y fuente de baja productividad”.

Sostiene que la arquitectura Seguridad Social Contributiva (SSC) + Seguridad Social no Contributiva (SSNC) es mala política social y mala política económica, ya que: *a*) la SSC genera un impuesto al empleo formal porque las empresas y los trabajadores pagan por beneficios sociales que los trabajadores no valoran plenamente, y *b*) la SSNC genera un subsidio al empleo informal porque los trabajadores reciben beneficios sociales que ni ellos ni las empresas pagan directamente. Por lo anterior, para el autor, “Se gravan los empleos de alta productividad y se subsidian los empleos de baja productividad”.

Al argumentar en torno al impuesto al empleo formal, señala: *a*) induce a las empresas a evadir a través de menor tamaño; *b*) genera elusión a través de rotación de trabajadores, manipulación de duración de contratos y formas de contratación (*outsourcing*, etcétera), y *c*) fomenta un exceso de empresas familiares (sin relación obrero-patronal) y de empleo por cuenta propia.

Por su parte, en lo que denomina “el subsidio al empleo informal”, destaca: *a*) agrava los tres problemas anteriores; *b*) subsidia las conductas ilegales y mina el Estado de derecho, y *c*) desvincula los beneficios de los contribuyentes y erosiona la sustentabilidad fiscal.

Por lo anterior, según Levy, México podría estar atrapado en un círculo vicioso de informalidad y baja productividad que

va de empresas precarias, malos empleos y excesivo empleo por cuenta propia; a menor productividad, y mayor evasión a *c.* más subsidios al sector informal y más impuestos al formal (o menos inversión pública); a programas sociales para trabajadores formales de baja calidad, más programas sociales para trabajadores informales.

En lo que se refiere a la incidencia de las contribuciones a la SSC, destaca que los trabajadores pagan 64%, y las empresas 36%, por lo que en su opinión en ausencia de esas contribuciones el salario sería más alto. Además, asienta que las contribuciones a la SSC son equivalentes a: “un IVA etiquetado para beneficios de seguridad social”, pero que solo se aplica a los trabajadores formales. Afirma que “Dada la evasión, una homologación de la tasa del IVA al 16% reduce el salario real en 4%”. Asegura que “El mismo salario se puede recuperar reduciendo la tasa de SSC en 22%”.

Destaca el autor que, desde una perspectiva fiscal, el tema es qué fuente de recaudación genera más ingresos dadas las posibilidades de evadir cada impuesto.

En su opinión, los “puntos clave” son: “Los trabajadores formales ya pagan un IVA generalizado en la puerta de la fábrica (etiquetado para SSC); además, pagan otro IVA con exenciones en la puerta de la tienda (no etiquetado, pero usado en parte para financiar la SS)”, y que “Los trabajadores informales no pagan ningún IVA en la puerta de la fábrica, y pagan un IVA igual al que pagan los formales en la puerta de la tienda”. Como se advierte, la propuesta de Santiago Levy tiene sentido si y solo si se considera que las cuotas a la seguridad social son un impuesto, como lo destaca un “IVA generalizado”.

En este sentido, no es extraño que afirme:

Pero al castigar los empleos productivos y subsidiar los improductivos, el esquema hace que todos los trabajadores pierdan ya que los salarios son más bajos, además, el esquema segmenta permanentemente al país en un sector formal y en otro informal, en contra de la cohesión social.

Para superar lo anterior, propone el Seguro de Salud Universal (SSU), que consiste en tres partes:

Parte I. Para todos los trabajadores: a) Seguro de salud igual al que hoy recién los trabajadores formales (paquete IMSS), con contribución a su cuenta de retiro igual a las contribuciones tripartita que hoy día recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (i.e., no solo cuando es asalariado); b) Seguro de invalidez y vida con la cobertura que recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, c) Financiar el 100% de esos beneficios con recursos de una nueva contribución para la seguridad social universal (CSSU) cobrada al mismo tiempo que el IVA.

Parte II. Además, para los asalariados: a) Seguro de riesgos de trabajo igual al que reciben los trabajadores afiliados al IMSS; b) Contribuciones complementarias para pensiones de retiro, de invalidez y vida. Garantía de pensión mínima de retiro después de 25 años de trabajo. Financiar estos beneficios con contribuciones patronales a la nómina.

Parte III. Medidas complementarias: a) Compensar a las familias pobres por el impacto de las mayores tasas de IVA. Eliminar el impuesto estatal a la nómina y compensar a los estados por la pérdida de recaudación. Absorción del pasivo laboral (RJP) del IMSS por parte del Gobierno Federal.

En lo que se refiere a la arquitectura fiscal y presupuestaria, destaca que los impuestos del IVA y del CSSU sería un total del 16%, en donde el 6% equivaldría a la tasa de IVA para gasto público general, y el 10% restante correspondería a la tasa del CSSU con que se constituiría el Fondo Nacional para la Seguridad Social (FNSSU), y que correspondería a un apartado especial del presupuesto federal.

El FNSSU, a su vez, se conformaría de tres fondos distintos: 1. Fondo para seguro de salud, que financiaría a los gobiernos estatales y al IMSS; 2. Fondo para seguro de retiro, que financiaría los Afores, y 3. Fondo para el seguro de invalidez y vida, que financiaría estos seguros también del IMSS.

Entre los “Objetivos del FNSSU” destaca la sustentabilidad fiscal, entre ellos, la recaudación por la CSSU es igual a los beneficios comprometidos. Señala que el pleno financiamiento de los beneficios sociales que no es una fuente de desequilibrios fiscales o pasivos contingentes.

Sostiene que la certidumbre y exigibilidad de derechos sociales de los trabajadores deriva de que todos los recursos son para beneficio directo de los trabajadores; ni un peso del FNSSU sería ejercido por el gobierno federal.

En el rubro de transparencia y rendición de cuentas, destaca que solo los recursos del FNSSU pueden ser usados para la SSU, y no pueden usarse recursos del FNSSU para otro propósito.

Al disertar sobre el vínculo directo entre beneficios y contribuciones, destaca que no legislan beneficios permanentes sin una fuente de financiamiento suficiente y permanente, impacto positivo por acceso a mejores beneficios de seguridad social, y un impacto positivo al eliminarse el impuesto al empleo formal y el subsidio al empleo informal, lo que permite combatir la pobreza por la vía del empleo productivo.

Señala que se compensaría a las familias pobres por el primer impacto, de forma tal que el impacto neto de la propuesta sea, sin duda alguna, positivo.

En su opinión, “La propuesta implica una redistribución del 40% de los hogares más ricos, hacia el 60% de los hogares más pobres, sin embargo, esta visión es muy estática, ya que todos los hogares se benefician de un mercado laboral más eficiente y de un economía más productiva”.

Presenta lo que considera los impactos de la propuesta sobre la salud: *a)* los recursos públicos para la salud pasan de 206.1 mmp a 394.9 mmp, un aumento de 52% o de 1.1% del PIB; *b)* para los trabajadores informales, el aumento per cápita es de 106%; *c)* los servicios de salud serían provistos por el IMSS y los gobiernos estatales, y *d)* la unificación del financiamiento sienta las bases de un Servicio Nacional de Salud; *e)* impacto de la propuesta sobre las pensiones y el ahorro.

En lo que se refiere a los recursos canalizados a las Afores, aumentarían en 166%, o casi 1% del PIB; el ahorro de largo plazo para la inversión productiva aumentaría en la misma proporción, y el tiempo de cotización de los trabajadores a las cuentas de los Afores sería de 100% (*vs.* 45% hoy en día), por lo que las pensiones serían más altas.

En lo que se refiere a pensiones y mercado de rentas vitalicias, destaca el autor que las pensiones de retiro y las pensiones permanentes por invalidez y vida y riesgos de trabajo seguirían operando a través del sistema de rentas vitalicias, que el número de trabajadores ahorrando para una pensión de retiro aumentaría de 13 a 39 millones, y que el número de trabajadores asalariados con derecho a una pensión de invalidez y vida o de riesgos de trabajo aumentaría de 13 a 26 millones.

Por lo anterior, señala que como consecuencia, el mercado de rentas vitalicias para pensiones de retiro aumentaría en 207%, y el mercado para pensiones de IV y RT, en 101%. Este sería otro canal a través del cual se le daría profundidad al sistema financiero.

En lo que se refiere al impacto sobre el mercado de trabajo, destaca el autor que hoy en día 34% de los trabajadores formales ganan hasta 2 sm; 56% hasta 3 sm y 77% hasta 5 sm. Con la propuesta, tres de cada cuatro trabajadores tendrían costos no salariales de entre 1.5 y 6.9% de su salario. Ello contrasta con 32% bajo SSC.

Por lo anterior, destaca sus observaciones finales: *a)* una visión integral y un orden lógico —una sola reforma que incide en lo social, en lo fiscal y en lo laboral—; *b)* mayores beneficios para los trabajadores, más equidad, menores costos para las empresas y mayor productividad.

Concluye afirmando que México no debe: *a)* construir un Estado de bienestar sobre una base fiscal angosta y la renta petrolera; *b)* combatir la pobreza solo con transferencias de ingreso; *c)* aspirar a una prosperidad duradera sobre el estancamiento de la productividad, y *d)* subsidiar las conductas evasivas y mirar el Estado de derecho.

En su opinión, México necesita: *a)* aumentar la tasa de crecimiento del PIB, para lo cual es indispensable aumentar la productividad y el ahorro, fortalecer la inclusión y la equidad, para lo cual es indispensable un Estado de bienestar moderno y eficaz; *b)* acelerar el combate a la pobreza, para lo cual es necesario reconvertir empleos productivos a productivos, y *c)* fortalecer su democracia, para lo cual debe ser un vínculo claro entre derechos y obligaciones.

Sostiene que esta propuesta —que representa la mayor expansión en los derechos sociales de los trabajadores desde la fundación del IMSS en 1943— contribuye a que el país pueda avanzar en las dimensiones que propone.

III. PROPUESTA DE LA FUNSALUD

En el Programa de Trabajo 2012-2013 de la Fundación Mexicana para la Salud destaca que “A partir del 2010 Funsalud inició el Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud con el propósito de contribuir a la formulación de la política pública para mejorar el Sistema Nacional de Salud y garantizar la cobertura universal de servicios de salud”.

Por lo anterior, se destaca que la propuesta de la Funsalud para la universalidad implica una nueva reforma del sistema que fortalezca su eficiencia en el otorgamiento de servicios de salud a todos los mexicanos con equidad, haciendo efectivo el derecho a la salud consignado en la Constitución.

Por lo anterior, se revisaron las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud buscando fórmulas que aumenten su eficiencia frente a retos demográficos y epidemiológicos que ejercen una presión muy importante en la demanda de servicios, no solo debido al incremento de la población, sino también en el tipo de atención y de entrega de servicios por su envejecimiento.

En el análisis se identificó un importante avance sobre la integración funcional entre las instituciones del sector público

coordinada por la Secretaría de Salud, y se ha aumentado considerablemente la afiliación de personas a las instituciones públicas de salud; sin embargo, esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud. El mantenimiento de la segregación del sistema, aunado a las crisis financieras de las instituciones, impide que la prestación de servicios sea eficiente, y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

Con la entrada en vigor del Seguro Popular, el gasto público en salud aumentó en forma importante: entre 2000 y 2009, en un 155% en términos absolutos, pasando de 142 mil millones de pesos a más de 362 mil millones, con lo cual, medido como porcentaje del PIB, pasó de 2.3 a 3.1%. Sin embargo, a pesar de este incremento, nuestro país dista aún de alcanzar el gasto en salud que realizan otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuyo promedio representaba en 2009 alrededor de 9.5% del PIB, mientras en México la inversión en salud era de 6.4%.

También se encontró que la proporción del gasto de bolsillo en México es la más alta entre los países de la OCDE, y más del doble del promedio para 2009, lo que resulta significativo, ya que este indicador fue el detonador de la creación del sistema de protección social en salud en México, documentado como uno de los impedimentos para el desarrollo en nuestro país, por el gasto empobrecedor de las familias y su contribución al nivel de atraso económico. El gasto de bolsillo no ha tenido la disminución esperada aún con el aumento del financiamiento público en salud a través del sistema de protección social en salud, ya que antes de la reforma se encontraba en 52%, y al 2010 solo había descendido en tres puntos porcentuales.

El análisis de la cobertura en salud en nuestro país, de acuerdo con las tres vertientes propuestas por la OMS, refleja que se ha privilegiado la vertiente de afiliación y se ha ampliado esta cobertura en forma considerable; sin embargo, no se ha avanzado en la misma proporción en la vertiente de cobertura de inter-

venciones, ya que en términos generales la población atendida por la seguridad social, aproximadamente el 56%, cuenta con cobertura completa de servicios, y el 43%, afiliada al seguro popular, solo cuenta con 275 intervenciones de primero y segundo nivel, que representan 1,407 enfermedades, así como 57 padecimientos de alta complejidad, que generan gastos catastróficos. Pero es importante destacar que la vertiente más rezagada es la de compartición de gastos. Este es el aspecto clave en la nueva reforma del sector.

Para conducir los pasos de una nueva Reforma al Sistema Nacional de Salud, la Funsalud identificó dentro de su proyecto los siguientes temas de trabajo como elementos esenciales: *a)* el financiamiento de la salud a través de impuestos generales; *b)* la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación; *c)* la pluralidad en la articulación y prestación de servicios de salud, y *d)* el desarrollo de una agenda legislativa para la reforma sanitaria y contributiva.

Para contar con información que sustente las propuestas de política para esta reforma, se desarrollaron algunos estudios y documentos de discusión. Uno de estos documentos es el análisis sobre el “Derecho a la protección de la salud en México”, en el cual se revisaron los conceptos básicos sobre los derechos fundamentales y por qué deben ser universales, así como sobre los derechos sociales, y por qué son exigibles.

Se elaboró también el documento “Principios fundamentales de acceso efectivo: cobertura poblacional y de servicios”, que comprende un análisis conceptual y jurídico sobre el acceso efectivo en nuestro país, abordando su conceptualización tanto en las diferentes instancias normativas del ámbito nacional como en el internacional, así como lo señalado al respecto en el Programa Nacional de Salud.

También se cuenta con diversos análisis jurídicos sobre “Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y la legislación que las regula”, “Formas en que se financian los servicios públicos de salud”, “Sustento legal de los servicios médicos del

IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Pemex, Sedena y Semar” y “Cuota social para el pago de seguros de atención médica”.

Con la información de estos estudios, así como con la revisión de documentos elaborados por la OMS, la OCDE, el IMSS, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Auditoría Superior de la Federación, el Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias y el Grupo de Competitividad y Salud, se elaboró el documento de discusión “Proyecto de Universalidad de Servicios de Salud. Gestión desde Funsalud”.

El documento fue distribuido ampliamente para recoger las opiniones de expertos e instituciones académicas, entre ellos el Consejo Directivo y la Presidencia Emérita de la Funsalud, funcionarios de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, expertos del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Universidad de Harvard, del Instituto de Métrica en Salud y Evaluación de la Universidad de Washington, del Grupo de Competitividad y Salud de Funsalud, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y representantes del Congreso de la Unión.

Asimismo, se ha presentado en diferentes foros académicos y reuniones del sector. También se llevaron a cabo reuniones con la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y la oficina de la OCDE en México en conjunto con la UNAM, para intercambiar ideas y propuestas sobre el esquema de universalidad para nuestro país.

Para el bienio 2012-2013 es necesario llevar a cabo otros estudios actuariales, análisis de costos, estudios comparativos de estrategias, formulación y revisión de modelos, así como definición de esquemas distributivos, para integrar una propuesta de política pública sólida y sustentada para implantar la universalidad en el financiamiento y prestación de servicios de salud.

Ya se inició la elaboración de un estudio para el análisis de la eficiencia ganada en un esquema de financiamiento único de los servicios de salud *vs.* la continuación del financiamiento segmentado del sistema de salud. El estudio pretende estar concluido en el primer trimestre de 2012.

Se buscará financiamiento para la elaboración de otros estudios, como son: *a)* evaluación de la capacidad resolutoria actual de las instituciones del sector salud; *b)* evaluación de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de las entidades federativas en el marco del Sistema de Protección Social en Salud; *c)* modelos de financiamiento de la salud a través de impuestos generales y específicos en experiencias internacionales, *d)* mecanismos de aseguramiento del financiamiento de los bienes públicos de salud en un esquema sustentado en subsidios a la demanda para los servicios personales de salud; *e)* mecanismos de incentivos para fortalecer la medicina preventiva, y *f)* autocuidado, en un esquema de aseguramiento de riesgos.

Modelo de estructura de mecanismo de pago de los servicios de salud para impulsar su eficiencia y la respuesta de los usuarios.

- Mecanismos para evitar la sobredemanda de servicios de salud y riesgos del sistema, experiencias con copagos y deducibles.
- Evaluación de la cobertura de servicios de salud en México.
- Evaluación de los avances y resultados de la integración funcional de sector salud en México
- Análisis comparativo de modelos de sistemas de salud en países con cobertura universal de salud.
- Modelos teóricos de articulación de los servicios de salud en México.
- Modelo teórico de portabilidad de servicios de salud en México.
- Evaluación de la acreditación y certificación de la calidad de los servicios como requisito de incorporación de prestadores al Sistema de Protección Social en Salud en México.
- Modelo de esquema de financiamiento. Modificaciones a la Ley Hacendaria.
- Estrategia legislativa para la transición del financiamiento de los servicios de salud.

- Modificaciones necesarias a la Ley General de Salud y a las leyes del Seguro Social, del ISSSTE, de Pemex y de las fuerzas armadas para la reforma del SNS
- Análisis jurídico de los preceptos legales para la función de articulación de los servicios de salud.
- Estudio legislativo para la operación del sistema universal de salud en la descentralización de la vida nacional.

Para situar la discusión de las propuestas de política en el contexto adecuado de la esfera legislativa y los sectores involucrados se prevé desarrollar además las siguientes actividades:

1. Difusión del documento propositivo por correo electrónico. Se elaboró una versión PDF del documento de discusión para ser enviado por correo electrónico a instituciones públicas, académicas y de educación superior, así como a quince expertos en el tema, tanto del ámbito nacional como internacional, con el propósito de recibir retroalimentación e información adicional para enriquecer la formulación de las propuestas.
2. Presentación de las líneas generales del documento propositivo en diferentes foros. Se reforzará la presentación de las líneas generales de la propuesta como tema prioritario en los foros en los que la Fundación participe.
3. Realización de seminarios académicos con actores específicos. Se llevarán a cabo sesiones con grupos específicos para discutir las líneas generales de las propuestas alrededor de los cuatro temas para conocer las opiniones de los actores involucrados y percibir el impacto y la respuesta previsible a las propuestas de reformas legislativas hacendaria y de salud. Los grupos involucrados incluirán:
 - a) Funcionarios de las instituciones públicas de la salud
 - b) Titulares de los servicios estatales de salud
 - c) Diputados y senadores
 - d) Funcionarios de instituciones de educación superior

- e) Representantes de organismos internacionales, OMS/OPS, OCDE, BID
 - f) Líderes de partidos políticos
 - g) Sindicatos de las instituciones públicas de salud
 - h) Empresarios vinculados con la prestación de servicios de salud
 - i) Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
 - j) Asociaciones civiles vinculadas con salud
4. Realización de un seminario internacional. Se realizará un seminario internacional para intercambiar propuestas y experiencias internacionales de universalidad de servicios de salud, en el que participen funcionarios de los sistemas de salud y de las instituciones de salud de los países, así como representantes de organismos internacionales y expertos en el tema. Se considerará la participación de países de la región y países de la OCDE, tanto con sistemas universales de salud como en proceso de reforma de sus sistemas de salud, para otorgar servicios en forma universal.

En otro documento denominado “Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde Funsalud”,²⁴⁰ se propone la

...reorganización de funciones del sistema nacional de salud que implicaría sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conserve solamente la función rectora, el financiamiento sea a través de un fondo único sustentado en impuesto generales, la función de articulación, es decir la gestión entre el proceso del financiamiento y la prestación sea explícita a cargo del instituciones públicas y privadas, y la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

²⁴⁰ Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde la Funsalud, documento en poder de los autores, p. 12.

IV. APARTADO DE SALUD EN EL PACTO POR MÉXICO

Más que referirse al problema de la salud, el Pacto por México aborda en el numeral “1.1. Seguridad Social Universal”, el tema de la seguridad social “universal”.

Así, se afirma:

Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente: *a)* acceso universal a los servicios de salud...

Como problemas se destacan: *a)* la necesidad de avanzar mucho en la calidad, y *b)* el alcance efectivo de los servicios de salud, particularmente para atender a millones personas que no cuentan con empleo formal y viven en las zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional.

En el Pacto se establece como compromiso 1:

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos.

Además, se continúa argumentado en el compromiso 2: “Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados a la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra”.

Otra dimensión del problema es la pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE. Por lo anterior, se afirma, como compromiso 3:

Como un primer paso, el programa “70 y más” pasará a ser “65 y más”. Como un segundo paso, se establecerá una cuota social adicional aportada por el Gobierno Federal a una cuenta individual a todos los Mexicanos al cumplir 18 años y hasta la edad de 65 años, para dar plena portabilidad a los beneficios pensionarios de la población a lo largo de su vida.

Además, se aborda el tema del “Seguro de desempleo”, como compromiso 4, en donde se destaca: “Se establecerá un Seguro de Desempleo que cubra a los trabajadores del sector formal asalariado cuando pierdan su empleo para evitar un detrimento en el nivel de vida de sus familias y les permita buscar mejores opciones para tener un crecimiento profesional y patrimonial”.

Además, en materia de “Seguro de Vida para Jefas de Familia”, se afirma en el compromiso 5: “Se pondrá en marcha un sistema de seguros de vida para Jefas de familia para proteger la seguridad económica de sus hijos en caso de fallecimiento. Este seguro también incluirá a los padres jefes de familia que se encuentran en la misma circunstancia”.

V. NUESTRA PROPUESTA

Como lo hemos analizado a través de estas líneas, tenemos un sistema de salud complejo, segmentado, caro, con diversas carencias de personal y camas; en algunos casos, sobre todo en atención a la emergencia sanitaria, el sistema es disfuncional.

Las posturas que mostramos en este apartado coinciden: todas desean que se otorgue seguridad social universal (lo que significa, entre otras cuestiones, acceso a la salud o medicina a todos). Diseñar un sistema de salud para un país concreto requiere conocerlo. En el caso México, existen datos que son fáciles de obtener:

<i>Indicador</i>	2009 ²⁴¹	2010	<i>Variación</i>
Población total	109.610,000	113,423,000	+3.813,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales)	14,340	14,400	+60
Esperanza de vida al nacer h/m (años)	73/78	73/78	igual
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1,000 nacidos vivos)	17	16	-1
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1,000 habitantes)	157/88	157/88	igual
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2009)	846	959	igual
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009)	6.5	6.3	-0.2

Como se advierte, mientras factores como el ingreso y el gasto total por habitante tienen un pequeño incremento, el gasto total en salud se reduce en dos décimas de punto. Sin embargo, al comparar el gasto en salud de acuerdo con el producto interno bruto, la cuestión se complica cuando se compara únicamente el gasto público en salud, porque según cifras de la OCDE, en 2009 el porcentaje del gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto fue de 3.1%,²⁴² lo que muestra una diferencia del 3.4% para el periodo.

²⁴¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud, Países: México, en <http://www.who.int/countries/mex/es/>, consultado el 24 de diciembre de 2012.

²⁴² Fuente: OCDE, *Public health spending, Public social expenditure as a percentage of GDP*, en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-health-spending_20743904-table4, consultada el 24 de diciembre de 2012. Aunque las cifras de la OMS se expresan en dólares internacionales y las de la OCDE en dólares estadounidenses, no deberían existir diferencias. Sin embargo, la diferencia podría explicarse porque la cifra de la OMS expresa el “total” del gasto en salud mexicano (público y privado), en cambio la OCDE solo expresa el gasto “social”, o sea, en nuestra opinión el “público”.

Otros datos son más complicados de buscar; un ejemplo es la clase de problemas de salud que puede enfrentar el país en el futuro. Según el National Intelligence Council (NIC), el incremento de la temperatura, el aumento de las precipitaciones pluviales y el movimiento demográfico en nuevas áreas geográficas puede exacerbar o contribuir a la emergencia (o reemergencia) de enfermedades infecciosas, incluyendo enfermedades diarreicas y enfermedades infecciosas graves, así como enfermedades que provienen de vectores de transmisión, como fiebre del dengue, malaria, ictericia de Weill y mal de Chagas. Existe evidencia de incremento de varias enfermedades infecciosas, como son: dengue, malaria, hantavirus (pulmonar y renal), y la reemergencia de varias enfermedades infecciosas que surgieron después de los eventos de “El Niño”/Southern Oscillation (ENSO).

Destaca el NIC que mientras México, Costa Rica y Cuba tienen sistema relativamente fuertes, muchos de los sistemas de salud de los países de América central y el Caribe son débiles. La migración de profesionales de la salud de México, el Caribe y Centroamérica a los Estados Unidos y Canadá y el hecho de que muchas personas no tengan a los servicios de salud, crea vulnerabilidades. Los sistemas de salud de la región están saturados por el incremento de enfermedades crónicas y necesita desarrollar herramientas preventivas para enfrentar epidemias relacionadas con el cambio climático, y desarrollar la capacidad de respuesta para resolver problemas.²⁴³

²⁴³ National Intelligence Council, Mexico, The Caribbean, and Central America: The Impact of Climate Change to 2030: Geopolitical Implications, Prepared jointly by CENTRA Technology, Inc., and Scitor Corporation, CR 2010-03, January 2010, p. 13, en http://www.dni.gov/files/documents/2010%20Conference%20Report_MexicoCaribCentralAm_Climate%20Change%202030.pdf, consultado el 23 de diciembre de 2012. En el texto se destaca: “Rising temperatures, increased rainfall, and the movement of populations into new areas may exacerbate or contribute to the emergence (or re-emergence) of infectious diseases, including diarrheal disease and acute respiratory disease, as well as vector-borne diseases such as dengue fever, malaria, leptospirosis, and Chagas disease. Since 1990 the region has experienced a series of re-emerging diseases following severe climatic events such as floods, hurricanes, and droughts. There

En este contexto, adquiere dimensión el problema de la prevención en materia de salud pública. En el cuadro siguiente mostramos las interacciones entre un sistema de salud con enfoque en derechos humanos, las acciones de medicina individual, las acciones colectivas preventivas (salubridad pública) y las acciones complementarias (agua potables, alcantarillado, alimentación, etcétera), como elementos sustantivos del derecho humano a la salud.



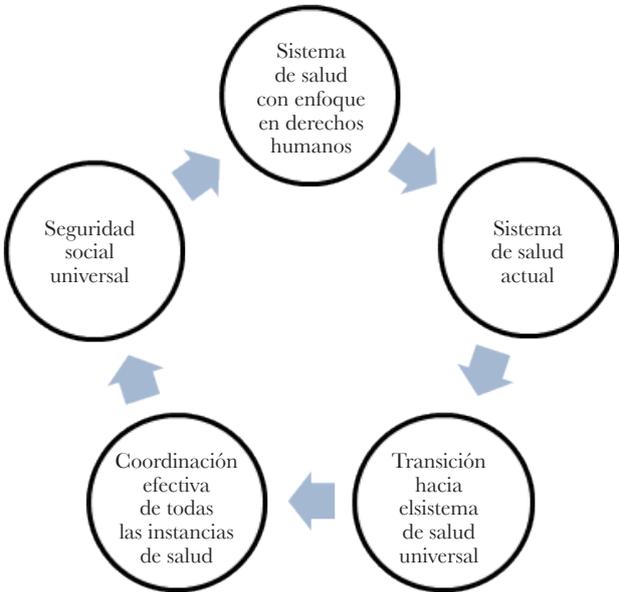
En otro orden de ideas, como lo hemos resaltado en esta investigación, uno de los aspectos sustanciales de la salud es el de

is evidence of increases in several communicable diseases, such as dengue, malaria, and Hantavirus pulmonary syndrome; and the reemergence of a large host of infectious diseases following years in which there were El Niño/ events. While Mexico, Costa Rica, and Cuba have relatively strong health systems, many of the Central American and Caribbean states' health systems are weaker. The migration of health professionals from Mexico, the Caribbean, and Central America to the United States and Canada, and the fact that so many people do not have access to health care, creates vulnerabilities. Health systems in the region are already burdened by the increasing toll of chronic disease and will need to develop tools to anticipate climate-related outbreaks and develop lab capacity and response to address problems”.

sus nexos con el bienestar. La salud construye espacios virtuosos a partir de los cuales es posible medir la “mejora constante del pueblo”. Muestra la importancia que tiene el ser en la política social en el espacio donde se brinda atención a sus enfermedades; es la respuesta más humana y de solidaridad que la sociedad puede otorgar a otro ser humano.

Además, es una medida mínima de justicia distributiva en una sociedad que es del suyo desigual. Incluso, desde el punto de vista de la eficiencia y la eficacia económica, el sistema de atención de la salud es estratégico en la productividad nacional: una población sana impacta en la economía productiva.

Como lo hemos asentado desde el punto de vista de los derechos humanos; esto es, desde la visión ética que se desprende del apartado dogmático de una Constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país. Lo anterior se puede mostrar en el gráfico siguiente:



Así, el debate puede estar en si es necesario, además de otorgar prestaciones universales en materia de salud y medicina, extender ese proceso a otra clase de prestaciones integradas en lo que se conoce como previsión social o seguridad social, sin que consideremos sinónimos a ambos conceptos, como son los seguros de desempleo, para madres trabajadoras y a adultos mayores.

Lo anterior nos lleva al problema del financiamiento. En rigor estricto, las posiciones que se muestran en las líneas anteriores se podrían considerar como contributivas, en la medida en que proponen financiar de manera directa o indirecta a la salud a través de procesos contributivos: IVA, cuotas de seguridad social, etcétera.

Aquí es donde inicia el deslinde entre nuestra propuesta y las presentadas. Consideramos que las diversas prestaciones sociales deben encontrar una fuente de financiamiento separada de la asistencia médica. Lo anterior implica que el sistema de salud pública y los riesgos para la salud deben operarse desde la Secretaría de Salud, a través de una función rectora de carácter federal. El financiamiento del sistema de atención a la salud puede obtenerse a través de un fondo único, lo cual constituye una política de intersección social-económica.

El producto interno bruto de México, en “billones de dólares” para 2009, 2010 y 2011, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE),²⁴⁴ se muestra en el cuadro siguiente:

²⁴⁴ Fuente: OCDE, en http://www.oecd-ilibrary.org/economics/gross-domestic-product-in-us-dollars_2074384x-table3, consultada el 24 de diciembre de 2012. La tabla incluye datos del producto interno bruto a precios corrientes y PPPs, en “billones” de dólares de Estados Unidos (*This table includes data on gross domestic product (GDP) at current prices and PPPs, in billions of US dollars*). Recordemos que un billon de dólares es igual a 1,000.000,000.00. Por su parte, el dólar se considera a valores actuales (12.93 pesos por dólar).

	2009	2010	2011
OCDE	1,541.0	1,645.5	1,745.4
Total dólares	1.541,000.000,000	1.645,500.000,000	1.745,400.000,000
Total pesos	19.925,130.000,000	21.276,315.000,000	22.568,022.000,000

El gasto neto total para el ejercicio fiscal 2008 fue de \$2.569,450.200,000.00,²⁴⁵ el gasto neto total para el ejercicio fiscal 2009 fue de \$2.846,697.000,000.00,²⁴⁶ el gasto neto total para el ejercicio fiscal de 2010 fue de \$3.176,332.000,000.00.²⁴⁷ Por su parte, el gasto total en salud en México para 2008, 2009 y 2010 según el INEGI²⁴⁸ se muestra en el cuadro siguiente:

<i>Periodo</i>	<i>Gasto presupuestal total</i>	<i>Gasto en salud</i>	<i>%</i>
2010	3.176,332.000,000.00	798,570.500,000.00	25.14
2009	2.846,697.000,000.00	748,564.781,000.00	26.29
2008	2.569,450.200,000.00	696,593.467,000.00	27.11

La tabla muestra que el gasto en salud, en términos presupuestales, no es una prioridad, porque en lugar de incrementarse ha ido en descenso. En este sentido, proponemos una transición del gasto en salud para alcanzar la cifra del 9% del PIB, como lo hacen algunos países de la OCDE, en términos de su estadística de “Gasto total en salud como porcentaje del PIB”,²⁴⁹ en términos del cuadro que se muestra a continuación:

²⁴⁵ Artículo 3o. del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.

²⁴⁶ *Idem.*

²⁴⁷ Artículo 2o. del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010.

²⁴⁸ Sitio electrónico del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/default.aspx?idUserPadre=102002800030#D102002800030>, consultada el 24 de diciembre de 2012. La información corresponde al gasto total en salud incluyendo funciones relacionadas.

²⁴⁹ Véase OECD, Total expenditure on health. As a percentage of gross domestic product, en <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/>

<i>País</i>	<i>Gasto en salud 2011</i>	<i>Gasto en salud México²⁵⁰</i>	<i>Diferencia</i>
Holanda	12.0	6.2	-5.8
Francia	11.6	6.2	-5.4
Alemania	11.6	6.2	-5.4
Austria	11.0	6.2	-4.8
Bélgica	10.5	6.2	-4.3
Canadá	11.2	6.2	-5.0
Chile	8.0	6.2	-1.8

En materia de financiamiento, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud realizó las siguientes recomendaciones:

1. Los países en desarrollo deberían empezar a planificar una vía para el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales, basada en los datos epidemiológicos y en las prioridades de salud de los pobres. También deberían esforzarse por aumentar el gasto presupuestario en salud en un 1% del PNB para 2007, y en un 2% para 2015, así como en utilizar los recursos con más eficiencia.

2. Los países en desarrollo podrían crear una comisión nacional sobre macroeconomía y salud o un mecanismo similar que ayudara a determinar las prioridades de salud y los mecanismos de financiación, coherentes con el marco macroeconómico nacional, para llegar a la población pobre con intervenciones de salud eficaces en relación con los costos.

3. Los países donantes deberían empezar a movilizar compromisos financieros anuales que permitan alcanzar el nivel, recomendado internacionalmente, del 0.7% del PNB de los países de la OCDE, para contribuir a financiar la ampliación de las intervenciones esenciales y el aumento de las inversiones tanto en

total-expenditure-on-health_20758480-table1, consultado el 25 de diciembre de 2012.

²⁵⁰ El monto para México es estimado.

investigación y desarrollo como en otros “bienes públicos mundiales”.

4. La OMS y el Banco Mundial se encargarían de coordinar la ampliación masiva y plurianual de la asistencia a la salud procedente de los donantes, y de supervisar los compromisos y aportaciones económicas de estos.

5. Los gobiernos miembros de la OMC deberían garantizar salvaguardas suficientes para los países en desarrollo, en particular el derecho de los que no fabrican los productos farmacéuticos que necesitan a reclamar la concesión obligatoria de licencias de importación desde países terceros proveedores de genéricos.

6. La comunidad internacional y los organismos como la OMS y el Banco Mundial deberían fortalecer sus operaciones. El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMSTM) deberían disponer de una financiación suficiente para apoyar el proceso de ampliación de las acciones frente al VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Se propone la creación de un Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF).

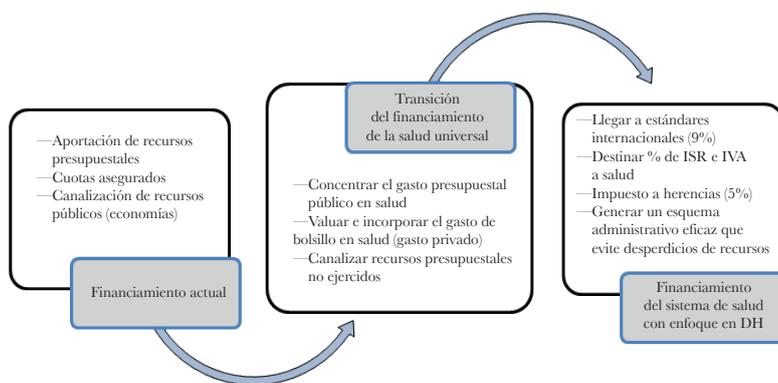
7. Debería fortalecerse el suministro de bienes públicos mundiales por medio de financiación adicional de organismos como la OMS y el Banco Mundial.

8. Es indispensable refrendar los incentivos al sector privado para el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades de los pobres. El FMSTM y otras entidades compradoras deberían establecer compromisos previos de adquisición de nuevos productos para objetivos concretos (por ejemplo, vacunas para el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis) como incentivos basados en el mercado.

9. La industria farmacéutica internacional, en cooperación con la OMS y los países de bajos ingresos, debería garantizar el acceso de los habitantes de estos últimos a los medicamentos esenciales. Esto se lograría mediante compromisos para proporcionar los medicamentos esenciales al mínimo precio comercial viable en los países pobres y para conceder la licencia de fabricación de dichos medicamentos a productores de genéricos.

10. El FMI y el Banco Mundial deberían trabajar con los países receptores para integrar la ampliación de los servicios de salud y otros programas de reducción de la pobreza en un marco macroeconómico viable.²⁵¹

Seguir estas recomendaciones ayudaría al financiamiento de un sistema de salud con enfoque en derechos humanos. En este contexto, la transición económica se muestra en el cuadro siguiente:

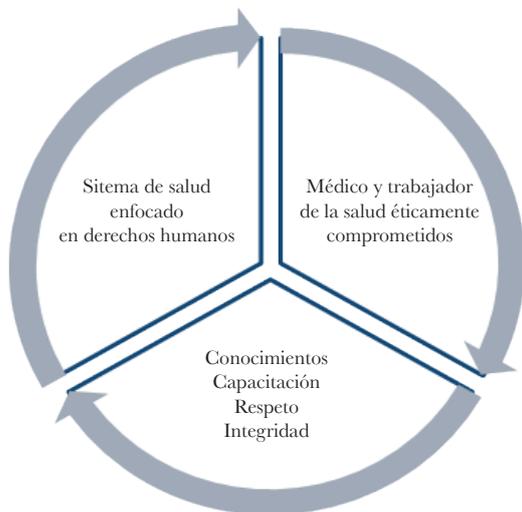


Quizá el impuesto federal a herencias sea una propuesta polémica; sin embargo, en todas las propuestas analizadas para dar vigencia al sistema universal del salud se destaca la necesidad de buscar mecanismos novedosos de financiamiento, por lo que consideramos que una imposición del 5% adicional a herencias no sería gravoso para nadie y contribuiría a incrementar los ingresos para el gasto en salud. Los recursos así obtenidos se podrían etiquetar en un esquema 80/20; esto es, el 80% se quedaría en las entidades federativas y el 20% se canalizaría a la Federación.²⁵²

²⁵¹ Documento: Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, p. 9, en http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf, consultado el 25 de diciembre de 2012.

²⁵² Por supuesto, se requiere un mejor análisis sobre el tema, pero como propuesta puede ser útil.

En otro orden de ideas, una de las prioridades de gasto en salud debe ser una capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario y un programa de incentivos de permanencia a todo el personal de salud, como se muestra en cuadro siguiente:



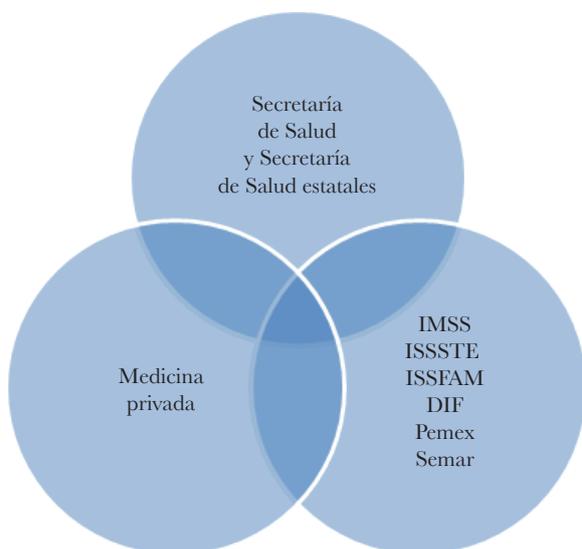
La permanencia derivará necesariamente de la interacción entre los elementos del cuadro y una organización administrativa con enfoque también humano.²⁵³

También debemos generar una atención médica plural, sinergia pública-privada, lo que implica la integración global de servicios de salud, tanto los que se prestan a nivel público como los que se dan en los espacios privados. Un programa de consultorios populares, apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos, cuya factura se pagará por el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, podría ser una buena respuesta para

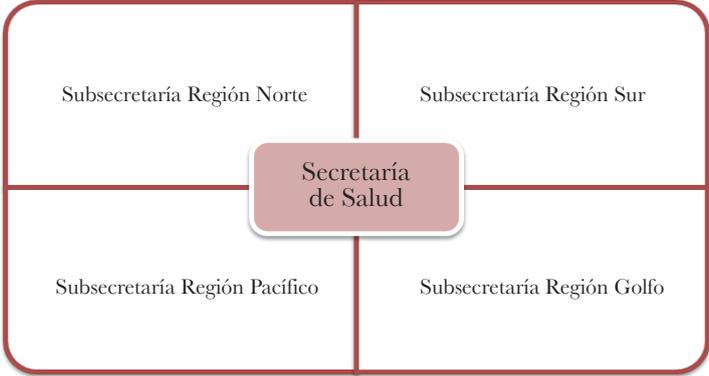
²⁵³ Harmon, Michael M. y Mayer, Richard T., *Teoría de la organización para la administración pública*, trad. Pastor Jesús Andrade Covián y Mónica Utrilla; est. Jorge Tamayo Castro Paredes, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-FCE, 2001, pp. 240 y ss.

hacer efectivo el derechos humano a la salud, mejorar la salud de los mexicanos e impulsar la economía nacional.

Una posible estructura de estas interacciones se muestra en el cuadro siguiente:

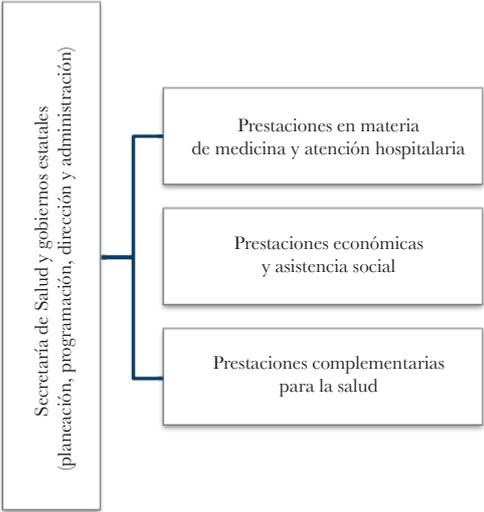


Lo que implica que toda la organización administrativa se debe volcar hacia nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos. Así, en nuestra opinión, el nuevo esquema del sistema de salud a nivel país se sustentaría en una Secretaría de Salud operando como agente central único, generador de políticas en materia de salud para todo el país. Comparador universal de insumos para la salud y pagador único de servicios prestados en el marco del derecho humano a la salud y el acceso universal a la medicina. La división del país se podría hacer en cuatro regiones, donde operarían cuatro subsecretarías, como se muestra en el cuadro siguiente:

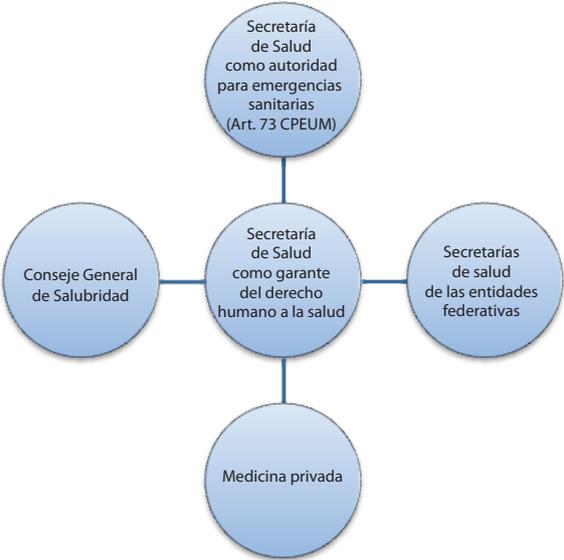


En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cambio, en cada subsecretaría los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer niveles, otorgando el acceso universal a la medicina.

Esta estructura podría ser de transición, permitiendo en el futuro el avance hacia un sistema de salud integrado funcionalmente, como se muestra en el cuadro siguiente:



Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: *a*) el cuidado de la salud; *b*) las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, y *c*) las prestaciones complementarias (agua potable, alimentos, alcantarillado, medio ambiente, etcétera). Lo anterior sienta las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México.



Un esquema de estas características articula los recursos del país en materia de salud hacia el logro de objetivo común: el enfoque en derechos humanos para la salud.

ANEXOS

ANEXO 1		ANEXO 2	
Jueves 10 de febrero 2011		Viernes 4 de marzo de 2011	
<i>Comerciales dirigidos al público infantil</i>		<i>Comerciales dirigidos al público infantil</i>	
Canal 5 (2-5pm)		Canal 5 (2:18 a 5:18 pm)	
37 comerciales en 3 horas		24 comerciales en 3 horas	
1	Kínder sorpresa	1	Gamesa Giro
2	Cookie Crisp	2	Gamesa Arcoíris Chokis
3	Nesquik trix Bob Esponja	3	Gelatina Dany Apreton
4	Gelatina Dany Apreton	4	Gamesa Emperador Chokis
5	Gamesa Emperador Chokis Xbox 360	5	Choco Krispis
6	Choco Krispis	6	Froot Loops
7	Zucaritas	7	Zucaritas
8	Jumex	8	Choco Krispis
9	Danonino	9	Corn Pops
10	Nesquik	10	Choco Krispis Max
11	Froot Loops	11	Zucaritas
12	Kínder sorpresa	12	Froot Loops
13	Choco Milk	13	Choco Krispis
14	Vuala Gamesa	14	Kínder Delice
15	Choco Krispis	15	Danonino
16	Zucaritas	16	Choco Krispis
17	Jumex	17	Pelón Pelorico
18	Gelatina Dany Apreton	18	Gelatina Dany Apreton
19	Pelón Pelorico	19	Danonino
20	Trix	20	Choco Krispis Max

ANEXO 1		ANEXO 2	
Jueves 10 de febrero 2011		Viernes 4 de marzo de 2011	
<i>Comerciales dirigidos al público infantil</i>		<i>Comerciales dirigidos al público infantil</i>	
Canal 5 (2-5pm)		Canal 5 (2:18 a 5:18 pm)	
37 comerciales en 3 horas		24 comerciales en 3 horas	
21	Nestlé tix, Nesquik, Bob Esponja	21	Danonino
22	Nesquik	22	Leche de Hersheys
23	Nestlé Bob Esponja	23	Gamesa Giro
24	Choco Krispis	24	Pelón Pelorico
25	Pelón Pelorico		
26	Gamesa Emperador Chokis X box 360		
27	Danonino		
28	Trix Nestlé		
29	Nestlé – Bob Esponja		
30	Zucaritas		
31	Jumex		
32	Gelatina Dany Apreton		
33	Choko Milk		
34	Cookie Crisp		
35	Nestlé tix, Nesquik, Bob Esponja		
36	Kínder Sorpresa		
37	Froot Loops		

ANEXO 3 SKINNY SHOT

Marco jurídico	Ley General de Salud, artículo 414 bis Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, artículo 3o., fracción 1, incisos b y q
Producto	Skinny Shot
Empresa	CV Directo
Publicidad en televisión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo perder kilos y no volver a subirlos? ➤ ¿Cómo sentirte bien todos los días? ➤ Pierde peso y talla sin rebote y sin esfuerzo con Skinny Shot ➤ Con un Shot diario en 7 días baje tres kilos ➤ Con un Shot diario en dos semanas baje 5 kilos ➤ Con un Shot diario baje 8 kilos en un mes ➤ Con un Shot diario durante dos semanas sin dieta y sin ejercicio baje cinco kilos ➤ Con Skinny Shot bajas de peso inmediatamente ➤ Baje peso sin rebote y de manera natural ➤ Un Shot y bajas otro Shot y bajas ➤ Skinny Shot es el único que desde el primer shot bajas de peso
Medio de comunicación	Canal 5 Televisa
Día de la muestra en video	28 enero 2011
Etiquetado	Ayuda a disminuir el apetito y a perder peso. Indica que una botella reemplaza el desayuno o cena

El producto Skinny Shot cae en la categoría de “producto milagro”

- Se anuncia como suplemento alimenticio
- La publicidad de suplementos alimenticios requiere autorización por la Cofepris ²⁵⁴

¿Cofepris autorizó la publicidad y etiquetado de dicho suplemento alimenticio?

²⁵⁴ http://www.cofepris.gob.mx/wb/cfp/tramitesup/_rid/1975?page=4.

ANEXO 4

COLAGEINA 10

Marco jurídico	Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, artículo 3o., fracción 1, incisos b y q Ley General de Salud, artículo 414 bis
Producto	Colageína 10
Empresa	Innova – Directa, S. A. de C. V.
Publicidad en televisión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En diez días se me quitó el dolor ➤ Róbale al tiempo 10 años ➤ Elimina arrugas, líneas de expresión, manchas en la piel y el paño, elimina las bolsas en los ojos, ➤ Estudios clínicos en universidades de Europa a nivel mundial la respaldan ➤ Más de seis millones de mujeres convencidas testifican los resultados.
Medio de comunicación	Televisión por cable
Día de la muestra en video	15 enero 2011
Etiquetado	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Róbale al tiempo 10 años ❖ En solo 2 meses te verás y sentirás 10 años más joven ❖ Más que un <i>tratamiento</i> es el secreto de las estrellas <p>Indica que una botella reemplaza el desayuno o cena</p>

El producto Colageína cae en la categoría de “producto milagro”

- Se anuncia como suplemento alimenticio
- La publicidad de suplementos alimenticios requiere autorización por la Cofepris ²⁵⁵

¿Cofepris autorizó la publicidad y etiquetado de dicho suplemento alimenticio?

²⁵⁵ *Idem.*

BIBLIOGRAFÍA

- OMS, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/> “Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños”, de la 63a. Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2010, en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R14-sp.pdf.
- ACOSTA ROMERO, Miguel, *Segundo curso de derecho administrativo*, 2a. ed., México, Porrúa, 1993.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José et al., *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- ÁLVAREZ NEBREDA, Carlos C., *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*, Madrid, Díaz Santos, 1998.
- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION, *Report of the Task Team*, American Journal of Public Health, 47:218-34, febrero de 1957.
- ANTÓN, Arturo, HERNÁNDEZ, Fausto y LEVY, Santiago, “The End of Informality in Mexico?”, *Fiscal Reform for Universal Social Insurance*, November, 2011, en <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevyPaperpdf.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012.
- AQUINO, Tomás de, *Tratado de la justicia*, 8a. ed., trad. Carlos Ignacio González, México, Porrúa, 2004.
- AVENA, N., RADA, p., HOEBEL, B. G., “Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermitent, excessive sugar intake”, *Neurosci Biobehav Rev* 32 (1), 2008.
- AVEZUELA, Jesús, *Agencias. El ejemplo norteamericano*, Fundación Ciudadanía y Valores, en http://www.funciva.org/uploads/ficheros_documentos/1225902539_agencias.pdf.

- BANCO MUNDIAL, *Gasto en salud total (% del PIB)*, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>.
- , *Gasto en salud. Sector público (% del gasto total en salud)*, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>.
- , *Indicadores en salud*, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries>.
- , *Gasto de salud desembolsado por el paciente (% del gasto privado de salud)*, en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries>.
- BASES DE DATOS DE LA SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, en <http://www.calidadaire.df.gob.mx/calidadaire/productos/basesdedatos/ingresousuarios.php>.
- BRAVO, María Lilia y GÓMEZ DANTE, Octavio, “La atención ambulatoria en los servicios estatales de salud”, *Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010*, México, Secretaría de Salud, 2011.
- CALIDAD DEL AIRE EN LA CIUDAD DE MÉXICO, Informe 2010, Secretaría del Medio Ambiente del Gobierno del Distrito Federal, México, Distrito Federal, 2010.
- CALIDAD DEL AIRE Y SALUD, nota descriptiva No. 313, agosto de 2008. Organización Mundial de la Salud, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html>.
- CANO VALLE, Fernando *et al.*, *Enfermedades del aparato respiratorio*, 2a. ed., México, Méndez Editores, 2010.
- CARBONELL, Miguel, *La reforma constitucional en materia de derechos humanos: principales novedades*, de 27 de junio de 2001, en http://www.miguelcarbonell.com/articulos/novedades_printer.shtml.
- Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil*, en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/codigo_pabi.pdf.
- COLANTUONI, C. *et al.*, “Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence”, *Obes Res* 10 (6), 2002.
- COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS, *Informe de Rendición de Cuentas de la Administración Pública Federal*.

- Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26a., la 29a., la 39a. y la 51a. Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005.
- Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946.
- COORDINACIÓN GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, *Los institutos nacionales de salud*, México, Secretaría de Salud-Coordinación General de los Institutos nacionales de Salud, 2002, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7255.pdf>.
- CURREA-LUGO, Víctor de, *La salud como derecho humano. 15 requisitos y una mirada a las reformas*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2005.
- DE LAS HERAS GARCÍA, Manuel Ángel, *Estatuto ético-jurídico de la profesión médica*, t. I, Madrid, Dykinson, 2005.
- DOMÍNGUEZ, Alberto, *Policía sanitaria. Doctrina, legislación nacional y provincial*, pr. Rafel Bielsa, Buenos Aires, Depalma, 1946.
- EIBENSCHUTZ, Catalina, “Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria”, en SALAZAR, Raúl (coord.), *La seguridad social. Retos de hoy*, México, UAM, 2007.
- El poder del consumidor*, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/26/index.php?section=sociedad&article=035n2soc>.
- ENRÍQUEZ, Ernesto, “2da. Reforma: Seguridad social universal, 2012” (documento confidencial en poder de los autores).
- FERNÁNDEZ RUIZ, Jorge, *Derecho administrativo*, México, McGraw-Hill-Interamericana Editores, 1997.
- Food For Thought*, Television Food Advertising to Children in the United States, Indiana University, The Henry J. Kaiser Family, Foundation, 2007.

- Fortuna, “El 94% del gasto privado en salud proviene del bolsillo de las personas², del 22 de junio de 2010”, en <http://revistafortuna.com.mx/contenido/2012/06/22/el-94-del-gasto-privado-en-salud-proviene-del-bolsillo-de-las-personas/>.
- FRAGA, Gabino, *Derecho administrativo*, 39a. ed., rev., y act., Manuel Fraga, México, Porrúa, 1999.
- FREEMAN, Ruth B., HOLMES EDWARD M. JR., *Administración de los servicios de salud pública*, ed. esp. Luis Cervantes y José Ramón Pérez Lias, México, Editorial Interamericana, 192.
- FRENK MORA, Julio, *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- , *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- y KNAUL, Felicia, “Los derechos humanos como base doctrinaria para las políticas de salud”, en FRENK MORA *et al.* (eds.), *Salud y derechos humanos. Perspectivas en salud pública*, núm. 22, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
- FRITZ, Werner, “Verwaltungsrecht als konkretisiertes Verfassungsrecht”, *Deutsches Verwaltungsblatt* (1959), en “Pasado y presente de la relación entre el derecho constitucional y el derecho administrativo en Alemania”, *Cuadernos Constitucionales de la Cátedra Fadrique FuriD Ceriol*, núm. SO/51.
- GARDUÑO ESTRADA, León *et al.* (coords.), *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*, México, Centro de Estudios sobre Calidad de Vida y Desarrollo Social-International Society of Quality of Life-Plaza y Valdés, 2005.
- GÓMEZ DANTÉS, Octavio *et al.*, “Sistema de salud de México”, *Salud Pública*, México, 2011.
- GÓMEZ, EIRINET, “Alamante incremento de productos milagro en México”, en AVC noticias (en línea), del 23 de mayo de 2012, en <http://www.avcnoticias.com.mx/resumen.php?idnota=115235>.
- Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006.

HARMON, Michael M. y MAYER, Richard T., *Teoría de la organización para la administración pública*, trad. Pastor Jesús Andrade Covián y Mónica Utrilla; est. Jorge Tamayo Castro Paredes, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-FCE, 2001.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries>.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL/countries>.

<http://mision.sre.gob.mx/oea/index.php/es/ops>.

http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf.

<http://www.ccinshae.gob.mx/2011/hrae.html>

<http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/acercade.html>.

<http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/hfr.html>

http://www.cofepris.gob.mx/wb/cfp/productos_fronteraar/_rid/1911?page=1.

http://www.cofepris.gob.mx/wb/cfp/tramitessup/_rid/1975?page=4

<http://www.cofepris.gob.mx/work/sites/cfp/resources/LocalContent/402/1/b55.pdf>.

<http://www.dgpp.sep.gob.mx/planeacion/pdf%20inf/PND.pdf>.

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>.

http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/acc_inter.aspx.

<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/cara.aspx>.

<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/pages/default.aspx>.

http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/historia_5.aspx.

<http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspx>.

http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/prog_des_hum.aspx.

http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/sal_mat.aspx.

<http://www.imss.gob.mx/servicios/mexicanos/Pages/segaldfamilia.aspx>.

<http://www.incan.edu.mx/>.

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/cuadrostadisticos/GeneraCuadro.aspx?s=est&nc=782&esq=BIEPUB&c=24400>.

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01>.

<http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/Historia.html>.

- <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/inmegen/>.
- <http://www.inmegen.gob.mx/es/acerca-de/objetivos/>.
- <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/instituto.html>.
- <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/instituto/mision.html>.
- <http://www.inper.mx/quienessomos/misionvision.html>.
- <http://www.inprf.gob.mx/inprf/index.html>.
- <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>.
- <http://www.insp.mx/el-instituto/iquienes-somos.html>.
- <http://www.insp.mx/el-instituto/mision-y-vision.html>.
- http://www.isea.gob.mx/Formatos/CAUSES_2010.pdf.
- <http://www.issste.gob.mx/instituto/historia.html>.
- <http://www.pediatria.gob.mx/rehistoria.html>.
- https://www.cardiologia.org.mx/el_instituto/presentacion/.
- HUERTA, Eugenia y SOLER, Martí (eds.), *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas en el año 2000*, 5a. ed., México, Coplamar-Siglo XXI, 1998.
- IBLER, Martín, “Derecho administrativo como derecho constitucional concretizado”, *Res Publica*, núm. 2, Bogotá, enero-diciembre de 2010.
- Índice Metropolitano de la Calidad del Aire, “¿Cómo se miden y se reportan los contaminantes criterio en la Secretaría del Medio Ambiente del GDF?”, en <http://www.calidadaire.df.gob.mx/calidadaire/index.php?opcion=2&opcioninfoproductos=22>.
- JARAMILLO ANTILLÓN, Juan, *Historia y filosofía de la medicina*, San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005.
- LEGASPI VELASCO, Juan Antonio, *Factores psicosociales en el ambiente del trabajo*, México, IMSS, 2010.
- LÓPEZ PIÑERO, José María y TERRADA FERRANDIS, María Luz, *Introducción a la medicina*, Madrid, Crítica, 2000.
- LUQUE, Emilio, “La obesidad más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios”, en DÍAZ MÉNDEZ y GÓMEZ BENITO, Cristóbal (coords.), *Alimentación, consumo y salud, colección de Estudios Sociales*, núm. 24, México, Fundación “La Caixa”, 2008, en <http://obrasocial.lacaixa.es/StaticFiles/Static>

- Files/b262946942358110VgnVCM1000000e8cf10aRCRD/es/es24_c5_esp.pdf.*
- MARTÍNEZ MORALES, Rafael I., *Derecho administrativo 1er curso*, 6a. ed., México, Oxford, 2011.
- MERKL, Adolfo, *Teoría general del derecho administrativo*, México, Editora Nacional, 1980.
- MONTIEL, Lucia, “Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria”, *Revista IIDH*, núm. 40, julio-diciembre 2004.
- NATIONAL INTELLIGENCE COUNCIL, MEXICO, *The Caribbean, and Central America: The Impact of Climate Change to 2030: Geopolitical Implications*, Prepared jointly by CENTRA Technology, Inc., and Scitor Corporation, CR 2010-03, January 2010.
- NOVOA MONREAL, Eduardo, *El derecho como obstáculo al cambio social*, 5a. ed., México, Siglo XXI, 1981.
- OCDE, *Public health spending, Public social expenditure as a percentage of GDP*, en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-health-spending_20743904-table4.
- OCED, *Health Data 2012*, en <http://stats.oecd.org/Index.aspx?>
———, *Health Data 2010*, en <http://stats.oecd.org/Index.aspx>.
- OMS, Recomendación 2, “Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial”, Informe de la Secretaría, 63a. Asamblea Mundial de la Salud, punto 11.9 del orden del día provisional, 1o. de abril de 2010, en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_12-sp.pdf.
- , *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, en <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es>.
- /OPS, *Salud en las Américas, 2007*, vol II-Países, México, en <http://americas2007mexico.pdf>.
- /UNICEF, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Celebrada en Alma-Ata, URSS del 6 al 12 de septiembre de 1978, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
- ORDÓÑEZ BARBA, Gerardo “El Estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano”,

- Región y sociedad*, vol. XIV, núm. 24, El Colegio de la Frontera Norte, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Calidad del aire y salud, nota descriptiva No. 313*, agosto de 2008, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/es/index.html>.
- , *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*, disponible en : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500218_spa.pdf.
- , *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre, Actualización mundial 2005*, Ginebra, 2006.
- , *Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización mundial 2005*.
- , *Países: México*, en <http://www.who.int/countries/mex/es>.
- ORTEGA A. I. y PEGUERO, G. M., “Obesidad Infantil”, *Boletín de Práctica Médica Efectiva*, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Perspectivas OCDE: México. Reformas para el cambio, OCDE, enero 2012, en <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, en <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/salud.html>.
- ROMO PIZARRO, Osvaldo, *Medicina legal. Elementos de ciencias forenses*, Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2000.
- RUIZ MASSIEU, José Francisco, “México”, en FUENZALIDA-PUELMA, Hernán L., y SCHOLLE CONNOR, Susan (eds.), *El derecho a la salud en las Américas*, Estudio constitucional comparado, publicación científica núm. 59, Washington, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1989.
- SADAVA, David *et al.*, *Vida, la ciencia de la biología*, 8a. ed., Buenos Aires, Medica Panamericana, 2009.
- SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, SISTEMA DE CUENTAS EN SALUD A NIVEL FEDERAL Y ESTATAL (Sicuentas), México, 2011.

- SECRETARÍA DE SALUD, *Rendición de cuentas en salud 2010*, México, 2011, en <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>.
- /DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD, estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005-2030, Conapo, 2006.
- SECRETARÍA DEL MEDIO AMBIENTE DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, *Calidad del aire en la ciudad de México. Informe 2009*, México, 2010, en <http://www.sma.df.gob.mx/simat2/informe2009/index.php?opcion=3>.
- , *Calidad del aire en la Ciudad de México, Informe 2010*, México, 2010.
- SERRA ROJAS, Andrés, *Derecho administrativo*, t. I, 14a. ed., México, Porrúa, 1988.
- STAHL, Michael (ed.), *Encyclopedia of Health Care Management*, Sage Publications, 2004.
- THE HENRY J. KAISER FAMILY, FOUNDATION, *Food For Thought, Television Food Advertising to Children in the United States*, Indiana University, 2007.

Medicina y estructuras jurídico-administrativas en México: hacia la reforma integral del sistema de salud mexicano, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se terminó de imprimir el 29 agosto de 2014 en los talleres de Tipos Futura, S. A. de C. V., Francisco González Bocanegra 47-B, col. Peralvillo, delegación Cuauhtémoc, 06220 México, D. F. Se utilizó tipo Baskerville 9, 10 y 11 puntos. En esta edición se empleó papel cultural 57 x 87 de 37 kilos para los interiores y cartulina couché de 154 kilos para los forros; consta de 500 ejemplares (impresión *offset*).