

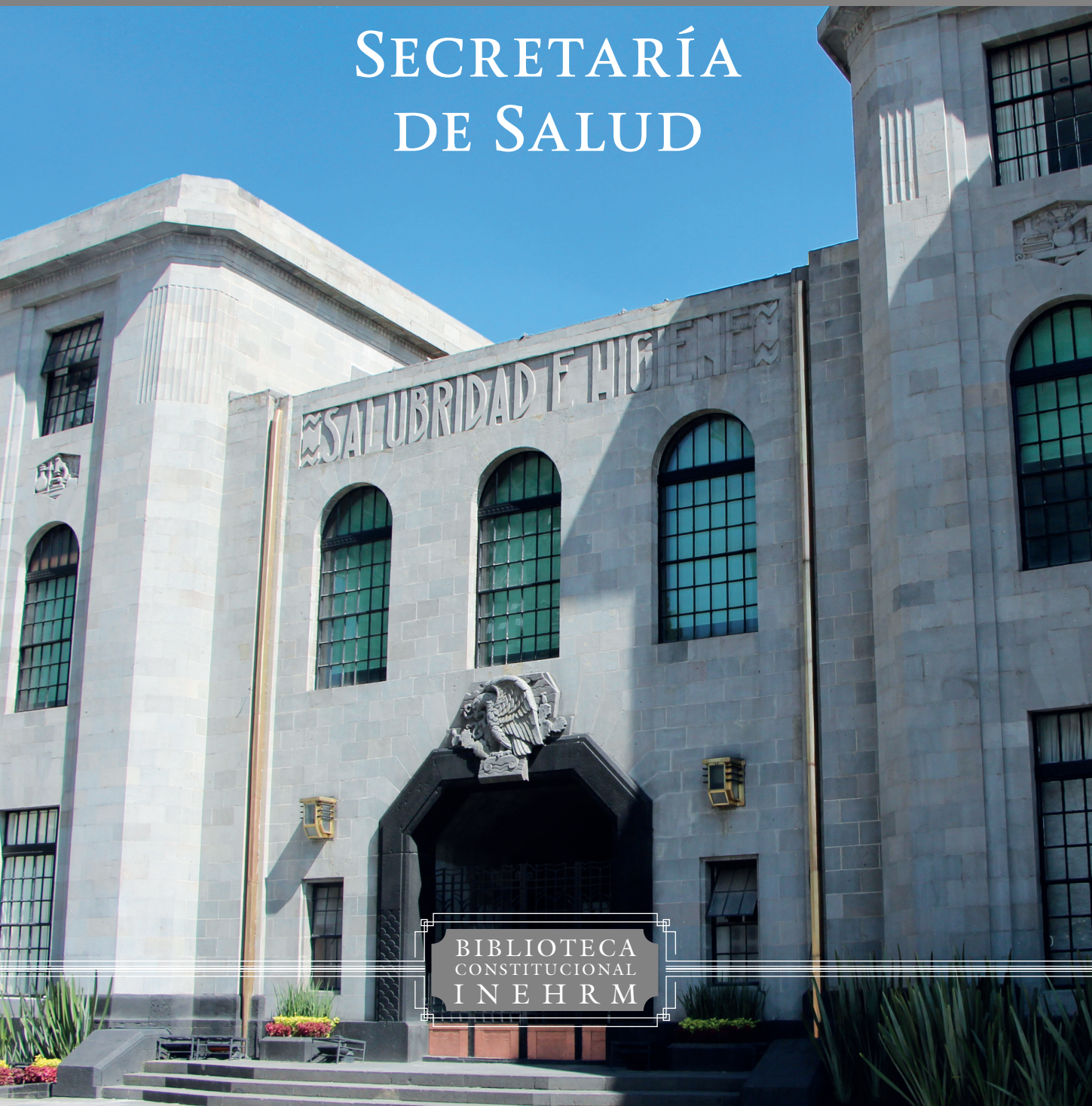
CENTENARIO



CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

• MEMORIA Y PROSPECTIVA DE LAS SECRETARÍAS DE ESTADO •

SECRETARÍA DE SALUD



BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
INEHRM

SECRETARÍA DE SALUD

ESTUDIOS CONSTITUCIONALES



COMITÉ PARA LA CONMEMORACIÓN
DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ENRIQUE PEÑA NIETO

Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

MARÍA GUADALUPE MURGUÍA GUTIÉRREZ

*Presidenta de la Cámara de Diputados
del Congreso de la Unión*

PABLO ESCUDERO MORALES

*Presidente de la Cámara de Senadores
del Congreso de la Unión*

LUIS MARÍA AGUILAR MORALES

*Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación
y del Consejo de la Judicatura Federal*

REPRESENTANTES

PODER EJECUTIVO FEDERAL

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG

Secretario de Gobernación

MARÍA CRISTINA GARCÍA CEPEDA

Secretaria de Cultura

PODER LEGISLATIVO FEDERAL

GUADALUPE ACOSTA NARANJO

Diputado Federal

ENRIQUE BURGOS GARCÍA

Senador de la República

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

JOSÉ RAMÓN COSSÍO DÍAZ

*Ministro de la Suprema Corte
de Justicia de la Nación*

ALFONSO PÉREZ DAZA

Consejero de la Judicatura Federal

PATRICIA GALEANA

Secretaria Técnica

CONSEJO ASESOR

Sonia Alcántara Magos
Héctor Fix-Zamudio
Sergio García Ramírez
Olga Hernández Espíndola
Ricardo Pozas Horcasitas

Rolando Cordera Campos
Rogelio Flores Pantoja
Javier Garcíadiego
Sergio López Ayllón
Pedro Salazar Ugarte

Héctor Fix-Fierro
José Gamas Torruco
Juan Martín Granados Torres
Aurora Loyo Brambila
Gloria Villegas Moreno

BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
I N E H R M

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
Secretario de Salud
Dr. José Ramón Narro Robles
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Dr. Pablo Kuri-Morales
Subsecretaria de Administración y Finanzas
Lic. Marcela Guillermina Velasco González
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud
Dr. Gabriel Jaime O'shea Cuevas
Comisionado Nacional contra las Adicciones
Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Lic. Julio Salvador Sánchez y Tépoz
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisión Nacional de Bioética
Dr. Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos
Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos
Director General de Comunicación Social
Lic. Enrique Carlos Eduardo Balp Díaz



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA

SECRETARÍA DE CULTURA
Secretaria de Cultura
María Cristina García Cepeda



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO

Directora General
Patricia Galeana

Consejo Técnico Consultivo

Fernando Castañeda Sabido	Salvador Rueda Smithers
Luis Jáuregui	Rubén Ruiz Guerra
Álvaro Matute	Enrique Semo
Érika Pani	Luis Barrón Córdova
Ricardo Pozas Horcasitas	Gloria Villegas Moreno

SECRETARÍA DE SALUD

LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN MEXICANA

MEMORIA Y PROSPECTIVA
DE LAS SECRETARÍAS DE ESTADO

RA451

G98

2017 Gutiérrez Domínguez, Fernando.
Secretaría de Salud : La salud en la Constitución mexicana /
Fernando Gutiérrez Domínguez, coordinador,
México: Secretaría de Cultura, INEHRM, Secretaría de Salud, 2017.
xxx páginas (Biblioteca Constitucional. Serie Memoria y Prospectiva
de las Secretarías de Estado)

ISBN: 978-607-9276-57-7, Biblioteca Constitucional (Obra completa)

ISBN Secretaría de Salud: 978-607-460-563-1

México. Secretaría de Salud - Historia. 2. México. Constitución política (1917) -
Historia. 3. Salud pública - México. I. t. II. ser.

Primera edición, Memoria y Prospectiva
de las Secretarías de Estado, 2017.

Producción:

Secretaría de Cultura
Instituto Nacional de Estudios Históricos
de las Revoluciones de México.

D.R. © 2017 de la presente edición
Secretaría de Cultura
Dirección General de Publicaciones
Paseo de la Reforma 175,
Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500,
Ciudad de México.

D.R. © 2017 Secretaría de Salud
Licja 7, Del. Cuauhtémoc,
Col. Juárez, C.P. 06600,
Ciudad de México.

Las características gráficas y tipográficas de esta edición son propiedad
del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones
de México de la Secretaría de Cultura.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total
o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos
la reprografía y el tratamiento informático, la fotocopia o la grabación,
sin la previa autorización por escrito de la Secretaría de Cultura
/Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México.

ISBN: 978-607-9276-57-7, Biblioteca Constitucional (Obra completa)

ISBN Secretaría de Salud: 978-607-460-563-1

Impreso y hecho en México

CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



CONTENIDO

PRESENTACIÓN

José Narro Robles	13
SECRETARIO DE SALUD	

UN RECUENTO HISTÓRICO DE LAS SECRETARÍAS DEL GOBIERNO MEXICANO

Patricia Galeana	19
INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO	

ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA EN EL MÉXICO INDEPENDIENTE

Leobardo C. Ruiz Pérez, Carlos Viesca T., Fernando Martínez Cortés, Guillermo Fajardo Ortiz, Carlos Castañeda, Azucena Galindo Suárez, Xóchitl Martínez Barbosa, Mariblanca Ramos R. de Viesca, Gabino Sánchez Rosales	23
--	----

EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA CONSTITUCIÓN MEXICANA DE 1917

José Ramón Cossío Díaz y David J. Sánchez Mejía	73
---	----

LA SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA Y EL COMBATE A LAS EPIDEMIAS COMO IMPERATIVO CONSTITUCIONAL

Malaquías López Cervantes, Alejandra Balandrán, Mauro Villegas, Ivonne Rodríguez	93
---	----

LA ACCIÓN EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS Pablo Kuri Morales, Liliana Reyes Sanvicente, Jan Gutiérrez Sereno, Andres Castañeda Prado, Sonia López Álvarez	115
PONDERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD FRENTE A OTROS DERECHOS José Fernando Franco González Salas.	145
LAS ADICIONES Y LA CONSTITUCIÓN MEXICANA Manuel Mondragón y Kalb	181
EL ALCOHOLISMO Y LAS SUSTANCIAS QUE ENVENENAN AL INDIVIDUO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917 Jesús Ancer Rodríguez y Juan García Moreno	219
CONCURRENCIA DE LA FEDERACIÓN Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS RESPECTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD José Meljem Moctezuma y Esther Vicente González	261
EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. SU REGULACIÓN CONSTITUCIONAL Y ALGUNOS PRECEDENTES RELEVANTES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN EN MÉXICO Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila	295
LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN LA SALUD Ricardo Antonio Bucio Mújica	315
LA SALUD A TRAVÉS DE LA CONSTITUCIÓN Fernando Gutiérrez Domínguez	353

LA SALUD AMBIENTAL EN MÉXICO	
Rocío Alatorre, Matiana Ramírez, Guadalupe de la Luz, Alberto Rosales, Silvia Victoria	381
BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	
Roberto Tapia Conyer y Lourdes Motta Murguía	411
INICIATIVA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. SU PROCESO DE FORMALIZACIÓN 1982	
Guillermo Soberón y José Cuauhtémoc Valdés	435
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
Mikel Andoni Arriola Peñalosa y Manuel Gerardo Mac Farland González	455
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN. EL CASO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	
José Reyes Baeza Terrazas	483
LA SALUD Y EL FEDERALISMO SOCIAL	
Juan Ramón de la Fuente	501
LOS DESAFÍOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	
Gabriel Jaime O'shea Cuevas	517
SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL	
Ernesto Rubio del Cueto	535

PRESENTACIÓN

La Revolución Mexicana ha sido en la historia de nuestro país uno de los acontecimientos más trascendentales de que se tenga registro. Sus principios, contenidos y alcances en materia de desarrollo político, social y económico, aún en nuestros días son plenamente vigentes. Este movimiento social, sin duda, el más importante en América Latina a inicios del siglo xx, dio paso a enormes y revolucionarias transformaciones, gracias a las cuales hoy tenemos un México grande, que enfrenta sus problemas con energía, entereza y dignidad, en beneficio de las clases más necesitadas, tal y como establece uno de sus más significativos postulados.

Bajo ese contexto, la Secretaría de Salud, a más de cien años del inicio de esta lucha que enarboló demandas de profunda base social, plasmadas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, que constituyen el sustento de las libertades y derechos humanos de los que hoy gozamos todos los mexicanos, entre ellos, el de la protección a la salud, y en respuesta a la convocatoria hecha por el titular del Ejecutivo Federal, licenciado Enrique Peña Nieto, ha integrado la presente obra, la cual representa el esfuerzo por compilar cien años de historia de nuestro máximo ordenamiento jurídico, con un enfoque en materia de salud, a través de diversos artículos en los que participaron reconocidos juristas, académicos y expertos en la materia.

Así, en este libro compuesto por diecinueve artículos, encontraremos el intitulado “Antecedentes y evolución de la salubridad pública en el México independiente”, elaborado por el doctor Leobardo Ruiz Pérez y otros colaboradores, el cual retoma los antecedentes más remotos de la actual Secretaría de Salud, llevándonos del Protomedicato al Consejo Superior de Salubridad, considerando, además, los elementos que sirvieron de base para la elaboración de nuestro primer Código Sanitario.

Autores como el doctor José Meljem Moctezuma y el Maestro Gabriel Jaime O’Shea Cuevas, también enriquecen esta obra editorial a través de su participación en los artículos “Concurrencia de la Federación y las entidades federativas respecto del derecho a la protección de la salud” y “Los desafíos del Sistema de Protección Social en Salud”, a través de los que se emblemata al sector social como elemento fundamental del cambio y ampliación de los alcances del derecho a la protección de la salud, resaltando la importancia de que las autoridades sanitarias locales se responsabilicen e intervengan activamente en la prestación de servicios de salud a la población, a través de la descentralización de dichos servicios, con el propósito de responder con mayor agilidad y oportunidad a las necesidades propias de cada región.

Por su parte, el Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez en su aportación intitulada “La salud y el federalismo social”, nos hace una excelente descripción y narrativa de una de las más ambiciosas acciones en materia de salud en los últimos tiempos, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, entre cuyos objetivos se encontraban: ampliar la cobertura de los servicios de salud; impulsar la coordinación sectorial para mejorar la calidad y la eficiencia y la descentralización de los servicios de salud en el marco de un nuevo federalismo que pudiera redistribuir atribuciones, recursos y responsabilidades, y fortalecer los sistemas locales de salud. Además, recuerda cómo él rescató la figura jurídica del Gabinete de Salud, fundamental para el desarrollo de programas como Progresá, y para la aplicación de la Ley del Seguro Social de 1995.

Queda plasmada la participación del doctor Pablo A. Kuri Morales y otros colaboradores, en el artículo intitulado “La acción extraordinaria en materia de salubridad general desde la perspectiva de

derechos humanos”, en el cual se pueden apreciar los antecedentes de la regulación sanitaria en nuestro país y la forma en cómo podemos encontrar materializado el ejercicio de dicha acción, la cual procede ante situaciones de emergencia que pongan en peligro inminente a la población, con el propósito de prevenir y combatir los daños a la salud y al ambiente.

Apuntala la evolución de la concepción jurídica del derecho humano a la protección de la salud el licenciado Fernando Gutiérrez Domínguez, quien con su artículo “La salud a través de la Constitución”, integra los antecedentes histórico-constitucionales de este derecho humano, desde 1812 hasta nuestros días. Explica la importancia de los conceptos de salubridad, higiene y salud que se incrustaron en nuestro texto constitucional y resalta lo trascendental de estas disposiciones en materia de salud pública y salud de la persona. Asimismo, destaca la importancia de que el libre desarrollo de la personalidad no se encuentre por encima de la salud de la colectividad, que es de mayor entidad en el orden jurídico.

Por su parte, la ministra en retiro Olga Sánchez Cordero, así como los ministros José Fernando Franco González Salas y José Ramón Cossío Díaz, han contribuido con los capítulos “El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México”, “Ponderación del derecho humano a la protección de la salud frente a otros derechos”, y “El Consejo de Salubridad General en la Constitución Mexicana de 1917”, en los cuales se desarrolla la defensa que el Poder Judicial, como órgano garante de los derechos humanos fundamentales consagrados en nuestra Constitución Política, ha venido dando respecto del derecho a la protección de la salud. Además, se establecen los antecedentes y se desarrolla la importancia y las perspectivas del Consejo de Salubridad General como órgano constitucional facultado para emitir disposiciones obligatorias en todo el país, sin la intervención de ninguna autoridad.

Asimismo, a través del artículo “La salubridad general de la República y el combate a las epidemias, como imperativo constitucional”, el doctor Malaquías López Cervantes y otros autores, desarrollan los antecedentes y la evolución histórico-normativa de las principales

enfermedades y epidemias que aquejaron a la población mexicana durante los siglos XIX, XX y la primera década del siglo XXI, y cómo es que los esfuerzos de las autoridades sanitarias, médicos y salubristas de la época por mitigarlas, se tradujeron en el imperativo constitucional en materia de salubridad general y el derecho a la protección de la salud en lo individual.

En los capítulos “Las adicciones y la Constitución mexicana” y “El alcoholismo y las sustancias que envenenan al individuo, desde la perspectiva de la Constitución de 1917”, los doctores Manuel Mondragón y Kalb y Jesús Ancer Rodríguez describen los principales factores que afectan la salud del individuo, destacando los antecedentes de las primeras adicciones en México y su regulación en nuestro máximo ordenamiento jurídico, se desarrollan las causas que dieron origen al alcoholismo y se enumeran las sustancias nocivas que ponen en grave riesgo la salud del individuo.

Abunda el contenido de nuestra obra con la participación del maestro Ricardo Antonio Bucio Mújica, quien, a través de su artículo “La determinación del interés superior de la niñez en la salud”, destaca la importancia de la protección de la salud de los menores, colocándolos como sujetos de derechos plenamente reconocidos en la legislación nacional e internacional, independientes del núcleo familiar, posicionándolos como parte medular en la formulación de políticas públicas en materia de salud, a fin de garantizar el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia y el pleno ejercicio de su derecho a la protección de la salud, de tal forma que su autonomía y voluntad no sea restringida o coaccionada.

El artículo “La salud ambiental en México”, elaborado por la bióloga Rocío del Carmen Alatorre Eden-Wynter y otros colaboradores, desarrolla los antecedentes históricos de la salud ambiental en nuestro país, destacándose la importancia del estudio de los factores físicos, químicos y biológicos externos que influyen en la salud de una persona, con el propósito de prevenir enfermedades y, en su caso, crear ambientes propicios para la salud de los individuos.

La aportación del doctor Roberto Tapia Conyer y su coautora se aprecia en el artículo “Bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud”, en el cual se desarrollan los antecedentes históricos del

derecho a la protección de la salud, a través de mecanismos constitucionales, legales e institucionales, en pro del individuo, con el propósito de garantizar el acceso efectivo y universal de toda la población a este tipo de servicios.

Asimismo, la experiencia práctica del doctor Guillermo Soberón Acevedo, viene a enriquecer esta obra, a través del artículo “Iniciativa constitucional del derecho a la protección de la salud. Su proceso de formalización 1982”, desarrolla los ejes fundamentales que sirvieron de base para la integración del Sistema Nacional de Salud como actualmente lo conocemos. Su participación invaluable nos lleva a conocer los orígenes del derecho a la protección de la salud, su génesis constitucional y el ordenamiento legal que lo instrumentó, la Ley General de Salud, documentos ambos, de los que él fue el creador. Sus conocimientos en la materia y su incansable labor en pro de la salud de los mexicanos, hacen de esta obra el tributo perfecto a la conmemoración de los cien años de vigencia de nuestra Constitución.

Son también de mencionarse los artículos del maestro Mikel Andoni Arriola Peñalosa y otro autor, así como del licenciado José Reyes Baeza Terrazas, en los cuales se destaca la importancia de la consagración de los derechos humanos a la protección de la salud y a la seguridad social en la Constitución y en la ley de la materia, así como la gran influencia de estos derechos en la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, respectivamente.

Finalmente, encontraremos la aportación del licenciado Ernesto Rubio del Cueto quien, con su perspectiva desde el sector empresarial, nos amplía la visión respecto a la percepción del derecho a la protección de la salud en el sector privado y la corresponsabilidad que existe entre dicho sector con los gobiernos federales, locales y municipales para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud que recibe la población mexicana.

Todo este vasto conocimiento sobre el apasionante tema de la salud, enmarcado en la conmemoración del centenario de nuestra Constitución, hace de este trabajo un modesto, pero muy significativo tributo, a los postulados sociales básicos de la Revolución Mexicana recogidos en ella, mismos que a la fecha nos rigen, orientan y estimulan a se-

guir luchando por ellos y mantener a México, desde la trinchera que nos toque, en este caso la de la salud, como una nación grande, libre, soberana y justa, una nación de oportunidades, principios, valores y anhelos, una nación donde lo más importante sea su gente y, desde luego, su bienestar.

Por ello, para mí constituye un gran honor presentarles esta obra.

JOSÉ NARRO ROBLES
Secretario de Salud



UN RECUENTO HISTÓRICO DE LAS SECRETARÍAS DEL GOBIERNO MEXICANO

La división de poderes es una característica esencial de las democracias modernas. Desde el siglo xvii en Inglaterra, John Locke señaló la necesidad de marcar la división entre el poder del rey y el del Parlamento. En Francia, en el siglo xviii, Montesquieu planteó la división tripartita de los poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, en oposición al absolutismo. Con base en estas ideas, se organizaron las funciones del Estado y el ejercicio del poder público.

Para evitar la concentración de la fuerza del Estado en una sola persona se establecieron controles al poder y un sistema de pesos y contrapesos. En la Constitución estadounidense y en las francesas, así como en las mexicanas, desde el Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana hasta la Constitución que nos rige, se estableció la división de poderes.

Al Poder Ejecutivo, como responsable de aplicar las leyes, le corresponde instrumentar las políticas públicas necesarias para conducir al gobierno, labor que lleva a cabo a través de las secretarías de Estado para el despacho de los asuntos, de acuerdo con su materia.

En plena revolución insurgente, al establecer el primer gobierno independiente en Guadalajara, Miguel Hidalgo creó dos secretarías: la del Despacho, y la de Gracia y Justicia. La Constitución de 1814 estableció tres secretarías: la de Gobierno, la de Hacienda y la de Guerra.

Consumada la Independencia, el reglamento provincial del Imperio de Iturbide estableció cuatro ministerios: el del Interior y de Relaciones Exteriores; el de Justicia y de Negocios Eclesiásticos; el de Hacienda, y el de Guerra y Marina, además de un Secretario de Estampilla.

La Constitución de 1824, reformada en 1847, estableció la República federal y continuó con las secretarías existentes hasta ese momento: Interior y de Relaciones Exteriores; Justicia y de Negocios Eclesiásticos; Hacienda, y Guerra y Marina.

La Constitución centralista de las Siete Leyes de 1836 conservó cuatro ministerios para el despacho de los asuntos del gobierno. Las Bases Orgánicas de 1843 continuaron con cuatro ministerios, pero cambiaron su denominación: Relaciones Exteriores, Gobernación y Policía; Justicia, Negocios Eclesiásticos, Instrucción Pública e Industria; Hacienda, y Guerra y Marina.

Durante la dictadura santanista, la influencia de Teodosio Lares fue determinante para impulsar un cuerpo legislativo que diseñara la administración pública y se creó la Secretaría de Fomento.

De esta manera, Santa Anna tuvo cinco secretarías: Relaciones Exteriores; Relaciones Interiores, Justicia, Negocios Eclesiásticos e Instrucción Pública; Guerra y Marina; Hacienda, y Fomento, Colonización, Industria y Comercio.

La Revolución de Ayutla acabó con la era santanista. Para 1856, el Estatuto Orgánico Provisional de la República Mexicana, de Ignacio Comonfort, contó con cinco secretarías: Relaciones Exteriores; Gobernación y Justicia; Fomento; Guerra, y Hacienda.

La Constitución de 1857 dio el triunfo definitivo al sistema federal. Durante el mandato presidencial de Benito Juárez, la distribución de los ramos de la administración pública osciló en número de secretarías, debido a la Guerra Civil de Reforma, la Intervención Francesa y el Segundo Imperio. Primero se establecieron seis secretarías de Estado: Relaciones Exteriores; Gobernación; Fomento; Hacienda y Crédito Público; Guerra y Marina, y Justicia e Instrucción Pública. Posteriormente, se decretó la reducción a sólo cuatro: Relaciones Exteriores y Gobernación; Justicia, Fomento e Instrucción Pública; Hacienda y Crédito Público, y Guerra y Marina. En julio de 1867, el Presidente Juárez restableció la Secretaría de Fomento y en noviembre del mismo año, la

Secretaría de Gobernación. El gobierno de Sebastián Lerdo de Tejada continuó con las seis secretarías del gobierno juarista.

Porfirio Díaz creó, en 1891, la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, llegando a siete secretarías de Estado.¹ Posteriormente, el 19 de mayo de 1905 y gracias a Justo Sierra, se creó la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes separando el ramo de Educación del de Justicia, ocupando el lugar número cuatro para efectos constitucionales y legales.

Al triunfo de la Revolución, la organización del gobierno de Francisco I. Madero mantuvo ocho secretarías.

En 1913, Venustiano Carranza emitió un decreto por medio del cual organizó la administración pública en las mismas ocho secretarías² adscritas a la Primera Jefatura del Ejército Constitucionalista.

El Congreso Constituyente de 1916-1917 aprobó por unanimidad de 137 votos el artículo 90 constitucional que establecía que “para el despacho de los negocios del orden administrativo de la Federación, habrá un número de secretarios que establezca el Congreso por una ley, la que distribuirá los negocios que han de estar a cargo de cada Secretaría”.

Una vez promulgada la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 5 de febrero de 1917 se expidió en abril de ese año la primera Ley de Secretarías de Estado. Fue transitoria y sólo buscó adecuar la administración pública a la situación del país.

El incremento de las actividades políticas, económicas y sociales durante los 100 años de vigencia de la Constitución que nos rige, ha determinado el número y competencia del despacho de los asuntos que competen al jefe del Poder Ejecutivo. Actualmente, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, reglamentaria del artículo 90 constitucional, prevé 18 secretarías de Estado.³

¹ Relaciones Exteriores; Gobernación; Justicia e Instrucción Pública; Fomento; Comunicaciones y Obras Públicas; Hacienda, Crédito Público y Comercio, y Guerra y Marina.

² Relaciones Exteriores; Gobernación; Justicia; Instrucción Pública y Bellas Artes; Fomento; Comunicaciones y Obras Públicas; Hacienda, Crédito Público y Comercio, y Guerra y Marina.

³ Gobernación; Relaciones Exteriores; Defensa Nacional; Marina; Hacienda y Crédito Público; Desarrollo Social; Medio Ambiente y Recursos Naturales; Energía; Economía; Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; Comunicaciones y

En el marco de las actividades para conmemorar el Centenario de la Constitución que nos rige, el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México (INEHRM) presenta la serie Memoria y Prospectiva de las secretarías de Estado, de la colección Biblioteca Constitucional. En ella, cada Secretaría elabora la historia de su área dentro de la administración pública federal y su evolución.

En el tema de la Salud, el constituyente de 1917 dio gran importancia a los conceptos de salubridad, higiene y salud. La problemática sanitaria del país fue motivo de gran debate en la Asamblea Constituyente de Querétaro, estableciéndose desde entonces los cimientos del sistema jurídico mexicano de la salud.

Se incluyó en el artículo 73, fracción XVI constitucional, la facultad del Congreso para dictar leyes de salubridad general en la República y dispuso que estuviera a cargo de un Departamento General, dependiente del Poder Ejecutivo, cuyas disposiciones serían obligatorias para todo el país.

El INEHRM se congratula en coeditar la obra de la Secretaría de Salud, impulsada por su titular, el Dr. José Narro Robles. Esta investigación nos permite conocer la evolución del Sector Salud, esencial para todos los mexicanos.

PATRICIA GALEANA

*Instituto Nacional de Estudios Históricos
de las Revoluciones de México*



ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA SALUBRIDAD PÚBLICA EN EL MÉXICO INDEPENDIENTE

Leobardo C. Ruiz Pérez
Carlos Viesca T.
Fernando Martínez Cortés
Guillermo Fajardo Ortiz
Carlos Castañeda
Azucena Galindo Suárez
Xóchitl Martínez Barbosa
Mariblanca Ramos R. de Viesca
Gabino Sánchez Rosales

Durante el inicio del siglo XIX México estaba en composición para convertirse en una República federal por lo que su participación en la creación de políticas de salud fue mínima, “anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos, y fue con la Independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco periodo de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados”¹ y la aparición de epidemias que atacaron a la población como consecuencia de la Guerra de Independencia y la entrada de estas por los puertos marítimos.

¹ Manuel Ildelfonso Ruiz Medina, *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011, p. 106.

INSTITUCIONES DE SANIDAD Y REGULACIÓN

El Ayuntamiento y las Juntas de Sanidad

En el recuento histórico que nos ocupa, presentamos en breves líneas un panorama que permitirá al lector reconocer los ejes institucionales más destacados del acontecer relacionado con el tema de la salubridad y la asistencia en México, principalmente a lo largo del siglo XIX, sin dejar de señalar de paso los antecedentes que nos remontan al pasado virreinal, donde el Ayuntamiento tuvo un papel relevante.

La corporación municipal fue la primera instancia encargada de las cuestiones de índole sanitaria ya que a pocos años de la consumación de la conquista española, empezó a realizar tareas de vigilancia de la práctica médica y de la salubridad en la Ciudad de México y lugares cercanos.

Igualmente se ocupó de las disposiciones en tiempos de epidemias, así como de cuidar que las boticas expendieran los medicamentos con la calidad y el precio adecuados.

En los comienzos del siglo XIX, las disposiciones normativas que retomaron las disposiciones liberales de Cádiz, determinaron que los ayuntamientos debían de ocuparse de la salubridad. Organizados en comisiones, los miembros de los ayuntamientos tuvieron la encomienda de vigilar el aseo de la vía pública, de mercados, plazas, asilos, casas de caridad, hospitales y cárceles. Igualmente, debían responder a las necesidades ante las epidemias, así como coordinar o servir de enlace entre la autoridad y las Juntas de Sanidad. Este papel continuaría en tanto no se contara con las instituciones adecuadas para la administración de la sanidad pública.

El Ayuntamiento, en su condición de órgano del gobierno municipal, intervino en la organización de las Juntas de Sanidad, agrupaciones temporales formadas desde el último siglo del Virreinato inicialmente para contrarrestar los efectos devastadores de un brote epidémico; de impedir su propagación y de recomendar o aplicar los remedios y las medidas convenientes. Funcionaron a lo largo del primer siglo del México Independiente con características propias de cada región o localidad donde se instalaban.

Las Juntas de Sanidad reflejaban la composición de la sociedad; formaron parte de ellas los vecinos; había regidores, representantes del arzobispo en tanto autoridad religiosa; participaban también el jefe político y Diputado provincial. Por supuesto que no faltaban los facultativos, médicos, cirujanos y boticarios.

Se les conoció como Juntas Provinciales de Sanidad a partir de las disposiciones liberales de las Cortes de Cádiz; en comisiones daban seguimiento a las acciones emprendidas, como la dotación de alimentos y medicamentos, la organización de hospitales provisionales, la asistencia médica a los epidemiados, etcétera. Sin embargo, su marco de acción se fue expandiendo ante las enormes carencias observadas entre la población de ciudades, pueblos y rancherías, llegando a establecerse a lo largo y ancho del país, de tal modo que también ejercieron acciones de carácter preventivo relacionadas con la higiene pública, como el barrido y limpieza de las calles; cabe destacar que fueron relevantes en la propagación de la vacuna antivariolosa.

El Tribunal del Protomedicato

El Real Tribunal del Protomedicato, figura entre las instituciones más emblemáticas del periodo virreinal. Esta corporación de origen español actuó en beneficio de la salud pública, entendida ésta en el más amplio sentido de la palabra; comprendía la supervisión de una educación apropiada, la aplicación del examen y autorización para la práctica médica, además de la vigilancia de la práctica sanadora de médicos, cirujanos, parteras, barberos y flebotomianos, vedándola de quienes no demostraran capacidad y conocimientos; también se ocupó de la revisión de boticas, de la preparación y venta de medicinas, observando que no fueran adulteradas y que se vendieran a precio justo, así como cuidar el contenido de las publicaciones médicas y la aplicación de las leyes de la práctica profesional.² En fin, limitar los abusos cometidos por personas que de uno u otro modo estaban relacionadas con la atención de la salud, fue una de las razones que dio origen a dicha institución.

² John Tate Lanning, *El Real Tribunal del Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México, UNAM, 1997.

En la Nueva España, desde el siglo XVI, arribaron a las nuevas tierras los primeros protomédicos encargados de sancionar la práctica médica antes de que se estableciera el Tribunal propiamente dicho, el cual inició sus actividades a partir de la real cédula de 1646. Desde entonces se aplicarían las mismas disposiciones metropolitanas y se determinó que debía estar encabezado por tres médicos: el Presidente sería el catedrático de *Prima*, el segundo protomédico el decano de la Facultad de Medicina de la Real y Pontificia Universidad y el tercero era nombrado por el virrey, con preferencia de aquéllos que estuvieran incorporados a la Universidad.

Durante sus primeros cien años de vida, el Protomedicato respondió a las demandas de la sociedad novohispana, sin embargo, empezó su decadencia en el siglo XVIII, época en la que no se pudo ajustar a los cambios de la medicina y cirugía de la época.³ A los pocos años de consumada nuestra Independencia nacional y en el contexto de las primeras disposiciones liberales, el Protomedicato fue clausurado por la Ley del 21 de noviembre del año de 1831; para entonces se había convertido en una institución conservadora, opuesta a la introducción de ideas y conocimientos novedosos en la medicina. Como organismo heredado del Virreinato, a partir de 1821, ya no tenía cabida en el naciente país; recordemos que lo mismo sucedería con la Universidad, suprimida en 1833.

La Facultad Médica del D.F., 1830-1841

Al suprimirse el viejo Tribunal del Protomedicato, se constituyó la Facultad Médica del Distrito Federal con la Ley promulgada el 21 de noviembre, organismo que continuaría atendiendo las funciones que en su tiempo le correspondió ejercer al Protomedicato. Esta facultad es el antecedente inmediato del Consejo Superior de Salubridad.

Aun cuando la Facultad Médica actuó por corto tiempo, fue un claro reflejo del momento histórico por el que atravesaba el naciente país y la ciencia médica. En atención a la tendencia de la época, estaría

³ Pedro Ramos, “Una visión comparativa entre el Protomedicato en España y en la Nueva España”, en Enrique Cárdenas de la Peña (coord.), *Temas médicos de la Nueva España*, s.p.i., 1992, pp. 103-136.

integrada por ocho médicos cirujanos y cuatro farmacéuticos, todos ellos debían ser mayores de 30 años y contar con experiencia de seis años de trabajo a partir de la fecha de su examen profesional; se determinó que se renovara cada tres años. Entre sus primeros integrantes destacan los profesores Manuel Carpio, Francisco Montes de Oca, José María Vargas y Joaquín Villa.

La Facultad Médica se hizo cargo de examinar a médicos, cirujanos, farmacéuticos, parteras y flebotomianos para extenderles el certificado correspondiente. Asimismo, examinaba a todo aquel extranjero que en nuestro país quisiera ejercer cualquier profesión relacionada con la salud. Una vez creado el Establecimiento de Ciencias Médicas (1833), muchos de los miembros de la Facultad Médica pasaron a incorporarse a la nueva institución de enseñanza laica de la medicina y la cirugía, y sus funciones fueron absorbidas por esta última. Cuando México se transformó en una República Central, el 13 de julio de 1840 se conocerá como Facultad Médica del Departamento de México, formada por tres miembros: el decano del claustro de medicina de la Nacional Universidad, Jesús Febles; el último Presidente de la Facultad Médica del Distrito y territorios, el doctor Joaquín Villa y el director del Colegio de Medicina, el doctor Casimiro Liceaga.⁴ Dejó de funcionar en enero de 1841 al crearse el Consejo Superior de Salubridad.

La Dirección General de Beneficencia Pública, 1861

De acuerdo con lo señalado en párrafos anteriores, durante la primera mitad del siglo XIX, los ayuntamientos se hicieron cargo de administrar la salubridad de ciudades y pueblos; asimismo sucedió con la beneficencia, la cual fue considerada por la misma época como un ramo de la administración pública municipal. Sin ningún plan de organización, transitoriamente los órganos municipales se ocuparon de los hospitales y casas de beneficencia que dejaron de ser administrados por el clero.

Las condiciones cambiaron a partir de la segunda mitad del siglo con la creación de la Dirección General de Beneficencia Pública (DGBP)

⁴ Sonia Flores y José Sanfilippo, “Anastasio Bustamante y las instituciones de salubridad en el siglo XIX”, en *Archivalia Médica*, Nueva Época, núm. 2, 1990, UNAM-Facultad de Medicina, 2009.

el 2 de marzo de 1861, suceso ligado más bien a la asistencia médica y social que a la salubridad. Fue la culminación de un proceso de búsqueda de los distintos gobiernos por generar instituciones propias, que en el contexto del triunfo del liberalismo y de la promulgación de las Leyes de Reforma en 1856 expresó la transformación de las relaciones entre la Iglesia y el Estado.

El Decreto de Benito Juárez, por el que se secularizan los establecimientos de beneficencia, especificaba que estos comprendían a hospitales, hospicios, casas de dementes, orfanatorios, casas de maternidad y escuelas, bajo el rasgo de instituciones de “caridad pública” o de beneficencia. A partir de entonces el Estado laico asumiría la responsabilidad de administrar y organizar a dichos establecimientos asistenciales, educativos y de salud, concentrando esa función en un organismo dependiente de la entonces Secretaría de Gobernación.

La Intervención Francesa impidió que se diera seguimiento a la DGBP; al comienzo del gobierno de Porfirio Díaz se retomaría la iniciativa para dar inicio al proceso de consolidación de la administración de la Beneficencia Pública que tendrá lugar a finales del Porfiriato.

*Del Consejo Superior de Salubridad del Departamento
de México y nuestro primer Código Sanitario*

La reflexión histórica que aquí presentamos es sobre la creación del Consejo Superior de Salubridad, antecedente directo de la actual Secretaría de Salud, y en especial de una de sus tareas: la redacción de nuestro primer Código Sanitario.

Cuando el México Independiente tenía apenas diez años de existencia, el documento constitutivo de la Facultad Médica del Distrito Federal en 1831 —de la que ya se hizo mención— recomendaba, entre otras cosas, la redacción del Código de Leyes Sanitarias.

Pasando una década, cuando México dejó de ser una República federal para convertirse en un país Central, la Junta Departamental del Departamento de México (antes Distrito Federal) creó el 4 de enero de 1841 el Consejo de Salubridad del Departamento de México, cuyo Presidente nato sería el gobernador de dicho Departamento. El organismo

estaría constituido por miembros titulares, adjuntos y honorarios; los primeros eran cinco: tres médicos, un químico y un farmacéutico.⁵

Así, a veinte años de consumada la Independencia nacional, se forma en nuestro país un organismo que coadyuvaría a cambiar la organización de la práctica médica y sanitaria. Prácticamente tendría las mismas atribuciones que su antecesora, la Facultad Médica; sin embargo se le encomienda la publicación de una farmacopea y la creación de un Código Sanitario. Además, debía ocuparse de visitar los establecimientos de beneficencia que, por entonces, estaban bajo la administración del Ayuntamiento, así como vigilar y controlar la prostitución desde el punto de vista sanitario.⁶

En lo que concierne al Código Sanitario, en el reglamento publicado en 1879 del entonces llamado Consejo Superior de Salubridad se repetiría la orden o petición de “formular el proyecto de un Código Sanitario”. Fue hasta entonces cuando los señores consejeros se pusieron a trabajar, asesorados por abogados nombrados por el Gobierno, pero no sería sino hasta el 15 de julio de 1891 cuando fue promulgado por el Presidente Porfirio Díaz.

La participación que tuvo el médico Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo, en la elaboración del primer Código Sanitario, fue sin duda destacada. De este personaje se está en espera del estudio de un historiador que posea las características a las que se refiere James M. Mackintosh, en el prólogo del libro de Henry Sigerist titulado *On the Sociology of Medicine*. En él señala que la tarea del historiador es complicada por los conflictos de opinión, la falta de testimonios fidedignos y las tendencias de la propia opinión; que el valor de su trabajo depende de su filosofía “y de esa especie de destilado de experiencia que denominamos sabiduría”.⁷ Por nuestra parte, solamente hablaremos del humanismo de Liceaga; para ello transcribimos lo que dijo el 30 de junio de 1889 en su calidad de Presidente del Consejo Superior

⁵ Fernando Martínez Cortés, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, Secretaría de Salud/Bristol Myers, 1993, pp. 11 y ss.

⁶ Flores, *op. cit.*

⁷ McKintosh, en Henry E. Sigerist, *On the Sociology of Medicine*, Nueva York, MD Publications, Inc., 1960.

de Salubridad en su presentación, ante el Secretario de Gobernación, del *Proyecto de Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*:

Como la especie humana está constituida por hombres de carne y hueso, hay que saber qué es el hombre. En primer lugar, es “nuestro hermano” por lo que su vida no se puede valorar pues no tiene precio. Pero además de ser nuestro hermano, el hombre mexicano es un conciudadano; bajo el punto de vista de la Patria es una parte de ella misma; “cada mexicano, como cada palmo de terreno, forma parte integrante del territorio nacional”.

Además de que debemos considerar a cada mexicano como nuestro hermano y como una parte de la Patria, debemos considerarlo también, desde el punto de vista económico, como un valor para el Estado. Las consideraciones económicas respaldan una serie de datos tomados de otras naciones respecto a lo que cuesta en dinero un hombre enfermo, tanto por lo que deja de producir a causa de su enfermedad como por los gastos que implica su curación. Pero lo peor sucede cuando la curación falla y sobreviene la muerte, pues con ella se pierde un valor económico.⁸

En dicha presentación, Eduardo Liceaga asegura que el usufructuario de la salubridad es “el hombre”, quien debe ser considerado también desde el punto de vista económico, por el costo que para el Estado porfiriano representaba un hombre enfermo. Viéndolo bien, el humanismo de Liceaga se limita a considerar hermano al usufructuario de la salubridad; faltaría saber qué era un hermano para el Presidente del Consejo Superior de Salubridad.

En el acto al que nos venimos refiriendo, la materia de la que trata el Código Sanitario es la higiene, cuyo objetivo fue “conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana”. Para lograrlo, el referido Código, ordenaba las siguientes acciones:

- Proporcionar al hombre la respiración de un aire puro, dárselo con la libertad con la que la naturaleza nos prodiga.
- Alumbrar sus habitaciones con la abundancia con que permite hacerlo nuestro cielo.
- Darle agua pura, alimentos sanos.

⁸ Citado en Martínez, *op. cit.*, pp. 189-191.

- Construirle buenas habitaciones sobre un suelo seco y bien canalizado.
- Alejar sus desechos y los de los animales que le sirven para sus necesidades.
- Evitar los inconvenientes que resultan de la aglomeración de los seres vivos.
- Evitar que las fábricas e industrias que dan trabajo a unos y comodidad a otros, se conviertan en ocasiones de peligro, de insalubridad o de molestia.
- Aislar a los hombres o los animales que han adquirido una enfermedad transmisible para que no la comuniquen a los demás.
- Proporcionar a los enfermos medicinas puras, hacerlos cuidar por personas que tengan la aptitud necesaria y la inmunidad suficiente.
- Cuidar de la educación física de los niños, de que no comiencen antes de terminar su desarrollo los trabajos que lo dificultan; procurar que las escuelas tengan las condiciones indispensables de salubridad y de que el cultivo del espíritu se haga sin sacrificio de la salud del cuerpo.⁹

La pregunta que queda en el aire, que merece una razonada respuesta y más espacio para responderla, es la siguiente: ¿por qué las sucesivas instituciones, desde la Facultad Médica hasta el Consejo Superior de Salubridad, tardaron tantos años en redactar un Código Sanitario?

LOS INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN

Medicina mexicana de excelencia en el epílogo del Porfiriato

Al final del siglo XIX la salud pública del país enfrentó grandes retos. En especial, las enfermedades infectocontagiosas hacían estragos en la población y las cifras de mortalidad fueron pavorosas, sin embargo, la

⁹ *Código Sanitario de 1891*, citado en Fernando Martínez Cortés y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad. Rector de la Salud Pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline–Beecham, 1997, p. 26.

política de salud pública emprendida por el régimen de Porfirio Díaz, que se expresó en la articulación de medidas y acciones institucionales, permitió ofrecer algunas salidas al problema de las enfermedades, que como el tifo, primera causa de muerte en la época, diezaban a la población.

Entre 1884 y 1910 la salubridad del país cambió sobremanera, ya que Eduardo Liceaga, quien estuvo al frente del Consejo Superior de Salubridad durante dicho periodo, promovió en todos niveles la higiene e inició una era de combate contra las enfermedades. Por ejemplo, en todas las capitales de los estados se introdujo agua potable y se hicieron estudios químicos para revisar su composición para el consumo humano. La problemática relacionada con la calidad de los alimentos comenzó a ser resuelta por el Laboratorio de Alimentos del Consejo Superior de Salubridad. Por su parte, las Juntas Superiores de Salubridad encargadas de velar por la salud pública y enfrentar las enfermedades en los estados, fueron constituidas en toda la República a partir de la promulgación del Código Sanitario de 1891; instrumento de carácter federal que sirvió para enfrentar las epidemias, como aconteció con el control sanitario que terminó con la peste en el puerto de Mazatlán en 1903. En lo que atañe a la beneficencia pública, la atención a los enfermos pobres, e incluso “enfermos distinguidos” cobró brío con la inauguración en 1905 del Hospital General de la Ciudad de México. Como culminación de ese ciclo, en 1910 se inauguró el Manicomio de la Castañeda, con el fin de ofrecer soluciones curativas a los enfermos mentales.

Medicina de excelencia: la investigación científico-médica en el Porfiriato

Sin embargo, al efectuar un balance de la medicina del periodo, un tema que ha quedado en el olvido es el relativo a que durante el Porfiriato la política de salud pública consolidó una práctica y un saber médico de excelencia plasmado en el trabajo de investigación científico-médico profesional, realizados por los Institutos de Salud del periodo.

El inicio de ese periodo tan significativo para la medicina mexicana fue el año de 1888, cuando en el Consejo Superior de Salubridad, Eduardo Liceaga fundó un Instituto Antirrábico para elaborar vacunas

contra la rabia.¹⁰ El trabajo terapéutico fue el resultado de la estancia de Liceaga en París donde al lado de Louis Pasteur aprendió la técnica de laboratorio para reproducir el virus de la rabia y su atenuación, que le permitieron practicar en México “la primera inoculación en el hombre”.¹¹ Por su parte, Miguel Otero en 1889, en San Luis Potosí, usando la información científica que consignaba los procedimientos pasteurianos logró la hazaña de fabricar las referidas vacunas contra la rabia que puso a disposición de los vecinos de San Luis.¹² Los años de 1888 y 1889 son fechas inolvidables, pues marcan el inicio de la fabricación de las vacunas nacionales, pero también marcan el periodo de fundación de los Institutos de Investigación del Porfiriato.

En diciembre de 1888 se fundó el Instituto Médico Nacional, cuyo fin fue hacer el estudio “de la climatología y geografía médicas, así como el de las plantas y animales medicinales de país y sus aplicaciones”.¹³ Para lograr su cometido, el Instituto Médico Nacional se dividió en secciones científicas bajo la dirección de Fernando Altamirano. Señalemos brevemente que la 2a. sección de química analítica aisló poco más de 650 drogas extraídas de las plantas medicinales que, resguardadas en el Museo de las Drogas, sirvieron para sentar las bases de la industria farmacéutica. Por su parte, la 3a. sección de Fisiología Experimental se destacó por introducir y consolidar el pensamiento fisiológico de Claude Bernard. Además de ser el sitio donde Daniel Vergara Lope realizó sus trabajos experimentales pioneros a nivel mundial sobre la fisiología de las alturas. En 1908, cuando el IMN estuvo a cargo de la Secretaría de Instrucción Pública hubo cambios que trajeron orientaciones de vanguardia en la forma de experimentar con las drogas de laboratorio. Ya que se formó una “Sección de Farmacología Experi-

¹⁰ Eduardo Liceaga, “Las inoculaciones preventivas de la rabia en el Instituto del Consejo Superior de México”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XI, núm. 23, 1892, p. 447.

¹¹ Ese hecho ocurrió en México el 18 de abril de 1888, para mayores detalles véase Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación (manuscrito de 1920), 1949, p. 89.

¹² Miguel Otero, *Tratamiento científico de la rabia ya declarada*, San Luis Potosí, tipografía de M. Esquivel y Compañía, 1890, p. 1.

¹³ “Decreto de creación del Instituto Médico Nacional. Un decreto importante sobre la creación del Instituto Médico Nacional”, en *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, t. 24, núm. 1, 1889, p. 10.

mental”¹⁴ que realizó estudios sobre los mecanismos fármaco-dinámicos de las drogas. Por su parte, Eduardo Armendáriz analizó los mecanismos de “absorción y eliminación” de ciertas drogas contra el paludismo como fue la *psoralea*, la cual: “No se absorbe por la piel intacta, sí por las mucosas y serosas y tejido conjuntivo, pero en todo caso la absorción es lenta, variando el tiempo en que se verifica por la vía que se introduce... la eliminación se hace por la piel, por el pulmón y los riñones, pero estos deben de eliminar cantidades pequeñísimas, porque cuando se da el alcaloide a pequeñas dosis, no se encuentra en la orina. Lo mismo que la absorción la eliminación es lenta”.¹⁵ Por su parte, la 4a. Sección de Terapéutica clínica en el Consultorio Público del IMN y luego con el auxilio de los hospitales del Divino Salvador, San Hipólito, San Andrés, Juárez, Concepción Béistegui y Asilo Español, ofreció un servicio médico usando las drogas para ensayarlas y experimentarlas entre la población que acudió a estas instituciones y que se “benefició” de las investigaciones científico-médicas, tal y como ocurrió en el Hospital de la Canoa donde se ensayó la corteza de zapote que sirvió para el control de las “agitadas”.

Por su parte, el Instituto Patológico Nacional, que fue heredero de la tradición del Museo Anatomopatológico, al transformarse en Instituto en 1900 cultivó en sus secciones científicas líneas de investigación con el fin de determinar la causa del tifo, la lepra, la tuberculosis, el mal del pinto y otras enfermedades. En especial, en su sección de Bacteriología, se inició el trabajo de investigación para fabricar suero “convenientemente preparado para prevenir en unos casos y curar en otros las enfermedades”.¹⁶ Esa meta se cumplió cuando el Patológico

¹⁴ Archivo General de la Nación, “Informe anual que rinde a la Secretaria de Instrucción Pública y Bellas Artes el director del Instituto Médico Nacional acerca de los trabajos realizados durante el periodo comprendido del 1 de abril de 1909 al 22 de marzo de 1910”, IMN, caja 136, exp. 36, f. 3-65.

¹⁵ Eduardo Armendáriz, “Apuntes para el estudio terapéutica de algunas plantas medicinales. Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina, el 4 de diciembre de 1911”, en *Gaceta Médica de México*, t. 9, núm. 3, 1912, p. 187.

¹⁶ “Informe que rinde al C. Ministro de Instrucción Pública de las labores llevadas a cabo en el Museo de Anatomía Patológica desde su fundación hasta la fecha y Proyecto de Reformas para su trasformación en Instituto Anatómo-Patológico”, en *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, t. 4, núms. 9 y 10, México, mayo 1 y 15 de 1899, p. 323.

Nacional inauguró un complejo de laboratorios diseñados por Manuel Toussaint y Ángel Gaviño, donde fabricaron las vacunas de Haffkine y Besredka que terminaron con la peste de Mazatlán de 1903.¹⁷ En 1905 la sección de Bacteriología del Patológico se transformó en Instituto, dedicándose a “estudiar las enfermedades infecciosas en sus relaciones con la bacteriología y preparar sueros y vacunas antitóxicos para prevenirlas y combatirlas”.¹⁸ Conforme a esa meta, el Bacteriológico logró obtener la tuberculina de Koch en noviembre de 1906, usada para “el diagnóstico de la tuberculosis en los animales”.¹⁹ Los éxitos de la investigación científico-médica se debieron al personal altamente capacitado que tuvo el Bacteriológico, como fue el caso de Joseph Girad, quien trabajó al lado de Emile Roux. Girad en México cultivó una línea de investigación enfocada en el estudio de la difteria.²⁰ Investigación que también fue cultivada por Ángel Gaviño, quien además se enfocó en el estudio de la propiedad de las bacterias llamada quimiotaxia. Durante 1907 y 1908 el Bacteriológico Nacional fortaleció la medicina nacional al hacer estudios sobre “las vacunas anticarbonosa, así como la preparación de suero anticolérico para el diagnóstico del cólera morbus [...] vacuna antipestosa [...] suero antineumocócico [...] preparación de suero antitetánico [...] preparación de suero antidiftérico y preparación de suero antidisentérico”.²¹ En el final del régimen, el porvenir de los institutos nacionales parecía prometedor, ya que los institutos médicos colaboraron a partir de 1906 con la Escuela Nacional de Medicina en la formación de los alumnos que comenzaron a especializarse en fisiología, anatomía patológica y bacteriología. Así, a grandes rasgos, los ejemplos señalados permiten conocer que durante el final del Por-

¹⁷ Ángel Gaviño, “Descripción del laboratorio de sueroterapia del Instituto Patológico Nacional”, en *Boletín del Instituto Patológico Nacional*, 2a. época, t. II, núm. 6, México, agosto de 1904, p. 210.

¹⁸ “Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XX, núm. 20, 31 de octubre de 1905, pp. 475-477.

¹⁹ “El Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XXI, núm. 21, 15 de noviembre de 1906, p. 512.

²⁰ Natalia Priego, “El Instituto Bacteriológico Nacional y la lucha contra el tifo”, en *Ciencia*, revista de la Academia Mexicana de Ciencias, vol. 63, núm. 2, abril-junio 2012, p. 28.

²¹ Gaviño, *op. cit.*, p. 418.

firiato, los Institutos Médicos realizaron investigación médica de alto nivel y sus trabajos experimentales contribuyeron a la salud pública al servir de auxilio a la población que se benefició de sus investigaciones médicas. Sin embargo, con la llegada de la Revolución, los institutos cerraron paulatinamente sus puertas ya que los constitucionalistas les negaron su apoyo político, concluyendo de ese modo un ciclo marcado por una medicina de excelencia en el ámbito científico médico nacional.

INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

Los hospitales, en la primera década del siglo XIX, se enfrentaron a una crisis económica-social como consecuencia de que México se emancipaba hacia el liberalismo. Se trataba de abandonar la tradición de la Colonia para dar cabida a la Ilustración, en esa etapa los gastos hospitalarios no podían ser sufragados, los recursos en los hospitales escaseaban, faltaban los alimentos, no había medicamentos, se carecía de ropa de cama y se deterioraba, los edificios hospitalarios no contaban con una sanitización efectiva.²² Las órdenes religiosas: juaninos, hipólitos y betlemitas —que habían creado y administrado durante tres siglos los hospitales—, los abandonaban. Para cubrir los gastos de los hospitales se recurría a la venta de los mismos, de sus bienes, se buscaban donaciones y lograban en algunos casos recursos monetarios provenientes de rifas y sorteos.²³ La decadencia de los hospitales no fue un proceso lineal, hubo factores sociales, políticos, económicos y religiosos entremezclados, se pretendió el desmantelamiento del concepto “caridad” y sus prácticas establecidas.²⁴

El mayor número de hospitales se encontraba en los actuales estados de Campeche, Durango, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Guerrero, Guanajuato, Colima, Jalisco, Veracruz, Yucatán y Ciudad de México.

La población estaba depauperizada, había distanciamiento entre la Iglesia y el Estado constituyente, la disposición de 1820 de España de-

²² José Joaquín Fernández de Lizardi, *El periquillo sarniento*, 1816, p. 139.

²³ George Francis Lyon, *Residencia en México, 1826. Diario de una gira con estancia en la República de México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984, pp. 164-165.

²⁴ Josefina Muriel, *Hospitales de la Nueva España*, t. II, México, Jus, 1956, p. 37.

cretó la supresión de las órdenes hospitalarias, ésta se conoció en México en 1821, aunque no se aplicó del todo. Otro acontecimiento social que afectó a los hospitales, fue la guerra de España contra Francia e Inglaterra; los nosocomios, las escuelas y otras instituciones perdían bienes, pues el gobierno ibero se los apropió, tratando de sostener su gobierno y el poder.

En 1833 se presentó una epidemia de cólera morbus, afectó a todo el territorio nacional, los hospitales no tuvieron recursos, ni la capacidad para atender e internar a los enfermos.

En 1847 ocurrió la invasión norteamericana, dio lugar en la Ciudad de México al primer hospital mexicano, el Hospital de San Pablo, años más adelante conocido como Hospital Juárez, fue una improvisación realizada en un recinto católico.²⁵

En México, desde el inicio de la Independencia y hasta la séptima década del siglo XIX, hubo diferencias entre conservadores y liberales, discordia que se reflejó en el funcionamiento de los pocos hospitales.²⁶ La pugna de los grupos opuestos estalló en una guerra cruenta y feroz, la Guerra de Reforma (1857-1859), cuyo origen aparente fue la promulgación de la Constitución liberal de 1857. Terminó la guerra, no así los problemas, ocurrió la Intervención Francesa, se agitó México y culminó con el fusilamiento de Maximiliano de Habsburgo (1832-1867).²⁷ Terminó el imperio y se restauró la República en 1867, siendo Presidente Benito Juárez (1806-1872), comenzaba a tomarse conciencia clara de que México era una verdadera nación. Durante la guerra, el trabajo de ambulancias y la atención de urgencia a los heridos en el campo de batalla constituyó un avance fundamental.²⁸

²⁵ M. Silva, *Libro (documentos) de actas médicas de 1882*, Hospital Juárez.

²⁶ H. Heyer, *Memorias*, México, 1870, p. 31

²⁷ *Estatuto Provisional del Imperio Mexicano*, 1865; Samuel Basch, *Recuerdos de México, Memorias de médico ordinario del emperador Maximiliano, (1866 á 1867)*, México, 1870, p. 36; Hilarión Frías y Soto, *Rectificaciones a las memorias del médico ordinario del emperador Maximiliano*, México, 1880, p. 2; *La Sombra*, periódico, México, 7 de julio de 1865.

²⁸ Manuel Soriano y Escobedo, “Contribución a la estadística de la cirugía militar en México. Noticias estadísticas de los heridos que se asistieron en el Hospital Militar de San Luis Potosí y que se levantaron por las ambulancias del ejército en el ataque que sufrió aquella plaza el 1o de julio de 1872”, en *Gaceta médica de México*, México, 1873.

Los hospitales fueron secularizados, no obstante no mejoraron, escaseaban los medios, no había planeación, ni organización. En esos tiempos había en los círculos políticos de la sociedad tres corrientes filosófico-políticas sobrepuestas: la conservadora, la liberal y el positivismo, mismas que pretendían buscar mejorías. La tendencia conservadora se basaba en un modelo de ideas tradicionales tal como la “caridad” proveniente de tiempos de la Colonia. La doctrina liberal se basaba en la razón, recurría a la “beneficencia”, significaba medios para el desarrollo físico y personal.²⁹ La ideología positivista tenía como eje la revelación de los secretos de la naturaleza por la ciencia. Las tres corrientes tuvieron influencia en el surgimiento y la vida de los hospitales.³⁰

En el último tercio del siglo XIX y primera década del siglo XX, tiempos de Porfirio Díaz (1830-1915), y después de guerras, conflictos internos e intervenciones extranjeras, hay un repunte hospitalario.³¹ Se fundaron otros hospitales y nosocomios para civiles, militares, mineros y ferrocarrileros, se pensó en darle rumbo y sentido a los hospitales, empezó la medicalización. Además algunas colonias extranjeras —españolas, inglesas, francesas y belgas— edificaron sus hospitales.³² Se crearon en la Ciudad de México los primeros hospitales con propósitos lucrativos y se construyeron nosocomios a base de pabellones, diferenciándose de los de tipo eclesiástico. Se impulsó un proyecto liberal-positivista, el cual se manifestaba como corriente empecinada en ganar una batalla contra los maltrechos hospitales que había en México.³³ En esos tiempos fueron inaugurados cinco hospitales importantes, a saber, el Hospital General y el manicomio “La

²⁹ Juan de Dios Peza, *La beneficencia en México*, México, imprenta Francisco Díaz de León, 1881, p. 121.

³⁰ Joaquín García Icazbalceta, Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección, México, 1864.

³¹ Juan María Rodríguez, “Breves Consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades en general y deducciones relativas a la de México, presentadas por el que suscribe al Consejo Superior de Salubridad, obsequiando el mandato de su digno Presidente”, en *El Observador Médico*, t. V, núm. 7, 1 de noviembre de 1890.

³² Pablo Lorenzo Laguarda, *Historia de la beneficencia española en México*, México, El Libro Perfecto, 1951, pp. 193-387.

³³ Jesús Galindo y Villa, *Historia sumaria de la Ciudad de México*, México, Editorial Cultura, 1925, p. 37.

Castañeda” en la Ciudad de México; el General O’ Horan y el Asilo para Enfermos Mentales en Mérida, Yucatán, y el Hospital Porfirio Díaz en Chihuahua, su planeación y organización no fue ajeno a ideas de Europa.

De 1910 a 1920, en el episodio de la Revolución Mexicana, los hospitales se deterioran, surgen “hospitales de sangre” y los llamados de las “cruces”, esto es, Cruz Roja, Cruz Verde, Cruz Azul, Cruz Azul Solferino, Cruz Blanca Mexicana y Cruz Blanca Neutral, mismas que cubrían los sitios de combate que fueron inmuebles improvisados y muchas veces temporales.

Como dato cabe mencionar que antes de empezar la Revolución, México contaba con 213 hospitales: 17 en la Ciudad de México,³⁴ y los restantes 196, en los estados y territorios.³⁵

Las luchas intestinas impidieron continuar con la evolución hospitalaria del régimen porfirista, algunos nosocomios desaparecieron total o parcialmente. Las unidades hospitalarias estaban desorganizadas, su financiamiento era difícil, escaseaban los recursos, no había mantenimiento. Algunos fueron víctimas de saqueos, no se podía satisfacer la demanda de servicios médicos, los directores “iban y venían”, se improvisaban inmuebles para hospitalizar.

De 1910 a 1920 los hospitales en cuanto a su pertenencia (propiedad) eran públicos, privados, militares y empresariales. Los primeros en general eran para personas pobres, los segundos para gente “acomodada”, los terceros para elementos de la Secretaría de Guerra y Marina y los últimos para mineros, ferrocarrileros, azucareros, peperiodistas, etcétera.³⁶

Los movimientos de los grupos armados y poblacionales no fueron ajenos a brotes de fiebre amarilla, viruela y tifo. La enfermedad habitual en los hospitales fue el tifo. Gran parte de los mexicanos no

³⁴ José María Marroquí, *La Ciudad de México*, México, 1901-1903, p. 18.

³⁵ José Álvarez Amézquita, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, t. III, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, p. 425.

³⁶ Guillermo Fajardo Ortiz, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales-Sociedad Mexicana de Historia y filosofía de la Medicina, 1980, p 63.

tuvo acceso a los servicios hospitalarios por temor, distancia, falta de recursos o desconocimiento de su existencia.

En 1915 se presentó un escenario hospitalario interesante y diferente a pesar de los daños a las vías férreas y a los ferrocarriles. Algunos de los bandos en combate contaron con trenes “hospital” o trenes “sanitarios”, fueron una respuesta para atender heridos, sin embargo los triunfos médicos fueron “pírricos”.³⁷

Venustiano Carranza (1860-1920), jefe del Ejército Constitucionalista, no favoreció el financiamiento de los hospitales.³⁸ El 15 de enero de 1915 eliminó la Lotería Nacional, ya que en su opinión no cumplía su función social de ayudar a los más necesitados, la Lotería Nacional como institución favorecía económicamente a hospitales. Venustiano Carranza señaló que dicho organismo era una empresa de juego de azar, decisión errónea, ya que la Lotería Nacional apoyó en la Ciudad de México en esos años al Hospital General, al Hospital Juárez, al Hospital Homeopático y al manicomio “La Castañeda”.

Por otra parte, Carranza no era precisamente adicto al catolicismo, por lo que se limitaron las funciones de los hospitales identificados en alguna forma con esa práctica religiosa, su personal fue objeto de atropello y los inmuebles perdieron bienes.³⁹

En resumen, al inicio del siglo XIX los hospitales existentes provenían de tiempos coloniales. La Independencia, las guerras internas y las intervenciones extranjeras influyeron en que fueran deficientes. Al finalizar el siglo XIX y principios del XX hay un repunte hospitalario durante la época porfirista.⁴⁰

Entre 1910 y 1920, nuevamente los hospitales sufren carencias y desequilibrios y para suplir estos desajustes aparecen “hospitales de sangre”, la mayoría pertenecientes a las “cruces”.⁴¹

³⁷ Archivo Ferrocarriles Nacionales de México, “Hospitales”, México, 1900.

³⁸ Fajardo, *op. cit.*, p. 74.

³⁹ “Los enfermos comerán tortilla en lugar de pan”, *Renovador. Diario de Mañana*, México, 26 de junio de 1915.

⁴⁰ Guillermo Fajardo Ortiz G., *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*, México, Glaxo Smith Kline, 2003.

⁴¹ Fajardo, 1980, p. 52.

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO
ENTRE 1821 Y 1917

A principios del siglo XIX los principales establecimientos de atención a enfermos mentales eran el Hospital de San Hipólito y el Real Hospital del Divino Salvador, los cuales mantuvieron sus servicios hasta 1910 año en que se inauguró el Manicomio General conocido como “La Castañeda” por el lugar en donde se construyó.

En 1821, la orden de los Hipólitos fue suprimida por decreto de las Cortes españolas, fecha en que el Hospital de San Hipólito pasó a manos del Ayuntamiento, pero los religiosos exclaustrados continuaron con el cuidado de los enfermos hasta 1843, quedando después bajo el control gubernamental. El establecimiento pasó por varias situaciones que afectaron la atención de los enfermos, primero funcionó como cuartel. En 1842 Santa Anna vendió parte del Hospital y en 1846 se fundó ahí el Hospital Militar. De 1847 a 1850 fue Hospital Municipal y en 1848 se hicieron reparaciones y algunos anexos. En 1851 se estableció la Escuela de Medicina.

El 18 de julio de 1864, José María Andrade envió al emperador Maximiliano I, un informe sobre las lamentables condiciones del Hospital de San Hipólito, de las instalaciones, de la mala alimentación a los enfermos y de la vestimenta, pues carecía de presupuesto en comparación del Hospital del Divino Salvador.

Pero a pesar de esto surgen médicos importantes que se distinguieron por tratar de mejorar las condiciones de los enfermos como los médicos Miguel Alvarado, Luis Garrone, Juan N. Navarro y José Peón Contreras, quien fue el primer profesor de enfermedades mentales en la facultad de Medicina, cátedra que ocupó en mayo de 1897 y fue director de este manicomio.⁴²

En cuanto a los tratamientos, existen reportes de la utilización de sangrías por parte Luis Muñoz y Revilla (1875) como pasante de medicina, siendo las indicaciones para este procedimiento el tempera-

⁴² Guillermo Calderón Narváez, *Las enfermedades mentales en México*, México, Trillas, 2002, pp. 39-44; y Ulises A. de la Garza Valdés (coord.), *Patrimonio de la Beneficencia Pública. 150 años de asistencia social en México*, México, Secretaría de Salud-Lotería Nacional para la Asistencia Pública- Montepío Luz Saviñón-Sanofi Aventis, 2011.

mento “francamente sanguíneo, una constitución apoplética, en los individuos predispuestos por herencia y en aquéllos con congestiones cerebrales”. Se consideraba urgente en melancolía y en la locura paralítica. Rara vez se utilizaban para pacientes maniacos, pues se había observado que agotaban al sujeto y aumentaban el delirio.⁴³

La hidroterapia también se utilizó en San Hipólito, inclusive llegaron a sustituirse los antiguos baños por un sistema moderno. Las indicaciones eran la hipocondría, la histeria, la manía, la melancolía y la epilepsia, entre otras indicaciones. El estudio de la epilepsia también generó gran interés.⁴⁴

El Hospital del Divino Salvador o de la Canoa, para mujeres dementes, después de la expulsión de los jesuitas y que se extinguió la congregación, el patronato pasó también a manos del Estado, reformándose la casa y ampliándola (1800) con lo que las enfermas estaban en mejores condiciones y para 1824 se le concedieron las utilidades de una lotería, lo que se mantuvo hasta 1861.

Las instalaciones de este hospital eran adecuadas, con número suficiente de camas y las pacientes podían realizar algunos trabajos de acuerdo con su condición.

En el Hospital de la Canoa sobresalió la labor del doctor Miguel Alvarado, quién se consagró al estudio de los enfermos mentales y fue de los primeros médicos en México que desarrollaron esta área como especialidad. El doctor Alvarado instaló cuartos con luz azul y roja para los enfermos excitados y deprimidos respectivamente y dio los primeros pasos formales en el estudio de la medicina mental.⁴⁵

Desafortunadamente, para 1880 ambos hospitales cayeron en el abandono y se reportaron sucesos escandalosos en relación con los internos y su atención. Esto, aunado a la insistencia de los médicos de modernizar la atención a los enfermos mentales, dio inicio al primer

⁴³ Mariblanca Ramos de Viesca, “La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX”, en *Salud Mental*, 2002, pp. 53-58.

⁴⁴ Mariblanca Ramos de Viesca, “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, en *Salud Mental*, 2000, pp. 41-46.

⁴⁵ Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, Congreso Internacional de Psiquiatría en París, 1950, México, s. p. i., 1950, pp 1-61; Germán Somolinos D’Ardois, *Historia de la psiquiatría en México*, Sepsetentas, 1976, pp. 123-148.

proyecto en 1881 para la construcción del nuevo manicomio general. Se integró una comisión formada por los doctores Eduardo Liceaga, Miguel Alvarado y José Govante, quienes consideraron la construcción de un solo hospital donde se instalarían pacientes de ambos sexos y el lugar que debería tener. Este proyecto pasó por numerosas revisiones, se buscaron los terrenos adecuados y se documentó con fuentes extranjeras como los cálculos hechos por el alienista francés Esquirol y por la Comisión de Asilos del Sena, donde se establecía cómo debía ser un manicomio. Para 1905 se establecería que el nuevo manicomio sería mixto, amplio, con pabellones y el terreno sería el que ocupara la Hacienda de la Castañeda. A principios de 1908 ya aprobado y revisado se le otorgó la concesión para su construcción al ingeniero Porfirio Díaz hijo y al Ingeniero Ignacio León de la Barra. El 1 de septiembre de 1910, el Presidente Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General de la Castañeda, a donde se trasladaron los pacientes de los hospitales coloniales. El nuevo manicomio contaba con servicios bien organizados y de acuerdo con las más modernas clasificaciones nosográficas estando a la altura de los mejores del mundo. Al poco tiempo los conflictos sociales, el inicio de la Revolución Mexicana, el poco personal y el crecimiento de la población de pacientes deterioraron su función e imagen. Posteriormente surgiría una nueva generación de psiquiatras que transformarían y enriquecerían la psiquiatría mexicana.⁴⁶

LAS ENFERMEDADES

Al entrar México a la vida de una Nación independiente, sus gobiernos no pudieron dejar de ver los estragos que habían hecho las epidemias durante los años que duró la guerra de Independencia y los crecientes males que aquejaban a la población a raíz de la escasez de alimentos y el mal estado de muchos de los que se podían conseguir, a los movi-

⁴⁶ Mariblanca Ramos de Viesca y Carlos Viesca Treviño, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”, en *Salud Mental*, 1998, pp. 19-25.

mientos de tropas y desplazamientos de población, a la insalubridad de villas y ciudades, así como a la falta de agua potable.

LAS FIEBRES MALIGNAS DE 1813

El recuerdo más inmediato es el de las fiebres malignas de 1813, mismas que tuvieron que ver con la gran mortandad que sufrieron las tropas de Morelos durante el sitio de Cuautla y la peor aún que hizo presa de los soldados de Calleja, cuando lograron entrar a la ciudad solamente para morir presas de la misma enfermedad.⁴⁷ En su momento se habló de *matlalzáhuatl*, término que para los médicos todavía entonces novohispano se refería sin lugar a dudas al tifo. Sin embargo, ya en 1811 se había presentado un brote epidémico identificado como “fiebre epidémica o endémica (lo que nos permite hablar de brot), remitente, pútrida, petequial y contagiosa”, el cual fue objeto de un pequeño tratado escrito por Anacleto Rodríguez Argüelles, un médico militar jubilado que gozaba de muy buena reputación profesional.⁴⁸ Se trató de un brote aislado o de las primeras manifestaciones de la epidemia que asolaría después a gran parte del territorio nacional, es algo difícil de precisar aunque todo apunta por esta última posibilidad. Pero el hecho es que para 1813 se había presentado con síntomas semejantes en buena parte del país, de modo que en agosto de ese año se apresuraban en Guadalajara a establecer la correspondiente Junta de Sanidad⁴⁹ y su Obispo, Juan Cruz, redactaba y repartía un impreso con instrucciones para realizar fumigaciones y acerca de las medidas que se debían de tomar.⁵⁰ En el mismo año hay varios testimonios de que la epidemia ya afectaba a la población de la

⁴⁷ Alicia Hernández Torres, “El sitio de Cuautla y las epidemias de 1813-1814”, en Enrique Florescano y Elsa Malvido (comps.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. II, 2 vols., México, IMSS, 1982, pp. 551-564; Lourdes Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera*, México, Siglo XXI, 1994, pp. 215-244.

⁴⁸ Anacleto Rodríguez Argüelles, *Tratado de la fiebre epidémica o endémica, remitente pútrida, petequial y contagiosa, observada en esta capital*, México, Mariano José de Zúñiga y Ontiveros, 1811.

⁴⁹ Reglamento de la Junta Superior de Sanidad de Guadalajara, agosto de 1813.

⁵⁰ Juan Cruz, *Instrucciones, fumigaciones y cartilla de la epidemia*, Guadalajara, en la Oficina de José Fruto Romero, 1813.

Ciudad de México, entre los cuales los más interesantes son la hoja publicada por Luis Montaña, nuestro primer profesor de clínica en el sentido moderno de la palabra, refiriendo el método de socorrer a los enfermos,⁵¹ y la descripción de la enfermedad hecha por Bernardo Moreno de Guzmán.⁵² Puebla también fue afectada y fue publicada una cartilla al respecto.⁵³ Todavía en 1817, Montaña publicaba un librito con avisos importantes sobre el *matlazáhuatl*, “calentura epidémica manchada que pasa a ser peste y que es frecuente en esta Nueva España...”⁵⁴ Las interpretaciones modernas acerca de la posible identificación de esta epidemia se han orientado hacia el tifo, fiebre manchada, petequial y que devino en pestilencia, es decir epidémica, como ya señalara Montaña, aunque Miguel Bustamante propuso la posibilidad de que no fuera solamente tifo, sino que se aunara a éste el paludismo existente en el Valle de México y a su conjunción con enfermedades de origen hídrico, tifoidea y disenterías, se le dieran las abigarradas características clínicas que tanto dieron a pensar a los médicos de entonces.⁵⁵ El caso es que en enero de 1814 se reportaba que sólo en la Ciudad de México habían fallecido 20,385 personas, lo que significaba una quinta parte de sus pobladores.

Viruela

Por otra parte circulaba, cada vez ofreciendo mayor confianza, la vacuna antivariolosa, traída a México por Francisco Xavier Balmis en 1804 y heroicamente preservada por Miguel Muñoz, a través de todas las contingencias de la guerra. La viruela había sido la enfermedad que, presente siempre, tenía severas recrudescencias epidémicas más o menos cada veinticinco años, es decir cuando la población nacida en

⁵¹ Luis Montaña, *Método de socorrer a los enfermos de esta epidemia*, México, Arizpe, 813.

⁵² Bernardo Moreno de Guzmán, *Descripción de la epidemia del día y modos de librarse de ella y sus recaídas*, México, Imp. Dña. María Fernández Jáuregui, 1813.

⁵³ Junta de Sanidad, *Cartilla o sea método sencillo de curar a los pobres de la epidemia, que en el presente año aflige a los habitantes de la Ciudad*, Puebla, Imp. de Pedro de la Rosa, 1813.

⁵⁴ Montaña, *op. cit.*

⁵⁵ Márquez, *op. cit.*, pp. 219-225; Bustamante, Miguel, “Cronología epidemiológica mexicana en el siglo XIX”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, 1982, pp. 417-424.

ese lapso ya no contaba con la protección inmunológica que dejara la epidemia anterior. Los últimos años del siglo XVIII habían sido testigos de epidemias de gran intensidad y mortalidad, como fueron las de 1762, 1779 y 1797, que cobraron alrededor de 10,000 vidas cada una, solamente en la Ciudad de México. A pesar de que hubo un notable aumento de los casos en 1813 y 1814, conjuntándose con el tifo, las epidemias fueron disminuyendo en intensidad y ámbitos geográficos conforme mayor número de personas fueron vacunadas, dado que no en todos los estados la vacunación se llevó a cabo con la misma asiduidad y esmero y que la dificultad de acceso a muchas regiones impidió que fuera regularmente cubierto todo el ámbito del país. Brotes importantes que afectaron a la capital fueron los de 1829-1830 y 1840, el primero se originó en las costas del Golfo, en tanto que el segundo llegó del interior causando 2,878 defunciones en la ciudad, lo cual permitió que, en el entonces Distrito Federal, se obligara a las madres a dejar vacunar a sus hijos,⁵⁶ aunque la obligatoriedad de la vacunación en esa misma entidad sólo fue establecida a instancias del Consejo Superior de Salubridad en 1882 y para todo el país en 1903.

No obstante, todavía en 1884 la viruela era considerada como un problema endémico en todos los estados de la República y se habían presentado brotes epidémicos con preocupante regularidad. Orvañanos, en su *Geografía Médica de la República Mexicana* hacía notar que en los estados de Zacatecas, San Luis Potosí, Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, México, Puebla, Tlaxcala y el entonces Distrito Federal, era mayor la presencia y frecuencia de casos de viruela, pero las epidemias y brotes epidémicos se presentaron en otras entidades; por ejemplo, en 1828, 1829, 1845, 1849, 1867, 1869 los brotes se limitaron al estado de Oaxaca, en el cual también los hubo en 1853, 1854, 1857, 1864 a 1868, 1872 a 1883, aunque abarcando zonas más amplias, principalmente los estados de Guerrero, Chiapas, Hidalgo, Puebla, Veracruz y, con menor frecuencia, México y Jalisco; Sinaloa, Durango y Zacatecas tampoco quedaron exentos.⁵⁷ Un hecho ejemplar fue el mantenimiento

⁵⁶ Arturo Erosa Barbachano, “La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación”, en *Gaceta Médica de México*, 1977, 12, pp. 560-562.

⁵⁷ Domingo Orvañanos, *Ensayo de geografía y climatología médica de la República Mexicana*, 2 vols. (texto y atlas), México, Secretaría de Fomento, 1889, pp. 147-148, mapas

en activo y los invaluable servicios prestados por la oficina de conservación de la vacuna, establecida a poco de que Francisco Xavier de Balmis trajera a México la linfa vacunal en 1804, a cuyo cargo estuvieron Miguel Muñoz, de su creación a su muerte en 1844, Luis Muñoz, de 1844 a 1872, le sucedieron Fernando Malanco, Joaquín Huici y Francisco Bernáldez, con quien el establecimiento ejerció sus funciones hasta 1920.⁵⁸

La vacuna de origen animal, con linfa de ternera, fue introducida aquí por Ángel Iglesias en 1866,⁵⁹ aunque no tuvo de inmediato la aceptación esperada, de modo que se ofrecieron las dos opciones, la de obtención de linfa brazo a brazo y la de ternera, mucho menos difundida. Se producía regularmente en las instalaciones del Consejo Superior de Salubridad en la Ciudad de México, siendo instalado un laboratorio a tal efecto en Mérida, Yucatán, en 1912, y otros al año siguiente en Guadalajara y Campeche. Esta vez a partir del centro del país, en 1915, en plena efervescencia revolucionaria, se desencadenó una fuerte epidemia que en el curso del año se extendió por toda la extensión de la costa del Golfo de México y a la Ciudad de México y estados circunvecinos. La respuesta de las autoridades sanitarias fue decisiva, pues en el Instituto Bacteriológico Nacional, en su tránsito para convertirse en el Instituto de Higiene, lo que sucedió hasta 1921, logró producir alrededor de 560 mil dosis de vacuna de enero a septiembre de 1916.

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla urbana no era una enfermedad que existiera en el Nuevo Mundo antes de la llegada de los europeos, aunque en los libros del *Chilam Balam de Chumayel* y de *Tizimin* se habla de epidemias de vómito de sangre, *xekik*, en tiempos prehispánicos. Se considera actualmente la existencia de formas selváticas previas y el desarrollo de condiciones endémicas alrededor de ciudades en las costas, con brotes epidémicos relativamente frecuentes y de severidad variable, marcándo-

27 y 28 del atlas.

⁵⁸ Liceaga, 1949, p. 97.

⁵⁹ Ángel Iglesias, “Memoria sobre la vacuna animal”, en *Gaceta Médica de México*, 3, 1968, 179.

se así la clara presencia de fiebre amarilla urbana de la que se pensaba que había sido traída de África en los barcos que trasportaban esclavos negros. El hecho definitivo es que era un azote continuo y perfectamente identificado en las costas, en particular en las del golfo de México, siendo un serio inconveniente para el comercio con ultramar. Ya en el siglo XIX, complicando la situación epidemiológica, en 1814 murieron en Puebla, ictéricas, numerosas personas que llegaban de Veracruz, en donde desde 1800 se insistía constantemente en los peligros que significaba la presencia de vómito prieto en los alrededores del puerto. Es interesante señalar que todavía a fines del siglo XIX se podía hablar con propiedad de “enfermedades tifoideas”; es decir, semejantes al tifo, y se mencionaba entre las principales el tifo no epidémico y la fiebre amarilla, tifo amarillo o icterode. Juan Luis Chaubert llama la atención sobre esta enfermedad en 1821,⁶⁰ año en que hubo una epidemia en la recién fundada Altamira, Tamaulipas, e insiste en Veracruz en 1826, a raíz de un nuevo brote en Tuxpan, publicando varios artículos en el periódico *El Mercurio*, muchos él solo, otro con Leonardo Pérez, y más tarde con Casimiro Liceaga, en la Ciudad de México, en 1828.⁶¹ En términos de sanidad, esto se enmarca en un movimiento internacional iniciado en Marsella, cuyo fin era la reducción y de ser posible la anulación de las cuarentenas, so pretexto de los daños económicos que se derivaban de ellas. El resultado fue que se disminuyeran los plazos a una semana en lugar de los cuarenta días tradicionales y los gobiernos de los diferentes países establecieron lazaretos para mantener aisladas tripulaciones y pasajeros de los barcos provenientes de zonas endémicas, y se emprendieron campañas de saneamiento en pantanos y aguas estancadas aledañas a los puertos.⁶²

⁶⁰ Juan Luis Chabert, *Memoria sobre la fiebre amarilla*, México, s.p.i., 1821, reimpresso en 1822.

⁶¹ Juan Luis Chabert y Casimiro Liceaga, *Reflexiones médicas y observaciones sobre la fiebre amarilla*, México, Imprenta del Gobierno Supremo, 1828.

⁶² José López Sánchez, *Finlay. El hombre y la verdad científica*, La Habana, Cuba, 1987; Francois Delaporte, *Histoire de la fièvre jaune*, París, Payot, 1989, insiste en la prioridad de P. Manson sobre la consideración de vectores en la transmisión de enfermedades, pero no distingue que dicho autor habla de filarias y que Finlay se refiere expresamente al *aedes* y la fiebre amarilla.

Sin embargo, la fiebre amarilla siguió presente en las costas y puertos del litoral del golfo de México. En Tampico hubo un fuerte brote en 1843 y en 1858, se consigna que de Veracruz se extendió a los Tuxtlas y a Nautla, es decir, hacia el norte y hacia el sur. La costa del Pacífico estaba ya afectada en gran parte de su extensión en 1853.⁶³

Era ya tradición que las tropas llegadas de España y, después, los ejércitos invasores norteamericano, en 1847, y francés, en 1862 y los años sucesivos, sufrieran numerosas pérdidas apenas llegados a costas mexicanas y en su tránsito hacia los altiplanos. La tercera parte de la tropa del general Scott fue presa de la enfermedad a pesar de la prisa con que dejó Veracruz y buscó tierras más salobres, quedando muchos de ellos en el propio puerto, en Jalapa, Perote y Puebla. Los relatos de viajeros abundan en inquietantes noticias. Poinsett ya señalaba en 1822, en sus *Notas sobre México*, que “ninguna precaución ampara a los extraños [que arriban a Veracruz] contra esta fatal dolencia...” y anotaba con perspicacia que durante las épocas de “nortes” cejaba la enfermedad; Paul Duplessis pudo encontrar un cuarto gracias a que otro viajero pereció a causa de la fiebre amarilla cuando él estaba en la recepción del hotel.⁶⁴ Denis Jourdanet, médico francés que trabajó en las costas de Tabasco en los años cuarenta del siglo XIX y a quien se debe la primera obra en la que se trató ampliamente de la patología de las costas y los altiplanos mexicanos, dedicó un extenso capítulo a la fiebre amarilla, en la que la definió como una enfermedad miasmática, emanada de los pantanos en las horas siguientes al amanecer, lo que implicaba la posibilidad de tomar precauciones.⁶⁵ Los trabajos de Ignacio Alvarado en Veracruz, tanto sus artículos eslabonados a lo largo de veinte años como su libro *La fiebre amarilla en Veracruz*, publicado en 1897, en el cual reunió el conocimiento teórico acuñado hasta el momento como las recomendaciones prácticas derivadas de su experiencia

⁶³ Miguel Bustamante, *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, México, s.p.i., 1958.

⁶⁴ Salvador Novo, *Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1964, pp. 61 y 104.

⁶⁵ Denis Jourdanet, *Du Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme*, Paris, J. B. Bailliére et fils, 1861, pp. 147-172.

en el manejo de los enfermos y las medidas sanitarias para prevenir el contagio, marca un hito en el tema.⁶⁶

Para fines del siglo, Veracruz y las zonas aledañas, Alvarado y Tlaxotalpan en especial, Campeche y Mérida, eran zonas claramente endémicas, situación mantenida por el flujo constante a ellas, de viajeros procedentes de regiones infestadas.⁶⁷ En 1880, se presentaron casos en Mazatlán y en 1883, tras la llegada del vapor *San Juan*, procedente de Panamá, el cual traía 33 enfermos, se desencadenó una epidemia que se extendió a La Paz, B. C.; Guaymas, Son.; Altata, Sin.; San Blas, Santiago Ixcuintla y Acaponeta, Nay.; Manzanillo, Col.; Acapulco, Gro.; Puerto Ángel y Salina Cruz, Oax.; Tonalá, Soconusco, Tapachula y San Benito, Chis. En 1885 repuntaría un brote en Tepic. En 1877, 1883 y 1890 los hubo en Tabasco, en donde sólo se registraba como endemia en la parte sur de su costa. Los brotes se autolimitaron a los poblados infectados a partir de los estados colindantes.⁶⁸ Sin embargo, en 1889 eran reportadas como zonas endémicas las costas de Veracruz, el sur de Tabasco, buena parte de Campeche y las de la península de Yucatán.⁶⁹ Para 1903, año sin epidemias, se reportaban 3,848 casos con 1,583 defunciones para todo el país.

En 1881, Carlos J. Finlay, en La Habana, describía el papel del *aedes aegypty* como vector de la fiebre amarilla, hecho confirmado y difundido tras los trabajos de Reed ya a finales del siglo. El descubrimiento del vector permitió la realización de campañas de erradicación encaminadas a eliminar los depósitos de aguas estancadas y al empleo de mosquiteros, promovidas y llevadas a cabo por Eduardo Liceaga desde el Consejo Superior de Salubridad, lográndose para 1913 la erradicación de la enfermedad de las costas mexicanas, aunque el flagelo regresaría a raíz de la llegada de barcos con enfermos durante la inva-

⁶⁶ Ignacio Alvarado, *La fiebre amarilla en Veracruz*, México, 1897.

⁶⁷ Carlos Heineman, “Estudios sobre la fiebre amarilla en la costa oriental de la República Mexicana”, en *Gaceta Médica de México*, XV, 1880, pp. 243-276.

⁶⁸ Adolfo Castañares, “Algunas consideraciones sobre la fiebre amarilla en el estado de Tabasco”, en *American Public Health Association*, Boston, XVIII, 1894, p. 253.

⁶⁹ Orvañanos, *op. cit.*, mapa 18.

sión norteamericana en Tampico y Veracruz y probablemente de casos aislados en el sureste, con el resultado de la epidemia de 1920.⁷⁰

Paludismo

El paludismo, conocido genéricamente como fiebres periódicas, fue una enfermedad endémica en todas las costas y zonas bajas mexicanas durante todo el siglo XIX y se afirmaba al finalizar éste que estaba presente en todos los estados del país a excepción de Aguascalientes y era claro que en invierno no se presentaban en las partes altas y tierras frías.⁷¹ Se habló de miasmas y efluvios de los pantanos y Jourdanet, en su estudio sobre las enfermedades imperantes en México, se refirió a los aires de los pantanos, en particular los del anochecer, como su causa directa.⁷² Orvañanos señalaba en 1889 que observaciones hechas en la capital hacían pensar que la enfermedad tenía un origen hídrico más que miasmático, lo que orientaba a una política dirigida a la obtención de aguas limpias, mostrando con ello que todavía en ese momento existían muchas elucubraciones acerca de las causas del mal. Sin embargo, el interés puesto en la desecación de pantanos y en la preparación y apertura de canales con agua corriente, marcaba ya un importante progreso en su control. Los hallazgos de Laverán, reconociendo el *plasmodium* como causa y estableciendo la existencia de un vector, fueron corroborados en México por vez primera por Antonio Matienzo en Tampico, demostrando el parásito en la sangre de los enfermos en 1892. Los de Ross, demostrando en aves su trasmisión, solamente fueron difundidos en 1898, marcando un giro en la atención sanitaria dirigida ahora a anular los criaderos de larvas.⁷³ El tratamiento de los enfermos con sulfato de quinina era bien conocido y ampliamente empleado desde tiempos novohispanos y se insistió en discutir y especificar sus indicaciones y formas de administración durante todo el siglo. Los trabajos de Uslar en 1838, Ignacio Erazo en 1858,

⁷⁰ Bustamante, Miguel, “La fiebre amarilla en México y su origen en América, resumen”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, 1982, pp. 30-31.

⁷¹ Orvañanos, *op. cit.*, p. 106 y mapas 23 y 24 en el atlas.

⁷² Jourdanet, *op. cit.*, pp.131-135.

⁷³ Miguel Bustamante, “La situación epidemiológica en México en el siglo XIX”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, p. 461.

Miguel Jiménez en 1875, Ladislao Ballina en 1882, José Terrés en 1893 y Ángel Gaviño en 1897 son muestra de ello.⁷⁴

Tifo

El tifo no se redujo a las fiebres de 1813. A lo largo del siglo XIX fue un flagelo que pesó continuamente sobre la población mexicana, en particular los pobres.

Con las constantes luchas intestinas y las invasiones armadas, el movimiento de tropas y desplazamiento de poblaciones fueron causa de brotes múltiples, sobre todo en la zona centro del país. No obstante fueron reportados brotes epidémicos casi año con año en diversos estados a lo largo de todo el siglo, por ejemplo, se presentaron epidemias en Zacatecas, en 1850 y 1851; en Guanajuato, en 1850, 1860, 1861, 1869, 1874 y 1876; en Oaxaca, en 1860, 1864, 1868, 1871, 1875 y anualmente de 1879 a 1873; en el entonces Distrito Federal, en 1861, 1865, 1866, 1875, 1876 y 1877, coincidiendo la primera de ellas con la entrada de las tropas del Gral. González Obregón a la capital, la segunda a las movilizaciones del ejército francés y la última a los movimientos militares consecutivos al levantamiento contra Lerdo de Tejada, otros más se presentaron en 1884 y 1893, año en que también habría un brote grave en San Luis Potosí, Zacatecas y Aguascalientes.⁷⁵ Durante la Revolución el tifo, que se había mantenido presente, había motivado concursos convocados por la Academia Nacional de Medicina que, dejada de lado la teoría de trasmisión fecal, ofrecía en 1913 premiar a quien encontrara el germen causal. El hecho capital fue que al fin de esa década se comenzó a aplicar el combate contra los piojos

⁷⁴ Uslar, *Sulfato de quinina. Observación*, Periódico de la Academia de Medicina de México, 3, 1838, p. 63; Ignacio Erazo, “El sulfato de quinina en las calenturas intermitentes: discusiones y controversias”, en *La Unión Médica de México*, I, suplemento; Miguel Jiménez, “Intermitentes perniciosas”, en *Gaceta Médica de México*, 10, 1875, p. 121; Ladislao Ballina, “¿Por qué han aumentado en número e intensidad las fiebres paludeanas?”, en *Gaceta Médica de México*, 1882, pp. 352-413; José Terrés, “El paludismo en México”, en *Gaceta Médica de México*, 1893, pp. 252, 281, 326, 357, 389, 413 y 30, 1893, pp. 17, 49, 93, 135, 162, 198; Ángel Gaviño, “Observaciones sobre el paludismo”, en *Gaceta Médica de México*, 1897, pp. 126-131.

⁷⁵ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 97-99, mapa 22 del atlas.

una vez reconocido su papel, propuesto en 1909 por Charles Nicolle como vector de la *Rickettsia prowasekii*, llamada así en homenaje a Howard T. Ricketts, fallecido en la Ciudad de México en 1910, tras contagiarse al estar estudiando enfermos en busca de la identificación del agente causal.

Sarampión

El sarampión es una enfermedad llegada del Viejo Mundo a poco de la conquista. Su primera epidemia fue en 1531 y desde entonces quedó establecida como una enfermedad de los niños que, con relativa frecuencia, conlleva complicaciones que pueden llegar a ser mortales. No compartimos la opinión de Miguel Bustamante, quien sostuvo que dicha epidemia se trató de varicela y difiere la presencia de sarampión a la gran epidemia de 1576, la cual se piensa actualmente se trató de una fiebre hemorrágica viral.⁷⁶ De cualquier modo se mantuvo como una endemia que se manifestaba en niños pequeños que llegaban por primera vez a las escuelas. Hubo brotes epidémicos significativos en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, en los cuales no dejaron de aparecer durante todo el siglo.⁷⁷

Si bien los textos médicos hablan del sarampión como de una enfermedad relativamente benigna, abundan desde principios del siglo XIX textos que recomiendan diversos tratamientos y precauciones a tomar para evitar contagiarse o al menos librarse de las complicaciones. Destacan el *Método fácil y sencillo para conocer, distinguir y curar el sarampión*, publicado en Guadalajara en 1823 por José María Ilisaliturri, la *Breve exposición de la epidemia que está reinando en México y sus alrededores*, de Juan de Balenchana, Francisco Montes de Oca y Joaquín Piña y el *Método curativo de la calentura epidémica y Curación de la disentería y miserere que siguen al sarampión*, ambos de Miguel Muñoz y las recomendaciones de la Academia de Medicina Práctica de México, todos publicados en 1825. Abundan los edictos de autoridades civiles, como el de Melchor Múzquiz en la Ciudad de México y los de las Juntas de Puebla

⁷⁶ Miguel Bustamante, “Notas sobre enfermedades poshispánicas en México. El sarampión”, en *Gaceta Médica de México*, 1973.

⁷⁷ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 157-158, mapa 31 del atlas.

y de San Luis Potosí, disponiendo fondos para auxiliar a los enfermos carentes de recursos ante la epidemia de 1826. Pero no hubo medidas extraordinarias más allá de las que dictaba la caridad y los tratamientos se limitaron a cuidar las molestias oculares, principalmente evitando la exposición a la luz, las tisanas de borraja para favorecer la pronta erupción y el desenlace rápido y seguro hacia la curación y la aplicación de polvos con alcanfor buscando disminuir la comezón.

Tosferina

La tosferina es reportada como una enfermedad presente pero no muy común, clasificándose como esporádica. Los reportes recopilados por Orvañanos en 1889 señalan su máxima incidencia en Oaxaca y su práctica ausencia en Baja California, Sinaloa, Jalisco, Colima, Guerrero, Tabasco, Campeche y Yucatán, en este último exceptuadas las epidemias de 1867, 1881, 1882 y 1883. Sin embargo, se consignan varias epidemias, por ejemplo las de 1846 y 1860 en Chiapas; las de 1865, 1876, 1879, 1880 y 1881 en Oaxaca; las de 1880 en Chiapas, 1883 en Guerrero y 1884 en Chiapas, Oaxaca y México. Definitivamente era endémica en la mayor parte del país y se tenía clara su transmisión a través del aire en la proximidad de sujetos enfermos, lo que justifica plenamente la inclusión de medidas preventivas de “enfermedades contagiosas de los niños” a partir de las resoluciones del Congreso Higiénico Pedagógico de 1882.⁷⁸

Cólera

La aparición del cólera en 1833 vino a abrir perspectivas sombrías. Resultado de una pandemia que surgió en la India en 1817, para llegar a Polonia en 1831, a Alemania y Francia para 1832 y de allí al Nuevo Mundo, a Quebec en junio de ese mismo año y una quincena después a Nueva York. Fue esta una primera pandemia de esta enfermedad antes limitada. A México entró por Tampico y Progreso y pronto cundió por Tamaulipas, Veracruz y Yucatán y no tardó en aparecer en todo el

⁷⁸ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 103-104, mapas 34 y 35 del atlas.

centro del país. Solamente en la capital murieron 14,000 personas. En Guadalajara, donde la epidemia hizo estragos entre julio y septiembre, a mediados de agosto hubo alrededor de 200 muertos al día, afectando prioritariamente a adultos entre 21 y 45 años de edad.⁷⁹

Una segunda pandemia llegó a nuestro país en 1849, esta vez por Nueva Orleans, y estallaría en la capital en 1850, con el primer caso el 17 de mayo. Se expandió por todo el país, excepto Tabasco, Campeche y Yucatán en el sureste y Coahuila y Nuevo León en el norte. Esta vez fueron 9,269 los muertos en la Ciudad de México, 11,905 en el estado de Guanajuato, 1,288 en la ciudad de Zacatecas, 1,254 en Aguascalientes y 1,304 en Querétaro. Una tercera, originada en Silesia, se difundió a partir de abril de 1854 vía Nueva York, aunque algunos autores consideran que no fue sino la exacerbación de los casos endémicos que quedaron de la pandemia anterior.⁸⁰ Los últimos brotes sucedieron en Chiapas, Tabasco y las zonas al este de Oaxaca en 1882 y 1883. Para 1910, Eduardo Liceaga señalaba que las medidas de instalación de lazaretos, la inspección de los barcos procedentes de zonas infestadas, el aislamiento de casos y el conocimiento del germen causal y sus mecanismos de transmisión, habían permitido mantener libre del cólera a la República Mexicana, situación que se mantendría hasta la última década del siglo xx.⁸¹

Difteria

La difteria hizo su aparición en México en 1865. Todas las fuentes de la época coinciden en que la enfermedad era conocida en México solamente a través de la bibliografía médica que llegaba de Europa. Fue en ese año cuando Lucio reporta haber atendido uno de los primeros casos. Se habló en su momento de la difusión de la enfermedad por medio de los movimientos de las tropas francesas invasoras y se relacio-

⁷⁹ Lilia Oliver, “La pandemia del cólera morbus. El caso de Guadalajara en 1833”, en Florescano, *op. cit.*, t. II, pp. 565-580.

⁸⁰ Martínez y Martínez, *op. cit.*, pp. 244-248.

⁸¹ Eduardo Liceaga, “Conferencia del señor Presidente del Consejo Superior de Salubridad sobre el cólera”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3a. época, XVI, 1910, pp. 166-180.

nó con equinos enfermos. Desde un principio afectó particularmente a los niños, siendo excepcional que se diera en adultos y más aún en ancianos.⁸²

Peste bubónica

La peste bubónica fue una enfermedad desconocida en México hasta fines del siglo XIX. La posibilidad de que el *huey cocoliztle* de 1576 lo fuera ha quedado descartada ante los hallazgos relacionados con las fiebres hemorrágicas de origen viral hechos en el último cuarto de siglo y el análisis del curso de la epidemia y su distribución geográfica.⁸³ El primer brote consignado fue en Mazatlán, Sinaloa, y tuvo como punto de partida la llegada del *Cwrazao*, navío procedente de China, el 13 de octubre de 1892. Siete días después aparecieron los primeros casos. El segundo y último brote consignado se dio en el mismo puerto de diciembre de 1902 a abril de 1903, habiéndose presentado el último caso el 17 de marzo en el puerto y uno más en mayo procedente de Siqueros, población cercana. La presencia de adenitis en ingles, axilas y cuello y su tendencia a la supuración permitió la identificación de la enfermedad. Esta vez el brote fue más severo, pues a pesar de haberse aislado a los enfermos y sospechosos de contacto en el lazareto instalado en la isla de Belvedere, se reportaron 738 casos con 529 defunciones. Sin embargo, la creación de una Junta de Caridad destinada a combatir la epidemia, la cual fue eficazmente coordinada por Martiriano Carbajal, como representante local, y por Octaviano Fabela, por parte del Consejo Superior de Salubridad, permitió reunir fondos y la toma inmediata de las medidas establecidas en la segunda Convención

⁸² Álvarez, *et al.*, *op. cit.*, t. I, pp. 275-276; José G. Lobato, “Crup. Apreciaciones que por la naturaleza de la enfermedad constituyen indicaciones para la traqueotomía”, en *Gaceta Médica de México*, 7, 1872, pp. 38-436; Ramírez de Arellano, J., “Apuntes sobre el crup en la Ciudad de México y medidas profilácticas para impedir su desarrollo”, en *Salubridad Pública*, XVIII, 1894, pp. 83-84.

⁸³ Elsa Malvido y Carlos Viesca, “La epidemia de cocoliztli de 1576”, *Historias*, INAH, 11, 1985, pp. 27-33; Carlos Viesca, *El cocoliztli de 1576-1580. Algunas consideraciones de geografía histórica*. X Reunión de historiadores mexicanos, estadounidenses y canadienses, Fort Worth, Texas, noviembre de 1999; Carlos Viesca, *Las epidemias del siglo XVI. El caso del cocoliztli*, Conferencia Magistral, Seminario Institucional Ciencia y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 de noviembre de 2004.

Sanitaria Internacional Panamericana en 1901: el establecimiento de un riguroso cerco sanitario, la desinfección, la quema de muebles y ropa que pudieran estar contaminados, el aislamiento ya referido y la aplicación de las recién logradas vacunas de Haffkine y Besredka a más de 20,000 personas, pudieron controlar el brote e impedir que la peste se propagara.⁸⁴

Influenza

Se registraron brotes epidémicos de influenza en el invierno de 1805 a 1806, reapareciendo a fines de ese año. En mayo de 1826 tuvo inicio este brote manteniéndose activo hasta noviembre y llegando hasta Yucatán. En julio de 1836 tuvo inicio otra epidemia, esta vez relacionada con la segunda pandemia registrada en tiempos modernos, lo que permite asumir que pudiera tratarse de un virus A-H1N1, como ha sucedido en epidemias con estas características registradas desde inicios del siglo XVIII a la actualidad. Una nueva epidemia que estuvo presente en todo el país ocurrió en 1890, correspondiendo ahora a la cuarta pandemia mundial. El siguiente y aterrador episodio correspondería a la llamada gripe española que causó gran mortalidad en 1918.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad presente en México desde tiempos prehispánicos. En el siglo XIX constituía un problema severo de salud pública. Endémica, se incrementó conforme aumentaba el flujo de población hacia los centros urbanos y se desarrollaron condiciones de vida carentes de higiene y apiñamientos en viviendas pequeñas, en donde el contagio era cosa de todos los días. Liceaga insistía en sus *Recuerdos de otros tiempos* que hasta 1874 era considerada una enfermedad incurable. Extracto de quina, estriquina y arsenatos fueron tratamientos novedosos en su momento, aunados a vejigatorios y paseos en el campo o en el bosque de Chapultepec en el caso de los habitantes de la Ciudad

⁸⁴ Martiniano Carbajal, *La peste de Sinaloa. Informe que la Junta de Caridad rinde a la nación sobre la epidemia y sus trabajos para combatirla*, Mazatlán, Imprenta y Encuadernación de Valadés y Cía., 1903.

de México. El descubrimiento del bacilo causal por Koch marcó un cambio en las aproximaciones al problema, intentándose el tratamiento con tuberculina, procediéndose al aislamiento de los enfermos y siendo incluida en la agenda gubernamental el proyecto de establecer dispensarios destinados a la detección temprana de casos y la construcción de sanatorios dedicados exclusivamente a enfermos tuberculosos, sin embargo, lo más importante es la toma de conciencia, en los últimos veinte años del siglo, de que se trata de una enfermedad “social”, dada su relación con la pobreza, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas y la falta de educación.⁸⁵

Lepra

La lepra estaba presente en prácticamente todo el país, las grandes zonas endémicas eran tres: la primera, Sinaloa y la parte sur de Durango; la segunda, Guanajuato, Jalisco, la parte norte de Michoacán, el sur de Zacatecas, y San Luis Potosí, y la tercera el estado de Guerrero. El mantenimiento de leprosarios fue medida común y continuación de lo que se hacía desde el siglo XVI, siendo novedad la identificación hecha por Lucio y Ladislao de la Pascua, de la forma manchada de la enfermedad.⁸⁶ En un momento, identificado el *mycobacterium leprae* y tomándose en cuenta su parentesco con el tuberculoso, se intentó el tratamiento con tuberculina con resultados contradictorios.

Sífilis

Esta enfermedad continuó siendo objeto de atención y preocupación, siendo evidente el que es contagiosa, aunque el germen causal solamente se identificó hasta principios del siglo XX. El diagnóstico de formas terciarias de afección al sistema nervioso central corrió pares con lo que se lograba en Europa y abundaron los tratamientos mercuriales durante todo el periodo aquí abordado.

⁸⁵ Liceaga, 1949, pp. 109-119.

⁸⁶ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 53-60.

Las medidas de control se dirigieron fundamentalmente a la higiene sexual y al registro y control de las prostitutas.

OTRAS ENFERMEDADES
EPIDEMIOLÓGICAMENTE
SIGNIFICATIVAS

Ya a fines del siglo XIX se consideró el mal del pinto como un problema digno de ser tomado en cuenta y objeto de medidas de tratamiento y control, estudiándose su distribución geográfica y considerándose como posibilidades la humedad de las habitaciones, el tipo de alimentación y las picaduras de insectos.

Algo semejante sucedió con el bocio, al cual se consideró íntimamente unido al cretinismo desde mediados del siglo. Ya en los años noventa se consideró que era susceptible de tratamiento quirúrgico, aunque desde el punto de vista de la salud pública se le asoció con las aguas consumidas y se propuso que era causado por componentes minerales de las mismas. No obstante, se hablaba de que sólo afectaba a unos cuantos centenares de personas, comparándose este dato con lo acotado en Francia, en donde se hablaba de medio millón.⁸⁷

Ahora bien, no puede dejarse de tomar en cuenta que las principales causas de mortalidad seguían siendo enfermedades agudas, las neumonías y las enfermedades gastrointestinales en primer término.

POLÍTICAS DE SALUD

El estado se encontró con una población enferma y pobre que afectaba al desarrollo de la nueva nación por lo que se crearon las Juntas Provinciales de Sanidad en 1812, con la participación de los representantes de los cabildos municipales y eclesiásticos quienes promovieron los primeros decretos de salud en favor de la sociedad y en éstas recayó el cuidado de las condiciones sanitarias de las diferentes provincias que formaron el territorio nacional de ese momento.⁸⁸

⁸⁷ Orvañanos, *op. cit.*, pp. 71-79.

⁸⁸ Álvarez, *et al.*, *op. cit.*, p. 437.

La importancia de las Juntas fue la elaboración de una cartilla, conteniendo los lineamientos de un método de tratamiento para curar a los pobres, por la aparición de diferentes epidemias en territorio nacional; fueron estas organizaciones las que tomaron la responsabilidad y dirección de la toma de medidas sanitarias en el país.

En los años posteriores no se generó un avance en la creación de una legislación de salud, únicamente se encaminaron los esfuerzos para detener las epidemias que atacaban a la población, especialmente la de las costas; y en el año de 1822 el Ministro del Interior, Lucas Alamán, informó que: “No se han manifestado grandes epidemias y que pese a haber encontrado algunas enfermedades con ese carácter, su maligna influencia se ha centrado a un pequeño distrito o han sido prontamente atajadas”.⁸⁹

Ante esta situación, el Ministro Alamán logró crear una monografía organizada de las características de los territorios y las condiciones por las que podían ser afectadas por diferentes enfermedades propias de las zonas; como los litorales costeros que estaban sujetos a más enfermedades por presentar un clima cálido, por lo cual se destinaron los esfuerzos de control de salud hacia esa zona, con la aplicación de una estrategia directa para mejorar la vida de la población.

En la discusión para la creación de la primera Constitución del Estado mexicano en 1824, no se plantearon políticas de salud, ya que todo giró en torno a la formación de una milicia seria, el pago del contingente de los estados a la Federación y la legislación para la nueva República.

Es importante señalar que en el año de 1841 nació el Consejo de Salubridad del Departamento de México, con la finalidad de vigilar el ejercicio autorizado de la medicina, aplicación de medidas preventivas y de emergencia en casos de calamidades naturales y epidemias.⁹⁰

La Constitución de 1857 no consideró en el marco legal una política de salud igualitaria para toda la República; ya que se respetaron los derechos de cada estado para que decidieran la aplicación de su legis-

⁸⁹ Carlos Viesca, *Medicina mexicana, dos siglos de historia 1810-2010*. México, Comarke-ting Editorial, 2011, p. 43

⁹⁰ Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, 2005, p. 34.

lación sanitaria; si bien el Consejo estaba autorizado para intervenir en caso de prevención y toma de medidas de emergencia por la aparición de epidemias, no contaba con la autoridad necesaria para trabajar en coordinación con los gobiernos locales.

En los años posteriores no se dieron grandes cambios, ni se tomaron decisiones importantes por parte del Ejecutivo y de los representantes de la Cámara para la creación de una legislación sanitaria, en parte por la movilidad política del país que se encontró reconstruyéndose después de dos intervenciones extranjeras y la lucha entre liberales y conservadores, sólo se dio pie en “1872 a sentar las bases para la formación las Juntas de Salubridad Estatales y Juntas de Sanidad en los Puertos. Las acciones de prevención y restauración de la salud se limitan a la expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegida”.⁹¹

En el último cuarto del siglo XIX, en el periodo conocido como Porfiriato, se dieron las grandes transformaciones en materia de salud; marcado por la influencia del positivismo dio un gran impulso para el desarrollo de la tendencia higienista en el país para la mejora de la salud de los más necesitados, para lo cual se reunieron médicos, abogados y maestros, entre otros profesionistas, en el Congreso Médico de 1876 y en el Segundo Congreso Médico efectuado en 1878, para discutir sobre los problemas relacionados con la salud pública y proponer la adopción de políticas sanitarias para la civilización del pueblo mexicano.⁹²

La higiene fue el centro de varias obras en el país como lo fue la construcción del Gran Canal del Desagüe del Valle de México, se buscó introducir a la población en la ideología higienista para lograr la reducción de mortandad y enfermedades de la clase pobre; y asimismo ser comparados con las grandes ciudades civilizadas de Europa; el principal representante de esta tendencia en nuestro país fue el Dr. Eduardo Liceaga, quien desde años atrás se encontraba en la lucha por

⁹¹ Francisco J. López Antuñano, “Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”, en *Salud Pública en México*, vol. 35, 1993, p. 438.

⁹² Enrique Aréchiga, “Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, 2007, p. 59.

la constitución de una política de salud para toda la República y a partir de 1885 hasta el año de 1914 fue el Director del Consejo Superior de Salubridad y contó con el apoyo total del Presidente Díaz para que, por medio de esta institución, se formularan las medidas necesarias en la construcción de una política de salubridad pública basada en la aplicación de una medicina científica y así encaminar a la Nación hacia la civilización y el progreso.

La obra del Consejo vio sus primeros frutos el 15 de julio de 1891, con la promulgación del primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, en el que se reunió todo lo relativo a la higiene; son estas medidas a las que se les puede señalar como la primera legislación de salubridad general para la Nación ya que éste se dividió en primer término en un título preliminar “Naturaleza y Organización del Servicio Sanitario”, que en sus primeros artículos cita:

Artículo 1o. Se instituye el servicio sanitario de los Estados Unidos Mexicanos para velar por la salubridad general e higiene pública del país.

Artículo 2o. En los términos de este Código el servicio sanitario es federal o local.

Artículo 3o. Compete la acción sanitaria federal:

I. Al jefe del Poder Ejecutivo de la Unión, en los términos del artículo 5o. de este código.⁹³

En esta primera parte se señaló la organización de los servicios sanitarios y la injerencia directa del Ejecutivo en la toma de decisiones sobre situaciones de salubridad, ya que se concedió autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios. El Código también constó de cuatro libros, divididos en:

- Libro Primero. Administración sanitaria general de la República
- Libro Segundo. Administración sanitaria local
- Libro Tercero. De las penas
- Libro Cuarto. Del procedimiento

⁹³ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, p. 367.

Posteriormente, en los años de 1894 y 1903, se publicaron versiones reformadas del Código en las que cada vez se concedía mayor autoridad al Consejo para la formación de leyes y acciones enfocadas a la mejora y cuidado de la salud, todavía no se lograba una centralización de la política sanitaria. La Federación tuvo la obligación sobre el control de enfermedades transmisibles, la vigilancia, promoción del saneamiento ambiental, el control de alimentos, bebidas y medicamentos, la educación para la salud; los gobiernos estatales tuvieron la responsabilidad en la organización de los servicios asistenciales, incluyendo consultorios y hospitales para la atención médica.⁹⁴

Al término del proceso revolucionario, con la redacción de la Constitución de 1917, es que se dio el marco legal a la legislación en salubridad cuando el doctor José María Rodríguez, Presidente del Consejo de Salubridad, propuso una modificación a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, en la cual se buscaba que la dirección de este Consejo quedara en manos del Presidente, sin la interferencia de ninguna secretaría de Estado y sus disposiciones generales fueran obligatorias en todo el país; creando también el Departamento de Salubridad con la obligación de “dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República”.⁹⁵

UN BALANCE SANITARIO

El balance de lo que es hoy en día salud pública y era entonces llamado higiene pública y de las acciones sanitarias emprendidas es sumamente interesante y de resultados positivos. En su *Geografía médica*, que como se ha visto data de 1889, Orvañanos ofrece un panorama sumamente amplio de lo que sucedía. En lo que se refiere a las enfermedades que causaban la mayor mortalidad para entonces, señala en primer término a “las fiebres continuas”, correspondientes a procesos infecciosos agudos, a las que se deben sumar las neumonías, que él con-

⁹⁴ Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, p. 37.

⁹⁵ Felipe Tena, *Leyes fundamentales de México 1808-1989*, México, Porrúa, 1989, p. 907.

signa por separado y ocupaban el primer lugar en Monclova, Coahuila, algunos distritos de Nuevo León, Sinaloa, Jalisco, Colima, Michoacán y casi todo Chiapas. Las fiebres intermitentes, palúdicas, predominaban en Sinaloa, sureste de Chihuahua, Tamaulipas en sus confines con Nuevo León, algunos municipios de Veracruz, Tabasco y Yucatán, así como de Colima y Oaxaca, siendo de hacerse notar que esto no significó la ausencia de paludismo, sino que la mortalidad que causaba era sobrepasada por las otras patologías infecciosas. La tuberculosis es señalada como primera causa de muerte en Sonora y Baja California Sur. Las otras causas principales de mortalidad consignadas, son las afecciones gastrointestinales y la viruela, además de las anteriores,⁹⁶ se puede destacar que todas ellas corresponden a enfermedades infecciosas y parasitarias y que otro tipo de patología no adquiriría para entonces el significado que posteriormente tendría. En una palabra, todavía no se iniciaba la transición epidemiológica que caracterizó al siglo xx. En la Ciudad de México se acotaban para fines del siglo xix, 66 por mil habitantes para la tuberculosis, habiéndose notado un aumento de 16.5/1,000, en los cincuenta años anteriores. El tifo estaba presente con 37/1,000, la tifoidea con 2.13, la erisipela con 11.8, la tosferina con 10.5, las neoplasias malignas con 11.3, siendo las más frecuentes el cáncer cervicouterino y el gástrico, la difteria con 9.3, las fiebres palúdicas con 9.1, la disenteria con 5.8; la viruela con 22.3, la escarlatina con 1.9 y el sarampión con 3.0, haciéndose notar que diez años atrás la viruela era causa de muerte en 74/1,000 habitantes. Se consignaban muertes por septicemia y piohemia, 2.9/1,000; “eclampsia infantil”, 37/1,000, tratando de referirse principalmente al tétanos neonatal, pero con lo que se agrupaban muertes en cuya historia clínica previa se destacaban convulsiones como síntoma predominante, notándose una disminución importante en las décadas que van del 1860 a fines de los ochentas, pues había sido de 63/1,000. Al tétanos, precisamente diagnosticado, se referían solo 0.8/1,000 de las muertes, siendo la meningitis causa de 29.3/1,000 y las hemorragias y “congestiones cerebrales” de 26.8/1,000.⁹⁷

⁹⁶ Orvañanos, *op. cit.*, mapa 43 del atlas.

⁹⁷ Orvañanos, *op. cit.*, Apéndice, promedio con relación a la mortalidad general, pp. 189-191.

Resulta claro que en el curso del siglo habían predominado enfermedades epidémicas del tipo del tifo durante los tiempos de conflictos bélicos, tanto internos como invasiones extranjeras, y que el resto del tiempo los mayores problemas eran derivados de enfermedades infectocontagiosas, las cuales durante casi todo el siglo habían sido consideradas sencillamente como contagiosas al no conocerse la teoría de los gérmenes antes de finales de la década de 1860. Por otra parte, la presencia de enfermedades epidémicas provenientes del extranjero, como es la peste bubónica y brotes de otras muchas, se relacionan claramente con el incremento del comercio internacional.

LA VISIÓN DE EDUARDO LICEAGA EN 1910

Liceaga, quien presidiera el Consejo Superior de Salubridad de 1885 a 1914, es indiscutiblemente uno de los más importantes forjadores de la salud pública y del sistema de atención de la salud del país. Como autoridad sanitaria responsable de las políticas públicas en el periodo final de la época aquí analizada, contó con la información y elementos para valorar lo que se había logrado a lo largo del siglo. Los cambios realizados y logros obtenidos en los últimos años del siglo se pueden sintetizar en la erradicación de la fiebre amarilla y prácticamente del paludismo en el país; la disminución notoria de la tuberculosis, lográndose que no aumentara en los centros de concentración de población y en las áreas industriales, como había sido el caso de casi todas las grandes ciudades europeas; la obligatoriedad de la vacuna antivariolosa aunada a la garantía de producción de linfa con calidad y en cantidad suficiente, principalmente de origen humano, pero también bovina; la introducción de la vacuna antirrábica y de los sueros antipestoso, antidiftérico y antitetánico, así como de la tuberculina, esta última con fallidas expectativas; la promulgación de un nuevo Código Sanitario en 1891, actualizando sus miras y posibilidades de acción en 1894 y 1902; el establecimiento de lazaretos en puertos de mar y en las fronteras terrestres, logrando que los aspectos de atención y protección de la salud fueran de incumbencia federal y no quedaran solamente al buen juicio de los gobiernos estatales; las medidas de control de epidemias y aislamiento de enfermos contagiosos en el ámbito de ciudades y po-

blados; la extensión de medidas de higiene y saneamiento de las zonas urbanas, con aprovisionamiento de agua potable, la construcción de atarjeas drenajes; así como el establecimiento de medidas sanitarias para rastros y control de alimentos.⁹⁸

En otros terrenos, el siglo trascendido había sido testigo primero de un fuerte impulso a la conservación de los hospitales heredados de la época colonial y, en el último cuarto del siglo XIX a la construcción de hospitales dotados de todos los elementos de atención apenas incorporados al conocimiento médico, con el Hospital General, las reformas al Hospital Juárez y el Manicomio General de la Castañeda en la Ciudad de México, y la construcción de toda una red de hospitales civiles en las capitales y principales ciudades de los estados.

Hospitales, leyes, reglamentos, campañas de sanidad, hoy de salud pública y establecimiento de políticas públicas dirigidas a mejorar la salud de los habitantes del país y dotarles de mejores condiciones de vida, fueron el fruto del trabajo y desvelos de médicos y autoridades durante este agitado periodo que va de 1821 a 1917.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ALVARADO, Ignacio, *La fiebre amarilla en Veracruz*, México, 1897.
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José; Bustamante, Miguel E.; López Picazos, Antonio, y Fernández del Castillo, Francisco, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, 4 vols., Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960.
- BASCH, Samuel, *Recuerdos de México. Memorias de médico ordinario del emperador Maximiliano, (1866 á 1867)*, México, 1870.

⁹⁸ Eduardo Liceaga, “Carta dirigida al doctor Manuel Cañas, Secretario del Consejo Superior de Salubridad, 16 de marzo de 1914”, en Fernando Martínez Cortés y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la Salud Pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline/Beecham, 1997, pp. 272-273. Carlos Viesca, *El Dr. Eduardo Liceaga y la salud pública*, VII Conferencia de Historiadores Mexicanos y Norteamericanos, Oaxaca, UNAM y University of Connecticut, 25 de octubre de 1985; *idem*, “El último episodio de la pública del Dr. Eduardo Liceaga”, *Boletín Mexicano, de Historia y Filosofía de la Medicina*, XII, 1989; *idem*, *Eduardo Liceaga y su papel en la fundación de la OPS*, ponencia, La Habana, Cuba, 17 de febrero de 1994.

- BUSTAMANTE, Miguel, *La fiebre amarilla en México y su origen en América*, México, s. p. i., 1958.
- CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, *Las enfermedades mentales en México*, México, Trillas, 2002.
- CARBAJAL, Martiniano, *La peste de Sinaloa. Informe que la Junta de Caridad rinde a la nación sobre la epidemia y sus trabajos para combatirla*, Mazatlán, Imprenta y Encuadernación de Valadés y Cía., 1903.
- CHABERT, Juan Luis, *Memoria sobre la fiebre amarilla*, México, s. p. i., 1821, reimpresso en 1822.
- y Liceaga, Casimiro, *Reflexiones médicas y observaciones sobre la fiebre amarilla*, México, Imprenta del Gobierno Supremo, 1828.
- Consejo de Salubridad General, *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, 2005.
- CRUZ, Juan, *Instrucciones, fumigaciones y cartilla de la epidemia*, Guadalajara, en la Oficina de José Fruto Romero, 1813.
- DE LA GARZA VALDÉS, Ulises A. (coord.), *Patrimonio de la Beneficencia Pública. 150 años de asistencia social en México*, México, Secretaría de Salud-Lotería Nacional para la Asistencia Pública-Montepío Luz Saviñón-Sanofi Aventis, 2011.
- DELAPORTE, Francois, *Histoire de la fièvre jaune*, Paris, Payot, 1989.
- FAJARDO ORTIZ, Guillermo, *Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México*, México, Asociación Mexicana de Hospitales-Sociedad Mexicana de Historia y filosofía de la Medicina, 1980.
- , *Del hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*, México, Glaxo Smith Kline, 2003.
- FERNÁNDEZ DE LIZARDI, José Joaquín. *El periquillo sarniento*, México, 1816.
- FLORES, Sonia y Sanfilippo, José, *Anastasio Bustamante y las Instituciones de Salubridad en el siglo XIX*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 2009.
- FLORESCANO, Enrique y Malvido, Elsa (comps.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, 2 vols., México, IMSS, 1982.
- FRÍAS Y SOTO, Hilarión, *Rectificaciones a las memorias del médico ordinario del emperador Maximiliano*, México, 1880.
- GALINDO Y VILLA, Jesús, *Historia sumaria de la Ciudad de México*, México, Editorial Cultura, 1925.
- GARCÍA ICAZBALCETA, Joaquín, *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección*, México, 1864.
- HEYER, H., *Memorias*, México, 1870.

- JOURDANET, Denis, *Du Mexique au point de vue de son influence sur la vie de l'homme*, Paris, J.B. Bailliére et fils, 1861.
- JUNTA DE SANIDAD, *Cartilla o sea método sencillo de curar a los pobres de la epidemia, que en el presente año aflige a los habitantes de la Ciudad*, Puebla, Imp. de Pedro de la Rosa, 1813.
- LAGUARTA, Pablo Lorenzo, *Historia de la Beneficencia Española en México*, México, El Libro Perfecto, 1951.
- LANNING, John Tate, *El Real Tribunal del Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el imperio español*, México, UNAM, 1997.
- LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949 (manuscrito de 1920).
- LÓPEZ SÁNCHEZ, José, *Finlay. El hombre y la verdad científica*, La Habana, Cuba, 1987.
- LYON, George Francis, *Residencia en México, 1826. Diario de una gira con estancia en la República de México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera*, México, Siglo XXI, 1994.
- MARROQUÍ, José María, *La Ciudad de México*, México, 1901-1903.
- MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando, *De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad*, Secretaría de Salud/Bristol Myers, 1993.
- , y Martínez Barbosa, Xóchitl, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*, México, Consejo de Salubridad General/Smith Kline–Beecham, 1997.
- MONTAÑA, Luis, *Método de socorrer a los enfermos de esta epidemia*, México, Arizpe, 1813.
- , *Avisos importantes sobre el matlalzáhuatl, o calentura epidémica manchada que pasa a ser peste*, México, Imprenta de Mariano Zúñiga y Ontiveros, 1817.
- MORENO DE GUZMÁN, Bernardo, *Descripción de la epidemia del día y modos de librarse de ella y sus recaídas*, México, Imp. Dña. María Fernández Jáuregui, 1813.
- MURIEL, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*, México, Jus, 1956.
- NOVO, Salvador, *Breve historia y antología sobre la fiebre amarilla*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1964.
- ORVAÑANOS, Domingo, *Ensayo de geografía y climatología médica de la República Mexicana*, 2 vols. (texto y atlas), México, Secretaría de Fomento, 1889.

- OTERO, Miguel, *Tratamiento científico de la rabia ya declarada*, San Luis Potosí, Tipografía de M. Esquivel y Compañía, 1890.
- PEZA, Juan de Dios, *La Beneficencia en México*, México, imprenta Francisco Díaz de León, 1881.
- RAMÍREZ MORENO, Samuel, *La asistencia psiquiátrica en México*, Congreso Internacional de Psiquiatría en París, 1950, México, s. p. i., 1950.
- RAMOS DE VIESCA, Mariblanca, *La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX*, Salud Mental, 2002.
- , *La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX*, Salud Mental, 2000.
- y Viesca Treviño, Carlos, *El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda*, Salud Mental, 1998.
- RAMOS, Pedro, “Una visión comparativa entre el Protomedicato en España y en la Nueva España”, en Enrique Cárdenas de la Peña (coord.), *Temas médicos de la Nueva España*, s. p. i., 1992.
- RODRÍGUEZ ARGÜELLES, Anacleto, *Tratado de la fiebre epidémica o endémica, remitente pútrida, petequial y contagiosa, observada en esta capital*, México, Mariano José de Zúñiga y Ontiveros, 1811.
- RUIZ MEDINA, Manuel Ildefonso, *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa, 2011.
- SIGERIST, Henry E., *On the Sociology of Medicine*, Nueva York, MD Publications, Inc., 1960.
- SILVA, M., *Libro (documentos) de Actas Médicas de 1882*, Hospital Juárez.
- SOMOLINOS D'ARDOIS, Germán, *Historia de la psiquiatría en México*, México, Sepsetentas, 1976.
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Leyes fundamentales de México 1808-1989*, México, Porrúa, 1989.
- , *Eduardo Liceaga y su papel en la fundación de la OPS*, ponencia, La Habana, Cuba, 17 de febrero de 1994.
- , *El Dr. Eduardo Liceaga y la salud pública*, VII Conferencia de Historiadores Mexicanos y Norteamericanos, Oaxaca, UNAM y University of Connecticut, 25 de octubre de 1985.
- , *El cocoliztle de 1576-1580. Algunas consideraciones de geografía histórica*. X Reunión de historiadores mexicanos, estadounidenses y canadienses, Fort Worth, Texas, noviembre de 1999.
- , *Las epidemias del siglo XVI. El caso del cocoliztle*, Conferencia Magistral, Seminario Institucional Ciencia y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 5 de noviembre de 2004.

———, *Medicina mexicana, dos siglos de historia 1810-2010*, México, Co-marketing Editorial, 2011.

Hemerográficas

- ARÉCHIGA, Enrique “Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, núm. 33, enero-junio, 2007.
- ARMENDÁRIZ, Eduardo, “Apuntes para el estudio terapéutico de algunas plantas medicinales. Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina, el 4 de diciembre de 1911”, en *Gaceta Médica de México*, t. 9, núm. 3, 1912
- BALLINA, Ladislao, “¿Por qué han aumentado en número e intensidad las fiebres paludeanas?”, en *Gaceta Médica de México*, 1882.
- BUSTAMANTE, Miguel, “Notas sobre enfermedades poshispánicas en México. El sarampión”, en *Gaceta Médica de México*, 1973.
- CASTAÑARES, Adolfo, “Algunas consideraciones sobre la fiebre amarilla en el estado de Tabasco”, *American Public Health Association*, Boston, XVIII, 1894.
- “Decreto de creación del Instituto Médico Nacional, Un decreto importante sobre la creación del Instituto Médico Nacional”, en *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, t. 24, núm. 1, 1889.
- “El Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XXI, núm. 21, 15 de noviembre de 1906.
- ERAZO, Ignacio, “El sulfato de quinina en las calenturas intermitentes: discusiones y controversias”, en *La Unión Médica de México*, I, suplemento.
- EROSA BARBACHANO, Arturo, “La viruela, desde la Independencia (1821) hasta la erradicación”, en *Gaceta Médica de México*, 1977.
- FLORES, Sonia y Sanfilippo, José, “Anastasio Bustamante y las instituciones de salubridad en el siglo XIX”, en *Archivalia Médica*, Nueva Época, núm. 2, 1990; Facultad de Medicina, UNAM, 2009.
- GAVIÑO, Ángel, “Descripción del laboratorio de sueroterapia del Instituto Patológico Nacional”, en *Boletín del Instituto Patológico Nacional*, 2a. época, t. II, núm. 6, México, agosto de 1904.
- , “Observaciones sobre el paludismo”, en *Gaceta Médica de México*, 1897.
- HEINEMAN, Carlos, “Estudios sobre la fiebre amarilla en la costa oriental de la República Mexicana”, *Gaceta Médica de México*, XV, 1880.

- IGLESIAS, Ángel, “Memoria sobre la vacuna animal”, en *Gaceta Médica de México*, 3, 1968.
- “Informe que rinde al C. Ministro de Instrucción Pública de las labores llevadas a cabo en el Museo de Anatomía Patológica desde su fundación hasta la fecha y Proyecto de Reformas para su transformación en Instituto Anatómico-Patológico”, en *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas*, t. 4, núms. 9 y 10, México, mayo 1 y 15 de 1899.
- JIMÉNEZ, Miguel, “Intermitentes perniciosas”, en *Gaceta Médica de México*, 10, 1875.
- JUAN RODRÍGUEZ, María, “Breves Consideraciones sobre las condiciones higiénicas de las maternidades en general y deducciones relativas a la de México, presentadas por el que suscribe al Consejo Superior de Salubridad, obsequiando el mandato de su digno Presidente”, en *El Observador Médico*, t. V, núm. 7, 1 de noviembre de 1890.
- “Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XX, núm. 20, 31 de octubre de 1905.
- LICEAGA, Eduardo, “Las inoculaciones preventivas de la rabia en el Instituto del Consejo Superior de México”, en *La Escuela de Medicina*, periódico dedicado a las ciencias médicas, t. XI, núm. 23, 1892.
- LOBATO, José G., “Crup. Apreciaciones que por la naturaleza de la enfermedad constituyen indicaciones para la traqueotomía”, en *Gaceta Médica de México*, 7, 1872.
- LÓPEZ ANTUÑANO, Francisco J. “Evolución de los servicios de salud de la Secretaría de Salud”, en *Salud Pública en México*, vol. 35, 1993.
- MALVIDO, Elsa y Viesca, Carlos, “La epidemia de cocoliztli de 1576”, *Historias*, INAH, 11, 1985.
- MARTÍNEZ BARBOSA, Xóchitl, “Inicios de la historia de la medicina en México: influencias y relaciones con el extranjero (1935-1960)”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 2011. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2011/hf1111d.pdf>
- PRIEGO, Natalia, “El Instituto Bacteriológico Nacional y la lucha contra el tifo”, en *Ciencia*, revista de la Academia Mexicana de Ciencias, vol. 63, núm. 2, abril-junio 2012.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, J., “Apuntes sobre el crup en la Ciudad de México y medidas profilácticas para impedir su desarrollo”, en *Salubridad Pública*, XVIII, 1894.
- SORIANO Y ESCOBEDO, Manuel, “Contribución a la estadística de la cirugía militar en México. Noticias estadísticas de los heridos que se asistieron

en el Hospital Militar de San Luis Potosí y que se levantaron por las ambulancias del ejército en el ataque que sufrió aquella plaza el 1o de julio de 1872”, en *Gaceta médica de México*, México, 1873.

———, “Conferencia del señor Presidente del Consejo Superior de Salubridad sobre el cólera”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3a. época, XVI, 1910.

TERRÉS, José, “El paludismo en México”, en *Gaceta Médica de México*, 1893.

USLAR, *Sulfato de quinina. Observación*, Periódico de la Academia de Medicina de Méjico, 3, 1838.

VIESCA, T. Carlos, “El último episodio de la pública del Dr. Eduardo Liceaga”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, XII, 1989.

Leyes, códigos y reglamentos

Estatuto Provisional del Imperio Mexicano, Imprenta de Andrade y Escalante, México, 1865.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley constitutiva del Instituto Patológico Nacional y del Instituto Bacteriológico Nacional.

Reglamento de la Junta Superior de Sanidad de Guadalajara, agosto de 1813.

Archivos

Archivo Ferrocarriles Nacionales de México.

Archivo General de la Nación.



EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA CONSTITUCIÓN MEXICANA DE 1917

José Ramón Cossío Díaz
David J. Sánchez Mejía

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se erigió como un instrumento a través del cual, en ideas y palabras de sus autores, pretendió plasmar las necesidades y aspiraciones de romper con el pasado y transitar hacia un nuevo acuerdo sobre la manera de ser, vivir y pensar como país. Sin embargo, dicha ruptura con el pasado no fue total, ni mucho menos se desechó todo lo desarrollado durante el régimen derrotado. Tal es el caso del Consejo de Salubridad General.

Este órgano encontró cabida en el texto constitucional debido a la preocupación por contar con espacios institucionalizados para la solución de los problemas sociales en torno a la salud pública, y que su predecesor inmediato —el Consejo Superior de Salubridad— había logrado contrarrestar de manera efectiva por la cercanía personal de Eduardo Liceaga, su Presidente, con Porfirio Díaz, así como por los primeros esfuerzos para contar con un andamiaje institucional y un sólido marco jurídico.

El presente texto pretende dar cuenta de algunos antecedentes sobre la relevancia que adquirió el Consejo Superior de Salubridad durante la segunda mitad del Porfiriato.

En segundo lugar, se abordarán los elementos que contenía la propuesta para que el Consejo de Salubridad General fuera considerado en el texto constitucional y las razones por las cuales no se incluyó en

el artículo 90, como originalmente se propuso, sino que se incorporó como parte de una adición a la fracción XVI del artículo 73 y abordaremos la evolución del texto constitucional.

En tercer lugar, exploraremos el entendimiento que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha tenido acerca de las facultades del Consejo a partir del desarrollo jurisprudencial en torno a éste. Por último, plantearemos algunas propuestas que podrían contribuir a que el Consejo de Salubridad General tenga un papel más activo en la conducción de la política en la materia.

EL CAMINO HACIA LA CONSTITUCIÓN

El Consejo Superior de Salubridad fue creado por medio de un bando publicado por la Junta Departamental de México el 4 de enero de 1841, durante la presidencia de Anastasio Bustamante. Las condiciones de inestabilidad política por las que atravesaba el país impidieron su desarrollo, puesto que no se le reconocía la autoridad suficiente ni se le otorgaba un apoyo eficaz.¹

Fue hasta el periodo comprendido entre 1872 y 1879 que se expedieron dos reglamentos para ordenarlo. Su contenido reconocía al Consejo Superior de Salubridad, por un lado, el carácter de un órgano técnico y, por otro, la relevancia de su materia adscribiéndolo a la Secretaría de Gobernación, con el objeto de evidenciar la acción federal en materia de salud pública. Bajo dicha regulación, hacia 1880, el Consejo contaba ya con trece comisiones permanentes para el cumplimiento de sus funciones, las cuales iban desde la inspección de establecimientos hasta la elaboración de la estadística médica para enfrentar amenazas epidemiológicas.²

El Consejo asumió la tarea de organizar los servicios de higiene a nivel nacional durante varios años y dicha tarea se desarrolló únicamente bajo un marco normativo de carácter reglamentario. Sin embargo, fue hasta que el doctor Eduardo Liceaga asumió la presidencia

¹ Martha Rodríguez, *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, México, Consejo de Salubridad General, 2010, pp. 29 y 30.

² *Ibidem*, pp. 35-37.

del Consejo Superior de Salubridad en 1885, que se comenzaron a emprender otro tipo de acciones de carácter institucional que condujeron a la presentación de un proyecto que a la postre se convertiría en el primer Código Sanitario del país.

El proyecto fue presentado, además del doctor Eduardo Liceaga, por los licenciados José María Gamboa, Joaquín Casasús y Enrique Landa. Tuvo como finalidad, entre otras cuestiones, consolidar al Consejo como un órgano técnico-científico con facultades consultivas, normativas y ejecutivas que contara con una legislación uniforme para todo el territorio nacional; evitar la falta de recursos para ejecutar las medidas decretadas por el Consejo Superior de Salubridad; así como la implementación de procedimientos para el control de alimentos, bebidas y medicamentos, y la vigilancia sanitaria de establecimientos.³ Finalmente, el Presidente Porfirio Díaz expidió el primer Código Sanitario el 15 de julio de 1891.⁴ Dicho ordenamiento fue modificado dos años más tarde y, posteriormente, sustituido el 30 de diciembre de 1902, debido a la necesidad de introducir diversos cambios congruentes con la experiencia adquirida y al progreso científico.⁵

La preocupación por la salud pública no cesó con el porfiriato. La acción del Consejo Superior de Salubridad permaneció vigente durante los gobiernos de Francisco I. Madero y del usurpador Victoriano Huerta, y perduró hasta que fue trasladada a los trabajos del Constituyente de Querétaro por su último Presidente, José María Rodríguez.

José María Rodríguez fue un médico y militar originario de Saltillo, Coahuila, que inició su carrera política al sumarse a los movimientos antirreeleccionistas de 1893, a lado de Emilio Carranza. Estos hechos lo llevaron a dirigir el Partido Liberal de Coahuila entre 1898 y 1910.⁶ Desde la dirigencia del Partido se relacionó con Francisco I. Madero,

³ *Ibidem*, p. 81.

⁴ *Cfr.* Rodríguez, *op. cit.*, p. 55.

⁵ Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949, p. 83.

⁶ *Fondo Antonio Yarza* del Centro de Investigaciones Históricas de la Universidad Iberoamericana.

a quien apoyaría en la planeación del movimiento revolucionario del 20 de noviembre e impulsaría la candidatura de Venustiano Carranza por el gobierno del Estado de Coahuila, en 1910.⁷ Posteriormente, formó y comandó el Cuerpo Revolucionario de Ferrocarrileros y se convirtió en Presidente Municipal de Torreón en 1913, año en que se levantó en armas junto con Venustiano Carranza.

Mientras tanto, la gestión de Eduardo Liceaga al frente del Consejo se mantuvo, pues a pesar de las condiciones políticas y sociales imperantes, permaneció en el cargo hasta febrero de 1914, cuando presentó su renuncia. En agosto siguiente, José María Rodríguez ingresó con Carranza a la Ciudad de México y asumió el cargo de Presidente del Consejo Superior de Salubridad a finales del mismo mes. Durante ese año hizo frente a una epidemia de viruela e implementó medidas de prevención contra la fiebre amarilla y el paludismo.⁸

En 1916, el doctor Rodríguez fue electo como Diputado Constituyente por el Tercer Distrito de Coahuila,⁹ posición desde la cual presentó la iniciativa para instituir en el artículo 90 constitucional, al Consejo de Salubridad General y al Departamento de Salubridad.

EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Y EL CONSTITUYENTE

En el marco de la discusión y debate del artículo 90 constitucional referente a la creación de las distintas secretarías de Estado, el doctor José María Rodríguez pidió la palabra para expresar su preocupación porque existiera una secretaría que se encargara de la salubridad para que la acción del gobierno en esta materia se unificara. Algunos autores consideran que el enfoque de dicha iniciativa se centraba en una razón biológico-económica, cuya finalidad era restablecer a una sociedad que se encontraba rodeada de los vicios de la época y que, a su parecer,

⁷ Ana Cecilia Rodríguez, *et al.*, *Protagonistas de la medicina científica mexicana, 1800-2006*, México, Plaza y Valdez, 2008, p. 364.

⁸ Xóchitl Martínez y Fernando Martínez, *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría de Salud, 2000, pp. 36-40.

⁹ Jesús Romero, *Historia del Congreso Constituyente 1916-1917*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1978, p. 61.

dichas conductas impedían que las personas no fueran capaces de trabajar.¹⁰ En palabras del médico constituyente:

Este problema, señores, es también un problema económico y social de una trascendental importancia entre nosotros. La fuerza de nuestra nación estará en razón del número de habitantes y de su riqueza individual y colectiva; pero si los componentes de nuestra raza en inmensa mayoría están degenerados por el alcohol y son descendientes de alcohólicos o degenerados por las enfermedades y por añadidura pobres miserables, que no pueden trabajar ni luchar por la vida con ventaja, por su inhabilidad física y naturalmente moral, tendréis entonces disminuida la fuerza nacional en razón inversa de los físicamente inhabilitados, de los enfermos y de los pobres, y por eso es una necesidad nacional que el Gobierno de hoy en adelante intervenga, aun des-
póticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente.¹¹

Las preocupaciones expresadas en la tribuna del Congreso Constituyente no se limitaban a los problemas de salud que pudieran presentarse dentro del territorio nacional, sino contemplaban también el impacto en el desarrollo social de las enfermedades provenientes del exterior. En sus palabras, la propagación de las enfermedades epidémicas podían “atacar grandes porciones de la República, interrumpir de modo completo el tráfico y las relaciones interiores de Estado a Estado y las internacionales”¹² y, en consecuencia, entorpecer el desarrollo de las actividades económicas. Igualmente, manifestó que el éxito de las medidas que pudieran tomarse para mitigar dichos riesgos dependía del control del Ejecutivo, pues el personal se encontraría bajo la unidad de mando necesaria para ser organizado directamente. Su intervención no fue suficiente para que la iniciativa fuera aprobada y se reflejara expresamente en el contenido del artículo 90 constitucional.¹³

¹⁰ Martínez, *op. cit.*, pp. 34-36.

¹¹ Ignacio Marván, *Nueva Edición del Diario de Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917*, t. II, México, SCJN, 2006, p. 1985.

¹² *Idem.*

¹³ El texto del artículo 90 constitucional fue el siguiente: “Para el despacho de los negocios del orden administrativo de la Federación, habrá un número de secretarios que establezca el Congreso por una Ley, la que distribuirá los negocios que han de estar a cargo de cada secretaría”.

Sin embargo, en la quincuagésima sesión ordinaria del Congreso Constituyente, celebrada el 19 de enero de 1917, José María Rodríguez y 41 diputados más, sometieron a consideración del Congreso realizar una adición a la fracción XVI del artículo 73 constitucional. Dicha adición se integraba por cuatro bases mediante las cuales se establecería la creación de los órganos capaces de hacer frente a los problemas de salud de la sociedad mexicana: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad.¹⁴ La propuesta fue redactada en los siguientes términos:

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 de observancia obligatoria en el país.

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

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

4a. Las medidas que el Departamento de Salubridad haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.¹⁵

El doctor Rodríguez hizo uso de la palabra para exponer la iniciativa y expresó que su contenido encontraba sustento en tres ejes fundamentales, mismos que ya había manifestado en los días previos al discutirse el artículo 90. El primero de estos, la necesidad de crear órganos capaces de reaccionar de manera rápida y eficaz ante los distintos problemas que en materia de salud se pudieran suscitar en el país. El segundo, que dichos órganos tuvieran los recursos materiales y humanos necesarios para ejecutar sus acciones. Finalmente, que contaran con la facultad de

¹⁴ El término “bases” fue empleado por el doctor Rodríguez al hacer uso de la palabra; sin embargo, no especificó las razones por las cuales denominó de esa manera a los cuatro párrafos que propuso incluir.

¹⁵ Marván, *op. cit.*, p. 1767.

emitir disposiciones de carácter obligatorio para todo el territorio sin que intervinieran autoridades administrativas.

En cuanto al primer elemento manifestó que resultaba óptimo que la autoridad sanitaria se encontrara unificada y que afectara a todos los estados de la República, ya que para combatir posibles riesgos epidemiológicos y sanitarios era indispensable que fuera ejecutiva, es decir, que no tuviera que acudir a ninguna otra autoridad de carácter administrativo o judicial al momento de llevar a cabo sus determinaciones.

Respecto al segundo eje de la propuesta (referente a la necesidad de que el Consejo contara con recursos materiales y humanos), el doctor Rodríguez explicó que cuando se presentó la epidemia de peste bubónica en Mazatlán, enfrentó dos problemas. Por un lado, la falta de recursos humanos para implementar las medidas y, por otro, la falta de recursos económicos debido a la dependencia de una de las secretarías de Estado, y a los obstáculos interpuestos por algunas autoridades administrativas. Por ello, afirmó que si el Consejo hubiera contado con los recursos suficientes, hubiera podido enfrentar de manera oportuna la problemática y la pérdida de vidas humanas hubiera sido menor.

Por último, el doctor Rodríguez enfatizó la relevancia de los dos primeros ejes de su propuesta, ya que al establecer la naturaleza ejecutiva del Consejo y garantizar su autonomía económica se alcanzaría el objetivo de que ninguna autoridad administrativa se opusiera a sus determinaciones. Además, apuntó la relevancia de que todo esto fuera reflejado en el texto constitucional para que no se encontrara sujeto a ser alterado por los cambios políticos que pudieran presentarse.

La propuesta fue bien recibida por la amplia mayoría del Congreso Constituyente. Luego de dos intervenciones a favor y dos en contra, se votó. Con 143 votos a favor y 3 en contra, fueron creados el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad.¹⁶ El texto finalmente aprobado fue el siguiente:

Ia. 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.

¹⁶ Ignacio Marván, *op. cit.*, p. 1785.

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 y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

El texto aprobado hace cien años ha sido modificado en tres ocasiones. De ellas, únicamente una ha modificado el contenido material sobre las facultades que el Constituyente otorgó al Consejo de Salubridad General. Esta modificación, publicada el 6 de julio de 1971, consistió en una adición a la base 4a para que pudiera emitir medidas para prevenir y combatir la contaminación ambiental.¹⁷ Dicha adición se produjo a partir de la iniciativa presentada por el Presidente Luis Echeverría, quien externó su preocupación por los riesgos que representaba para la salud la contaminación ambiental suscitada, entre otras cosas, por el crecimiento de la industrialización, el número de vehículos circulantes y el desarrollo económico del país.¹⁸

EL DESARROLLO JURISPRUDENCIAL DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Hasta ahora hemos realizado la breve descripción de los antecedentes, de los orígenes del Consejo de Salubridad General y de la evolución que ha tenido el texto constitucional. Sin embargo, para poder comprender su desarrollo institucional, resulta necesario conocer cómo es que la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha entendido a este ór-

¹⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Decreto por el que se modifican diversas disposiciones, *Diario Oficial de la Federación*, México, 6 de julio de 1971, p. 2.

¹⁸ Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Exposición de motivos* <http://bovmsilap.scjn.pjf.gob.mx/LF/DetalleProcesoLeg.aspx?IdLey=130&IdRef=76&IdProc=7>, fecha de consulta: 26 de septiembre de 2016.

gano a partir de sus criterios jurisprudenciales. A diferencia de lo que suele suponerse, es mediante estos criterios que los enunciados constitucionales adquieren su sentido a través del tiempo, siendo la Suprema Corte el máximo intérprete del texto constitucional. Conocer lo que ella ha dicho sobre el Consejo (o cualquier otro ente) es necesario para su cabal comprensión.

El desarrollo jurisprudencial alrededor del Consejo de Salubridad General no es muy amplio en cuanto al número de tesis publicadas. Sin embargo, del contenido de ellos pueden apreciarse algunas dificultades que el Tribunal Constitucional ha enfrentado para entender las facultades otorgadas por el Constituyente al Consejo de Salubridad General.¹⁹

Los primeros precedentes derivan de distintos conflictos competenciales suscitados durante los años 20 y 30, respecto de los cuales el Pleno de la Suprema Corte delimitó la materia sobre la cual el Consejo podría dictar medidas. Al respecto, señaló que en las disposiciones a las que se refiere el texto constitucional, únicamente se hace mención a aquéllas de índole administrativa.²⁰

En ese mismo periodo, otra problemática abordada por la Corte versó sobre qué era materia de salubridad general, pues si bien el Constituyente había decidido que la acción ejecutiva en esa materia era federal, en realidad la Constitución hablaba de salubridad general de la República, situación que permitiría interpretar que la salubridad local quedaría reservada a las entidades federativas. Sin embargo, se determinó que para poder distinguir entre salubridad general de la República y salubridad local debía realizarse un examen concreto caso por caso, ya que era una cuestión de hecho que debía ser decidida por los tribunales y la Suprema Corte.²¹ En ese sentido, se consideró que los estados eran competentes para emitir leyes para combatir el alcoholismo, siempre que no se opusieran a los límites que el propio

¹⁹ Parte de los comentarios vertidos en el presente apartado fueron retomados de los realizados por David J. Sánchez Mejía en *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada*, t. II, México, Tirant lo Blanch, 2017, pp. 1083-1088.

²⁰ [Tesis 284980, Quinta Época; Pleno; S.J.F; Tomo XIV; Página 767; Rubro: DROGAS HEROICAS].

²¹ [Tesis 27939, Quinta Época; Pleno; SJF; Tomo XXXII; Página 411; Rubro: SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA.]

Consejo de Salubridad General delimitara al no ser materia exclusiva de la Federación.²²

Este criterio se diferenciaba de lo señalado acerca de las campañas contra la venta de drogas, puesto que el Tribunal Pleno determinó que no se concebía que el Constituyente hubiera querido la intervención de dos soberanías, ya que, por un lado, la actuación de una excluiría a la otra y, por otro, se podría generar confusión respecto a qué correspondía a cada una. Por ello, como no podría reservarse la intervención de las autoridades federales a una fase parcial de la campaña y sostener que los actos de comercio, uso, posesión y tráfico no eran un fenómeno local, los ministros concluyeron que dichas campañas constituían una materia reservada al poder federal.²³

En los años cuarenta, la Suprema Corte se pronunció sobre la facultad reglamentaria del Presidente de la República en materia sanitaria. El máximo tribunal estableció que éste podía adicionar los reglamentos de la materia con independencia de que el entonces Departamento de Salubridad o el Consejo de Salubridad General, propusieran o aprobaran dicha determinación, puesto que el artículo 89, fracción I, constitucional, lo facultaba para ello.²⁴

De manera similar a la línea jurisprudencial comentada, la Suprema Corte sostuvo en la Sexta Época que un estado podría establecer ciertas condiciones para el ejercicio de las profesiones médicas dentro de su territorio y en el ámbito de la salubridad local, sin perjuicio de que se satisficieran los requisitos federales.²⁵

Más adelante, en la Séptima Época se precisó que el reparto competencial entre la Federación y los estados en materia de salubridad era de naturaleza concurrente y complementaria. Lo anterior, debido a que

²² [Tesis 314185; Quinta Época; Pleno; SJF; Tomo XXXII; Página 2234; Rubro: ALCOHOLISMO, CAMPAÑA CONTRA DE.].

²³ [Tesis 279394; Quinta Época; Pleno; SJF; Tomo XXXIV; Página 666; Rubro: DROGAS HEROICAS.].

²⁴ [Tesis 323811; Quinta Época; Segunda Sala; SJF; Tomo LXXIX; Página 978; rubro: INGENIERÍA SANITARIA, DECRETO QUE ADICIONA EL REGLAMENTO DE, RELATIVO A EDIFICIOS.].

²⁵ [Tesis 266776; Sexta Época; Segunda Sala; SJF; Volumen LXII, Tercera Parte; Página 53; Rubro: PROFESIONES, LEGISLACIÓN EN MATERIA DE, POR LOS ESTADOS Y POR LA FEDERACIÓN.].

de los artículos 73, fracción XVI, en relación con el 124, constitucionales, se desprendía que la facultad para legislar sobre salubridad local permanecía dentro del ámbito de competencia de los estados.²⁶

Durante este periodo, la Suprema Corte reiteró el criterio de la Quinta Época respecto a la facultad del Presidente de la República para expedir reglamentos en materia sanitaria. Sin embargo, terminó ampliando dicho criterio para enfatizar que si bien el Consejo de Salubridad General dependía directamente del Ejecutivo, también reconoció que dicho órgano contaba con la “facultad de legislar” en relación con la venta de sustancias nocivas, ello sin precisar los alcances del término “legislar”.²⁷

En la Novena Época, la Segunda Sala de la Corte reconoció que los acuerdos emitidos por el Consejo de Salubridad no vulneran el ámbito competencial del Congreso de la Unión pues se fundamentan en el orden constitucional.²⁸ Lo anterior bajo la precisión de que el principio de división de poderes concede ciertas facultades para que estos emitieran actos que materialmente no les corresponden, tal como acontece con el Consejo de Salubridad General. Ello en virtud de que si bien se encontraba facultado para emitir disposiciones generales en materia de salubridad, cuya naturaleza es materialmente legislativa, esto no constituía una excepción al principio contenido en el párrafo

²⁶ [Tesis 233364; Séptima Época; Pleno; SJF; Volumen 47, Primera Parte; Página 49; SALUBRIDAD LOCAL. LAS DISPOSICIONES EMITIDAS POR LA LEGISLATURA DE BAJA CALIFORNIA EN MATERIA DE, NO INVADEN LA ESFERA DE LA FEDERACIÓN, EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL (CÓDIGO DE DEFENSA SOCIAL DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA. CONSTITUCIONALIDAD DE SUS ARTÍCULOS 199 BIS 1, 199 BIS 2, 199 BIS 3 Y 199 BIS 4).]

²⁷ [Tesis 245514; Séptima Época; Sala Auxiliar; SJF; Volumen 175-180, Séptima Parte; Página 195; Rubro: ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS, LISTAS DE. FACULTAD DEL EJECUTIVO FEDERAL PARA FORMULARLAS.]

²⁸ [Tesis 2a. /J. 118/2006; Novena Época; Segunda Sala; SJF; Tomo XXIV, septiembre de 2006; Página: 261; rubro: ALCOHOL ETÍLICO. EL ACUERDO PARA EVITAR SU INGESTA Y PREVENIR EL ALCOHOLISMO EXPEDIDO POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL 6 DE JULIO DE 2004, NO INVADIR LAS FACULTADES LEGISLATIVAS DEL CONGRESO DE LA UNIÓN.]

segundo del artículo 49 constitucional, pues dichas medidas se encontraban sujetas al principio de supremacía de la ley.²⁹

Finalmente, contrario a lo afirmado en la Séptima Época, la Segunda Sala del Alto Tribunal negó que el Consejo de Salubridad General tuviera facultades legislativas, por lo que el hecho de que no hubiera intervenido en cierto proceso legislativo no constituía una violación a los derechos humanos de legalidad y seguridad jurídica. De hecho, fue más allá al sostener que el Consejo únicamente contaba con atribuciones para analizar disposiciones legales en materia de salud y, en su caso, formular propuestas de reformas o adiciones.³⁰

¿QUÉ SIGUE PARA EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL?

A lo largo del presente texto hemos podido identificar que el marco normativo del antecesor del Consejo de Salubridad General evolucionó marcadamente durante el Porfiriato, pues sus actuaciones dejaron de contar con un fundamento meramente reglamentario, para tener uno de índole legal. Asimismo, advertimos que la relevancia que adquirió la salud pública permitió que fuera reflejada en el ámbito normativo hasta alcanzar su máxima expresión al establecerse en el texto constitucional la creación del Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad.

Además, es claramente identificable que nos trasladamos de un modelo de funcionamiento basado preponderantemente en la cercanía personal de quienes ocupaban la Presidencia de la República y del

²⁹ [Tesis 2a. CXXVIII/2001; Novena Época; Segunda Sala; SJF; Tomo XIV, agosto de 2001; Página 227; Rubro: DIVISIÓN DE PODERES. INTERPRETACIÓN SISTEMÁTICA DE LA PROHIBICIÓN CONTENIDA EN EL TEXTO ORIGINAL DEL ARTÍCULO 49 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, RELATIVA A QUE EL PODER LEGISLATIVO NO PUEDE DEPOSITARSE EN UN INDIVIDUO.]

³⁰ [Tesis 2a. XIX/2012 (10a.); Décima Época; SJF; Libro VII, abril de 2012, Tomo 2; Página 1269; Rubro: CONTROL DEL TABACO. EL HECHO DE QUE LA LEY GENERAL RELATIVA SE HAYA EMITIDO SIN DAR INTERVENCIÓN AL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN EL PROCESO LEGISLATIVO CORRESPONDIENTE, NO CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS DE LEGALIDAD Y SEGURIDAD JURÍDICA.]

Consejo, que contaba con ciertas herramientas jurídicas (reglamentos y códigos sanitarios) para desarrollar sus funciones, a un modelo de carácter institucional cuyo principal sustento era la creación del Consejo de Salubridad General en la Constitución.

La inquietud nacional por la salud pública representó una problemática ampliamente discutida por el Constituyente, arrojando como resultado la búsqueda de alternativas para garantizar la existencia de mecanismos que permitieran responder de manera efectiva ante cualquier riesgo que se presentara. Esta búsqueda encontró un cauce institucional en una figura ya existente en nuestro ordenamiento jurídico, como era el Consejo Superior de Salubridad, pero bajo una denominación distinta y con un rango normativo superior. El Consejo de Salubridad General surgió como el órgano constitucional capaz de emitir disposiciones obligatorias en todo el país sin la intervención de ninguna autoridad.

La conmemoración del centenario de la Constitución resulta un momento propicio para reflexionar sobre el sitio que en ella debe ocupar el Consejo de Salubridad General en los años venideros. En nuestra opinión, su papel se ha desdibujado por la falta de entendimiento de sus objetivos y el indebido andamiaje institucional. Este rumbo puede corregirse bajo la implementación de tres medidas para potenciar el papel del Consejo en la conducción de la política de salud del país.

La primera recae en la necesidad de hacer una revisión exhaustiva del sistema jurídico nacional para que, por un lado, congruentemente se reconozca en todos los ordenamientos la naturaleza que le otorgó la Constitución y, por otro, identificar los órganos cuyas competencias pudieran invadir el ámbito de aquellas que el Constituyente otorgó al Consejo de Salubridad General.

En ese sentido, debemos señalar, que si bien la Ley General de Salud reconoce el carácter de autoridad sanitaria y su dependencia directa del Presidente de la República, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal es omisa respecto a su existencia. Ello incide en que no se le considere como un órgano diferenciado del resto de las secretarías de Estado, en especial, de la de Salud. Esto último en contravención a lo dispuesto por el contenido del artículo 73, fracción XVI, constitucional. Las implicaciones de su indebida regulación en la Ley Orgánica

de la Administración Pública Federal no son menores, pues debido a la materia de su competencia y actuación cotidiana, fácilmente se puede incurrir en el error de señalarlo como un órgano dependiente de la Secretaría de Salud.³¹

Lo adecuado sería dar congruencia a nuestro orden jurídico para que quede claro que el Consejo de Salubridad General posee la misma jerarquía que una secretaría de Estado con todas las implicaciones que esto tiene. Dicha medida pasa necesariamente por una adición a los artículos 1o., 2o. y 26 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la cual puede encontrar su fundamento en los artículos 90 y 73, fracción XVI, base 1a., constitucionales, que establecen tanto la manera en que se organiza la administración pública como la dependencia directa del Consejo al Presidente de la República. Además, para mayor precisión se podría adicionar un artículo al Capítulo II del Título Segundo de dicho ordenamiento, con el objeto de establecer la competencia del Consejo para que sea congruente con lo establecido en la Constitución y la Ley General de Salud.

Por otro lado, el análisis que se realice del sistema jurídico mexicano debe detenerse en identificar aquellos órganos de reciente creación cuyas competencias pudieran invadir aquellas que el Constituyente otorgó al Consejo de Salubridad General. La Ley General de Salud publicada en 1984, cuenta con más de 105 reformas, modificaciones y adiciones. Algunas de ellas dieron origen a una multiplicidad de órganos como el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, el Consejo Nacional Contra las Adicciones, el Centro Nacional de Trasplantes y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, por mencionar algunos.

Estos órganos cuentan con distintos tipos de facultades que van desde la coordinación de ciertas áreas hasta el establecimiento e implementación de acciones en sus respectivas materias. Ello nos lleva a considerar que algunos de estos cuentan con atribuciones que invaden el ámbito de las facultades constitucionales del Consejo de Salubridad

³¹ Cossío, José Ramón, *et al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2013, p. 361.

General. A manera de ejemplo conviene traer a colación los “Programas para la Prevención, Reducción y Tratamiento del uso nocivo del Alcohol, la Atención del Alcoholismo y la Prevención de Enfermedades” que emite el Consejo Nacional Contra las Adicciones. Dichos programas, si bien tienen su fundamento en la Ley General de Salud y el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en un momento dado podrían estar invadiendo el ámbito competencial del Consejo de Salubridad General, puesto que la base 4a. de la fracción XVI del artículo 73 constitucional que le faculta a emitir las entonces llamadas campañas contra el alcoholismo. Por ello, consideramos que es necesaria una revisión que facilite la identificación de órganos que pudieran invadir la esfera competencial del Consejo para suprimirlo o, en su caso, hacer las reformas legales correspondientes que permitan su adecuada articulación.

La segunda medida que consideramos importante es garantizar la autonomía presupuestaria del Consejo, pues sólo así cumplirá con una de las finalidades para las cuales fue creado, como es contar con los recursos materiales y humanos necesarios para realizar sus funciones sin encontrarse sujeto a la intervención de ninguna Secretaría.

Al respecto, debemos señalar que pese haber sido uno de los pilares que le dieron origen, la autonomía económica del Consejo no ha encontrado bases jurídicas sólidas, pues de los seis códigos Sanitarios y los diversos reglamentos interiores que lo rigieron desde su creación hasta 1983, no hubo alusión expresa a dicha situación, sino únicamente se hizo referencia de manera aislada a que las remuneraciones que recibirían sus miembros serían fijadas por el Ejecutivo en disposiciones de índole transitorio en las cuales se señalaba.³² Lo anterior no cambió

³² Sobre este aspecto, debe señalarse que esta previsión derivó de la aprobación del Código Sanitario de 1950 y del Reglamento Interior del Consejo de 1951, en el que se estableció un sistema de designación directa por parte del Presidente de la República. Este mecanismo se replicó en los códigos Sanitarios de 1955 y 1973, en el que se determinó que las remuneraciones de los integrantes del Consejo estarían a cargo del Ejecutivo; sin embargo, no se establecieron disposiciones similares respecto a las necesidades para el funcionamiento del mismo. *Cfr.* México, Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1951, pp. 15 y 16.

con la promulgación de la Ley General de Salud, en febrero de 1984,³³ ni con las reformas hasta ahora publicadas, pues no se menciona de dónde provendrán los recursos del Consejo.

Esta incertidumbre, respecto al origen de los recursos para el Consejo, se replica en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, pues al no estar siquiera previsto en ella, las normas de planeación, programación y presupuesto no le son aplicables, ni aquéllas previstas en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Todo lo anterior nos permite inferir que el Consejo, contrario a lo previsto en la Constitución, se encuentra subordinado presupuestalmente a la Secretaría de Salud, pues además de lo ya expuesto, el gasto corriente correspondiente al ramo de Salud del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) para el ejercicio fiscal de 2016, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre de 2015,³⁴ únicamente prevé la participación de la Secretaría de Salud sin que exista una partida presupuestal específica para el Consejo de Salubridad General dentro del gasto neto total.

Es importante señalar, que los vocales titulares del Consejo, por tratarse de secretarios de Estado y titulares de distintas instituciones, perciben sus remuneraciones por dicho carácter. Sin embargo, la estructura operativa del Consejo requiere de un presupuesto propio que le permita actuar sin encontrarse sujeto a aquél con el que cuenta la Secretaría de Salud. De tal forma, consideramos que la situación económica actual del Consejo no sólo condiciona el cumplimiento de lo establecido en la base 1a., de la fracción XVI, del artículo 73 constitucional, sino también impacta en la observancia de la base 4a., ya que muchos de los recursos previstos para la prevención de las adicciones y las medidas contra la mitigación del cambio climático en los ámbitos de vigilancia epidemiológica y riesgo sanitarios, también son asignados a la Secretaría de Salud.

³³ Ley General de Salud, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 7 de febrero de 1983, pp. 1-80.

³⁴ Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 27 de noviembre de 2015, segunda sección.

Consecuentemente, podemos afirmar que es de suma importancia que la realidad sea congruente con la Constitución y sobre todo con los fines que le dieron origen al Consejo de Salubridad. Esto es, el Consejo debe contar con recursos materiales y humanos propios que, por un lado, permitan que no se encuentre subordinado a ninguna secretaría y, por otro, que no se obstaculice el ejercicio de las facultades que constitucionalmente le fueron otorgadas.

Por último, la tercera medida que a nuestro juicio permitiría potenciar las actuaciones del Consejo en torno a la salud pública, es a partir de una integración adecuada que garantice tanto el sentido técnico-científico de órgano, como el de operatividad política de sus facultades consultivas, normativas y ejecutivas.

Desde su creación hace cien años, la integración del Consejo ha atravesado por dos transiciones. La primera, consistió en la transformación de una estructura especializada —Código Sanitario de 1902— que preveía la participación tanto de distintos profesionales de las ciencias médicas como de especialistas de profesiones afines o estrechamente vinculadas, a una organización meramente burocrática —Códigos Sanitarios de 1926 y 1934— que vinculaba la posición dentro del Consejo a un cargo determinado dentro del entonces Departamento de Salubridad. La segunda, consistió en el tránsito de un modelo de designación directa a cargo del Presidente de la República con la condición de que quienes fueran nombrados tuvieran cierto grado de especialidad en la materia —Códigos Sanitarios 1950, 1955 y 1973— a otro de carácter preponderantemente político —Ley General de Salud 1984— en el cual, los sitios dentro del Consejo son ocupados por distintos secretarios de Estado.

Actualmente, el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General,³⁵ establece que el Consejo se encuentra integrado por un presidente, un secretario y 13 vocales titulares. Todos con voz y voto. La mayoría son titulares de secretarías de Estado. Lo anterior se puede traducir en que las decisiones del Consejo no necesariamente son tomadas por especialistas en salud pública y que las razones de sus votos

³⁵ Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 11 de diciembre de 2009, p. 14.

pueden estar influidas más por aspectos políticos que técnicos, lo cual llevaría a que no se cumpla el objetivo primordial de que las medidas emanadas del Consejo sean deliberadas bajo estándares de alta especialidad técnica y científica.

No obstante lo anterior, debemos precisar que la posibilidad de que las distintas secretarías de Estado emitan opiniones o formen parte de los procesos de deliberación no debe descartarse, pues las medidas emanadas del Consejo pretenden enfrentar un fenómeno complejo en el que debe promoverse la articulación de medidas que resulten óptimas, efectivas y viables, por lo que la participación de los actores potencialmente involucrados en su implementación resulta indispensable.

Por otro lado, al revisar la integración del Consejo deberá tomarse en cuenta que algunos de sus miembros sean expertos en salud pública y que tengan la posibilidad de dedicarse plenamente al trabajo técnico y científico, pues no basta el hecho de que se cuente con una estructura operativa fija, si quienes deciden las acciones no dedican lo suficiente para el estudio y análisis de lo que eventualmente aprobarán de manera colegiada. En ese mismo sentido, debe señalarse que dichas designaciones deberán obedecer a los criterios de experiencia, capacidad y prestigio profesional, así como que puedan desempeñar sus funciones sin conflictos de interés.

A partir de todo lo anterior, creemos que bajo la implementación de las tres medidas antes referidas se permitirán potenciar el papel del Consejo en la conducción de la política de salud del país. Ello, en virtud de que el Consejo de Salubridad General en la Constitución de 1917 fue creado con la firme convicción de incidir en la mayor medida posible en la política de salud pública del país, y si bien, a lo largo de estos primeros cien años pareciera que se ha desvanecido entre los cambios por los que ha atravesado nuestra Nación, lo cierto es, que sus fines siguen siendo vigentes. De tal modo, podemos concluir, que el Consejo de Salubridad General sigue siendo el órgano constitucional para conducir la política de salud pública del país, pues tiene la capacidad de colaborar con el papel fundamental del Estado, llevar de manera eficaz y eficiente al ámbito jurídico el avance de la medicina para atender la salud de la población, pues sólo a través de este órgano, ampliamente facultado y reforzado, podremos enfrentar los

desafíos de la transición epidemiológica en materia de prevención y atención médica de las enfermedades crónico degenerativas, así como contar con la preparación suficiente para emitir las disposiciones necesarias para sortear los riesgos que conllevan la concentración poblacional, el tránsito de personas entre entidades y países, y los daños ambientales, entre otros.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.
- MARTÍNEZ, Xóchitl y Fernando Martínez, *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría de Salud, 2000.
- MARVÁN, Ignacio, *Nueva Edición del Diario de Debates del Congreso Constituyente de 1916-1917*, t. II, México, SCJN, 2006.
- RODRÍGUEZ, Martha, *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, México, Consejo de Salubridad General, 2010.
- RODRÍGUEZ, Ana Cecilia, *et al.*, *Protagonistas de la medicina científica mexicana, 1800-2006*, México, Plaza y Valdésww, 2008.
- ROMERO, Jesús, *Historia del Congreso Constituyente 1916-1917*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1978.
- SÁNCHEZ MEJÍA, David, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada*, coord. Cossío Díaz, ed. Oñate Yáñez, t. II, México, Tirant lo Blanch, 2017.

Hemerográficas

- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *et al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2013.

Electrónicas

- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Exposición de motivos* <http://bovm-silap.scjn.pjf.gob.mx/LF/DetalleProcesoLeg.aspx?IdLey=130&IdRef=76&IdProc=7>, fecha de consulta: 26 de septiembre de 2016.

Leyes, códigos y reglamentos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Decreto por el que se modifican diversas disposiciones, *Diario Oficial de la Federación*, México, 6 de julio de 1971.

Ley General de Salud, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 7 de febrero de 1983.

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 27 de noviembre de 2015, segunda sección.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, Decreto por el que se expide, *Diario Oficial de la Federación*, México, 11 de diciembre de 2009.



LA SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPÚBLICA Y EL COMBATE A LAS EPIDEMIAS COMO IMPERATIVO CONSTITUCIONAL

Malaquías López Cervantes
Alejandra Balandrán
Mauro Villegas
Ivonne Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Durante los siglos XIX, XX y la primera década del siglo XXI, la población mexicana se vio expuesta a múltiples enfermedades infecciosas y parasitarias que en su momento fueron consideradas endémicas, sin embargo, debido a los infortunios sociales de la época, dichas enfermedades se convirtieron en epidemias, teniendo como resultado una mortalidad elevada en la población. Se calcula que entre 1821 y 1910 hubo más de 50 epidemias entre las que destacaron la epidemia de fiebre amarilla, viruela, influenza española y tifo.¹ Así, las guerras de Independencia, de Reforma y la Revolución Mexicana, fueron los conflictos bélicos que durante el siglo XIX y principios del siglo XX causaron un mayor impacto en la sociedad mexicana; transformando su organización política, social y jurídica.

¹ Martha Eugenia Rodríguez, “Simposio: México en 1915. Epidemias, hambre, y asistencia médica”, en *Gaceta Médica de México*, 2016.

En 1882 sobre una base constitucional mínima se creó el Consejo Superior de Salubridad. Se trataba de un ente con capacidad ejecutiva y amplias facultades en lo referente a la práctica médica; se encargaba del funcionamiento de farmacias, fijaba precios a los medicamentos, elaboraba estadísticas de morbimortalidad y expedía la legislación sanitaria de la República; constituyendo uno de los principales organismos públicos creado para dictaminar las normas sanitarias a nivel nacional en la historia. Se trata quizá del antecedente más relevante de la actual Secretaría de Salud.²

Durante los siglos XIX y XX, nuestro país contó con tres cartas constitucionales, la promulgada en 1824, la de 1857 y la emitida por el Congreso Constituyente de 1917. En el marco de esta última, entre 1910 y 1917, México vivió la caída del Porfiriato, el desarrollo de la Revolución Mexicana y la creación de una nueva Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En este periodo, los poderes constitucionales procuraron el bienestar de la población intentando cubrir todos los campos mediante la emisión y promulgación de diversas disposiciones que en forma de decretos fueron publicados en los periódicos de la época.³

La Revolución Mexicana significó la modificación violenta de los fundamentos constitucionales del Estado Mexicano. Se trata de un hecho que posee valor histórico incuestionable y cuyo desenlace constitucionalista generó una gran influencia en el mundo.⁴ El Congreso Constituyente que, desde el mes de diciembre del año de 1916 al mes de enero de 1917, se dio a la tarea de modificar nuestra Carta Magna promulgada en 1857, sentó fin a la amenaza de que el conflicto armado se perpetuara, lo que condujo a la Nación por un nuevo cauce legal.

Es objeto de este capítulo describir la situación que se vivía en materia de salud, y destacar todos los esfuerzos realizados en términos de

² Fernando Ocaranza, *Historia de la medicina en México*, México, Facultad de Medicina, 1934.

³ Felipe Tena Ramírez, *Derecho constitucional mexicano*, 23a. ed., México, Porrúa, 1978.

⁴ Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, decreto del 4 de octubre de 1824, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

instituciones, leyes, y reglamentos promovidos por parte de las autoridades sanitarias, médicos y salubristas en el país para mitigar las epidemias del siglo xx y sus efectos en la transformación del contenido de la Constitución, relacionados al control de las epidemias del siglo xxi y el derecho a la protección de la salud. Se ha planteado un breve preámbulo en cuestión de leyes, continuando con una descripción de las epidemias más destacadas del periodo revolucionario, así como el encauce del imperativo constitucional en la salubridad general.

PREÁMBULO

La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824, no hacía referencia alguna al tema de la salubridad pública, ni otorgaba poder alguno en dicha materia al Supremo Poder Ejecutivo de la Federación, ni a los poderes Legislativo y Judicial. El texto de esta Constitución ni siquiera hace referencia a los derechos y obligaciones de los mexicanos.⁵

La Constitución Mexicana de 1936, establecía en su artículo 1o., numeral 4, que: “Los mexicanos gozarán de todos los otros derechos civiles, y tendrán todas las demás obligaciones del mismo orden que establezcan las leyes”. Asimismo establecía expresamente en su artículo 25, que:

Estará a cargo de los Ayuntamientos de policía de salubridad y comodidad: cuidar de las cárceles, de los hospitales y casas de beneficencia, que no sean de fundación particular, de las escuelas de primera enseñanza que se paguen de los fondos del común de la construcción y reparación de puentes, calzadas y caminos y de la recaudación e inversión de los propios y árbitros: promover el adelantamiento de la agricultura, industria y comercio y auxiliar a los Alcaldes en la conservación de la tranquilidad y el orden público en su vecindario, todo con absoluta sujeción a las leyes y reglamentos.⁶

⁵ Gustavo Cázares García, *Derecho de la seguridad social*, 2a. ed., México, Porrúa, 2007.

⁶ Ignacio Burgoa Orihuela, *Las garantías individuales*, 41a. ed., México, Porrúa, 2008.

Con lo anterior quedó claro que a partir del primer tercio del siglo XIX se formularía constitucionalmente la relación intrínseca entre la salud y las condiciones de 15 de julio que generaron y/o procuraron bienestar para el ser humano. Es necesario hacer notar que solo hasta la primera década del siglo XX, la salubridad general de la República entró a la escena constitucional ya que la reforma de la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857, formulada el 12 de noviembre de 1908, incluyó entre las facultades del Congreso la de “dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República”,⁷ y con base en esta facultad, fue emitido el decreto número 33 que establecía que el ejercicio del derecho de todo hombre para entrar y salir de la República, podría verse limitado por lo que dispusiera la Ley de Salubridad General de la República, observándose claramente una de las primeras medidas de intervención preventiva de las epidemias.⁸

LAS EPIDEMIAS DE LA ÉPOCA

Entender el ejercicio profesional de la medicina en los albores del siglo XXI, obliga a realizar un análisis del devenir histórico de la profesión médica en el siglo pasado. Es por esto que a continuación se detallan, en forma cronológica, algunos hitos en salud que se suscitaron durante los últimos cien años y que se representan de manera visual en una línea del tiempo en las Figuras 1a, 1b, y 1c.

⁷ Participación de la señora ministra Olga Sánchez Cordero de García Villegas. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”. Derecho Constitucional a la Protección de la Salud. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ciudad de México. 2000. La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal que hasta ese momento había implementado un sinnúmero de medidas, no solo en el Distrito Federal sino a nivel nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.

⁸ Constitución Política de la República Mexicana de 1857, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

FIGURA 1A.
CRONOLOGÍA DE EVENTOS DE 1905 A 1938

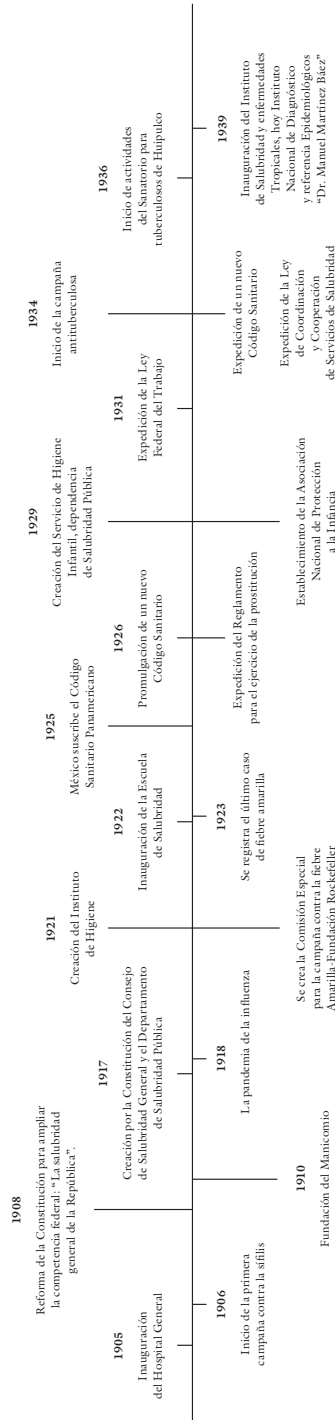


FIGURA 1B.
CRONOLOGÍA DE EVENTOS DE 1943 A 1978

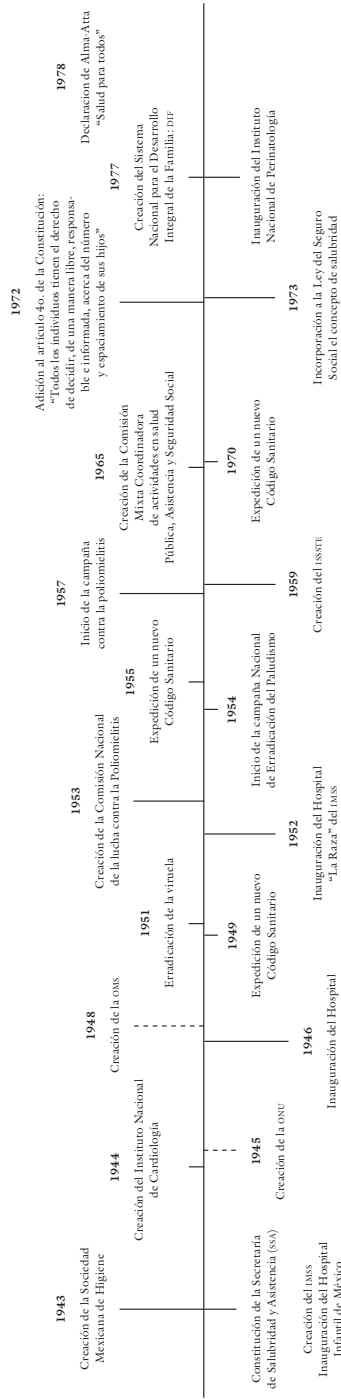
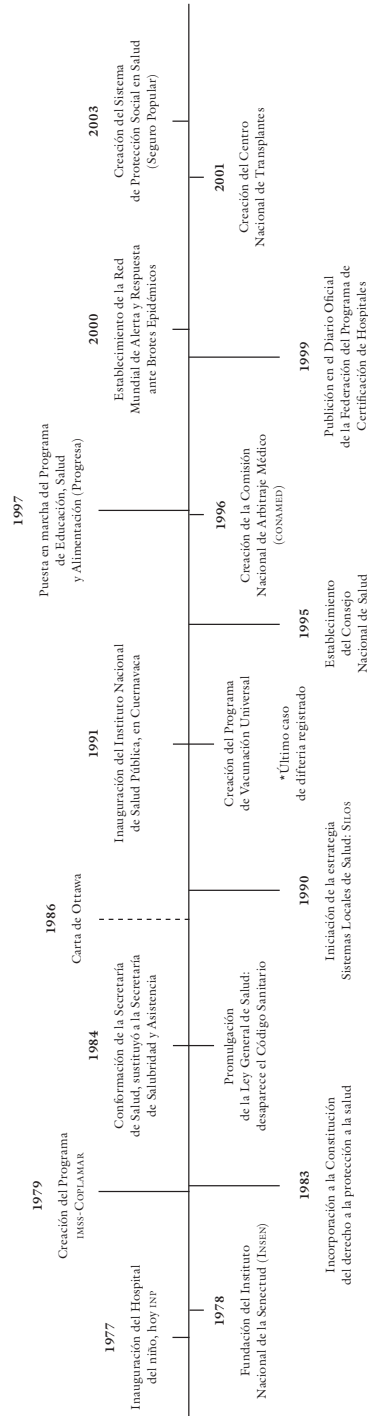


FIGURA 1C.
CRONOLOGÍA DE EVENTOS DE 1977 AL 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de Guillermo Fajardo Ortiz, “Línea del tiempo, atención a la salud 1902-2003”, en *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud/UNAM/Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la medicina, 2002.

Una de las grandes epidemias que asoló a la población mexicana fue la fiebre amarilla, la cual solía ser endémica durante 1811, y se convirtió en epidemia en 1898, afectando principalmente a poblaciones de la costa del Pacífico, por lo que en 1903, el Ejecutivo Federal, en conjunto con el estado de Veracruz, solicitó al Consejo Superior de Salubridad dirigir una campaña en contra de la fiebre amarilla.⁹

Las autoridades sanitarias contrataron médicos, agentes y mozos; mandaron elaborar mapas de todas las calles y levantar censos de los habitantes inmunes y no inmunes; los agentes sanitarios visitaban a los no inmunes y aislaban en hospitales militares o civiles, a todos aquéllos que tuvieran fiebre, cualquiera que fuera la causa de ésta. Asimismo, se sujetaba a revisión a los viajeros que llegaban de barcos infectados o sospechosos de estarlo. En el caso de los tripulantes de embarcaciones, se detenía y aislaba a los enfermos y a los pacientes sospechosos.¹⁰

Los mosquitos fueron combatidos con desinfecciones realizadas en lugares públicos y privados. Para evitar que las hembras de los insectos depositaran sus larvas, se emprendieron importantes trabajos de ingeniería sanitaria. Así, el 16 de septiembre de 1910 el Presidente de la República informó en un comunicado que, en el último año, no se había registrado en el territorio nacional un solo caso de fiebre amarilla, por lo que se declaró erradicada la enfermedad.¹¹

El año de 1915 fue el de mayor mortalidad en la historia moderna de la Ciudad, con cerca de veinticinco mil defunciones reportadas y representando así más del 5 por ciento de la población.¹² El conflicto daba

⁹ Miguel E. Bustamante, “La situación epidemiológica de México en el siglo XIX”, en Enrique Florescano y Elsa Malvido (eds.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. II, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.

¹⁰ José Álvarez Amézquita, et al., *Historia de la salubridad y asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960. Manuel Dublán y José María Lozano (comp.), *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la Independencia de la República, Reglamento del servicio de inspección de migrantes en los puertos y fronteras de la República*, 25 de febrero de 1909, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1910; vol. XLI (1908-1909), pp. 170-187.

¹¹ Francisco Miranda, “Evolución de la sanidad en México”, en *Revista de Salud Pública de México*, México, 1991.

¹² Robert McCaa, *Los millones desaparecidos: el costo humano de la Revolución Mexicana*, México, 2001.

lugar a la hambruna, y ésta a su vez generaba más conflictos sociales, convirtiendo a la población en fácil presa de enfermedades.¹³ Durante los años revolucionarios, el tifo era epidémico en México, los piojos encontraron en las tropas el medio propicio para desarrollarse. En Real del Monte, Hidalgo se realizó una campaña de despediculización llevada a cabo por la compañía minera, la cual organizó quema de frazadas, regaló nuevas y estableció un servicio de peluquería en las mismas minas; mientras que el gobierno municipal desinfectaba las casas de los enfermos. La epidemia en el país pudo ser controlada a finales de 1917.¹⁴

Otro importante problema de salud fue la epidemia de influenza española que llegó en el verano de 1918 por la frontera con los Estados Unidos de América. En los dos meses siguientes había atacado a toda la República y sus consecuencias se vieron agravadas por la disminución de la resistencia creada por la hipoalimentación secundaria a la guerra.¹⁵ El tiempo estimado de afección en las diferentes regiones tuvo una duración promedio de 6 semanas; no había clase social, profesión o sexo que se librara de la enfermedad. La profilaxis básicamente consistió en evitar que las personas sanas estuvieran en contacto con las partículas virulentas de los enfermos, por lo que éstos fueron aislados. Hubo llamados a no concurrir a los lugares de reunión.¹⁶

Finalmente, otra enfermedad también centenaria fue la viruela, introducida a nuestro país desde la conquista y que facilitó la caída de México-Tenochtitlan. La primera epidemia de viruela que se presentó en el siglo xx fue en 1916. Contemplando dichos antecedentes, el gobierno ordenó la fabricación de linfa de origen animal; el encargado de aplicarla fue el doctor y general José María Rodríguez, quien al ser nombrado jefe del Departamento de Salubridad Pública, en 1917 ordenó que se generalizara su uso. Ésta fue otra de las enfermedades

¹³ Ana María Carrillo, “Del miedo a la enfermedad al miedo a los pobres: la lucha contra el tifo en el México porfirista”, en E. Speckman Guerra, *et al.*, *Los miedos en la historia*, México, El Colegio de México/UNAM, 2009.

¹⁴ Rodríguez, *op. cit.*

¹⁵ Fajardo, *op. cit.*

¹⁶ Bustamante, *op. cit.*

epidémicas erradicada en México, haciéndose la proclama oficial el día 16 de junio de 1952, siendo el primer país del mundo que lo logró.¹⁷

HACIA EL IMPERATIVO CONSTITUCIONAL EN LA SALUBRIDAD GENERAL

Hasta el inicio del siglo xx la participación del Estado mexicano en asuntos de salud estuvo limitado al saneamiento básico, tales como el control de agua, bebidas, alimentos y, en esencia, basada en intervenciones de ingeniería sanitaria. Los servicios públicos curativos no rebasaban el ámbito de la *beneficencia*,¹⁸ controlada por la Secretaría de Gobernación a través de la Dirección General de Beneficencia Pública y Privada; de hecho, el hospital no era una institución médica ni la medicina una profesión hospitalaria sino hasta 1905, mediante la instauración del Hospital General de México.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, promulgada el 5 de febrero de 1917, mediante la fracción XVI del artículo 73, otorgó la facultad al Congreso para dictar leyes sobre la salubridad general de la República y, en su base primera, estableció que el Consejo de Salubridad General dependería directamente del Presidente de la República sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y que sus disposiciones generales serían obligatorias en todo el país; dicha disposición constitucional continua vigente.¹⁹

Es preciso mencionar que en el momento de la promulgación de dicha Constitución se habían creado dos organismos encargados exclusivamente de la materia de salud a nivel federal: el Consejo Superior de Salubridad General, con facultad de dictar disposiciones sanitarias generales obligatorias; y el Departamento de Salubridad Pública como dependencia administrativa del Poder Ejecutivo Federal.

La Constitución de 1917, incluyó el derecho al trabajo y la previsión social en el artículo 123, refiriendo las responsabilidades de los patrones

¹⁷ José San Filippo Borrás, “Algunas enfermedades y epidemias en torno a la Revolución Mexicana”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010.

¹⁸ Entendiendo a la “beneficencia” pública, como aquella institución creada en el régimen del Presidente Benito Juárez, como consecuencia de las Leyes de Reforma.

¹⁹ Álvarez, *op. cit.*

en materia de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales de salud e higiene, así como seguridad laboral.²⁰ El enfoque sanitario de este artículo sentaría la base para la construcción de un subsistema de salud fundamental en la prevención de las epidemias relacionadas con las actividades de la clase trabajadora. Años después, en 1922, se creó la primera Escuela de Salubridad en América Latina, como muestra clara de que la formación del personal para la salud ya era un elemento clave para la salubridad general y para la atención de las enfermedades.

FIGURA 2A.

COPIA FOTOGRAFICA DE LA PRIMERA PÁGINA DEL TEXTO
CONSTITUCIONAL DE NUESTRA CARTA MAGNA DE 1917

*Constitución Política
de los
Estados Unidos
Mexicanos.*

Título primero.

Capítulo I.

De las garantías individuales.

Art. 1.º— En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.

Tomada de: Álvarez, *op. cit.*, p. 68.

²⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857, Diario Oficial. Órgano del Gobierno Provisional de la República Mexicana, 5 de Febrero de 1917, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

FIGURA 2B.

COPIA FOTOGRAFICA DE UNA PÁGINA DEL TEXTO
CONSTITUCIONAL DE NUESTRA CARTA MAGNA DE 1917

—81.—

para reglamentar su organización y servicio.

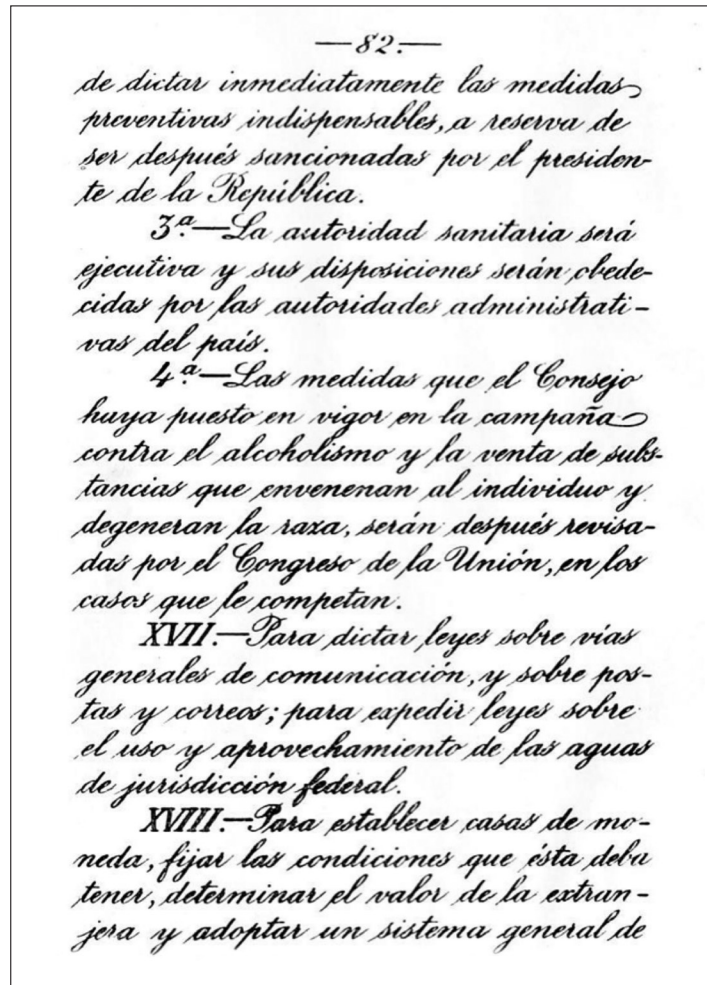
XV.—Para dar reglamentos con objeto de organizar, armar y disciplinar la Guardia Nacional, reservándose a los ciudadanos que la formen, el nombramiento respectivo de jefes y oficiales, y a los Estados la facultad de instruirla conforme a la disciplina prescrita por dichos reglamentos.

XVI.—Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

1.^a—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.

2.^a—En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación

FIGURA 2C.
 COPIA FOTOGRÁFICA DE UNA PÁGINA DEL TEXTO
 CONSTITUCIONAL DE NUESTRA CARTA MAGNA DE 1917



Tomada de: Álvarez, *op. cit.*, p. 70.

El periodo de la Revolución Mexicana, se caracterizó por diversos cambios políticos y sociales, incontables muertes, así como indigencia y enfermedad. En materia de salud, no se observó gran actividad exceptuando las campañas de higiene escolar, inspiradas en los principios de eugenesia, que suponen las leyes de la herencia para el perfeccionamiento de la especie humana, y del pensamiento médico-higiénico, el cual enfatizaba a la higiene como medida básica de prevención. La concepción del “mejoramiento racial”, relacionado con los programas de salud estatales, se apoyaba en la autoridad científica de la genética, que se consideraba podía conducir al progreso o decadencia de las naciones y se interpretaba como la causa “natural” de estratificación de la sociedad.²¹

Durante 1931, con el propósito de extender los servicios de salud al medio rural, se establecen los Servicios de Higiene Rural, los cuales ofrecían servicios de vacunación, higiene escolar y materno-infantil. Tiempo después en 1936, se crearon los Servicios Médico-Sanitarios Ejidales Cooperativos, que después se denominarían Servicios Médicos Rurales Cooperativos y se integrarían a los Servicios Coordinados de Salud Pública en los estados.

Para 1935 se estableció que todos los médicos, enfermeras, parteras, químicos, y dentistas, debían pasar cierto número de meses trabajando en comunidades rurales antes de ser graduados. Actualmente se establece un criterio similar mediante lo prescrito por el artículo 87 de la Ley General de Salud, que a la letra dice: “Artículo 87. La prestación del servicio social de los pasantes de las profesiones para la salud, se llevará a cabo mediante la participación de los mismos en las unidades aplicativas del primer nivel de atención, prioritariamente en áreas de menor desarrollo económico y social”.²²

En 1937, el Presidente Lázaro Cárdenas creó como organismo independiente del Departamento de Salubridad Pública, al Departamento de Asistencia Social Infantil, instancia que posteriormente se fusionaría con la Junta de Beneficencia Pública para crear la Secretaría

²¹ Laura Suárez y López Guazo y Rosaura Ruiz Gutiérrez, “Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario”, en *Revista Ciencias*, Facultad de Ciencias, 2011.

²² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Texto vigente, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

de Asistencia Pública, la cual no sólo cubriría a los niños, sino a la totalidad de la población. En el proyecto de ley enviado al Congreso para crear esta Secretaría se lee: “El Estado mexicano reconoce que debe sustituirse el concepto de beneficencia por el de asistencia pública, en virtud de que los servicios que demandan los individuos socialmente débiles deben tender a su desarrollo integral, sin limitarse a satisfacer sus necesidades de subsistencia”.²³

Para ese entonces, la idea de integrar la asistencia y la salubridad pública andaba rodando por esa época, de ahí que el viernes 15 de octubre de 1943, el Presidente Manuel Ávila Camacho firmara el decreto para fusionar la Secretaría de Asistencia Pública con el departamento de Salubridad Pública para dar origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo primer dirigente sería el doctor Gustavo Baz Prada.

LA CREACIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En 1943 se crearon, además de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, otras dos importantes instituciones: el IMSS y el Hospital Infantil de México. En 1944, se creó el Instituto Nacional de Cardiología y para 1946 el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, hoy en día mejor conocido como Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. El IMSS hizo realidad la protección de la salud de la mitad de la población nacional y su papel histórico es tan relevante como el artículo 123 constitucional que le da sustento.²⁴

La Secretaría de Salubridad y Asistencia se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos protagonistas de la Revolución Mexicana. Desde sus orígenes, el sistema mexicano estuvo marcado por la separación entre aquéllos que tenían derechos en salud legalmente definidos: “derechohabientes” y aquéllos que eran sujetos de la acción asistencial del Estado y que por lo mismo contaban con derechos poco

²³ José María Rodríguez, “Consideraciones acerca de la transmisión del tifo”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 4a. época, núm. 12, México, 31 de diciembre de 1917.

²⁴ José Antonio Rivera Tapia, *La situación de salud pública en México (1870-1960)*, Hospital General Dr. Manuel Gea González, 2003.

precisos a los que se les denominó “población abierta”. Para 1944 el IMSS ya prestaba servicios en el Distrito Federal.²⁵

Tiempo después, en 1958, se dieron un sinnúmero de conflictos laborales dentro de los cuales cabe destacar las huelgas de los maestros, telegrafistas, y fotógrafos, por lo que el Estado mexicano promovió la extensión de prestaciones sociales de carácter laboral. Este año, se caracterizó por ser una fase de consolidación de la seguridad social y de la llamada medicina científica.

Este periodo fue también testigo del surgimiento de una institución de seguridad social para la protección de los trabajadores del Estado. El Presidente Adolfo López Mateos, promovió la Reforma al artículo 123 de la Constitución, en donde se otorgaba rango constitucional a los derechos sociales y laborales de los trabajadores del Estado, por lo que el 1 de enero de 1960 se publicó una ley que transformó la Dirección General de Pensiones Civiles, encargada de los programas de pensiones de los empleados de gobierno, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que además de seguro de vejez, cesantía y muerte, empezó a ofrecer un seguro de accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales.

Para 1982, se creó bajo el liderazgo del doctor Guillermo Soberón, la Coordinación de los Servicios de Salud Pública adscrita a la Presidencia de la República, cuyo propósito era realizar una evaluación del estado en que se encontraban “los servicios públicos de salud que atendían a la población abierta, a fin de integrarlos en un sistema nacional de salud que diera cobertura a toda la población nacional”.²⁶

Un año más tarde, en 1983, Miguel de la Madrid dio origen a una segunda generación de reformas: se incorporaron a la Constitución modificaciones que establecieron el derecho a la protección de la salud; y de igual manera se promulgó una nueva Ley General de Salud que vino a sustituir a un código sanitario del siglo XIX; el nombre de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se cambió por el de Secretaría de Salud (ss), y los servicios de salud para la población no asegurada se

²⁵ Octavio Gómez Dantés, *et al.*, “Sistema de Salud en México”, en *Revista de Salud Pública de México*, 2011.

²⁶ Guillermo Soberón Acevedo, “La descentralización de los servicios de salud en México”, en *Salud Pública*, 2004.

descentralizaron a los gobiernos estatales, dando origen así a los Servicios Estatales de Salud (Sesa).

Para 1983, el sistema mexicano de salud estaba ya constituido por tres componentes básicos. El primer componente involucraba aquellas organizaciones gubernamentales encargadas de proporcionar servicios a la población no asegurada; dentro de ellas, la SS Federal, los SESA, y el programa IMSS-Solidaridad, que atendían a poco más de 50 por ciento de la población, y se financiaban con contribuciones del gobierno federal.

El segundo componente, comprendía a las instituciones de seguridad social: IMSS e ISSSTE, las agencias de seguridad social de las fuerzas armadas y los trabajadores petroleros. Actualmente el IMSS cuenta con un financiamiento tripartito con contribuciones de los empleadores, de los trabajadores, y del gobierno federal. El tercer componente era el sector privado y la asistencia social, el cual no presentó modificaciones sino hasta la reforma de la Ley General de Salud dada en 2003, con la que se creó el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo es el Seguro Popular.²⁷

Dado que en la Constitución Política de nuestro país se plasman los derechos fundamentales de los mexicanos, la forma de organización del Estado, y se establecen las garantías individuales de igualdad, libertad, propiedad, seguridad jurídica, así como las de carácter social, particularmente referidas a los grupos de población marginada, el 3 de febrero de 1983 se hizo la adición de un penúltimo párrafo al artículo 4o. de la Constitución. La adición quedó de la siguiente manera:

Artículo 4o. [...] 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.²⁸

Esta reforma otorgó la facultad al Congreso de la Unión para dictar leyes sobre salubridad general de la República. En el año 2007, se re-

²⁷ Gómez, *op. cit.*

²⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Texto vigente, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

formó el numeral 2 de la fracción XVI del artículo 73 constitucional para establecer que, “en caso de epidemias, de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República”.²⁹

Asimismo, se incluyó la base primera de esta fracción XVI del artículo 73 constitucional para establecer que: “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”.

Esta disposición constitucional se ha erigido como piedra angular que da fundamento a la acción ejecutiva del gobierno federal, la obligatoriedad de sus disposiciones resulta fundamental para entender que el Constituyente de 1917 tuvo muy claro que la autoridad sanitaria podría encontrarse frente a la necesidad de emplear medios inmediatos y lo más efectivos que le sean posibles para proteger a la población nacional.

Queda claro que el Constituyente, después haber presenciado los efectos de las epidemias y la guerra, que le eran tan recientes a la sociedad mexicanas, diseñó una Constitución que tuviera poder sanador para todo el dolor que habían sufrido.

Aparece claramente que la creación de un Consejo de Salubridad General de la República, obedeció al propósito de fundar un órgano administrativo, eficiente y de acción inmediata, que tuviese a su cargo atender y limitar los casos de mortalidad general de la República; que velase por la higiene pública nacional; dictase reglas obligatorias en todo el país, para evitar la invasión y desarrollo de epidemias y enfermedades exóticas en la República; dirigiese la lucha contra ellas [...] por tanto, es indiscutible que el Departamento de Salubridad Pública Federal, tiene competencia constitucional para conocer y dirimir todas aquellas cuestiones que dieron motivo a su creación y a las que

²⁹ Segunda Sala. Quinta Época. Apéndice 2000. Tomo I, Const., P.R. SCJN, p. 612. DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, COMPETENCIA CONSTITUCIONAL DEL. Amparo administrativo en revisión 846/28. López de Gabriel Carlos y coags. 13 de septiembre de 1932. Cinco votos. Relator: Arturo Cisneros Canto, *Semanario Judicial de la Federación*, Quinta Época, Tomo XXXVI, página 329, Segunda Sala.

concretamente se refieren los incisos II y IV de la fracción XVI del artículo 73 constitucional, y, lógicamente, también para todas aquellas que con dichas cuestiones se enlacen o tengan íntima conexión [...].³⁰

El 7 de febrero de 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud, por primera vez en la historia legislativa de México, la asistencia social es considerada como materia de salubridad general, rompiendo con modelos tradicionales de asistencia, ayuda o socorro y, convirtiéndola, además, en un programa permanente de gobierno.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades para servicios, y la competencia federal y estatal en materia de salubridad. Conforme al artículo 2o. de la Ley, las finalidades del derecho a la protección de la salud, son las siguientes:

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- La extensión de actitudes solidarias y responsabilidades de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y reestructuración de salud.
- El disfrute de servicios de la salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

³⁰ 901553. 880. Segunda Sala. Quinta Época. Apéndice 2000. Tomo I, Const., P.R. SCJN, p. 612. DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, COMPETENCIA CONSTITUCIONAL DEL. Amparo administrativo en revisión 846/28. López de Gabriel Carlos y coags. 13 de septiembre de 1932. Cinco votos. Relator: Arturo Cisneros Canto. *Semanario Judicial de la Federación*, Quinta Época, Tomo XXXVI, página 329, Segunda Sala.

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

La nueva garantía social elevada a rango constitucional, mediante la adición de un párrafo al artículo 4o. de nuestra Carta Magna, consagra el reconocimiento de que la salud es un bien social, en cuya protección deben participar: el Estado, la sociedad, y los diversos sectores que la componen.³¹

REFLEXIONES

Es importante hacer mención que la influencia de la Revolución Rusa, y principalmente de las ideas del socialismo soviético desde su gestación, impulsarían en México, a través de las ideas de Otilio Edmundo Montaña Sánchez autor intelectual del Plan de Ayala, la reforma agraria como método para que el campesino fuera dueño de sus parcelas, así como la creación del sindicalismo obrero como medio de defensa ante la explotación laboral, la institución de derechos laborales y sobre todo, la creación de un Sistema de Servicios de Salud a cargo del Estado, con servicios gratuitos, en donde el personal tanto médico, como demás personal sanitario se convertirían en empleados estatales, así como los hospitales serían propiedad del gobierno, siendo la base operativa de nuestro sistema de salud.

En los Estados Unidos Mexicanos, el precepto constitucional que otorga el derecho a la protección de la salud, así como el contenido de la ley secundaria que emana de él, se han convertido en los principales instrumentos para que el Estado se haga cargo de garantizar sin distinciones de ninguna especie que promoverá las acciones necesarias para lograr una adecuada atención a los servicios de salud para toda persona y para proveerle el mejor e inminente futuro con base en la prevención de las enfermedades susceptibles de convertirse en epidemias. Esa es la perspectiva que desde el señor Presidente hasta el más modesto de los gobernantes y directivos del sector salud nos preocupa fomentar, toda

³¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Texto vigente, Biblioteca de la Cámara de Diputados.

vez que el ideal es que todos nos encontremos comprometidos con el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez de la población nacional, bajo el principio de respeto irrestricto a los principios constitucionales.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, 4 vols., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- BURGOA ORIHUELA, Ignacio, *Las garantías individuales*, 4a. ed., México, Porrúa, 2008.
- CÁZARES GARCÍA, Gustavo, *Derecho de la seguridad social*, 2a. ed., México, Porrúa, 2007.
- DUBLÁN, Manuel y Lozano, José María (comp.), *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la Independencia de la República*, Reglamento del servicio de inspección de migrantes en los puertos y fronteras de la República, 25 de febrero de 1909, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1910.
- FAJARDO ORTIZ, Guillermo, *Línea del tiempo, atención a la salud 1902-2003 en el libro perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*, México, Organización Panamericana de la Salud/UNAM/Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002.
- FLORESCANO, Enrique y Malvido, Elsa (eds.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, vol. II., México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Salud y Seguridad Social, 1982.
- MCCAA, Robert, *Los millones desaparecidos: el costo humano de la Revolución Mexicana*, México, 2001.
- OCARANZA, Fernando, *Historia de la medicina en México*, México, Facultad de Medicina, 1934.
- RIVERA TAPIA, José Antonio, *La situación de Salud Pública en México (1870-1960)*, Hospital General Dr. Manuel Gea González, 2003.
- SPECKMAN GUERRA, Elisa; Claudia Agostoni, y Pilar Gonzalbo, (eds.), *Los miedos en la historia*, México, El Colegio de México/UNAM, 2009.
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Derecho constitucional mexicano*, 23a. ed., México, Porrúa, 1978.

Hemerográficas

- RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, “Simposio: México en 1915. Epidemias, hambre, y asistencia médica”, en *Gaceta Médica de México*, 2016.
- MIRANDA, Francisco, “Evolución de la sanidad en México”, en *Revista de Salud Pública de México*, México, 1991.
- SAN FILIPPO BORRAS José, “Algunas enfermedades y epidemias en torno a la Revolución Mexicana”, en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2010.
- SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, Laura y Ruiz Gutiérrez, Rosaura, “Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario”, en *Revista Ciencias*, Facultad de Ciencias, 2011.
- RODRÍGUEZ, José María, “Consideraciones acerca de la transmisión del tifo”, en *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 4a. época, núm. 12, México, 31 de diciembre de 1917.
- GÓMEZ DANTÉS, Octavio, *et al.*, “Sistema de Salud en México”, en *Revista de Salud Pública de México*, 2011.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, “La descentralización de los servicios de salud en México”, en *Salud Pública*, 2004.

Leyes, códigos y reglamentos

- Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos, Decreto de 4 de octubre de 1824, Biblioteca de la Cámara de Diputados.
- Constitución Política de la República Mexicana de 1857, Biblioteca de la Cámara de Diputados.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857, Diario Oficial. Órgano del Gobierno Provisional de la República Mexicana, 5 de Febrero de 1917, Biblioteca de la Cámara de Diputados.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Texto vigente, Biblioteca de la Cámara de Diputados.



LA ACCIÓN EXTRAORDINARIA EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Pablo Kuri Morales
Liliana Reyes Sanvicente
Jan Gutiérrez Sereno
Andrés Castañeda Prado
Sonia López Álvarez

La Revolución Mexicana significó un cambio importante en la salubridad general, y hemos observado al paso de los años cómo se ha ido transformando el derecho a la protección de la salud. De su redacción en 1917 a la fecha, la Constitución ha sido objeto de reformas que han permitido el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres y las mujeres. Con la Declaración de los Derechos Humanos aprobada por la Organización de las Naciones Unidas en 1948,¹ el derecho a la protección de la salud comenzó a visibilizarse y, finalmente, el 3 de febrero de 1983 se elevó a rango constitucional adicionando el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el párrafo penúltimo, que a la letra dice:

¹ La Declaración, definida como el «ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse», fue adoptada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General. Sus treinta artículos enumeran los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales básicos con los que deberían contar todos los seres humanos del mundo. Las disposiciones de la Declaración Universal se consideran normas de derecho consuetudinario internacional por su amplia aceptación y por servir de modelo para medir la conducta de los Estados.

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.²

Conviene distinguir entre el derecho humano a la protección de la salud y otros derechos, como son la libertad de expresión, la libertad de tránsito y la libertad de pensamiento. Respecto a estos últimos, el Estado se limita a no interferir en su ejercicio, pues sólo vigila y sanciona conductas violatorias a los mismos, es decir, el Estado tiene una obligación de no hacer. Por el contrario, en cuanto al derecho a la protección de la salud, el desempeño de los servidores públicos de las instituciones es fundamental, esto es, que el Estado tiene obligaciones de hacer, de sus acciones u omisiones dependerá el ejercicio de este derecho, el Estado genera las condiciones para garantizar la efectividad de este derecho.

Inicialmente, el cumplimiento de este derecho tenía un enfoque local, sin embargo, con la Revolución Mexicana, se inició el establecimiento del orden constitucional en todas las regiones del país, quedando el Estado mexicano como el único responsable del cumplimiento de este derecho.

Al respecto, Pedro Escribano define el derecho constitucional a la protección de la salud como: “Aquel derecho que se ostenta frente al estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto”.³

En 1891, se crea el primer Código Sanitario,⁴ siendo México el primer país en contar con una legislación sanitaria, en donde se estableció junto con la Federación una administración local propia de los estados en materia de salubridad.

² http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983

³ Pedro Escribano Collado, *El derecho a la salud*, España, Cuadernos del Instituto García Oviedo, Universidad de Sevilla, 1976, p. 44.

⁴ Promulgado el 15 de julio de 1891 y puesto en vigor el 1 de agosto siguiente.

En 1894,⁵ se modifica dicho Código, estableciendo reformas para mejorar el servicio público, se imponen impuestos federales, visas médicas de entrada y salida, por cuarentena y desinfección.

En 1902,⁶ se modifica nuevamente el Código Sanitario, asentando mayores restricciones a la libertad de entrada al territorio de la República, de salida, de circulación y de residencia.

Asimismo, el 12 de noviembre de 1908 se reforma la Constitución de 1857, dicha reforma se considera la más importante en materia de salubridad, ya que se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, quedando de la siguiente manera:

Artículo 72. El Congreso tiene facultad:⁷

[...]

XXI. Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.

Posteriormente, en la Constitución promulgada el 5 de febrero de 1917, se plasmaron las principales demandas sociales, económicas y políticas de la Revolución. Entre las modificaciones realizadas se destaca la adición de la fracción XVI del artículo 73 correlativa de la fracción antes citada, quedando hasta la fecha de la siguiente manera:⁸

[...]

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

Ira. 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;

2da. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obli-

⁵ Promulgado el 10 de septiembre de 1894 y puesto en vigor el 15 de octubre siguiente.

⁶ Promulgado el 15 de enero de 1903.

⁷ http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf

⁸ <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Mexico/mexico1917.html>

gación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República;

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

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

De la lectura anterior y de la posterior reforma al artículo 4o. constitucional, se desprende que debe existir una concurrencia entre la Federación y las entidades federativas para hacer efectivo este derecho y su sustento en leyes secundarias que definen las bases y condiciones para ejercer el derecho a la salud, entre las que destacan la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas, así como las leyes de salud locales, que en su conjunto son instrumentos legales que contienen criterios fundamentales, con la única finalidad de mejorar los servicios de salud que prestan las instituciones, entre las cuales se encuentran aspectos de prevención de enfermedades y promoción de la salud, trato adecuado de los usuarios de los servicios de salud tanto de carácter técnico administrativo, de capacitación, así como de carácter clínico.

En este sentido la Ley General de Salud señala expresamente:⁹

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

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para 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 que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

⁹ Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente.

- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Actualmente le corresponde al Sistema Nacional de Salud¹⁰ hacer frente a los problemas de salud que aquejan a nuestro país.

Es importante señalar que para que el Estado pueda velar por el derecho a la protección de la salud, todas las acciones se deben regular, de tal suerte que el individuo pueda exigir su cumplimiento.

LAS ACCIONES “EXTRAORDINARIAS”

Como se comentó con anterioridad, existen regulaciones secundarias cuyo contenido específico, establece las acciones que el Estado mexicano debe realizar para cumplir con el derecho a la protección de la salud, y es el caso de las acciones extraordinarias en salud. De la Ley General de Salud se desprende el articulado que define a la acción extraordinaria¹¹ en materia de salubridad general como aquella acción que procede ante la posibilidad de situaciones de emergencia, como por ejemplo, el súbito deterioro del ambiente que ponga en peligro inminente a la población. En todos los casos se ordena la ejecución inmediata de medidas indispensables por parte de la Secretaría de Salud para prevenir y combatir los daños a la salud y para el caso de deterioro del ambiente, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras dependencias,

¹⁰ Ley General de Salud, artículo 5o. El Sistema Nacional de Salud, está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

¹¹ Título Décimo, Acción Extraordinaria en Materia de Salubridad General, Capítulo único, artículos 181, 182, 183, y 184.

a reserva de que tales medidas sean después sancionadas por el Presidente de la República Mexicana.

Un claro ejemplo de acción extraordinaria es el de la Pandemia de influenza en el año 2009, durante la cual, con el propósito de combatir la epidemia, se implementaron medidas de control de manera inmediata en todas las regiones afectadas del territorio nacional, tales como: el aislamiento de personas que pudieran padecer la enfermedad y de los portadores del virus que la causa, por el tiempo que fuere necesario; aplicación de vacunas, entre otras.

Pero también existen medidas extraordinarias de prevención, como lo fue el brote del virus del Ébola en países africanos (Liberia, Guinea y Sierra Leona) en el año 2014. En esa ocasión se implementaron medidas preventivas para la vigilancia epidemiológica y para la preparación para la eventual aparición en territorio nacional de un caso, ya que el país se encontraba en riesgo de que eso sucediera.

Para poder ejecutar esas medidas preventivas, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, fue necesario que el Presidente de la República expidiera un Decreto¹² y que el Consejo de Salubridad General emitiera un Acuerdo,¹³ mediante el cual se incluyó al virus del Ébola como una enfermedad transmisible que debe ser objeto de vigilancia epidemiológica, prevención y control en términos de lo dispuesto por la Ley General de Salud, para que con esta inclusión, la Secretaría de Salud y demás autoridades sanitarias,¹⁴ pudieran ejecutar las medidas preventivas, en caso de la aparición de dicho virus en el país.

Se destaca la importancia de incluir, al virus del Ébola, en el rubro de las enfermedades transmisibles sujeta a vigilancia epidemiológica,

¹² Decreto por el que se sanciona el acuerdo por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la vigilancia epidemiológica, prevención, control y combate de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus del Ébola, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de octubre de 2014.

¹³ Acuerdo mediante el cual se determina que la enfermedad transmisible por el virus del Ébola, debe estar sujeta a vigilancia epidemiológica, prevención y control, en términos de lo dispuesto por el artículo 134, fracción XVI, de la Ley General de Salud, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 de octubre de 2014.

¹⁴ 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 al Gobierno del Distrito Federal.

como materia de salubridad general, para que la autoridad sanitaria en este caso, la Secretaría de Salud, pueda ejecutar las acciones extraordinarias necesarias para combatir los daños a la salud que se pudieran ocasionar con la entrada de este virus, ya que como comentamos con anterioridad, para que el Estado pueda velar por el derecho de protección a de la salud, todas las acciones se deben regular.

De igual manera, es importante destacar que existe una Norma Oficial Mexicana, la NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, que lista todas aquellas enfermedades que son objeto de vigilancia epidemiológica, de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, esta norma establece los criterios, especificaciones y directrices de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, para la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria, sobre las condiciones de salud de la población y sus determinantes.¹⁵

De lo anterior se desprende que las instituciones públicas tienen el deber de adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en la protección de la salud y el deber jurídico de las autoridades vinculadas con los servicios públicos de protección de la salud para adoptar medidas y dar efectividad plena al derecho humano a la protección de la salud.

A continuación, abordaremos los siguientes casos en particular:

- Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres.
- Preparación de la respuesta ante la amenaza del Ébola en México.
- Preparación y respuesta ante la pandemia de influenza en 2009.
- Programa de Vacunación Universal:
 - Campaña para la erradicación de la viruela.
 - Campaña para la eliminación de la polio.
 - Campaña para la eliminación del sarampión.
 - Campaña para la eliminación de la rubeola y el síndrome de rubeola congénita.

¹⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de febrero de 2013.

ATENCIÓN DE URGENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DESASTRES

Nuestro país está conformado por un vasto conjunto de realidades y condiciones geográficas, climatológicas, biológicas y de actividad humana, lo cual hace que, a lo largo de los años, se haya tenido que hacer frente a situaciones emergentes de la más diversa índole.

La ubicación geográfica de México hace que los desastres naturales, ya sea de origen hidrometeorológico o sísmico, se presenten con relativa frecuencia en diversos puntos del país, algunas veces de manera simultánea, poniendo en peligro a nuestra población, y en particular a aquellos sectores menos favorecidos económicamente hablando. Por otro lado, la complejidad de las aglomeraciones humanas y la actividad productiva son escenarios propicios para que emergencias de tipo socio organizativas o de exposición a contaminantes o toxinas puedan darse. Asimismo, el surgimiento de nuevas enfermedades, la presencia de cepas nuevas de algunos agentes infecciosos como la influenza o de aquellas que presentan resistencia a los tratamientos que se usan para combatirlos, tal es el caso de la resistencia antimicrobiana, que acaba de ser objeto de una llamada de alerta en la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹⁶ así como el riesgo de importación de enfermedades de otras regiones del mundo, son riesgos latentes.

A este panorama hay que añadir, dada la interacción de México con el mundo y los escenarios de inestabilidad que a nivel global se observan, la poco probable, aunque no imposible, utilización de armas de destrucción masiva, que tienen la capacidad de eliminar a un número elevado de población de manera indiscriminada y causar grandes daños económicos y medioambientales, lo que representa un nuevo riesgo para el país o, incluso las acciones de terrorismo y particularmente las de bioterrorismo, como las que se pudieron haber presentado después

¹⁶ OMS, Nota descriptiva, “Resistencia a antimicrobianos”, septiembre 2016 [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>].

de los acontecimientos del 9 de septiembre de 2001 en los Estados Unidos y los ataques con ántrax.¹⁷

Todas estas situaciones tienen en común el hecho de que no pueden ser previstas y por ello requieren del desarrollo y la implementación de planes de respuesta integral, los cuales, basándose en la experiencia previa y tomando en cuenta todos los escenarios posibles, permitan ofrecer una respuesta coordinada, efectiva y oportuna que limite los daños a la población, siendo a la vez lo suficientemente flexibles, de manera que se puedan adaptar a las condiciones cambiantes que estos fenómenos suelen presentar.

La Secretaría de Salud cuenta desde 1997 con un Programa de Acción Específico de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, el cual ha ido evolucionando y, a través de sus estrategias y líneas de acción, busca preparar a los servicios de salud a nivel estatal y nacional para responder ante cualquier emergencia, independientemente de su origen que pudiera tener repercusiones en la salud de la población, al identificarlas de manera oportuna y atendiendo con prontitud a la población afectada.¹⁸

Los componentes básicos de la respuesta organizada a emergencias implican acciones específicas en el periodo previo al evento emergente, enfocadas primordialmente a la preparación por medio de la capacitación, el acopio de insumos necesarios que permitan contar con una reserva estratégica para poder hacer frente a múltiples escenarios, así como la ejecución de simulacros que permitan poner en práctica los planes desarrollados, evidenciar áreas de oportunidad y afinar los procesos, de manera que al enfrentar una situación real se cuente con protocolos bien establecidos y validados.

La atención de la emergencia en sí, busca atender a la población que fue afectada por el fenómeno perturbador a través de una respuesta organizada, efectiva y oportuna, limitando en la medida de lo posible los daños a la salud de la población asentada en las localidades afectadas, brindando atención médica, psicológica y de restablecimiento de la infraestructura sanitaria básica, de manera que las comunidades puedan

¹⁷ UCLA, Department of epidemiology, “American anthrax outbreak of 2001” [http://www.ph.ucla.edu/epi/bioter/detect/antdetect_intro.html].

¹⁸ Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico, Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2013-2018.

transitar a la normalidad de forma más pronta, poniendo primordial énfasis en la Vigilancia Epidemiológica, la cual busca detectar de manera oportuna posibles brotes de enfermedades e implementar acciones encaminadas a cortar la cadena de transmisión de los mismos, con primordial atención en el periodo inmediato tanto a las enfermedades diarreicas agudas, como a las infecciones de vías respiratorias, mientras que en el periodo mediato las enfermedades transmitidas por vector, se vuelven de relevancia.¹⁹

Ejemplos de la respuesta oportuna y coordinada de la Secretaría de Salud ante la presencia de agentes infecciosos emergentes, son la de la Influenza en el año 2009²⁰ y las previsiones ante la posible introducción de casos de Ébola en los años 2014-15,²¹ temas que serán revisados con detalle más adelante. Dentro de la atención de desastres naturales podemos citar las inundaciones en Tabasco y Chiapas en el año 2007, así como las afectaciones debidas a los huracanes Ingrid y Manuel que afectaron ambas costas del país en el año 2013,²² los cuales envistieron varios estados de manera simultánea y supusieron un reto para abarcar a toda la población afectada. Esta situación, por fortuna pudo ser solventada con los recursos con que se contaba y con base a experiencias previas. También vale la pena hacer mención del operativo en salud implementado en Baja California Sur, al verse

¹⁹ Secretaría de Salud, CENAPRECE, Manuales para la atención a la salud ante desastres, [<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/Manuales-AtencionSaludDesastres.html>]

²⁰ Pablo Kuri Morales, *et al.*, “Pandemia de influenza: la respuesta de México”, en *Salud pública*, México, revista electrónica, 2006, pp. 72-79.

²¹ Secretaría de Salud, “Normas y lineamientos sobre el virus del Ébola”, 30 de junio de 2014, [<http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/normas-y-lineamientos-sobre-el-virus-del-ebola>]. Secretaría de Salud, “Manual de preparación y atención de casos de enfermedad por virus Ébola”, [http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/Manual_de_preparacion_y_atencion.pdf].

²² “Operativo de Salud federal por los ciclones tropicales Ingrid y Manuel”, 01 de octubre de 2013, [<http://www.gob.mx/salud/prensa/operativo-de-salud-federal-por-los-ciclones-tropicales-ingrid-y-manuel>]. Secretaría de Salud, “Boletín de Prensa Operativo de Salud Federal por los ciclones tropicales Ingrid y Manuel”, 11 de octubre de 2013, [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/operativofederal/Boletin_prensa%20Ingrid_Manuel_111013.pdf]. *Radio Fórmula*, “Realizan operativo de salud federal por *Ingrid* y *Manuel*”, 2 de octubre de 2013, [<http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?idn=359104>].

afectado dicho estado por el Huracán Odile en 2014.²³ Finalmente, en cuanto a la respuesta ante accidentes de índole químico, podemos señalar la oportuna acción de la Secretaría de Salud ante el derrame de sulfato de cobre acidulado en los ríos Sonora y Bacanuchi durante el año 2014.²⁴



Imagen proporcionada por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Es de resaltar que el hacer frente con relativa frecuencia a eventos emergentes de la más diversa índole, ha permitido que el personal de la Secretaría de Salud, tanto quienes desempeñan funciones operativas como gerenciales, hayan adquirido al paso del tiempo un cúmulo de conocimientos y de experiencia vasto, lo cual ha tenido

²³ *Centro de Noticias*, “Se refuerza promoción de la salud y saneamiento básico por *Odile*”, Promoción de la Salud, 22 de septiembre 2014 [<http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=9263>]. *Noticieros Televisa*, “Dependencias federales coordinan ayuda para afectados por *Odile* en BCS”, 21 de septiembre de 2014, [<http://noticieros.televisa.com/mexico/1409/dependencias-federales-respaldan-afectados-odile-bcs/>].

²⁴ “Derrame de sulfato de cobre en el río Bacanuchi, (afluente del río Sonora)”, [http://www.semarnat.gob.mx/sites/default/files/documentos/presentacion_conferencia_derrame.pdf]; “Presenta PROFEPA denuncia penal contra responsables de derrame en río Bacanuchi”, [http://www.profepa.gob.mx/innovaportal/v/6230/1/mx.wap/presenta_profepa_denuncia_penal_contra_responsables_de_derrame_en_rio_bacanuchi.html].

como efecto que, independientemente de la intensidad de los eventos que afectan a población, las afectaciones a la salud sean rápidamente identificadas, resueltas y por ende el regreso a la normalidad se presente de manera más expedita. Aún más, esta experiencia ha permitido a nuestro país tender la mano a otras naciones en sus momentos más oscuros; ejemplos de ello ha sido el apoyo brindando a Haití en 2010 en el combate de un brote de cólera²⁵ y más recientemente, el auxilio prestado a Ecuador tras el sismo de abril de 2016,²⁶ donde ha quedado patente, además de la solidaridad de nuestro país para con el resto de las naciones, como el nivel de efectividad que la respuesta ante desastres se tiene en México.



Imagen proporcionada por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

²⁵ *La Prensa*, “México envía personal médico y material a Haití”, <http://www.laprensa.com.ni/2010/10/27/internacionales/523594-mexico-envia-personal-medico-y-material-a-haiti>.

²⁶ *Excelsior*, “Envía México ayuda humanitaria y de rescate a Ecuador, por sismo”, <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/04/18/1087213>.

PREPARACIÓN DE LA RESPUESTA ANTE LA AMENAZA DEL ÉBOLA EN MÉXICO

La enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es una enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. El primer brote documentado de enfermedad por virus Ébola (EVE) ocurrió en 1976 simultáneamente en Zaire y Sudán, donde se detectaron 318 casos y 280 muertes con una tasa de letalidad de 88 por ciento. Este brote fue causado por la cepa *Ebolavirus Zaire*, una de las más epidémicas, virulentas y mortales de la historia.²⁷

El brote de Ébola en África Occidental del año 2014 fue el más extenso y complejo que se ha producido desde que se descubrió el virus en 1976. Durante el mismo, hubo más casos y más muertes que en todos los brotes previos juntos. Además, de que se extendió a diferentes países, ya que empezó en Guinea y después se propagó a través de las fronteras a Sierra Leona y Liberia, por vía aérea a Nigeria y a los Estados Unidos (1 viajero), y por transporte terrestre a Senegal (1 viajero) y Malí (2 viajeros).

En marzo del 2014 ante la aparición de los casos de Ébola en Liberia Sierra Leona y Guinea Ecuatorial, se inician en México una serie de acciones ante la posible llegada de esta enfermedad a nuestro país, entre las que destacan el seguimiento por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave) del brote en África, sesiones informativas con el personal de salud, entrevistas en medios de comunicación. Asimismo, se llevó a cabo una reunión del Comité Nacional de Seguridad en Salud, se emitieron boletines de prensa y videoconferencias con los estados, se hicieron avisos preventivos de viajes a las zonas afectadas, se designaron unidades hospitalarias con capacidad resolutive cercana a los aeropuertos internacionales, se integró un grupo de respuesta para atención médica, se designó la unidad de quemados del Instituto Nacional de Rehabilitación para la atención de casos sospechosos, se emitieron lineamientos para la vigilancia epidemiológica, se actualizaron las reservas estratégicas de insumos, se emitió un manual de atención

²⁷ Secretaría de Salud, “Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de enfermedad por el virus del Ébola”, Dirección General de Epidemiología, 2014.

médica, se capacitó a médicos y enfermeras, se sumaron al esfuerzo nacional los hospitales privados, y entre todas estas acciones destaca la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* el 23 y 24 de Octubre de 2014, de un acuerdo y un decreto presidencial para la vigilancia epidemiológica, prevención, control y combate de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus del Ébola en concordancia con el artículo 134, fracción XIV, de la Ley General de Salud.

La coordinación permanente con los secretarios Estatales de Salud, la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la Secretaría de Marina (Semar), el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (Senasica), la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat) y la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), permitió articular un plan de respuesta aún más eficiente. Además de una coordinación internacional con la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Grupo de Seguridad Global en Salud (G7 + México).

Hasta el momento no ha llegado a nuestro país ningún caso de Ébola, pero lo comentado líneas arriba da cuenta de que se ha generado todo el andamiaje técnico, jurídico y administrativo para que se pudiera enfrentar dicha enfermedad en caso de que llegara a presentarse algún caso en territorio nacional.

RESPUESTA ANTE LA PANDEMIA DE INFLUENZA EN 2009

La influenza es una enfermedad aguda de las vías respiratorias distinta al catarro común, ya que éste es causado por diferentes virus (rinovirus, adenovirus, coronavirus, etcétera), mientras que la influenza es causada por el virus del mismo nombre. Éste a diferencia del catarro común, puede llegar hasta los pulmones, causando una enfermedad respiratoria severa, lo que nos hace tener especial cuidado con ella.²⁸

²⁸ C. F. Arias y S. López, "Epidemia de influenza: ¿qué es y qué hacer?", en *Gaceta Facultad de Medicina*, UNAM, 2009, pp. 3-5.

La palabra viene del término latino *influentia*, aparecido en Italia en el siglo xv, ya que se pensaba que la enfermedad era producto de la influencia de los astros. Es una enfermedad respiratoria aguda, ocasionada por un virus de la familia de los Ortomixovirus, es fácilmente transmisible en los mamíferos y algunas aves, en los que se contagia por aerosoles generados al toser o estornudar. La infección ocurre tras el contacto con fluidos biológicos o superficies contaminadas por el virus que en condiciones adecuadas de humedad y temperatura puede sobrevivir hasta por varios días sobre las superficies (fómites).²⁹

El virus de la influenza se conoce desde 1933; y actualmente se clasifica en tres tipos: A, B y C. Aunque los tipos de influenza A y B ocasionan epidemias de manera regular, el virus de influenza tipo A es el único que ha demostrado ser capaz de causar pandemias.³⁰ Los síntomas más comunes son: fiebre elevada, dolor de cabeza, cansancio y malestar intenso, tos seca, ardor de garganta, congestión nasal y dolores musculares intensos.

Esta enfermedad se presenta durante todo el año y afecta a personas de todas las edades; sin embargo, el mayor número de casos ocurre en el invierno.³¹ Los grupos de mayor riesgo de presentar complicaciones y muerte son: niños menores de cinco años, adultos mayores de 65 años, embarazadas, enfermos crónicos, pacientes inmunocomprometidos y personas obesas.

Desde el siglo pasado se ha observado con cierta frecuencia la presencia de pandemias de influenza, se piensa que aproximadamente cada 40 años se presentan cambios mayores en los virus de influenza (mutaciones), lo que puede derivar en pandemias que afectan a millones de personas de todos los grupos de edad alrededor del mundo.³² Este fenómeno está dado por la aparición de nuevas cepas de virus de in-

²⁹ Miguel Betancourt Cravioto, *et al.*, “Situación actual de la influenza A (H1N1) en el mundo”, en *Gaceta Médica de México*, 2010, pp. 146, 437-440.

³⁰ DGE, Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza, México, Secretaría de Salud, 2006.

³¹ Pablo Kuri Morales, “La pandemia de influenza: posibles escenarios en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2008, pp. 144, 285-290.

³² DGE, *op. cit.*

fluencia capaces de brincar la barrera interespecie y pasar de los reservorios naturales en las aves a los mamíferos, incluyendo al ser humano.³³

A lo largo de los años se han registrado varias pandemias de influenza, la primera entre 1918 y 1919 con la gripe española, coincidiendo prácticamente con la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. La segunda gran pandemia ocurrió en 1958 y la tercera en 1968.³⁴ La última de ellas se dio en este siglo, en el año 2009, causada por una nueva cepa de influenza, capaz de transmitirse fácilmente entre personas y con el potencial de ocasionar enfermedad grave entre humanos.³⁵ Esta última pandemia demandó a México acciones extraordinarias en salud para las que el país ya se encontraba preparado.

Las pandemias de influenza condicionan un reto para cualquier sociedad, ya que se genera un incremento súbito en la demanda de consultas médicas, altas tasas de hospitalización y de muerte. Tienen un efecto importante en la economía y en el bienestar social, como consecuencia del ausentismo laboral y de la limitación del flujo de personas y de mercancías entre países y regiones.³⁶ Por esta razón, en México se considera un tema de seguridad nacional y se maneja como tal.

Desde 1999 la OMS publicó un primer documento llamado *Influenza Pandemic Plan*.³⁷ En 2003, al institucionalizarse en México el concepto de seguridad en salud, se crea el Comité Nacional para la Seguridad en Salud (CNSS), como un órgano colegiado del más alto nivel, encabezado por la Secretaría de Salud, con la responsabilidad de analizar, definir, dar seguimiento y evaluar las políticas nacionales en materia de seguridad en salud.³⁸ Una de las políticas adoptadas desde entonces es que a partir del 2004, cada año Birmex importa, controla y distribuye cerca de 20 millones de dosis de vacuna contra influenza

³³ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp.146, 437-440.

³⁴ Kuri, *op. cit.*, pp. 144, 285-290

³⁵ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

³⁶ Kuri, *et al.*, *op. cit.*, pp. 48, 72-79.

³⁷ DGE, *op. cit.*

³⁸ Kuri, *et al.*, *op. cit.*, pp. 48, 72-79.

estacional, las cuales se entregan a las distintas instituciones del Sector Salud.³⁹

Al hablar de la emergencia o reemergencia de las enfermedades existe siempre un factor de incertidumbre, ocasionado principalmente por la participación del azar en los cambios adaptativos de los agentes infecciosos,⁴⁰ éste es el caso de la influenza, por lo que desde 2006 se tiene diseñado el Plan Nacional de Preparación y Respuesta, en el que se establecen los mecanismos de coordinación entre las diferentes áreas que intervienen en la atención de la salud, para contender de manera oportuna y organizada esta eventualidad.⁴¹ En octubre de 2006 se llevó a cabo un simulacro a gran escala en cuatro estados del país (Chihuahua, Hidalgo, Tabasco y el entonces Distrito Federal), con la participación de más de tres mil personas, la Secretaría de Marina y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre otras instancias.

“El objetivo del Plan es proteger a la población mexicana mediante la instrumentación oportuna de acciones coordinadas para hacer frente a las necesidades de atención con la finalidad de reducir el impacto de un evento de esa naturaleza en el país”.⁴² La creación del CNSS, el diseño de este plan y su implementación durante la pandemia de 2009 constituyen sin duda acciones extraordinarias en salud.

Las líneas de acción del Plan consideran prioritariamente: coordinación, vigilancia epidemiológica (Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza), atención médica, difusión y movilización social, y reserva estratégica (antivirales, equipos de laboratorio, para la protección del personal de salud, de telecomunicaciones, etcétera).⁴³

Adicionalmente al plan de emergencia, el combate contra la influenza se lleva a cabo todos los días mediante una coordinación intersectorial. Ejemplo de ello son la ya mencionada vacunación anual;⁴⁴ la vigilancia epidemiológica específica dentro del país y en los puntos de

³⁹ Mauricio Rodríguez Álvarez, *et al.*, “Las vacunas contra influenza, un desafío cíclico”, *Revista Digital Universitaria*, 2010, p. 11.

⁴⁰ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

⁴¹ DGE, *op. cit.*

⁴² Kuri, *op. cit.*, pp. 144, 285-290.

⁴³ DGE, *op. cit.*

⁴⁴ Betancourt, *et al.*, *op. cit.*, pp. 146, 437-440.

entrada y salida y la promoción de acciones como la etiqueta del estornudo, el lavado adecuado de manos, el uso frecuente de alcohol-gel, y el aislamiento voluntario de los enfermos, evitando acudir al trabajo, la escuela u otros sitios públicos cuando se está padeciendo un cuadro de infección de vías aéreas.⁴⁵

Sin duda la influenza es un ejemplo actual de cómo el conocimiento, la comunicación, la coordinación y la preparación nos permiten generar acciones extraordinarias por parte de todos los sectores e instituciones en beneficio de la salud de los mexicanos.

Cuando en 2009 llegó la nueva cepa de influenza AH1N1, se contaba con un plan y con experiencia para hacer frente a la misma. Hoy, esta variedad de influenza, es considerada estacional, de hecho desde 2010 así se considera, pero no estamos exentos de que alguna otra cepa se convierta en pandémica, no obstante, México está preparado para hacerle frente.

PROGRAMA DE VACUNACIÓN UNIVERSAL

Existen acciones dentro del campo de la salud pública, que si bien no están estrictamente definidas como tal, si son acciones extraordinarias porque han implicado un enorme esfuerzo humano por parte del Sistema Nacional de Salud, cuyos resultados han tenido un impacto trascendental en las condiciones de vida de la población.

Por ello, a continuación nos referiremos al Programa de Vacunación Universal que desde 1991 ha logrado prácticamente todas sus metas, entre las cuales hablaremos de cinco de los hitos más trascendentales: la erradicación de la viruela, la eliminación de la polio, la rubeola junto con el síndrome de rubeola congénita y, finalmente, la eliminación del sarampión.

La vacunación es considerada como una de las políticas de salud pública con un mayor costo-efectividad, ya que la inversión que en ella se realiza permite evitar una enorme carga económica en la atención y rehabilitación de los padecimientos prevenibles por vacunación, de la misma manera que previene defunciones. Aún más, en un país donde

⁴⁵ *Idem.*

los contrastes son tan marcados como es el caso de México, la vacunación desempeña un papel de un importantísimo igualador social; a partir de la equidad inmunológica, es decir, que toda persona por el sólo hecho de ser mexicano, sin importar su nivel económico o ninguna diferencia de otra índole, tiene acceso a la protección de uno de los programas de vacunación más completos del mundo.⁴⁶

Eradicación de la viruela

En nuestro país, los esfuerzos que tuvieron lugar para el control y erradicación de la viruela, están sustentados sobre la base de la promulgación de la Constitución de 1917, y acorde con la nueva Constitución Política se creó el Departamento de Salubridad Pública, responsable de llevar a cabo tareas de gran importancia y trascendencia para la salud pública de nuestro país; entre ellas, la erradicación de la viruela, padecimiento que entre 1897 y 1917 aún había causado alrededor de 175 mil defunciones.

Para 1926, la necesidad de vacunar contra la viruela en las zonas rurales se hizo imperiosamente clara, por lo que los doctores Bernardo Gastelum y Francisco Bulman se dieron a la tarea de organizar brigadas móviles de vacunación con el objetivo de ofrecer esta protección aun en los sitios más alejados de la geografía nacional. Dichos esfuerzos se enfrentaron a no pocos retos; el transporte de estas brigadas debió ser en la mayoría de los casos a caballo o a pie, y a menudo debían hacer frente a la desconfianza que algunas poblaciones mostraban, la cual, en algunas ocasiones, llegó a ser de una oposición abierta y hasta agresiva, de ahí que algunas brigadas fueran acompañadas de escolta militar, con resultados variables.

⁴⁶ OPS/OMS “Salud en las Américas” [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=177&lang=es]. José Ignacio Santos Preciado, “Nuevo Esquema de Vacunación en México”, en *Salud Pública de México*, 1999, pp. 1-2. José Ignacio Santos Preciado, “Esquema universal de vacunación en niños en México: los nuevos retos”, en *Salud Pública de México*, 2007, fecha de consulta: 11 de octubre de 2016.

La metodología de este esfuerzo consistía en la conformación de la brigada en la Ciudad de México, seguida por una capacitación de una semana de duración, tras lo cual se les entregaba su itinerario, mapas de ruta, dinero y los insumos necesarios para su labor, tras lo cual se partía, teniendo fecha de salida, pero no de regreso, conforme a las situaciones particulares que su ruta les impusiera.

En un principio, las brigadas acudían de forma más bien reactiva con el objeto de controlar brotes de viruela, pronto fue evidente que el éxito de esta campaña se vería incrementado al aplicar la vacuna de manera general e indiscriminada.

Para los años treinta, el éxito de esta estrategia comenzó a hacerse patente, al registrarse un decremento notorio en el número de casos de viruela en el país, lo cual, por primera vez, permitió contemplar la erradicación de este mal como algo factible y al alcance de la mano.⁴⁷

En 1941 se crea, por decreto presidencial, la comisión encargada de crear y ejecutar la Campaña Antivariolosa, siendo un parteaguas, ya que a partir de ese momento se norma de manera puntual el control de la calidad de la vacuna, de los procedimientos en campo, el registro de información y evaluación de los resultados, lo que incrementó la efectividad de las acciones llevadas a cabo, de manera que en el lapso de unos años, el país pasó de tener miles de casos a un puñado en conglomerados muy limitados. De esta manera, el último caso de viruela reportado en nuestro país se presentó el 2 de junio de 1951, en San Luís Potosí, sin que se presentaran casos asociados a este, lo cual confirmó la protección de la comunidad alrededor de este único caso. Un año más tarde, al no registrarse más casos, México declaró oficialmente erradicada a la viruela en su territorio.

Es motivo de orgullo, y un verdadero tributo a los salubristas de nuestro país, el resaltar que este hito se consiguió mucho antes que en otros países de América Latina y 25 años antes de que esta meta se lograra en el mundo, lo cual ocurrió el 27 de octubre de 1977, pero más importante aún, este enorme esfuerzo en salud pública, le redituó

⁴⁷ Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Aviso Epidemiológico, CONAVE/01/2014/Poliomielitis, 16 de mayo de 2014, “Propagación Internacional del Polio, virus salvaje en 2014”.

a nuestro país con creces, al desarrollar recursos humanos y materiales que posteriormente le permitirían emprender campañas de gran magnitud, a la vez que le abrió camino a los programas de salud que vendrían en el futuro.

*Campaña para la eliminación
de la Polio*

La poliomielitis es una enfermedad causada por la infección con poliovirus. Se transmite de persona a persona, fundamentalmente por vía fecal-oral. La infección por el poliovirus se produce en el tubo digestivo, con diseminación a los ganglios regionales y una pequeña proporción de los casos al sistema nervioso central, donde causa inflamación de las neuronas motoras de la médula espinal y del cerebro ocasionando parálisis, atrofia muscular y ocasionalmente deformidad.

En México, la poliomielitis representó un problema de salud pública en el periodo de 1937 a 1990, cuando se registraron aproximadamente 29,000 casos de poliomielitis, la mayoría de ellos en la década de los cincuentas.

En 1972, la campaña de vacunación encargada desde 1969 al doctor Carlos Calderón, destacado sanitarista de la época, alcanzó 70 por ciento de los niños menores de 5 años con la vacuna oral trivalente; como resultado, los casos descendieron desde un promedio anual de menos de 900 casos para los 5 años anteriores, hasta 221 casos entre 1973 y a 231 en 1974, y así continúan descendiendo hasta el último caso de poliomielitis salvaje ocurrido en el país el 18 de octubre de 1990 en Tomatlán, Jalisco. En México, en los últimos diez años la cobertura anual promedio de vacunación contra la poliomielitis es superior a 95 por ciento, cifra que cumple con las recomendaciones de la OMS y garantiza mantener al país libre de la circulación de poliovirus salvaje.⁴⁸

Desde 1965, año en el que se inicia el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México incluye a la poliomielitis entre los

⁴⁸ Dirección General de Epidemiología, “Información epidemiológica de morbilidad, anuario 2012”, consultado en <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

padecimientos bajo vigilancia epidemiológica estricta; es decir, es un padecimiento de notificación inmediata y obligatoria, que requiere de estudio epidemiológico y toma de muestras para la confirmación del diagnóstico por laboratorio.⁴⁹

Cuatro estrategias han contribuido notablemente hacia la erradicación de la incidencia de poliomielitis: altas coberturas de inmunización con vacuna oral de polio (VOP), inmunización suplementaria durante los días nacionales de vacunación, vigilancia epidemiológica efectiva de casos de parálisis flácida aguda (PFA), y bloqueos vacunales en zonas de alto riesgo.

En 1994 el continente americano quedó certificado como libre de poliovirus, seguido por la eliminación en la región del Pacífico Oeste en 2000 y en Europa en 2002.⁵⁰

La polio continúa en nuestro Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, dentro de las parálisis flácidas agudas, esto para permitirnos conocer si pudiera existir un caso importado en nuestro país. Sabemos que el 5 de mayo de 2014 la OMS aceptó la evaluación del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de considerar la propagación internacional del poliovirus salvaje en 2014 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). De acuerdo con el Comité, la dispersión internacional del poliovirus salvaje en 2014 constituye un “evento extraordinario” y un alto riesgo a la salud de otros países, por lo cual es esencial una respuesta internacional coordinada.⁵¹

Por lo anterior, se puede concluir que, en México, en los últimos diez años, la cobertura anual promedio de vacunación contra poliomielitis es superior a 95 por ciento, cifra que cumple con las recomendaciones de la OMS y garantiza mantener al país libre de la circulación de poliovirus salvaje.

⁴⁹ Alejandra Esteves Jaramillo, *et al.*, “Hacia la erradicación de la poliomielitis: logros y retos en México”, en *Salud pública de México*, vol. 54, núm. 5, septiembre-octubre de 2012.

⁵⁰ Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, *op. cit.*

⁵¹ World Health Organization, “Measles” (fact sheet) [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>]

*Campaña para la eliminación
del sarampión*

El sarampión es una enfermedad viral febril exantemática, que aún hoy es causa de defunción entre niños, sobre todo en las zonas más pobres del mundo, sin embargo, entre 2000 y 2014 el número de muertes a nivel mundial disminuyó en 79 por ciento, previniendo por medio de la vacunación en ese periodo un estimado de 17.1 millones de muertes.⁵²

En México, durante los años cincuenta se hallaba dentro de las primeras causas de mortalidad y morbilidad, situación que se vería modificada en los años subsecuentes, debido a una mejora en el acceso a los servicios de salud, disponibilidad de antibióticos y, primordialmente, a la vacunación. Entre 1941 y 1971 el comportamiento de las epidemias de sarampión presentaba un patrón bianual y a partir de 1973, este patrón cambió, para presentarse cada cuatro años, sin embargo en el periodo comprendido entre 1989-1990 se presentó una explosiva epidemia de sarampión, la cual fue la de mayor intensidad en 40 años, con alrededor de 89,163 casos y 7,000 defunciones, y que afectó principalmente los estados de Veracruz, Oaxaca, Jalisco y Sinaloa.⁵³ Esta epidemia pudo ser controlada gracias a las acciones de control y las campañas masivas de vacunación que le siguieron, tras lo cual, en 1992 se dieron dos eventos que tendrían un impacto marcado en la incidencia de este padecimiento. Por un lado se estableció el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática, lo cual, aunado a la implementación del Programa de Vacunación Universal y a las estrategias de las semanas nacionales de vacunación, que después evolucionarían a semanas nacionales de salud, vendrían a hacer sinergia en el combate de esta enfermedad.⁵⁴

En 1993 nuestro país se adhirió a la iniciativa regional de eliminación del sarampión y en 1998 se introdujo en México la vacunación

⁵² Dirección General de Epidemiología, “Anuarios de morbilidad 1984-2015”, [<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>]

⁵³ O. Velázquez, R. Tapia, “Panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación en México”, *Revista Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública*, vol. 3, julio-septiembre, 1993, pp. 19-31.

⁵⁴ *Idem.*

universal con SRP en niños de 1 y 6 años de edad, lo cual permitió aumentar la cobertura en nuestra población y llevaría a la eliminación de casos de transmisión local, y a la posibilidad de hacer frente a la importación de casos provenientes de otras regiones del globo donde la vacunación no es habitual o no existe. Es así que en 1996 se registró en México el último caso de sarampión de transmisión local, tras lo cual, si bien se han presentado de manera esporádica casos importados, algunos asociados a brotes de importancia como el generado en California, Estados Unidos, durante el año 2014, las coberturas de vacunación de nuestra población han permitido a nuestro país hacer frente a ellos sin la presencia de casos de transmisión local. Vale la pena señalar que la eliminación de casos de sarampión en las Américas fue declarada el 27 de septiembre de 2016, 20 años después de que esta meta se lograra en nuestro país.

*Campana para la eliminación de la rubeola
y el síndrome de rubeola congénita*

La rubeola es un padecimiento viral febril exantemático altamente contagiosa, y si bien, la mayoría de las veces es de carácter benigno, cuando se presenta en mujeres embarazadas puede ocasionar efectos teratógenos graves, abortos o mortinatos. Es tan frecuente que llega a afectar hasta 69 por ciento de los productos de la gestación, cuando se adquiere la infección en el primer trimestre del embarazo.⁵⁵

En México, la rubeola fue una enfermedad endémica —es decir, de origen local— que afectaba principalmente a los niños en edad escolar. Sin embargo, 20 por ciento de los casos se presentaban en mujeres en edad reproductiva. Las secuelas de la infección durante el embarazo abarcan una serie de defectos congénitos como: ceguera, sordera, malformaciones congénitas del corazón, retraso mental y hepato-esplenomegalia. Este cuadro es conocido como síndrome de rubeola congénita. El problema llegó a ser de tal magnitud que antes de la vacunación antirrubéolica en gran escala, cada año nacían en la

⁵⁵ E. Miller, *et al.*, “Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy”, en *Lancet*, 1982, pp. 2, 781-784.

Región de las Américas alrededor de 20,000 niños afectados por este síndrome.⁵⁶

En México, entre los años 1989 y 1990, se documentaron 89,163 casos y 8,150 defunciones⁵⁷ atribuidas a la rubeola y comenzó a ser un verdadero reto para la salud pública. Fue en 1993, cuando México se unió al compromiso regional para la eliminación del sarampión en el continente americano. Con ello se estableció el sistema de vigilancia de enfermedades febriles exantemáticas, cuya definición de caso sospechoso por la similitud del cuadro clínico incluía los casos de rubeola, lo que reforzó de forma indirecta la notificación inmediata de este padecimiento.⁵⁸

Más tarde, en 1998, se introdujo la vacunación universal con la vacuna de sarampión rubeola y parotiditis (SRP) en niños de entre 1 y 6 años de edad. Más adelante, en 2003, se decidió apoyar en México la meta regional de eliminación ampliada de Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita. Y fue hasta la semana epidemiológica número 42 de 2008 cuando se registró el último caso endémico de rubeola.

Finalmente, es un logro compartido entre todo el continente ya que toda la región de las Américas se convirtió en la primera del mundo en ser declarada libre de transmisión endémica de rubeola con los últimos casos endémicos de rubeola y síndrome de rubeola congénita reportados en el año 2009, un año después del último caso endémico en México.

En todos estos casos hay que reconocer al “ejército” de hombres y mujeres que conforman al personal de salud y a los miles de voluntarios que, a lo largo de décadas e incluso siglos, han trabajado de manera incansable, incluso algunas veces a costo de sus propias vidas, para llevar vacunas a lo largo y ancho de nuestro país.

⁵⁶ F. T. Cutts, *et al.*, “Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries. Part 1: burden of disease from CRS”, en *Bull World Health Organ*, 1997, pp. 55-68.

⁵⁷ J. L. Díaz Ortega, *et al.*, “Incidencia y patrones de transmisión de rubeola en México”, en *Salud Pública de México*, 2007, pp. 49, 337-344.

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud, “Eliminación de la rubeola y del síndrome de rubeola congénita”, Publicación científica 606, Washington, 2006.

Debe reconocerse a las instituciones de salud y sus dirigentes quienes, en su momento, tuvieron la visión y la determinación de organizar los programas y estrategias que hoy colocan a México a la vanguardia mundial en materia de vacunación.

Y desde luego debe señalarse a la población que ha confiado en sus instituciones de salud, en los trabajadores de la salud y que ha permitido y participado de manera activa en la consecución de los logros señalados.

CONCLUSIÓN

Nuestra Constitución Política es el instrumento que rige nuestra convivencia social, en materia de salud señala el derecho que tenemos a la protección de la salud, de ella emanan leyes, normas, disposiciones y demás que nos conducen.

Hemos intentado ejemplificar algunas acciones extraordinarias en materia de salubridad general, sin embargo todos los días en nuestro país ocurren acciones extraordinarias de salud, se previenen miles de enfermedades, se atienden miles de enfermos y se llevan a cabo cientos de miles de acciones de carácter administrativo para que se pueda preservar la salud y recuperar aquella que se pierde.

Los mexicanos siempre estaremos expuestos a nuevos retos en materia de salud, es parte de nuestra condición humana, y más hoy en un mundo donde ya no hay fronteras y donde un enfermo, un vector o un agente que produce enfermedad, puede literalmente dar la vuelta al mundo en horas, en un mundo donde los estilos de vida, muchos de ellos poco saludables, cada vez permean con mayor facilidad a la comunidad mundial, sin embargo, como tratamos de mostrar, siempre hay forma de llevar a cabo acciones extraordinarias, muchas claramente visibles, otras no tanto, pero que ahí están y que muestran que México y la solidaridad de nuestra población siempre será más grande que sus problemas.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, Aviso Epidemiológico, CONAVE/01/2014/Poliomielitis, 16 de mayo de 2014, “Propagación Internacional del Polio, virus salvaje en 2014”.
- ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, Cuadernos del Instituto García Oviedo, España, Universidad de Sevilla, 1976.
- Organización Panamericana de la Salud, “Eliminación de la rubeola y del síndrome de rubeola congénita”, Publicación científica 606, Washington, 2006.

Hemerográficas

- ARIAS, C. F. y López, S., “Epidemia de influenza: ¿qué es y qué hacer?”, en *Gaceta Facultad de Medicina*, UNAM, 2009.
- BETANCOURT CRAVIOTO, Miguel, *et al.*, “Situación actual de la influenza A (H1N1) en el mundo”, en *Gaceta Médica de México*, 2010.
- CUTTS, F. T., *et al.*, “Control of rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in developing countries. Part I: burden of disease from CRS”, *Bull World Health Organ*, 1997.
- DÍAZ ORTEGA, J. L., *et al.*, “Incidencia y patrones de transmisión de rubeola en México”, en *Salud Pública de México*, 2007.
- ESTEVEZ JARAMILLO, Alejandra, *et al.*, “Hacia la erradicación de la poliomieltis: logros y retos en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 54, núm. 5, septiembre-octubre de 2012.
- KURI MORALES, Pablo, *et al.*, “Pandemia de influenza: la respuesta de México”, en *Salud pública México*, revista electrónica, 2006.
- , “La pandemia de influenza: posibles escenarios en México”, *Gaceta Médica de México*, 2008
- MILLER, E., *et al.*, “Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy”, *Lancet*, 1982.
- RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, Mauricio, *et al.*, “Las vacunas contra influenza, un desafío cíclico”, *Revista Digital Universitaria*, 2010.
- SANTOS PRECIADO, José Ignacio, “Esquema universal de vacunación en niños en México: los nuevos retos”, en *Salud Pública de México*, 2007.
- , “Nuevo esquema de vacunación en México”, en *Salud Pública de México*, 1999.
- VELÁZQUEZ, O. y Tapia, R., “Panorama epidemiológico de las enfermedades prevenibles por vacunación en México”, *Revista Higiene, Sociedad Mexicana de Salud Pública*, vol. 3, julio-septiembre, 1993.

- “Derrame de sulfato de cobre en el río Bacanuchi, (afluente del río Sonora)”, http://www.semarnat.gob.mx/sites/default/files/documentos/presentacion_conferencia_derrame.pdf
- “Operativo de Salud federal por los ciclones tropicales *Ingrid y Manuel*”, 1 de octubre de 2013, <http://www.gob.mx/salud/prensa/operativo-de-salud-federal-por-los-ciclones-tropicales-ingrid-y-manuel>
- “Presenta PROFEPA denuncia penal contra responsables de derrame en río Bacanuchi, http://www.profepa.gob.mx/innovaportal/v/6230/1/mx.wap/presenta_profepa_denuncia_penal_contra_responsables_de_derrame_en_rio_bacanuchi.html
- Base de Datos Políticos de las Américas, “República de México. Constitución Federal de 1917” <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Mexico/mexico1917.html>
- Biblioteca Virtual de la Cámara de Diputados, “Reformas y adiciones a la Constitución de 1857. De 1901 a 1916” http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf
- Centro de Noticias*, “Se refuerza promoción de la salud y saneamiento básico por *Odile*”, Promoción de la Salud, 22 de septiembre 2014 <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=9263>
- Diario Oficial de la Federación*, “Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983
- Dirección General de Epidemiología, “Información epidemiológica de morbilidad, anuario 2012”, consultado en <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- , “Anuarios de morbilidad 1984-20015”, <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- Excelsior*, “Envía México ayuda humanitaria y de rescate a Ecuador, por sismo”, <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/04/18/1087213>.
- La Prensa*, “México envía personal médico y material a Haití”, <http://www.laprensa.com.ni/2010/10/27/internacionales/523594-mexico-envia-personal-medico-y-material-a-haiti>
- Noticieros Televisa*, “Dependencias federales coordinan ayuda para afectados por *Odile* en BCS”, 21 de septiembre de 2014, <http://noticieros.televisa.com/mexico/1409/dependencias-federales-respaldan-afectados-odile-bcs/>

- OMS, Nota descriptiva, “Resistencia a Antimicrobianos”, septiembre 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>
- OPS/OMS, “Salud en las Américas” http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=71&Itemid=177&lang=es
- Radio Fórmula*, “Realizan operativo de salud federal por *Ingrid y Manuel*”, 2 de octubre de 2013, <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?idn=359104>
- Secretaría de Salud, “Boletín de Prensa Operativo de Salud Federal por los ciclones tropicales *Ingrid y Manuel*”, 11 de octubre de 2013, http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/operativofederal/Boletin_prensa%20Ingrid_Manuel_111013.pdf
- Secretaría de Salud, “Manual de preparación y atención de casos de enfermedad por virus ébola”, http://portal.salud.gob.mx/ebola/pdf/Manual_de_preparacion_y_atencion.pdf
- Secretaría de Salud, “Normas y lineamientos sobre el virus del ébola”, 30 de junio de 2014, <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/normas-y-lineamientos-sobre-el-virus-del-ebola>
- Secretaría de Salud, CENAPRECE, Manuales para la atención a la salud ante desastres, <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/ManualesAtencionSaludDesastres.html>
- UCLA, Department of Epidemiology, “American Anthrax Outbreak of 2001” http://www.ph.ucla.edu/epi/bioter/detect/antdetect_intro.html
- World Health Organization, “Measles” (fact sheet) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>

Leyes, códigos y reglamentos

- DGE, *Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza*, México, Secretaría de Salud, 2006.
- Ley General de Salud, Nueva Ley publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, texto vigente.
- Programa de Acción Específico, Atención de Urgencias Epidemiológicas y Desastres 2013-2018, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, “Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico por laboratorio de enfermedad por el virus del ébola”, Dirección General de Epidemiología, 2014.

PONDERACIÓN DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD FRENTE A OTROS DERECHOS

José Fernando Franco González Salas

CONTEXTO HISTÓRICO DEL RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN A LA SALUD

Este derecho humano, como tal, es de reciente cuño, puesto que fue la salubridad general lo que generó una atención especial en el Constituyente de 1917.¹

En este órgano constituyente se mantuvo y fortaleció a nivel constitucional la existencia de un cuerpo colegiado ejecutivo rector, que pudiera hacer frente de manera eficiente a los distintos problemas de salud que afectarían a la población. Así se creó el Consejo de Salubridad

¹ La *salubridad general de la República*, se introdujo como competencia federal en la Constitución de 1857, por reforma a los artículos 11 y 72, fracción XXI, de 12 de noviembre de 1908. Felipe Tena Ramírez, *Leyes fundamentales de México*, México, Porrúa, 1967, p. 717.

General,² que quedó regulado en la fracción XVI, del artículo 73 de la Constitución.³

Fue hasta el 3 de febrero de 1983 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación la adición de un párrafo al artículo 4o de la Constitución, por la que se elevaba a rango constitucional el derecho de toda persona a la protección de la salud.

El texto aprobado en 1983 y vigente hasta la fecha (que hoy es el párrafo cuarto del artículo constitucional en cita) reza así:

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.

Sin embargo, con su constitucionalización, la protección de la salud no se conceptualizó únicamente como derecho humano; se le reputó también como una “garantía social”. Es evidente que, independientemente de las corrientes jurídicas imperantes en ese entonces, se trataba de un derecho humano que se reconocía en los tratados internacionales suscritos por México y que quedaba así plasmado en nuestra Constitución; pero que al mismo tiempo se establecía con el alcance de una obligación del Estado para lograr esa protección, en concurrencia con los distintos órdenes de gobierno, pero también con la participación de la sociedad y de los individuos que la conforman.⁴

² El antecedente lejano de este órgano puede considerarse el Consejo de Salubridad, creado el 4 de enero de 1841, que tenía solamente competencia local en el Departamento de México (recuérdese que era tiempo en que operaba el régimen constitucional centralista en México) cuyo objeto era vigilar la correcta práctica del ejercicio de la medicina y farmacia, en materia de sanidad y acciones de beneficencia pública. En 1891 (ya durante el régimen federal restablecido con el Acta de 1847 y la Constitución de 1857) cambió su nombre al de Consejo Superior de Salubridad, dependiendo de la Secretaría de Gobernación.

³ Para una visión sintética del objetivo y marco constitucional que rige actualmente al Consejo de Salubridad General, ver: José Ramón Cossío Díaz, *et al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2013, pp. 356 y ss.

⁴ En la iniciativa enviada por el Ejecutivo Federal a la Cámara de Senadores, fechada el 22 de diciembre de 1982, expresamente se señaló: “Esos factores, que se nos mos-

Por ello, la expresión constitucional usada para connotar este derecho, como “*derecho a la protección de la salud*”, tuvo la intención manifiesta de resaltar que la salud es una responsabilidad compartida indisolublemente entre el Estado, la sociedad y los interesados, puesto que sin la participación *inteligente, informada, solidaria y activa* de estos últimos no resulta viable que se *conserve, recupere, incremente y proteja la salud*.⁵

También debe considerarse que dicho derecho fundamental, en su origen se inscribió en una concepción institucional amplia, dado que con la reforma aludida también se sentaban las bases para la creación de un *Sistema Nacional de Salud*, con la participación concurrente de los tres órdenes de gobierno (municipal, de las entidades federativas y federal). De esta manera se buscaba enfrentar, en términos de lo expuesto por el Ejecutivo Federal en su iniciativa de reforma al artículo 4o.:

... al propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha llevado a que la Federación tome responsabilidades que pertenecen por su naturaleza a las jurisdicciones local y municipal. La Ley Sanitaria ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general, que concibió el Constituyente de Querétaro, y con los Convenios de Servicios Coordinados de Salud Pública tradicionales, prácticamente se ha liquidado el carácter concurrente de la materia sanitaria.

Por otra parte, el Constituyente daba el sustento para que se regularan dos ámbitos: el de salud por una parte, el de salubridad general por otra, aunque ambas indisolublemente vinculadas hoy en día.

Respecto de ello, el Ejecutivo Federal explicó claramente que era lo que se buscaba al señalar en su Iniciativa lo siguiente:

traron con toda su crudeza en la campaña política que emprendimos para lograr el voto ciudadano, nos ha llevado a la convicción de que es necesario elevar el rango del derecho a la protección de la salud, consagrándolo en el artículo 4o. de nuestra Carta Magna como una nueva garantía social. [...] Ese derecho es una vieja aspiración popular, congruente con los propósitos de justicia social de nuestro régimen de convivencia y con los compromisos que en cuanto a Derechos Humanos, México ha contraído en la Organización de las Naciones Unidas y en la Organización de Estados Americanos desde hace décadas.”

⁵ Así quedó claramente expresado en la iniciativa que envió el Ejecutivo Federal.

Otro aspecto saliente de la iniciativa es el relativo al acceso a los servicios de salud: una ley reglamentaria definirá las bases y modalidades de ese acceso para que se tengan en cuenta las características de los distintos regímenes de seguridad social, que se fundan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso; de los sistemas de solidaridad social, que usan recursos fiscales, la cooperación comunitaria y la colaboración institucional, y de los sistemas de asistencia, que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado. A esa ley secundaria tocará, en su caso, establecer los mecanismos, fórmulas y criterios para que los mexicanos obtengan servicios de salud.

Es claro que sin explicitarlo, el Ejecutivo se estaba refiriendo a una ley general que definiera la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en las materias de acceso a los servicios de salud y de Salubridad General.

De lo anterior se puede colegir que el derecho del que se ocupa este trabajo tiene dos claras dimensiones. Una es su calidad de *derecho humano* con todo lo que ello representa para las personas, pero también que se concibió con la calidad de una *garantía social* que el Estado —en todas sus dimensiones—, incluyendo la participación de todos los sectores de la población, tiene la obligación de hacer efectiva.

Podría estimarse como una conclusión preliminar que se puede sostener con cierto grado de asertividad que, en muchos de los casos en que hay colisión entre distintos derechos humanos y el de protección a la salud, deberían tomarse en cuenta esas dos dimensiones para resolver el conflicto y decidir cuál y en qué medida debe prevalecer ese derecho humano frente al otro u otros con los que compete.

UNA VISIÓN RÁPIDA DEL SIGNIFICADO JURÍDICO DE LA PONDERACIÓN CUANDO ENTRAN EN COLISIÓN DOS O MÁS DERECHOS HUMANOS

Este es uno de los temas que ha sido materia de amplios estudios por muy destacados académicos e investigadores⁶ y que ha suscitado los más interesantes debates en los tribunales constitucionales. En ningun-

⁶ Por ejemplo, las diferencias importantes que presentan destacados tratadistas como Luigi Ferrajoli y Jürgen Habermas respecto de la figura de la ponderación. Para este

no de esos foros existe una total uniformidad sobre cómo enfrentar y resolver estos casos. No obstante, sí se puede tener una idea razonable de las líneas de solución más aceptadas para enfrentar este tipo de problemas. Por supuesto, también hay criterios que los tribunales delimitan para ello. Este es el caso de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la que ha venido fijando criterios aislados para resolver el problema de ponderación entre distintos derechos humanos cuando entran en colisión en los casos concretos.

Entre los autores más influyentes que sostienen la postura de la ponderación, y que ha incidido en la Suprema Corte mexicana se encuentra Robert Alexy, quien ha desarrollado una de las teorías de argumentación jurídica contemporáneas más sólidas. Así, este jurista alemán expresa:

Uno de los principales temas en el debate actual en torno a la interpretación de los derechos constitucionales es el papel de la ponderación o del sopesamiento. La ponderación juega un papel central en la práctica de la mayoría de los tribunales constitucionales. En el caso del tribunal constitucional alemán, la ponderación es una parte de lo que viene exigido por un principio más amplio: el principio de proporcionalidad. Este principio se subdivide a su vez en tres subprincipios: el principio de idoneidad, el de necesidad y el de proporcionalidad en sentido estricto, los cuales expresan la idea de optimización. Lo que lo lleva a concluir que interpretar los derechos constitucionales a la luz del principio de proporcionalidad supone tratar a los derechos constitucionales como exigencia de optimización; esto es, como principios y no como simples reglas.⁷

Define los subprincipios de la siguiente manera: “Los subprincipios de idoneidad y necesidad se refieren a la optimización relativa a lo que es fácticamente posible; por lo que expresan la idea de optimalidad de Pa-

tema ver Manuel Atienza Rodríguez, *Curso de argumentación jurídica*, Madrid, Editorial Trotta, 2013, pp. 183 a 186 y 539 a 546.

⁷ Robert Alexy, *Teoría del discurso y derechos constitucionales. Cátedra Ernesto Garzón Valdés (2004)*, México, Distribuciones Fontamara, 2005, p. 61. Para una visión mucho más completa del pensamiento de este jurista alemán se puede ver: Robert Alexy, *Teoría de los derechos fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 2001.

reto. El tercer subprincipio, el de proporcionalidad en sentido estricto, se refiere a la optimización respecto de las posibilidades normativas”, y como para esta teoría las posibilidades normativas vienen definidas por la concurrencia de otros principios, el subprincipio aludido puede formularse mediante la siguiente regla; “Cuanto mayor sea el grado de la no satisfacción o del detrimento de un principio, mayor debe ser la importancia de satisfacción del otro”, regla que según este autor puede denominarse “ley de ponderación”.⁸

En la Suprema Corte, en particular en la Primera Sala, se ha adoptado básicamente la teoría antes enunciada para resolver situaciones de conflicto o de colisión entre derechos humanos (fundamentales). Esa Sala, siguiendo la teoría de la ponderación desarrollada por Alexy, se ha inclinado por considerar que en esos casos:

[...] lo que se analiza es una relación entre principios, entendidos como mandatos de optimización que ordenan que algo debe realizarse en la mayor medida posible (de acuerdo con las posibilidades fácticas y normativas existentes). Los conflictos entre principios (o entre derechos así concebidos) deben resolverse aplicando un test de proporcionalidad, que viene a ser una especie de meta-principio o, si se quiere, el principio último del ordenamiento jurídico. Ese principio consta, a su vez, de tres subprincipios: el de idoneidad, el de necesidad y el de proporcionalidad en sentido estricto o ponderación. Los dos primeros se refieren a la optimización en relación con las posibilidades fácticas. Significa que una medida, esto es, una ley o una sentencia, etcétera, que limita un derecho o un bien constitucional de considerable importancia para satisfacer otro, debe ser idónea y necesaria para obtener esa finalidad, o sea, no debe ocurrir que la misma finalidad pudiera alcanzarse con un costo menor. El tercer subprincipio, por el contrario, tiene que ver con la optimización en relación con las posibilidades normativas.⁹

Ese mismo enfoque es utilizado para determinar cuándo es válido restringir o suspender un derecho humano conforme al artículo 1o. de

⁸ *Ibidem*, pp. 61 y 62.

⁹ Tesis aislada 1a.CCCIX/2014 (10a.), cuyo rubro es: PROPORCIONALIDAD DE LAS PENAS. SUS DIFERENCIAS CON EL TEST DE PROPORCIONALIDAD EN DERECHOS FUNDAMENTALES.

nuestra Constitución y el 30 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Así la misma Primera Sala ha señalado que:

[...] de la interpretación armónica y sistemática de los artículos citados se concluye que los requisitos para considerar válidas las restricciones o la suspensión de derechos, son: a) que se establezcan en una ley formal y material (principio de reserva de ley) dictada en razón del interés general o público, en aras de garantizar los diversos derechos de igualdad y seguridad jurídica (requisitos formales); y, b) que superen un test de proporcionalidad, esto es, que sean necesarias; que persigan un interés o una finalidad constitucionalmente legítima y que sean razonables y ponderables en una sociedad democrática (requisitos materiales).¹⁰

Los anteriores ejemplos ponen de manifiesto que la teoría de la ponderación ha sido asumida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, como instrumento fundamental para resolver los problemas que involucran conflictos entre derechos humanos.

Por tanto, en los siguientes apartados se analizarán, primero, el marco constitucional que rige al derecho a la protección de nuestro país y segundo, litigios relevantes en que se ha acometido la tarea de ponderar este derecho frente a otros reconocidos en nuestra Constitución, cuando han entrado en colisión en casos concretos.

DESCRIPCIÓN SINTÉTICA DEL MARCO REGULATORIO CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONAL DEL DERECHO HUMANO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

En cuanto al derecho nacional,¹¹ como ya se ha señalado, la primera referencia directa que se hizo en un texto constitucional respecto del derecho a la protección de la salud, fue con la reforma al artículo 4o. de

¹⁰ Tesis Aislada CCXV/2013 (10a.), cuyo rubro es: DERECHOS HUMANOS. REQUISITOS PARA RESTRINGIRLOS O SUSPENDERLOS CONFORME A LOS ARTÍCULOS 1o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y 30 DE LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS.

¹¹ Todas estas consideraciones son tomadas de diversos trabajos anteriores elaborados por el autor para conferencias o pláticas, que no han sido publicados.

la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, realizada el 3 de febrero de 1983.

Dado que en ese artículo constitucional se establece que será el legislador el encargado de establecer las bases y modalidades del Sistema Nacional de Salud y del acceso a los servicios de salud. Ello lo ha cumplido con la expedición de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de febrero de 1984 y con sus múltiples reformas hasta su texto hoy vigente.¹²

Esta Ley establece que *salud* es: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (artículo 1o. Bis); y que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud (artículo 2o.).

De igual manera, en los términos del artículo 3o. de la Ley General de Salud, la materia de salubridad general abarca prácticamente todos los aspectos relevantes relacionados con la protección de la salud, en sus treinta y siete fracciones,¹³ y determina que las autoridades sanitarias

¹² La Ley General derogó el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 13 de marzo de 1973 y abrogó otras leyes relacionadas; y de acuerdo con la información contenida en la página web de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, desde su publicación esta Ley general ha sido materia de 110 reformas hasta la fecha de elaboración de este trabajo.

¹³ Las treinta y siete fracciones contienen las siguientes materias: I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley; II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; II bis. La Protección Social en

son: el Presidente de la República; el Consejo de Salubridad General; la Secretaría de Salud, y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el Gobierno de la ahora Ciudad de México (artículo 4o.).

Por otra parte, la Ley define el derecho a la protección de la salud, principalmente, como: el disfrute de servicios de salud y asistencia social, el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de dichos servicios, el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica encaminadas al bienestar físico y mental del

Salud; III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II; IV. La atención materno-infantil; IV bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas; IV bis 1. La salud visual; IV bis 2. La salud auditiva; IV Bis. Salud Bucodental; V. La planificación familiar; VI. La salud mental; VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud; VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud; IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos; IX bis. El genoma humano; X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país; XI. La educación para la salud; XII. La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo; XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre; XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico; XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles; XV bis. El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes; XVII. La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad; XVIII. La asistencia social; XIX. El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; XX. El programa contra el tabaquismo; XXI. La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia; XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación; XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos; XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII; XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley; XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células; XXVI bis. El control sanitario de cadáveres de seres humanos; XXVII. La sanidad internacional; XXVII bis. El tratamiento integral del dolor, y XXVIII. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y la satisfacción de las necesidades de la población (artículo 23).

Por su parte el Sistema Nacional de Salud se encuentra regulado en los artículos 5o. al 43 de la Ley General de Salud.

Para efectos del alcance de este trabajo, se señala que este Sistema se define como el que está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud (artículo 5o.). El principal objetivo del Sistema es: 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 la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas (artículo 6o., fracción I). La coordinación de todo el Sistema está a cargo de la Secretaría de Salud (artículo 7o.).

Bajo esa coordinación participan las entidades federativas y municipios conforme a la distribución de competencias que fija la propia Ley (artículo 13); y mediante concertación de acciones los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, de sus trabajadores y los usuarios de los mismos, así como, en su caso, las autoridades o representantes de las comunidades indígenas.

En este Sistema Nacional juega un papel relevante el Consejo de Salubridad General, el cual está integrado por el Secretario de Salud, quien lo preside, un secretario y trece vocales titulares, dos de ellos deben ser los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía,¹⁴ más los vocales que el reglamento

¹⁴ Los vocales conforme al artículo 3o. del Reglamento Interior son los secretarios de Hacienda y Crédito Público; el de Desarrollo Social; el de Medio Ambiente y Recursos Naturales; el de Economía; el de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; el de Comunicaciones y Transportes; el Secretario de Educación Pública; y 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

determine,¹⁵ que hoy son trece. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el Presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos, a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias (artículo 15).¹⁶

En la parte orgánica del sistema, solamente falta señalar que la Secretaría de Salud ejerce las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios más importantes y se apoya para algunas de ellas en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), órgano desconcentrado de esa dependencia.

Por lo que se refiere a los servicios de salud, la ley los clasifica en: de atención médica; de salud pública, y de asistencia social, los cuales regula detalladamente.

En el artículo 23 del mismo ordenamiento se dispone que por servicios de salud se entienden “todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger,

Cirugía, A. C., y el Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estos vocales concurren a las sesiones del Consejo con derecho de voz y de voto.

¹⁵ A la fecha, conforme al artículo 4o. del Reglamento Interior del Consejo, son veintidós vocales más los que integran el Consejo, pero a diferencia de los vocales titulares, aquéllos concurren a las sesiones del órgano con voz pero sin voto.

¹⁶ Conforme al artículo 17 de la Ley General de Salud, compete al Consejo de Salubridad General: I. Dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas, así como las que tengan por objeto prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental en la salud, las que serán revisadas después por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan; II. Adicionar las listas de establecimientos destinados al proceso de medicamentos y las de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes, así como las de fuentes de radiaciones ionizantes y de naturaleza análoga; III. Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud; IV. Opinar sobre el establecimiento de nuevos estudios profesionales, técnicos, auxiliares y especialidades que requiera el desarrollo nacional en materia de salud; V. Elaborar el Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud; VI. Participar, en el ámbito de su competencia, en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud; VII. Rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud; VII bis. Proponer a las autoridades sanitarias el otorgamiento de reconocimientos y estímulos para las instituciones y personas que se distingan por sus méritos a favor de la salud, y VIII. Analizar las disposiciones legales en materia de salud y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas, y IX. Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y esta Ley.

promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad”, y en el 27 que para los “efectos del derecho a la protección de la salud se consideran servicios básicos”: I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; III. La atención médica integral, que comprende la atención médica integrada de carácter preventivo, acciones curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;¹⁷ IV. La atención materno-infantil; V. La planificación familiar; VI. La salud mental; VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales; VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; IX. La promoción de un estilo de vida saludable; X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas, y XI. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica.

En el artículo 28 se prevé que debe existir un cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer niveles, cuya existencia debe de estar garantizada por la Secretaría de Salud.

Asimismo, en la Ley General se dispone que los servicios públicos a la población en general se prestarán a los habitantes que lo requieran, garantizando la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud (artículo 35)¹⁸ y que los mismos se regirán por los criterios de universalidad y gratuidad con base en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.¹⁹

¹⁷ Según ese mismo precepto, la atención médica integrada de carácter preventivo consiste en realizar todas las acciones de prevención y promoción para la protección de la salud, de acuerdo con la edad, sexo y los determinantes físicos y psíquicos de las personas, realizadas preferentemente en una sola consulta.

¹⁸ No hay que dejar de lado que, según el artículo 36 de la misma ley, el Ejecutivo Federal y las entidades federativas pueden determinar cuotas de recuperación por la prestación de los servicios, con base en el principio de solidaridad social eximiendo de ellas a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlos.

¹⁹ Respecto de los temas abordados en este y los previos párrafos, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido algunos criterios, siendo de especial importancia la tesis de jurisprudencia de rubro y texto siguientes:

Ahora, por lo que hace a las definiciones jurisdiccionales, la Suprema Corte de Justicia de la Nación²⁰ se ha pronunciado en varias ocasiones acerca del derecho a la protección de la salud, reconocido

SALUD· EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4o., TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL. La Ley General de Salud, reglamentaria del citado precepto constitucional, precisa que los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: a) servicios públicos a la población general, que se prestan en establecimientos públicos de salud a los residentes del país, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad, cuyas cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando estos carezcan de recursos para cubrirlas; b) servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, que son los prestados a las personas que cotizan o las que hubieren cotizado conforme a sus leyes, así como los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal se presten por tales instituciones a otros grupos de usuarios; c) servicios sociales y privados, los primeros se prestan por los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios de los mismos, directamente o mediante la contratación de seguros individuales y colectivos, y privados, los que se prestan por personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, sujetos a las leyes civiles y mercantiles, los cuales pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y, d) otros que se presten de conformidad con la autoridad sanitaria, como lo son aquéllos que conforman el Sistema de Protección Social en Salud, previsto para las personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, que será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el entonces Distrito Federal y los propios beneficiarios mediante cuotas familiares que se determinarán atendiendo a las condiciones socioeconómicas de cada familia, sin que el nivel de ingreso o la carencia de éste sea limitante para acceder a dicho sistema. Lo anterior permite advertir que el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud y que en virtud de que ésta es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados, el financiamiento de los respectivos servicios, no corre a cargo del Estado exclusivamente, pues incluso, se prevé el establecimiento de cuotas de recuperación a cargo de los usuarios de los servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud, que se determinan considerando el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, eximiéndose de su cobro a aquéllos que carezcan de recursos para cubrirlas, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados, con base en criterios de capacidad contributiva y redistribución del ingreso.

²⁰ Me referiré solo a algunas resoluciones de la Suprema Corte por razones de espacio. Existen criterios de Tribunales Colegiados muy interesantes en este campo, las cuales pueden ser consultadas en la página web de la Suprema Corte: www.scjn.gob.mx, bajo el ícono “*Semanario Judicial*”.

por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo, en lo que interesa lo siguiente:²¹

- El derecho a la protección de salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo, es decir, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.
- Del artículo 4o. de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel a ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la protección de la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.²²

²¹ Los argumentos que se señalan son tomados, casi textualmente, de la de la resolución adoptada en el juicio de Amparo en Revisión 385/2016, fallado en sesión de la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 16 de noviembre de 2016. Se utiliza esta resolución por su actualidad y porque en ella se recogen criterios del Pleno y de ambas Salas, que se puede considerar han forjado ya una doctrina constitucional jurisdiccional respecto del derecho humano de protección a la salud.

²² Las anteriores consideraciones encuentran sustento en las siguientes tesis y jurisprudencias del Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que se leen bajo el rubro:

“DERECHO A LA SALUD. NO SE LIMITA AL ASPECTO FÍSICO, SINO QUE SE TRADUCE EN LA OBTENCIÓN DE UN DETERMINADO BIENESTAR GENERAL”.

Tesis P. LXVIII/2009, consultable en la página 6, tomo XXX, diciembre de 2009, del *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*.

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

- Si bien para la justiciabilidad del derecho a la protección de la salud en el juicio de amparo, es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía, lo cierto es que ello no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.

Como se advierte de las anteriores consideraciones, el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4o. de la Constitución General de la República, puede entenderse como la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud encaminados a la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

En esa lógica, se trata de un derecho complejo que despliega una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado, en el entendido que la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado del bienestar.

Así, la salud es una meta prioritaria en sí misma y, a su vez, es el pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, ya que las posibilidades de que sean capaces los individuos para desplegarlas como tales, dependen de los logros en salud, en tanto un estado de bienestar general resulta indispensable para poder ejercer el resto de los derechos

Tesis: P. XVIII/2011, consultable en la página 29, tomo XXXIV, agosto de 2011, del *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*.

humanos que tutela la Constitución Federal y, en consecuencia, para poder llevar una vida digna.

De ahí que las mejoras en salud constituyen un presupuesto para el desarrollo y no una mera consecuencia y, por ende, la realización del derecho humano a la salud aparece crecientemente como una regla esencial para saber si realmente hay progreso en un Estado y, al mismo tiempo, como un medio decisivo para obtenerlo.

En suma, es dable afirmar que la plena realización del derecho humano a la salud es uno de los requisitos fundamentales para que las personas puedan desarrollar otros derechos y libertades de fuente constitucional y convencional,²³ por lo que la prosecución de la justicia

²³ En este aspecto es relevante lo señalado en la tesis aislada 1a. LXV/2008, emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de rubro y texto siguientes:

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

social no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos que resulten evitables o tratables, y sobre todo, en la evitabilidad de padecer una mortalidad prematura.

Ahora, establecida la noción general del derecho humano a la protección de la salud que tutela el artículo 4o. de la Constitución General de la República, resulta menester concretar el presente estudio al contenido y alcance jurídico del derecho humano al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental, que consagra el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual es del tenor literal siguiente:

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad [sic] y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

ciones 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.

Del precepto convencional en cita, se advierte que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental impone obligaciones positivas a los Estados Parte, de las que se destacan, especialmente, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Respecto de las obligaciones en comento, el precepto internacional no establece expresamente qué tipo de medidas de asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad se encuentran obligados a establecer los Estados contratantes.

Sin embargo, un primer acercamiento a la extensión de la obligación de salvaguardar el derecho al disfrute del más alto nivel posible a la salud, en su vertiente de tratamiento de enfermedades y condiciones de asistencia y servicios médicos, puede colegirse del artículo 2o. de la propia Convención, el cual señala:

Artículo 2o.

1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.
2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.
3. Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.

Del precedente artículo se advierte que el Estado mexicano se encuentra obligado a: (I) adoptar medidas —tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas—; (II) hasta el máximo de los recursos de que

disponga; y (III) para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en la convención.

Sobre las obligaciones en comento, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha emitido la “Observación General Número 3” —1990—, en la que se sostuvo, sustancialmente, lo siguiente:

- Aunque el pacto contempla una realización paulatina de los derechos humanos y tiene en cuenta las restricciones derivadas de la limitación de los recursos con que cuentan los Estados, también “impone varias obligaciones con efecto inmediato”, una de ellas es que tales derechos se ejerciten “sin discriminación”.
- La otra obligación inmediata consiste en el compromiso contraído en virtud del párrafo 1o. del artículo 2o. en el sentido de “adoptar medidas”, compromiso que en sí mismo no queda condicionado ni limitado por ninguna otra consideración y, por ende, tales medidas deben adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del pacto para los Estados interesados, en el entendido que deben ser deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones reconocidas en el propio tratado internacional.
- Si bien cada Estado parte debe decidir por sí mismo qué medios son los más apropiados de acuerdo con las circunstancias y en relación con cada uno de los derechos contemplados, la “propiedad” de los medios elegidos no siempre resultará evidente, por consiguiente, conviene que los Estados indiquen en sus informes no sólo las medidas que han adoptado sino también en qué se basan para considerar tales medidas como las más “apropiadas” a la vista de las circunstancias.
- El concepto de progresiva efectividad constituye un reconocimiento del hecho de que la plena efectividad de todos los derechos económicos, sociales y culturales en general no podrá lograrse en un breve periodo de tiempo, sin embargo, la progresividad no se ha de interpretar equivocadamente como que priva a la obligación de todo contenido significativo, “ya que requiere

un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo real y las dificultades que implica para cada país el asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales”.

- Por otra parte, la frase debe interpretarse a la luz del objetivo general, en realidad la razón de ser, del pacto, que “es establecer claras obligaciones para los Estados Partes con respecto a la plena efectividad de los derechos de que se trata. Este impone así una obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr ese objetivo”.
- Corresponde a cada Estado Parte una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos. Así, por ejemplo, un Estado Parte en el que un número importante de individuos está privado de alimentos esenciales, de atención primaria de salud esencial, de abrigo y vivienda básicos o de las formas más básicas de enseñanza, prima facie no está cumpliendo sus obligaciones en virtud del pacto.
- Para que cada Estado Parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, “debe demostrar que ha realizado todo esfuerzo para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas”.
- De ahí que aunque se demuestre que los recursos disponibles son insuficientes, “sigue en pie la obligación de que el Estado Parte se empeñe en asegurar el disfrute más amplio posible de los derechos pertinentes dadas las circunstancias reinantes”. Más aún, de ninguna manera se eliminan, como resultado de las limitaciones de recursos, las obligaciones de vigilar la medida de la realización, o más especialmente de la no realización, de los derechos económicos, sociales y culturales y de elaborar estrategias y programas para su promoción.

Como se advierte, el artículo 2o. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de con-

tenido —inmediatas— y de resultado —mediatas o de cumplimiento progresivo—. Las primeras se refieren a que los derechos se ejerciten “sin discriminación” y a que el Estado “adopte medidas”, dentro de un plazo razonablemente breve, que sean deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones convencionales.

Las obligaciones de resultado se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo real y las dificultades que implica para cada país el asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. Asimismo, corresponde a cada Estado parte una obligación mínima de asegurar, por lo menos, la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos contenidos en el pacto.

Esto es, las obligaciones convencionales requieren de un estándar mínimo de cumplimiento, pero no se agotan ahí, sino que resulta menester que, al mismo tiempo, el Estado se encuentre realizando todas las medidas necesarias para asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.

En esa lógica, en virtud del derecho consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se impone al Estado mexicano, por una parte, una obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho al nivel más alto posible de salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio hasta el máximo de los recursos que disponga.

Ahora bien, para determinar si un Estado ha fallado en adoptar medidas para la realización de los derechos económicos y sociales, hasta el “máximo de los recursos de que disponga”, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, emitió el documento intitulado: “Evaluación de la Obligación de Adoptar Medidas hasta el ‘Máximo de los Recursos de que Disponga’ de Conformidad con un Protocolo Facultativo del Pacto” —veintiuno de septiembre de dos mil siete—, de la que se desprende lo siguiente:

- La disponibilidad de recursos, aunque condiciona la obligación de adoptar medidas, no modifica el carácter inmediato de la obli-

gación, de la misma forma que “el hecho de que los recursos sean limitados no constituye en sí mismo una justificación para no adoptar medidas”. Aunque se demuestre que los recursos disponibles son insuficientes, sigue en pie la obligación del Estado parte de velar por el disfrute más amplio posible de los derechos económicos, sociales y culturales, habida cuenta de las circunstancias reinantes.

- Para que un Estado parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, “debe demostrar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar todos los recursos que están a su disposición” en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas.
- Cuando se afirme que un Estado parte no ha adoptado medidas hasta el máximo de los recursos de que disponga, se deben examinar las medidas legislativas o de otra índole, que haya adoptado, siendo que para determinar si son “adecuadas” o “razonables”, se tomarán en cuenta, entre otras cuestiones, las siguientes: (I) hasta qué punto las medidas adoptadas fueron “deliberadas, concretas y orientadas al disfrute de los derechos”; (II) “si el Estado ejerció sus facultades discrecionales de manera no discriminatoria y no arbitraria” (III) si la decisión del Estado de no asignar recursos disponibles se ajustó a la normas internacionales de derechos humanos (IV) en caso de que existan varias opciones en materia de normas, si el Estado se inclinó por la opción que menos limitaba los derechos reconocidos en el Pacto (V) El marco cronológico en que se adoptaron las medidas (VI) si “las medidas se adoptaron teniendo en cuenta la precaria situación de las personas y los grupos desfavorecidos y marginados”, si las medidas fueron no discriminatorias y “si se dio prioridad a las situaciones graves o de riesgo”.

Como puede verse, cuando el Estado contratante, aduciendo una falta de recursos, incumpla con la plena realización del derecho al nivel más alto posible de salud, o bien, no asegure sus niveles esenciales, corresponderá no sólo a éste comprobar dicha situación, sino además

debe acreditar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar los recursos que están a su disposición, habida cuenta que en el uso de su arbitrio para el desarrollo de las políticas públicas, y para las decisiones atinentes a la distribución o re-distribución de recursos, debe tomar en cuenta a los grupos vulnerables, así como a las situaciones de riesgo, en el entendido que se encuentra proscrito que incurra en decisiones que resulten arbitrarias o discriminatorias.

Ahora, para complementar la interpretación que se ha venido realizando de las referidas obligaciones que tiene el Estado mexicano con relación al derecho a la protección de la salud, en su vertiente de la reducción de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, el tratamiento de las enfermedades y creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad, se precisa que el documento más extensivo de interpretación del artículo 12 del referido pacto, lo constituye la Observación General Número 14 (2000) emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en lo que interesa señala:

- El derecho a la protección de la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura 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”.
- *El concepto* del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado y, por ende, “el derecho a oportuna y apropiada” sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda

adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

- Por otra parte, “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento.
- El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades “tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes”, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.
- “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; “tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes”, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.
- Los Estados pueden conculcar el derecho a la protección de la salud “al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales”. Entre las violaciones por actos de omisión figuran “el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios

de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

- Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de los servicios médicos preventivos y curativos.

De lo hasta aquí expuesto, es dable concluir que el derecho al nivel más alto posible de salud, debe entenderse como: un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. En el entendido que existen elementos esenciales que informan el desarrollo del derecho humano a la salud, a saber, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Así, la “lucha contra las enfermedades” tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, en tanto que “la creación de condiciones que aseguren a las personas asistencia médica y servicios médicos en casos de enfermedad”, no se limita al acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, sino al tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades.

Por ello, la obligación de “cumplir” requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la protección de la salud.

Reiterándose que si el Estado mexicano aduce que la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento de las obligaciones que ha contraído en virtud del pacto, tendrá que justificar no sólo ese hecho, sino que ha realizado todo lo po-

sible por utilizar al máximo los recursos de que dispone para satisfacer el derecho a la protección de la salud.

De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del pacto, cuando, entre otras cuestiones, el Estado obligado no adopte todas “las medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”, dentro de las que se encuentra el tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, así como el suministro de medicamentos esenciales para dar un tratamiento apropiado a las enfermedades, habida cuenta que se deberá dar especial cuidado a los grupos vulnerables o marginados.

La anterior transcripción le permitirá al lector conocer cuál es la posición general o mayoritaria que ha forjado la Suprema Corte en relación al derecho a la protección de la salud y le facilitará entender los parámetros que ha venido definiendo para ponderar este derecho fundamental frente a otros que puedan entrar en colisión, al resolver los casos concretos de su competencia.

Pero la tarea del juzgador constitucional, a pesar de ese cúmulo de criterios y reglas de interpretación que ya ha fijado, no es nada sencilla. Para ejemplificar esta dificultad se analizarán en el siguiente apartado algunos casos ya resueltos, que ponen en evidencia la gran complejidad que implica la resolución de conflictos en los que está involucrada la delicada tarea de la ponderación entre derechos humanos.

ALGUNOS CASOS RELEVANTES DE PONDERACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD FRENTE A OTROS DERECHOS HUMANOS

1o. Ponderación en la impugnación a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores (LPSNF, en lo sucesivo) en el Distrito Federal

En la Acción de Inconstitucionalidad 119/2008, diputados de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal impugnaron la LPSNF, argumentando que violaba los artículos 16 y 133 constitucionales, por considerar

que la dicha Ley no se ajustaba al contenido de la Ley General para el Control del Tabaco.

Si bien la objeción principal era la falta de competencia de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) para legislar en la materia, el Pleno de la Suprema Corte se pronunció sobre el alcance del derecho a la protección de la salud, en ese contexto.

Así, en la resolución se pondero entre el derecho a la protección de la salud de los no fumadores “ante el gran número de enfermedades que produce a este grupo la exposición al humo del tabaco”, sobre el derecho al comercio de ciertos sujetos, al haberse prohibido la práctica de fumar en diversos lugares cerrados de atención al público y, en muchos otros espacios en que se pusiera en riesgo la salud de niños, jóvenes y adultos (incluyendo, entre otros, hospitales, establecimientos mercantiles, elevadores, hospitales, bibliotecas, teatros, cines, hoteles, lugares cerrados en donde se expendan alimentos o bebidas, centros de educación inicial, básica, media superior y superior, oficinas públicas así como áreas privadas como espacios de trabajo cerrados y en sitios de concurrencia colectiva).²⁴

El Pleno de la Suprema Corte razonó de la siguiente manera la justificación constitucional de esa legislación:

El fin y el medio de la norma permiten concluir que esta regula la materia de salud, al tener como finalidad la protección de la salud de los no fumadores mediante la prohibición de fumar en determinados lugares.

Es cierto que la norma impugnada contempla obligaciones a cargo de los establecimientos mercantiles; sin embargo, esta obligación no debe interpretarse aisladamente, sino que debe advertirse que está motivada por una finalidad específica, consistente en la protección de la salud de los no fumadores. Las obligaciones que la ley impone a los establecimientos mercantiles no derivan del ánimo de regular su funcionamiento, sino de la necesidad de proteger la salud de quienes no fuman.

Así, el género próximo de la materia de la norma impugnada es la salubridad general, sin que sea obstáculo para ello el hecho de que las medidas utilizadas incidan en determinados sujetos, como los comerciantes.

²⁴ Artículo 10. de la LPSNF.

Es decir, la Suprema Corte estimó, en una ponderación entre los derechos humanos involucrados, que prevalecía el derecho a la protección de la salud de los no fumadores, frente a los derechos que toda persona tiene, fundamentalmente reconocidos en el artículo 5o. de la Constitución para dedicarse, en lo que interesa a este trabajo, a la profesión, industria, comercio o trabajo lícitos.

*2o. Ponderación en la impugnación
a la Ley General para el Control del Tabaco*

En el Amparo en revisión 314/2012, la Primera Sala en resolución del 4 de julio de 2012, determinó que el artículo 23, párrafo segundo, de la Ley General para el Control del Tabaco, no viola el artículo 5o. constitucional.

En ese asunto se llegó a esa determinación, conforme a los razonamientos que se incorporaron en la tesis aislada 1a. CCIV/2012 (10a.), cuyo rubro y texto son del tenor siguiente:

CONTROL DEL TABACO. EL ARTÍCULO 23 DE LA LEY GENERAL RELATIVA NO VIOLA EL DERECHO HUMANO CONTENIDO EN EL ARTÍCULO 5o. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. La restricción que prevé el artículo 23, párrafo segundo, de la Ley General para el Control del Tabaco, al establecer que: “La publicidad y promoción de productos del tabaco únicamente será dirigida a mayores de edad a través de revistas para adultos, comunicación personal por correo o dentro de establecimientos de acceso exclusivo para aquéllos.”, es de interés público y social; además, tiene una finalidad legítima, pues busca proteger la salud de la población y, particularmente, de un grupo vulnerable como son los niños y jóvenes. Así, la protección del derecho humano a la salud prevista en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, opera como justificador de la limitación a la libertad de comercio e industria representada por el citado numeral 23. Asimismo, dicha restricción es racional e idónea porque existe conexión instrumental entre el objetivo indicado y la opción de no permitir que se publiciten en medios que estén al alcance de los menores los productos derivados del tabaco; además de que está muy lejos de recaer sobre el centro o núcleo del derecho a elegir y desempeñar una profesión o una actividad empresarial, pues dicha restricción no con-

diciona la posibilidad de tener la propiedad o la explotación de un establecimiento mercantil, ni de convertirse en comercializador o distribuidor de productos derivados del tabaco, sino que simplemente regula algunas de sus condiciones de ejercicio, en particular, la publicidad; lo que se traduce en un impacto objetivamente mínimo sobre el ámbito de ejercicio del derecho o libertad en cuestión. Así, el legislador únicamente impone una condición específica de modo y lugar, entre otras, que tienen que ser observadas en la publicidad de productos y servicios, sobre la base de la necesidad de proteger una infinidad de derechos e intereses públicos que esa actividad pone en riesgo; de ahí que el artículo 23 de la Ley General para el Control del Tabaco, no viola el artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que prevé que a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos.

Como se aprecia de la tesis antes descrita, la Primera Sala de la Suprema Corte arribó a consideraciones de ponderación entre los derechos humanos en colisión y volvió a privilegiar el derecho a la protección de la salud previsto en el artículo 4o. de la constitución, en particular en este caso, el de los niños y jóvenes, sobre los previstos en el artículo 5o. del mismo ordenamiento.

3o. Ponderación entre el derecho a la protección de la salud y las limitaciones frente a enfermedades raras y los medicamentos huérfanos para su cura

En los Amparos en Revisión 349/2014, 350/2014, 351/2014, 365/2014, 921/2014, 931/2014 y 932/2014²⁵ los cuales fueron atraídos, por su importancia y trascendencia, para resolución por la Segunda Sala de la Suprema Corte, diversos quejosos demandaron a diversas autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social, fundamentalmente por la negativa de otorgar atención médica integral y oportuna, para el padecimiento hemoglobinuria paroxística nocturna,²⁶ con el

²⁵ También se atrajeron los AR 701/2014, 348/2014 y 933/2014, en los cuales no se entró al fondo por diversas razones.

²⁶ Esta es una enfermedad rara (la Ley General de Salud considera a estas enfermedades como raras por su baja frecuencia, menor de 5 casos por cada 10 mil habitantes) adquirida de la médula ósea, que se caracteriza por presentar anemia hemolítica intravas-

medicamento soliris/eculizumab; por la omisión de tomar las medidas adecuadas para adquirir el indicado medicamento e incluirlo en el cuadro básico de medicamentos, y por la negativa a suministrar el mencionado fármaco.

Los quejosos argumentaron esencialmente, aunque con algunas diferencias, que con ello se violaban los derechos humanos de igualdad y no discriminación, de protección de la salud y de acceso a la seguridad social.

Un primer punto importante de estas resoluciones es que, contrario a lo argumentado por las autoridades del IMSS, la Segunda Sala consideró que estando invocada una violación al derecho humano a la salud previsto en el artículo 4o. constitucional, entonces ese organismo descentralizado sí tiene la calidad de autoridad para efectos del juicio de amparo, a pesar del criterio reiterado de que, al ser un organismo descentralizado encargado de la seguridad social, no tiene frente a los asegurados y derechohabientes el carácter técnico de autoridad para efectos de la procedencia de ese juicio de garantías.

Conforme con la “Guía de buena Prescripción” emitida por la Organización Mundial de la Salud:²⁷ la “eficacia, seguridad, conveniencia, y coste del tratamiento”, son los principios que deben tomarse en cuenta para la aplicación de un medicamento. La Segunda Sala, considerando esos principios en los casos concretos, valoró los argumentos de las autoridades responsables y llegó a la conclusión de que en nuestro sistema jurídico existen claramente definidas las autoridades competentes y los procedimientos legales y administrativos para determinar cuándo un medicamento tiene las características y condiciones necesarias para ser incluido en el Cuadro Básico (para el primer nivel de atención médica) o en el Catálogo de Insumos del Sector Salud (para el segundo y tercer nivel), y dado que en los casos resueltos no se había acreditado la seguridad, eficacia terapéutica y eficiencia del medicamento soliris/eculizumab —el cual, además, es

cular, tendencia a la formación de trombos venosos y en menor grado arteriales, y en cierto grado de insuficiencia medular. (definición de la Asociación de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna de España, cuya identificación bibliográfica obra a fojas 89 de la resolución comentada.)

²⁷ Organización Mundial de la Salud, *Guía de la buena prescripción*, OMS, Ginebra, Suiza.

sumamente caro—, no se podía tener por demostrada la violación al derecho del nivel más alto de salud ni tampoco que el tratamiento que recibían los quejosos no fuese el adecuado.

No obstante, en las resoluciones que se comentan, se concluyó que si bien no existió violación al derecho humano a la protección de la salud con la negativa del suministro del medicamento, caso distinto era la omisión de tomar las medidas adecuadas para solicitar a la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector Salud la posible incorporación del fármaco soliris/eculizumab en esos instrumentos, por supuesto una vez analizadas sus condiciones de eficiencia, seguridad, conveniencia y coste por las autoridades competentes y siguiendo los procedimientos establecidos para ello.

Debe decirse que en el Amparo en Revisión 350/2014 se revocó el amparo concedido a la quejosa respecto del suministro del medicamento solaris/eculizumab, precisándose que a fin de no poner en riesgo su salud, bajo la responsabilidad de los médicos del IMSS, se debería evaluar la pertinencia de retirar de inmediato o paulatinamente el suministro del medicamento, así como determinar, en su caso, el tratamiento sustituto adecuado.

De igual manera, en el Amparo en revisión 349/2014, dado que el paciente había recibido el medicamento solaris/eculizumab en el Instituto Nacional de Nutrición, el sentido de la resolución respecto a ese tema fue “[...] para que el Instituto Mexicano del Seguro Social, de inmediato realice las gestiones necesarias ante la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del sector Salud, a efecto de que ésta, también de inmediato, haga el análisis que corresponda, conforme a los procedimientos establecidos para determinar si el medicamento soliris/eculizumab es apto para ser incorporado al Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud”.

En todos estos asuntos, la Segunda Sala ponderó que el derecho a la protección de la salud quedaba sujeto y limitado a ciertos parámetros de certeza en el uso de medicamentos, y que por tanto correspondía a las autoridades médicas competentes determinar —siempre tomando en cuenta los principios de eficacia, seguridad; conveniencia, y coste del tratamiento— si se debían o no incorporar el medicamento a su Cua-

dro Básico y al Catálogo antes mencionado, a efecto de que pudieran ser utilizados de manera general en el sector salud.

4o. Ponderación en relación a las posibilidades presupuestales del Estado y el derecho a la protección de la salud

En el amparo en Revisión 378/2014, la Segunda Sala de la Suprema Corte resolvió otorgar el amparo y protección de la justicia federal a un grupo de pacientes con VIH/SIDA, por violación a su derecho a la protección de la salud, toda vez que en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, no se llevó en tiempo y forma el ofrecimiento de ejecutar el proyecto denominado “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por enfermedades de Trasmisión Aérea”.

En este caso la autoridad argumentó, medularmente, que no existía violación al derecho humano a la salud por el hecho de que no se hubiera ejecutado el proyecto antes descrito, pues el Instituto responsable había garantizado hasta el máximo de los recursos con los que cuenta, dado que el costo estimado del proyecto era de 302,338,641.00 pesos, por lo que de concederse el amparo se dejarían de atender otras necesidades prioritarias, que impactarían de manera negativa en el derecho a la protección de la salud de la población en general, en virtud de que no se contaba con los recursos necesarios para ejecutar la obra de marras.

Frente a estas defensas señaladas por la autoridad responsable, la Segunda Sala consideró inatendibles tales argumentos, atendiendo a lo señalado en la Constitución y en los instrumentos internacionales suscritos por México, señaladamente el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, así como a la resolución tomada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Ximenez Lopes vs. Brasil*, conforme con los cuales los Estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la protección de la salud, y

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

En consecuencia, acreditado que estaba la necesidad de que ese grupo de enfermos con VIH/SIDA contaran con instalaciones adecuadas a su problema de salud y tomando en cuenta las condiciones que rodeaban al caso concreto, la Segunda Sala resolvió que no estando totalmente probado que se habían realizado todos los esfuerzos posibles para cumplir con la obligación de proporcionarles el nivel más alto para proteger su salud, y que los órganos jurisdiccionales pueden y deben revisar que realmente ello se haya hecho, y sin que ello suponga, en principio, la substitución de los otros órganos de poder en sus atribuciones, de debía decidir cómo se tenía que cumplir con las obligaciones que tenían las autoridades responsables, en el caso concreto, para garantizar ese más alto estándar de salud posible a los enfermos involucrados.

Conforme a esos razonamientos de ponderación entre los derechos concretos de los enfermos de VIH/SIDA y los alegados por la autoridad de interés general para prestar otros servicios, se concedió el amparo para los efectos de que las autoridades responsables tomaran todas las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud de los quejosos. Ello, dejando a la autoridad la consideración sobre las medidas más adecuadas para cumplir con su obligación de brindar un tratamiento médico apropiado, ya fuera mediante el cumplimiento del proyecto original, mediante la construcción de un nuevo pabellón; y para el caso de que ello no fuese posible, se les ordenó que deberían realizar las acciones necesarias para que los enfermos quejosos fueran atendidos de inmediato en algún otro hospital o clínica del sector salud en el que puedan recibir el tratamiento adecuado e idóneo a su enfermedad.²⁸

²⁸ Existe un asunto sub judice muy interesante. En el Amparo en Revisión 104/2016, la Segunda Sala está conociendo sobre los planteamientos que hizo una empresa embotelladora, en contra del artículo 24 Bis, que se adicionó recientemente a la Ley General de Educación, que ordena la emisión de lineamientos para el expendio y distribución de los alimentos y bebidas preparados y procesados, dentro de toda escuela, en cuya elaboración deben cumplirse los criterios nutricionales que para tal efecto determine la Secretaría de Salud; y de igual manera, “El Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas pre-

COMENTARIOS
FINALES

Es previsible que en el tiempo se incrementen las impugnaciones ante los tribunales constitucionales, en especial ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que involucran al derecho humano de protección de la salud, y que los cuestionamientos sean porque se estima que las protecciones establecidas por legislador violan otros derechos humanos que a juicio de los impugnantes no deben ser afectados o deban prevalecer sobre aquél.

Temas como la prohibición de fumar en protección de los no fumadores o de la prohibición de vender en las instituciones de educación superior alimentos que no favorezcan la salud de los educandos —ya sometidos a la consideración de la Suprema Corte—, han puesto de manifiesto que el derecho humano de la protección de la salud hoy en día requiere del apoyo, para la toma de decisiones legislativas o administrativas de las autoridades competentes, del conocimiento no nada más jurídico, sino de la concurrencia del conocimiento de otras disciplinas (entre ellas, en el caso concreto, medicina, biología, genómica, química, siquiatría, tecnología de los alimentos, bariatría, nutrición,

paradas y procesadas en las escuelas del Sistema Educativo Nacional”, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 16 de mayo de 2014.

Se elaboró y presentó a discusión el proyecto de resolución en el cual se planteaba declarar constitucional la prohibición de vender productos con alto contenido calórico en instituciones de educación superior. La ponderación privilegiaba el derecho a la protección de la salud de los estudiantes de esas instituciones educativas, frente a los derechos humanos de libertad de comercio y trabajo, de libertad de los consumidores a decidir libre e informadamente sobre los productos que desean adquirir, así como los de personalidad, propia imagen, identidad personal, libre desarrollo de la personalidad y dignidad humana de los adquirentes y consumidores, bajo el argumento fundamental de que existían razones suficientes para considerar que dichos alimentos generan obesidad y otras enfermedades en un país en que esas condiciones por su extensión y magnitud son un problema grave de salud pública. La mayoría de la Sala se pronunció en contra del proyecto, por lo que fue desechado y returnado para la elaboración de una nueva propuesta bajo el presupuesto de la inconstitucionalidad de la prohibición establecida en el artículo 25 Bis de la Ley General de Educación de vender ese tipo de productos alimenticios en las instituciones de educación superior, puesto que en ellas los alumnos son mayores de edad y pueden decidir qué comer o no comer. Es decir, el criterio mayoritario se inclina en la ponderación de esos derechos humanos, a privilegiar la prevalencia de los otros derechos sobre el derecho a la protección de la salud.

sociología, demografía, etc.) que permitan sustentar de manera sólida las razones que justifican la restricción de otros derechos humanos en favor del de la salud. Estos elementos de apoyo científico o técnico, son indispensable para que los tribunales constitucionales puedan determinar si tales restricciones son válidas o no.

El test de proporcionalidad es un instrumento muy valioso que utilizan los tribunales para realizar su escrutinio constitucional cuando enfrentan conflictos que involucran colisión de derechos humanos. Pero también puede servir como criterio para las decisiones de otras autoridades, en especial las legislativas, cuando normativamente se establecen ese tipo de restricciones en aras de la protección del derecho a la protección de la salud.

En este contexto, se puede tomar en cuenta lo ya establecido en esta Suprema Corte, en el sentido de que: “los requisitos para considerar válidas las restricciones o la suspensión de derechos, son: a) que se establezcan en una ley formal y material (principio de reserva de ley) dictada en razón del interés general o público, en aras de garantizar los diversos derechos de igualdad y seguridad jurídica (requisitos formales); y, b) que superen un test de proporcionalidad, esto es, que sean necesarias; que persigan un interés o una finalidad constitucionalmente legítima y que sean razonables y ponderables en una sociedad democrática (requisitos materiales)”.

Aunque la obligación del alcance y profundidad de la motivación de los actos legislativos es un tema aún debatido, lo que parece indiscutible es que cuando se establezcan restricciones a los derechos humanos, en especial cuando ello involucra colisión entre dos o más de ellos, el legislador exprese con toda profundidad las razones y fundamentos jurídicos, científicos o técnicos en los que basa su decisión, para acreditar que su medida satisface el estándar del test de proporcionalidad antes señalado. Aunque los tribunales constitucionales, particularmente la Suprema Corte de Justicia de la Nación, no quedan vinculados por esos argumentos o razonamientos, ellos se vuelven un referente obligado para sustentar una resolución que decide sobre la constitucionalidad de tales restricciones.

De igual manera, las autoridades administrativas de salud o de seguridad social, cuando son señaladas como autoridades responsables

en un juicio de amparo en el que se alegan violaciones de su parte al derecho humano de protección de la salud, deberían tomar en cuenta los presupuestos fijados para el test de proporcionalidad (que sean necesarias; que persigan un interés o una finalidad constitucionalmente legítima y que sean razonables y ponderables en una sociedad democrática), como criterio orientador para rendir sus informes justificados, de tal manera que puedan sustentar constitucionalmente las decisiones que toman o actos que realizan, en relación a ese derecho.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ALEXY, Robert, *Teoría del discurso y derechos constitucionales. Cátedra Ernesto Garzón Valdés (2004)*, México, Distribuciones Fontamara, 2005.
- , *Teoría de los derechos fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 2001.
- ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel, *Curso de argumentación jurídica*, Madrid, Editorial Trotta, 2013.
- Organización Mundial de la Salud, *Guía de la buena prescripción*, Ginebra, Suiza, OMS.
- TENA RAMÍREZ, Felipe, *Leyes fundamentales de México*, México, Porrúa, 1967.

Hemerográficas

- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *et al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2013.



LAS ADICCIONES Y LA CONSTITUCIÓN MEXICANA

Manuel Mondragón y Kalb

INTRODUCCIÓN

Las sustancias psicoactivas legales e ilegales constituyen un gran problema de salud pública en nuestra sociedad. Su consumo genera un impacto negativo en el consumidor y en su ambiente, por lo cual la prevención, control, tratamiento y rehabilitación de las adicciones que estas sustancias producen, resulta un eje central en las políticas públicas del país.

El gobierno de la República ha implementado acciones para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, adoptando medidas preventivas en materia de adicciones, tomando como referencia el actual marco normativo. Este marco tiene como base fundamental el artículo 4o. constitucional que norma tanto las acciones para las instituciones de los tres órdenes de gobierno, como las de los sectores social y privado, fortaleciendo la atención de la salud y la prevención de adicciones. A su vez, este marco se encuentra dentro del contexto de una normativa global, que lleva a cabo sus objetivos por medio de la colaboración con organismos internacionales, que permite cumplir los compromisos contraídos por nuestro país en esta materia.¹

¹ Programa Anual de Evaluación (PAE), 2015, disponible en http://www.coneval.org.mx/Informes/Normateca/PAE_2015.pdf

Es por ello, que la creación y el fortalecimiento de políticas públicas, con base en dicho marco normativo, llevará a un mejor funcionamiento de la sociedad mexicana, generando así, una atención integral al problema de las adicciones en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación, formación y capacitación.²

EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS EN NUESTRO PAÍS:
ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS

Gracias a la información generada a partir de la creación de instituciones públicas, privadas y programas gubernamentales, podemos entender de forma más integral el uso, abuso y dependencia de los individuos hacia las drogas legales e ilegales. Revisemos esta información de manera específica, comenzando con las drogas tanto de curso legal como ilegal.

Alcohol

En el transcurso del siglo XIX y principios del XX, el consumo de cualquier droga se consideraba legal en nuestro país, aunque el abuso de las bebidas alcohólicas ya era considerado como un problema, no llegaba todavía a ser visto como una enfermedad, sino como un problema de moral, como un vicio.³

De hecho, el consumo de alcohol, tuvo un fuerte impulso por la industria cinematográfica. Esta industria, sobre todo en la época de oro, explotó el arquetipo mexicano, el cual es representado por su gran sombrero y su botella de *chupe* en la mano, difundiendo el consumo del alcohol, sobre todo el tequila, ante desgracias amorosas o para demostrar la hombría del mexicano por medio del consumo de grandes cantidades de alcohol, sin sufrir las consecuencias negativas que ello implica. De igual forma, estas películas eran complementadas con mú-

² *Idem.*

³ Armando Barriguete, *Lo que el vino se llevó (psicodinamia del alcoholismo)*, México, Diana, 1996.

sica y muchas canciones eran compuestas haciendo alusión a los beneficios que otorgaba el abuso del alcohol.⁴

Ejemplos claros de películas mexicanas en donde el alcohol juega un papel importante son las interpretadas por el actor Pedro Infante, como *Viva mi desgracia* (1944), en donde una bebida llamada *animosa*, transforma al tímido protagonista en alguien totalmente diferente, hasta el grado de ser un “desvergonzado”. Otras películas representativas como *La oveja negra* (1949), *La vida no vale nada* (1955), *El inocente* (1956), muestran el poder desinhibidor del alcohol con sus protagonistas totalmente alcoholizados, teniendo relaciones sexuales. Otra gran película donde el alcohol sale a escena es la protagonizada por Gonzalo Vega, *El lugar sin límites* (1978), en donde gracias a su estado de ebriedad besa a Manuela, un travesti, dueño de un burdel. Un ejemplo más reciente es la película *Sexo, pudor y lágrimas* (1999), entre una larga lista de películas mexicanas en donde el alcohol sale a cuadro.⁵

Se sabe que uno de los mercados clave de la industria cinematográfica, son los niños y los adolescentes, ya que estos aún se encuentran vulnerables ante su medio, necesitan modelos que puedan imitar, cuyas conductas sean reforzadas con recompensas, necesitan figuras fuera de los padres con los cuales se identifiquen. La industria del alcohol sabe capitalizar esto dentro de las imágenes incluidas en las películas, para promover sus productos, haciendo que los protagonistas beban ciertas marcas en momentos clave de la trama. Los jóvenes querrán imitarlos al pensar que si su estrella lo hace, es algo positivo y ellos también lo pueden hacer, por lo cual estos personajes se vuelven objeto de deseo de los niños y adolescentes.⁶

Un importante estudio donde lo anterior se puede ver reflejado, es el realizado por varios investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública en 2015, en donde se juntaron especialistas de diferentes países como Argentina, Alemania y Estados Unidos, y se dieron a la tarea de analizar las películas más vistas dentro de 9 países de 2004 a 2009, es-

⁴ Inti Barrientos Gutierrez, *et al.*, “Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States”, en *Public Health*, 2015.

⁵ Internet Movie Database (2016), disponible en: <http://www.imdb.com/>

⁶ Barrientos, *op. cit.*

tos países fueron, Estados Unidos, Argentina, México, Alemania, Italia, Islandia, Polonia, Países Bajos y Reino Unido. El objetivo era observar cuántas de estas películas mostraban imágenes en donde salía a cuadro el alcohol y el tabaco, agrupando las películas en dos grupos: las películas con clasificación para niños y adolescentes y el resto de las películas sin tomar en cuenta la clasificación. En total fueron 839 películas, de las cuales 502 fueron producidas en Estados Unidos, 220 en Europa y 117 latinas (mexicanas y argentinas). Los resultados fueron reveladores, ya que en relación al alcohol, en el caso de México, éste sale en escena en 82 por ciento de las películas totales y en 70 por ciento de las clasificadas para adolescentes. Llama la atención el caso de Polonia, ya que 100 por ciento de las películas para adolescentes muestran alcohol.⁷

Para el caso del tabaco, sobre el que hablaremos más adelante, 89 por ciento de las películas mexicanas lo mostraban. En las películas clasificadas para adolescentes, en 3 de cada 4 películas se mostraban actores fumando o cerca del cigarro, es decir 75 por ciento.⁸

Ante esto, en la actualidad, no hay ley que regule la aparición de bebidas alcohólicas en el cine, por lo que muchas empresas de cerveza y alcohol patrocinan algunas películas del cine mexicano, aunque en el caso del tabaco esto es algo diferente, gracias a la Ley General para el Control del Tabaco, como veremos más adelante. Pero pasemos a revisar, más a profundidad lo que el alcohol representa en nuestra sociedad.

En la actualidad, el alcohol es considerado la droga legal con mayor consumo y con mayor número de adictos a nivel mundial y en nuestro país. Esto debido a su aceptación social y por ende a su fácil acceso, ya que adultos y menores de edad pueden conseguirla de manera sencilla dentro de nuestra sociedad, por lo cual los daños generados en los individuos por su consumo, tienen un alto impacto a nivel individual, familiar y social.⁹

El alcohol, es un depresor del Sistema Nervioso Central. Sus efectos dependerán de las características individuales de las personas, como

⁷ *Idem.*

⁸ *Idem.*

⁹ Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC 2011), *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, México, 2011-2012, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf

la edad, el género, el peso, la alimentación, la velocidad con la que es ingerido, la cantidad y el tipo de bebida, entre otros factores.¹⁰

Se encuentra en levantamiento la 6a. Encuesta Nacional de Adicciones, mientras tanto podemos dimensionar el presente problema, a través de los datos que alumnos del país nos dan sobre la extensión del consumo.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas entre Estudiantes, realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la Comisión Nacional contra las Adicciones y la Secretaría de Educación Pública,¹¹ obtiene información mediante un cuestionario estandarizado que se ha utilizado en encuestas anteriores y que está validado, además de que se compara con indicadores epidemiológicos que han sido utilizados en estudios de América Latina por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), *Monitoring The Future* y la *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD).

La población a la cual fue aplicada comprendió alumnos de 5o. y 6o. grado de primaria, así como alumnos de secundaria y bachillerato, de tres estratos de cada uno de los estados del país, además de 9 ciudades específicas tomadas para este estudio, por lo cual la muestra resultó en 1,560 estudiantes de cada estrato; es decir, 4,680 en total por cada estado, así como 1,560 estudiantes por estrato para las ciudades específicas. De igual forma, la selección de las escuelas fue de manera aleatoria, en los 32 estados y en las 9 ciudades de cada nivel educativo, por medio de un muestreo de orden sistemático correspondiente al interior de los estados, por lo cual la estimación dada es de 6,358 grupos escolares o 191,880 estudiantes que fueron encuestados. Además, de forma simultánea con la obtención de la muestra principal, se generó una muestra réplica con el mismo procedimiento.¹²

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Jorge Ameth Villatoro Velázquez, *et al.*, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de Drogas*, Encode 2014, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2015.

¹² *Idem.*

El levantamiento de la encuesta se llevó a cabo por un proceso de campo, el cual fue licitado y ganado por la empresa Berumen y asociados. Esta empresa llevó a cabo, de manera conjunta con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPREM) la depuración de la muestra que proporcionó la Secretaría de Educación Pública (SEP) y una vez hecha la depuración se seleccionó a las escuelas y grupos encuestados, así como la muestra réplica.¹³

Esta encuesta, muestra que a mayor edad, es más alto el consumo de alcohol, esto se puede observar claramente en los estudiantes que tienen 12 años o menos, en donde 26.7 por ciento ha ingerido alcohol alguna vez en la vida, pero los que tienen 17 años o más han consumido alcohol en 78.4 por ciento y los que tienen 18 años o más aumenta hasta 83.8 por ciento. Estos números se presentan en forma similar en la prevalencia de consumo excesivo (beber 5 copas o más en una sola ocasión durante el último mes en hombres, y 4 o más copas en las mujeres), ya que los estudiantes de 12 años o menos tienen una prevalencia de 4 por ciento, los jóvenes de 17 años presentan 28.8 por ciento y en los de 18 años o más se llega a 37.7 por ciento.¹⁴

En la misma encuesta, el total de consumo de alcohol alguna vez para los estudiantes de secundaria es de 53.2 por ciento, de bachillerato es de 54 por ciento y en el caso de las mujeres es de 52.5 por ciento.¹⁵

En el caso de los estudiantes de primaria, el consumo total de alcohol es de 16.9 por ciento, teniendo más ingesta los hombres con 21.5 por ciento; en tanto que las mujeres presentan 12.1 por ciento. La prevalencia de consumo en el último año, es de 8.1 por ciento; en el caso de los hombres, 10.5 por ciento, y 5.5 por ciento en las mujeres. Los estudiantes que han abusado del alcohol, son 2.4 por ciento, alrededor de 110,677 alumnos.¹⁶

En la prevalencia del último año, 35.5 por ciento de los estudiantes de secundaria y bachillerato consumieron alcohol; en el caso de los hombres, 36.2 por ciento, y en el de las mujeres, 34.9 por ciento. De igual forma en esta prevalencia, el consumo en el caso de los hombres

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ *Idem.*

de secundaria, fue de 24.3 por ciento y 56.5 por ciento en bachillerato. Para las mujeres en el caso de la secundaria, se tiene un porcentaje de 24 y para el caso del bachillerato un 52.1 por ciento. En el caso del consumo excesivo, se tiene la prevalencia de 14.5 por ciento, alrededor de 1,516,093 alumnos, de los cuales 15.7 por ciento corresponde a los hombres y 13.3 por ciento a las mujeres.¹⁷

Es importante observar la percepción de riesgo por parte de los estudiantes, en relación al uso frecuente del alcohol, es una variable que predice la probabilidad de que los jóvenes consuman dicha sustancia. En el caso de los que lo han probado, 46.4 por ciento piensa que es peligroso consumir alcohol; de los que no han consumido, 78.4 por ciento piensa que su consumo es peligroso. De igual forma, el porcentaje de estudiantes que requieren tratamiento por problemas en el consumo de alcohol de secundaria y bachillerato es de 15.5 por ciento; es decir 1,674,300 alumnos.¹⁸

En el caso de los alumnos de primaria, 85 por ciento de los estudiantes que lo han consumido, piensan que es peligroso consumir alcohol; mientras entre los que no lo han probado, 95.6 por ciento lo consideran peligroso.¹⁹

Uno de los programas que ha tenido mayor impacto positivo en la sociedad, es el programa “Conduce sin alcohol”, el cual se inició en el año 2003 por iniciativa del autor del presente capítulo. Este programa ha logrado posicionarse con los ciudadanos ya que cuenta con 92 por ciento de aceptación por parte de los habitantes de la Ciudad de México y por lo mismo la Comisión Nacional contra las Adicciones, en 2015, promovió su aplicación en todo el país, a través de los Consejeros Estatales. Actualmente 24 estados se encuentran en el programa “Conduce sin alcohol” de los cuales 20 han firmado el convenio de colaboración. Se encuentra operando en 113 municipios y están involucradas 2,052 personas.²⁰

El programa nació por las cifras tan alarmantes detectadas de accidentes automovilísticos y mortalidad. Entre 2003 y 2012 tuvieron lu-

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Secretaría de Salud, *Conduce sin Alcohol. Programa Nacional, México Sano*, 2015.

gar 310 mil accidentes automovilísticos debido a la ingesta de alcohol. En el año 2012 fallecieron 17 mil 102 personas a casusa de accidentes de tráfico, 150 mil tuvieron lesiones y 33 mil presentaron lesiones graves. Estas lesiones, representan la octava causa general de muerte, estando por arriba de los padecimientos de tipo infeccioso y por debajo de las llamadas enfermedades cronicodegenerativas y las complicaciones que de éstas se derivan.²¹

Además, estos accidentes automovilísticos, constituyen un factor muy importante en relación con la pérdida en años de vida proactiva, ya que es la primera causa de muerte en la población escolar de entre cinco y nueve años y la segunda causa de muerte en la población adolescente de 10 a 19 años y de adultos jóvenes de 20 a 29 años.²²

Se ha demostrado la efectividad de este programa, ya que en la Ciudad de México (antes Distrito Federal) se han reducido en 25 por ciento los accidentes de tránsito vinculados al consumo de alcohol.²³ Ante esta situación, se necesita redoblar los esfuerzos en los servicios e infraestructura que tratan los trastornos por consumo de alcohol, así como la creación de políticas públicas bajo el régimen de la normatividad establecida, como las restricciones de horarios, regulación de la publicidad, no venta a menores de edad, la puesta en marcha de más alcoholímetros, y servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de manera integral.

Tabaco

En relación con el tabaco, el consumo y exposición del mismo, representan la primera causa de muerte que se puede prevenir a nivel mundial, su consumo es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo. A nivel mundial se cuentan por fumadores a un poco más de mil millones de personas y el tabaquismo mata prematuramente a cerca de seis millones de personas, lo cual causa pérdidas millonarias en los sistemas de salud.²⁴

²¹ *Idem.*

²² *Idem.*

²³ *Idem.*

²⁴ Jorge Ameth Villatoro Velázquez, *et al.*, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de drogas*, ENA 2011, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

El consumo de tabaco, tiende a reducir la esperanza de vida de las personas, debido a que puede derivar en diversas enfermedades como cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otros padecimientos como cáncer en laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago, leucemia, cardiopatía isquémica, además de provocar abortos y partos prematuros o defectos de nacimiento, entre algunas otras enfermedades.²⁵

El incremento en su consumo es resultado de la globalización, ya que su industria, mediante publicidad, promoción y patrocinio ha sabido dirigir sus campañas a mercados específicos, como adolescentes y mujeres.²⁶

Como observamos con anterioridad en el caso del alcohol, entre los años 1930 y 1950 las tabacaleras pagaron millones de dólares a la industria cinematográfica. En esta época el cine pasó de lo visual con el cine mudo, a lo audiovisual, con lo cual la realidad representada, podía acceder más a la sensibilidad y, en consecuencia, a más lugares, a más público. Por lo tanto, los cigarros comenzaron a aparecer en primer plano, los grandes actores de la época dorada del cine aparecían fumando, con lo cual el uso de tabaco se integró a la sociedad de manera inmediata. Ejemplo claro de esta situación se observa cuando dos tercios de las cincuenta estrellas más importantes de Hollywood de finales de los 1930 y 1940, se prestaron para anunciar marcas de tabaco firmando acuerdos millonarios.

Por otra parte, los medios de comunicación masiva, no sólo impactan de manera negativa en la sociedad, sino que también pueden ser una herramienta de transmisión de mensajes con contenidos de verdad, que quitan el oscuro velo de la información. Claro ejemplo es el documental *The Tobacco Conspiracy*²⁷ en donde, se hace la pregunta, que muchos se hacen: ¿por qué las personas siguen fumando, a pesar de que se tienen evidencias científicas del daño que causa este hábito? En

Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2012, disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

²⁵ *Idem.*

²⁶ *Idem.*

²⁷ Nadia Collot, *The Tobacco Conspiracy*, Montreal, PQ, National Film Board of Canada, 2005.

su búsqueda de respuesta da cuenta de una serie de documentos que datan de 1953, en donde se afirmaba que la industria sabía del daño que el cigarro causaba en la salud de las personas, ya que un estudio mencionaba que 94.1 por ciento de los pacientes masculinos con cáncer de pulmón eran fumadores de cigarro. Esto hace dar cuenta que las grandes tabacaleras sabían ya desde hace varios años el daño que el tabaco ocasionaba en la salud de las personas, y prefirieron ocultar esa información para seguir obteniendo ganancias económicas, sin importarles las enfermedades y muertes que estaba ocasionando en ese momento y que se potenciaría terriblemente en años posteriores. Para ocultar esta información, se llevó a cabo en el hotel Plaza de Nueva York una importante reunión entre los grandes directores de las tabacaleras, considerada como una de las estrategias más grandes de relaciones públicas, ya que la competencia entre estas tabacaleras era fuerte, eran enemigos, pero ante la evidencia que comenzaba a existir sobre los daños, tuvieron que unirse como una gran familia de la mafia (conformada por empresas como American Tobacco, RJ Reynolds, Lorillard Tobacco, British America Tobacco, Brown and Williams Tobacco, Phillip Morris y U.S. Tobacco) que mataría muchas personas. En esta reunión se llegó a la conclusión de que era necesario ocultar la evidencia que los médicos y científicos estaban mostrando sobre los daños a la salud que ocasionaba fumar tabaco, ya que estos representaban sus grandes enemigos y por lo tanto los atacarían creando “información científica” que dijera que el cigarro no causaba daños, además de utilizar la publicidad sobre todo en cine y televisión para potencializar el consumo.

En 1994 fueron llamados a testificar siete directores ejecutivos de estas grandes tabacaleras estadounidenses en relación con una denuncia que 48 estados de ese país habían realizado contra esas empresas por daños a la salud, debido a la adicción que causa la nicotina y a los ingredientes químicos que contiene el cigarro, como el amoniaco, que potencializan esa adicción. Los directores, al testificar, mencionaron que la nicotina no era adictiva y que fumar tabaco no ocasionaba daños en la salud. Para 1998 estas compañías tuvieron que pagar 206 mil millones de dólares para evitar un veredicto en el cual tenían que pagar tratamiento por daños a la salud a fumadores. Además en ese año se impuso a las tabacaleras la consigna de que no podían hacer propagan-

da dirigida hacia los adolescentes, pero esto sólo fue en Estados Unidos, además de que debían hacer públicos todos los documentos que tuvieran donde se incluyeron los descubrimientos con daños a la salud desde 1953 y que inspiraron el documental.

La lucha contra estas tabacaleras ha sido enorme, pero parece que cuando se les da un golpe fuerte, siempre tienen con qué responder, y es que el poder con que cuentan les permite ejercer presión con suma facilidad en todos los ámbitos, como en el político, ya que es conocido que en diferentes países, estas compañías pagan contribuciones a los legisladores, para que legislen en su favor y se ponga lo mínimo en contra de estas compañías para que sigan obteniendo ganancias por parte de la gente más vulnerable, como lo son los jóvenes, los cuales serán los consumidores del futuro, por lo cual es importante conocer sus hábitos y actitudes de consumo, para que antes de los 25 años se identifiquen con una marca que sea su opción prioritaria.

Derivado de lo anterior, el 30 de mayo de 2008, en México se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), la Ley General para el Control del Tabaco, la cual prohíbe cualquier tipo de patrocinio o publicidad de productos derivados del tabaco en cualquier medio de comunicación, incluyendo por supuesto la industria cinematográfica.²⁸

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoyó completamente esta acción y mencionó que no se deben recibir apoyos de ningún tipo por parte de las industrias tabacaleras, además de advertir antes de la exhibición de cualquier contenido que contenga tabaco, y ponerla en la clasificación de adultos; de hecho, por medio del documento firmado por México desde 2004, en el Convenio Marco para el Control de Tabaco llamado “Películas libres de humo: de la evidencia a la acción”, el país se ve obligado a cumplir estas políticas.²⁹

Otra de las leyes a remarcar que ha definido un eje para proteger a las personas que no fuman, es la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México). Esta ley se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 29 de enero de 2004 y tiene por objeto proteger la salud de la población de los efectos

²⁸ Barrientos, *op. cit.*

²⁹ *Idem.*

nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco; establecer mecanismos, acciones y políticas públicas tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de la combustión del mismo, en cualquiera de sus formas, así como definir y establecer las políticas y acciones necesarias para reducir su consumo y prevenir la exposición al humo y su morbilidad y mortalidad.

Con esta ley queda prohibida la práctica de fumar en todos los espacios cerrados de acceso al público, como oficinas, hospitales, elevadores, escuelas, cines, vehículos de transporte de personal y escolar, espacios cerrados de alimentos y bebidas, entre otros.³⁰

De la misma manera, desde septiembre de 2010, se desarrollaron advertencias sanitarias a manera de pictogramas y texto en las cajetillas de cigarro, donde se hace hincapié en los daños a la salud que genera el consumo de tabaco. Se les preguntó a los fumadores, si habían notado estas advertencias sanitarias, y 55.7 por ciento mencionaron que han notado los pictogramas con mucha frecuencia y 45.5 por ciento ha leído las advertencias.³¹

Drogas ilegales

En relación con las drogas ilegales, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (2014), indica que la prevalencia total de consumo de alguna droga es de 17.2 por ciento; es decir 1,798,400 alumnos. Los casos de “alguna vez en la vida” es de 18.6 por ciento para los hombres y de 15.9 por ciento para las mujeres.

La droga principal de consumo es la marihuana. En el caso de secundaria y bachillerato, alcanzó una prevalencia de alguna vez de 10.6 por ciento, alrededor de 1,108,316 alumnos, 6.1 por ciento en secundaria y 18.1 por ciento para el bachillerato, el porcentaje sobrante, 62 por ciento corresponde a las demás drogas ilegales, como los inhalables con 5.8 por ciento; es decir, 606,437 alumnos y la cocaína con 3.3 por ciento, alrededor de 345,042 alumnos, así como a las drogas médicas.

³⁰ Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2004.

³¹ Villatoro, ENA, 2011.

Además, de cada 10 usuarios, 7 son usuarios experimentales, lo cual significa que utilizaron la droga entre una y cinco veces.³²

El consumo aún sigue prevaleciendo en mayor cantidad en hombres, aunque la distancia es cada vez menor, ya que por cada 6 mujeres consumidoras hay 7 hombres. Los estudiantes de 18 años y más son los que presentan mayor índice de consumo, ya que dos de cada 5 jóvenes usa drogas cotidianamente; es decir, 36.2 por ciento.³³

Para esta encuesta, por primera vez, se contó con información de estudiantes de primaria, en específico alumnos de 5o. y 6o. grado, en donde se pudo observar la problemática del consumo. Los indicadores generados señalan un contexto algo diferente a lo observado en los estudiantes de secundaria y bachillerato, ya que la prevalencia de consumo alguna vez es baja con 3.3 por ciento; es decir, alrededor de 152,181 alumnos, y 3 de 4 niños que las han consumido, lo han hecho de manera experimental, además hay tres hombres consumidores por cada mujer.³⁴

De igual forma en esta población, la marihuana es la droga que más se consume, con 2.3 por ciento, alrededor de 106,065 alumnos, de los cuales 3.4 por ciento corresponde a los hombres y 1.1 por ciento de las mujeres. Los inhalables le siguen con 1.8 por ciento de estudiantes que han probado inhalables; es decir, 83,008 alumnos, de los cuales 2.7 por ciento corresponde a hombres y 0.9 por ciento a mujeres.³⁵

Estos datos nos hablan de una situación alarmante del consumo de drogas en jóvenes y niños, ante lo cual las instancias pertinentes en todos los órdenes deben tomar medidas en la creación y fortalecimiento de políticas públicas que favorezcan prevención, detección, tratamiento y seguimiento de esta población tan vulnerable.

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA LEGISLACIÓN PARA EL CONTROL DE DROGAS EN MÉXICO

Sabemos que en México, desde la época prehispánica, el uso de sustancias psicoactivas estaba presente. Un ejemplo claro es el uso del alcohol

³² Villatoro, Encode, 2014.

³³ *Idem.*

³⁴ *Idem.*

³⁵ *Idem.*

para los aztecas, en donde se creía que las personas que se excedían en su uso habían nacido bajo el signo de *ome tochtli* (espíritu o dios menor de la embriaguez) o el descubrimiento del aguamiel por un noble tolteca. De igual forma el peyote se utilizaba en algunas culturas del México prehispánico para el sacrificio humano, en donde existía un banquete sacramental. Como estos ejemplos podemos encontrar varios más en nuestros antepasados, ya fueran utilizadas con fines religiosos o como conexión entre su mundo y el de los dioses.³⁶

En la historia del consumo hay un parteaguas que hace de la presencia y uso de sustancias psicoactivas el detonante de la gravedad que se puede observar en la actualidad. A nivel mundial, en el siglo XIX varias áreas de la sociedad comenzaron a confluir con un discurso positivo hacia el uso de las sustancias, no sólo la química, la medicina o las farmacéuticas propiciaban su uso, sino que grandes figuras de la literatura, filosofía o de la vida artística comenzaron a ver su uso como fuente de inspiración.³⁷

En México, se consumía sobre todo en los ambientes de bohemia, los más asiduos a las sustancias eran artistas, literatos, aristócratas, revolucionarios con altos mandos y soldados rasos, profesionista, gente de clase media, reclusos y trasnochadores. En las farmacias también se encontraban drogas, sobre todo zoapatli, toloache, opio, marihuana, codeína, morfina y heroína que formaban parte de los productos de consumo de la vida cotidiana. En específico, la marihuana era la droga de las clases bajas, mientras que la gente rica, consumía opio, belladona y cocaína. De hecho existía un personaje famoso en la prensa de la época, creado por José Guadalupe Posadas, llamado *Chepito el Mariguano* que promovía consumir dichas sustancias.³⁸

Con los cambios sociales en México y la llegada de la revolución industrial, se impulsó la modernización, se crearon grandes infraestructuras donde la gente trabajaba y se volvía cada vez más productiva, generando así recursos a la Nación, pero para que esto fuera posible la

³⁶ Antonio Escototado, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa, 2000.

³⁷ *Idem.*

³⁸ Hugo Vargas, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, 2013, en Confabulario, *El Universal*, disponible en: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/>

sociedad debía mantenerse en sobriedad, sin vicios. De hecho existía un concepto llamado “degeneración de la raza”, en donde ésta era la consecuencia del consumo de alcohol y de sustancias llamadas medicinales en ese entonces, como opio, morfina, éter, cocaína y marihuana, entre otras, por lo cual se solicitaban disposiciones para la nueva Constitución, en donde se neutralizara el comercio de estas sustancias. Las principales preocupaciones de esta nueva legislación enfocada en la prohibición eran el uso del alcohol y de la morfina, en el caso de la marihuana las leyes no eran tan duras y sólo se le mencionaba de forma general, cuando se hacía la lista de las sustancias dañinas, de hecho no sería hasta 1920 cuando se vio a la marihuana con miras de prohibición y no sólo como una planta medicinal.³⁹

La ley vigente en ese momento era la Constitución de 1857, que no mencionaba la regulación del consumo, venta o producción de tales sustancias, lo único que dictaba era la prohibición de adulterarlas; sin embargo, las autoridades correspondientes no prestaban atención a estas disposiciones, ya que existía una fuerte inestabilidad en el país, la cual sucedió en la primera mitad del siglo XIX. Algunas de las disposiciones que se pueden remarcar a pesar de esta falta de atención por parte de las autoridades es el primer reglamento en relación con el establecimiento de boticas en la ahora Ciudad de México, los cuales representaban los lugares legítimos para la creación y la venta de las sustancias permitidas por el gobierno y, en 1870, se declaró que tendrían que venderse bajo receta médica.⁴⁰

Ante esto, en el ámbito de salud, fue hasta finales de la década de 1830 que surgieron las primeras reglamentaciones, sentando las bases para la creación del Código Penal de 1871, mejor conocido como el Código Martínez de Castro, que tenía funcionamiento en el entonces

³⁹ Leopoldo Rivera, *Antes de los acuerdos internacionales, las leyes de la cannabis en México 1545-1925*, 2014, Cuadernos del Colectivo por una política integral hacia las drogas (Cupihd) 7.

⁴⁰ Arno Burkholder, *Porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar*, México, 2011, disponible en: <http://www.artesehistoria.mx/blog/index.php/component/k2/itemlist/category/8-blogs?start=896>.

Distrito Federal y en la península de Baja California y en donde se penalizaban por vez primera los delitos relacionados con la salud.⁴¹

Este código, tenía un único capítulo titulado “Delitos contra la salud pública”, en el cual se prohibía la producción de sustancias y productos dañinos a la salud. Además, en los artículos 842, 844 y 853, se establecieron multas a quienes comerciaron con este tipo de sustancias. Es importante mencionar que, en estos años, aún no era vista la magnitud del problema de salud pública que representaba el abuso de estas sustancias dañinas, pero la creación de este Código estableció los primeros cimientos que llevarían a una estructurada política de salud en México.⁴²

Como resultado de este código, en 1884, el Consejo Superior de Salubridad se dio a la tarea de crear un inventario de los tóxicos y sustancias peligrosas existentes; además se creó un reglamento con nuevas propuestas que restringía la venta de medicina herbolaria. Sin embargo, estas prohibiciones estaban enfocadas a los productores y consumidores, por lo cual el factor social no estaba incluido. Para que este reglamento se aprobara, el Congreso de la Unión utilizó todos los medios posibles, sin embargo, el Despacho de Gobernación lo refutó, lo cual dejaba en claro las diferencias existentes en materia de la regulación de sustancias dañinas entre Gobernación, sobre bases criminológicas, y algunas autoridades de salud, con bases médicas, y la natural tendencia al control estatal. Ante esta situación, las políticas de salud tuvieron una mezcla de estas dos posturas, quedando el reflejo en los Códigos Sanitarios de 1891, 1894 y 1902.⁴³

Por tanto, la protección del Estado en materia de salud queda determinada como un bien jurídico, ante lo cual se establece el Consejo Superior de Salubridad, el cual representa la máxima autoridad en la materia.⁴⁴

⁴¹ Raúl Carrancá y Trujillo, “Martínez de Castro y el Código Penal de 1871”, en *Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1942.

⁴² Alejandra García de Loera, “Breve aproximación histórica sobre la prohibición de las drogas en México”, en *Clío al desnudo*, México, 2016, disponible en: <http://pagina24.com.mx/2016/07/12/clio-al-desnudo/>

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ *Idem.*

Así, en los inicios del siglo xx, por todos los movimientos generados en el mundo, México tuvo la influencia para crear un marco de salubridad y control social, vinculado al control de sustancias dañinas, ante lo cual se reformó la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857. Esta reforma trajo medidas más restrictivas en relación con la protección de la población de esta degeneración racial que causaban los consumidores de sustancias, sin embargo estas regulaciones sólo tenían alcance en materia penal y criminal.⁴⁵

Para julio de 1919, se creó el Consejo de Salubridad, el cual generó una estrategia para atacar la situación adictiva, sobre todo entre jóvenes de clase media que habían tomado como moda el consumir opio, marihuana, cocaína y heroína.⁴⁶

En los años veinte surgen los primeros estudios en relación al consumo de la marihuana, a cargo del doctor Ignacio Guzmán, los cuales se enfocaron en la intoxicación que causa, tomaron en consideración cien casos que estudió en la Penitenciaría del Distrito Federal, con las conclusiones siguientes: del total de consumidores, 93 por ciento eran hombres y 7 por ciento mujeres; la edad de los mismos oscilaba entre los 14 y los 65 años, y tenía su pico de consumo entre los 20 y 40 años, además de que su uso era sobre todo en la clase baja, predominando en la milicia.

Es importante recalcar que México se encontraba a la vanguardia en cuestión de la lucha en contra del consumo de la marihuana, esto debido a que Estados Unidos concentraba sus esfuerzos en el opio y la cocaína, de hecho fue hasta 1937 que la *cannabis* fue prohibida en este país, teniendo como argumento que los jóvenes inmigrantes mexicanos incitaban al consumo a los jóvenes americanos.

Cuando en 1912, Francisco I. Madero se encontraba en la silla presidencial, se empezaría un proceso para el control de sustancias, en especial los opiáceos. Esto lo continuaría en 1916 Venustiano Carranza, quien por decreto prohibiría los opiáceos.⁴⁷

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ Vargas, *op. cit.*

⁴⁷ García, *op. cit.*

El Congreso Constituyente realizó una reunión en Querétaro en 1917, en la que se presentaron nuevas propuestas en materia de legislación para las sustancias dañinas a la salud, pero existieron muchos argumentos encontrados como las ideas revolucionarias y la perspectiva médica y política.⁴⁸

En estos años, el Diputado y doctor José María Rodríguez, quien fungía como Presidente del Consejo de Salubridad, al observar que el consumo de alcohol era visto de manera similar que el consumo de marihuana o de opiáceos, tuvo la iniciativa de realizar un cambio a la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, buscando que la dirección del Consejo, quedara en manos del Presidente de la República, y que no tuviera interferencia alguna de las secretarías de Estado, para así fortalecer las medidas sanitarias. Para 1917, el alcohol ya era considerado como igual a otras drogas en relación al daño que generaba.⁴⁹

También en la Cámara de Diputados existieron iniciativas en relación con el alcohol. Los diputados Francisco J. Múgica y David Pastrana, propusieron la creación de una ley antialcohólica, pero para que esto fuera posible se tenía que reformar la Constitución, para así prohibir la fabricación y la venta de pulque, de alcohol de maguey, de caña de azúcar, así como de cereales que pudieran producir bebidas alcohólicas. También se prohibiría la importación de alcohol para la producción de estas bebidas y se proponía la ilegalización de la venta de drogas. Esta propuesta fue rechazada por 98 contra 54 votos, debido a que el consumo de alcohol seguiría y sin embargo la economía del país se vería afectada.⁵⁰

Para el año de 1925 y bajo la presidencia de Plutarco Elías Calles, se creó un nuevo Reglamento de Salubridad Pública y para 1926 también un nuevo Código de Sanidad, que sustituyó al de Porfirio Díaz y en donde se marca la ilegalidad del consumo de las sustancias, exceptuando los alucinógenos utilizados por culturas prehispánicas. Además, en 1925 se comienzan a confiscar los bienes de los narco-

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ *Idem.*

⁵⁰ Vargas, *op. cit.*

traficantes. También surge un nuevo Código Penal Federal en 1929, el cual sería remplazado dos años después, y en el que quedó establecida la prohibición, así como la criminalización de las sustancias psicoactivas en el país. En este Código, se establece, que para atender la problemática adictiva, se tienen que crear “establecimientos especiales”, los cuales terminaron siendo los psiquiátricos que ya estaban instalados o la cárcel más cercana.⁵¹

A raíz de esto comenzaron a surgir posiciones enfrentadas en cuanto a lo que representaba una persona con un problema de adicción. Ejemplo de esto es un profesor de la facultad de medicina que mencionaba que los adictos no tenían forma de salir de su toxicomanía. Por otro lado el director de un manicomio, el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, contemplaba en 1939 por primera vez al adicto como un enfermo y no como un delincuente, por lo que debían estar sujetos a un tratamiento médico, recalcando que el problema de la sociedad no era el consumidor, sino el traficante de drogas. Otra postura radical era la del juez Jorge Salazar Hurtado, quien en 1937, quería que las personas que cometieran delitos contra la salud, fueran aislados en islas desiertas y los que fueran diagnosticados como incurables, se sometieran a un proceso de esterilización de sus genitales.⁵²

Todo este proceso sirvió para que se estableciera un marco jurídico que regulara las acciones involucradas en materia de adicciones en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en convenciones, leyes federales, estatales, reglamentos, decretos, acuerdos y normas oficiales mexicanas.

En el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se estableció el derecho a la protección de la salud, donde se estipula que: “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 de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 constitucional”.

⁵¹ García, *op. cit.*

⁵² Vargas, *op. cit.*

En este sentido, el artículo 4o de nuestra Constitución prevé la expedición de la Ley reglamentaria del derecho a la protección de la salud, es decir, la Ley General de Salud, la cual se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984 y prevé como materias de salubridad general, el programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol; el programa contra el tabaquismo; la prevención, orientación, control y vigilancia en materia de enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo; la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia. Algunas de estas materias de salubridad general, se han complementado o incorporado mediante diversas reformas que ha tenido este ordenamiento. Entre las reformas más importantes que sufrió la Ley General de Salud en materia de adicciones, se encuentran:

- El Decreto por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008.
- El Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de agosto de 2009, mediante el cual se incorporaron diversas disposiciones relativas al programa contra la farmacodependencia y adiciona un apartado C al artículo 13, que establece que 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, así como un Capítulo VII al Título Décimo Octavo, denominado “Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo”.
- El Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Bebidas Al-

cohólicas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de abril de 2015, de la cual vale la pena destacar que adiciona un Capítulo II Bis al Título Décimo Primero, que se denomina “Protección de la Salud de Terceros y de la Sociedad frente al uso nocivo del Alcohol”. Por otra parte, la Ley General de Salud establece el Sistema Nacional de Salud, cuya coordinación está a cargo de la Secretaría de Salud. Dicho Sistema está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. En este sentido, dicho ordenamiento regula a las instituciones del Sistema Nacional de Salud que tienen a su cargo programas para la prevención de las adicciones y aquéllas que brindan tratamiento a las personas adictas.

Bajo este contexto, la Ley General de Salud, regula lo relativo al ámbito de competencia del Consejo Nacional contra las Adicciones, el cual tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública, causados por las adicciones que regula dicho ordenamiento, así como proponer y evaluar los programas para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo; contra la farmacodependencia y contra el tabaquismo, previsto en la Ley General para Control del Tabaco.

Asimismo, los capítulos quinto y sexto del Título Décimo Segundo de la Ley General de Salud, establecen las disposiciones a que deberá sujetarse el control sanitario de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas, las cuales, para efectos de dicho ordenamiento, se enlistan en los artículos 234 y 245, respectivamente, facultando este ordenamiento a la Secretaría de Salud y al Consejo de Salubridad General para adicionar dichos listados.

Otro ordenamiento que contiene disposiciones en materia de narcóticos es el Código Penal Federal, mismo que en el Título Séptimo

tipifica los Delitos Contra la Salud, considerando como narcóticos a los estupefacientes psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia, considerándose como punibles las conductas que se relacionen con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave de salud pública.

EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES
MEXICANAS PARA LA ATENCIÓN
DE LOS PROBLEMAS POR CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Con base en la evolución del fenómeno de las adicciones, en nuestro país, se han ido creando instancias cada vez más especializadas para diseñar políticas públicas acordes con la demanda de servicios para su atención integral.

Como se ha ido observando, los daños causados por el alcohol son considerables, sobre todo los daños al hígado, como la esteatosis hepática, hepatitis alcohólica y más que nada la cirrosis, la cual tiene como una de sus principales causas el alcoholismo, aunque también puede generarse por otros motivos como la hepatitis B y C, los trastornos en el sistema de drenaje del hígado y la esteatosis hepática no alcohólica.⁵³

Ante esto, desde hace más de cuarenta años, diversos hospitales, así como gastroenterólogos y organizaciones como “Alcohólicos Anónimos”, intervinieron para atender estas enfermedades, a pesar de que la investigación para poder hacer una medición de los problemas que genera el alcohol, resulta complicada por la variedad de casos que se pueden presentar.⁵⁴

El doctor Rafael Velasco Fernández en su libro *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, menciona que de 1970 a 1980, la cirrosis estaba

⁵³ Rafael Velasco, *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas, 1981.

⁵⁴ *Idem.*

dentro de las primeras diez causas de muerte de los mexicanos, dañando sobre todo al grupo etario de 25 a 40 años. Además menciona que la cirrosis hepática representa la quinta causa de mortandad en nuestro país, lo cual representa la muerte de 30 mil personas por esta enfermedad al año. También en 1981, el doctor Velasco investigó la influencia cultural que tienen los menores al momento de ingerir alcohol, atribuidos al consumo familiar.⁵⁵

De igual forma, el doctor Juan Ramón de la Fuente Muñiz, reportó en 1981 que el 81.7 por ciento de los intoxicados que se atendieron en hospitales de la ahora Ciudad de México, fueron causa directa de la ingesta de alcohol. Además, la cirrosis representaba el noveno lugar en causas de muerte con un porcentaje de 20 fallecimientos por cada 100 mil habitantes.⁵⁶

Asimismo, en 1981, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creó el “Programa Nacional de Prevención de Accidentes”, en donde dio cuenta de que el alcohol representa una de las principales causas de muerte por accidentes de transportes motorizados.⁵⁷

En estudios más recientes, se puede observar que el consumo de manera crónica del alcohol, representa la causa de 3.3 millones de muertes en todo el planeta; es decir, 5.9 por ciento del gran total. En cuestión de género 7.6 por ciento corresponde a los varones y 4 por ciento a mujeres. Además la cirrosis hepática es factor de invalidez con 5.1 por ciento. Por lo tanto, el alcohol es un factor de riesgo que va desde 20 por ciento a 50 por ciento de todos los casos identificados con cirrosis hepática a nivel global. De hecho, en el año 2010, la cirrosis hepática vinculada al alcohol, representó 47.9 por ciento de las muertes.⁵⁸

En nuestro país, la cirrosis del hígado representa la cuarta causa de mortalidad; es decir, 5.6 por ciento, además de ser una de los principales factores de años perdidos en relación a la vida saludable (Avisa). De igual forma, el uso nocivo de alcohol, está vinculado a más de 60 tipos de enfermedades, así como a suicidio, violencia, accidentes auto-

⁵⁵ *Idem.*

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Idem.*

⁵⁸ Mónica Marcela Gaviria, *et al.*, “Alcohol, cirrosis y predisposición genética”, en *Revista Colombiana de Gastroenterología*, Colombia, 2016.

movilísticos, traumatismos, problemas culturales y sociales, abuso de menores, pérdida de empleo, abandono de escuela, entre otros.⁵⁹

Alcohólicos Anónimos

Una de las organizaciones fundamentales que se han encargado de atender la enfermedad del alcoholismo en México es Alcohólicos Anónimo” (AA), la cual surgió en Akron, Estados Unidos, el 10 de junio de 1935, después de que Bill Wilson y el doctor Robert H. Smith se reunieran para platicar sobre sus problemas con la bebida. En nuestro país AA tiene sus inicios en la década de 1940, sobre todo gracias a la influencia de los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, y su retorno a casa en periodos vacacionales o por estancia definitiva, luego de juntar los recursos suficientes para poder vivir de mejor manera en su país, así como también por estadounidenses que visitaban nuestro país.⁶⁰

De hecho, el primer grupo de AA se estableció en 1946 en la Ciudad de México, y estaba constituido por ciudadanos estadounidenses, los cuales emigraron a nuestro país al terminar la segunda guerra mundial. En este mismo grupo, comenzaron a agregarse mexicanos, los cuales con posterioridad formaron grupos en español.⁶¹

Estos grupos, tuvieron una gran emergencia dentro de los años de 1974 a 1981, ya que aproximadamente, emergía un grupo AA por día, registrado en la central mexicana.⁶² Esta central mexicana, representa la segunda estructura de servicio a nivel mundial, siendo a su vez integrante de los Servicios Mundiales de AA.

La primera junta de información pública por parte de AA se llevó a cabo el 18 de septiembre de 1946 en el Teatro del Pueblo de la Ciudad de México.⁶³

⁵⁹ CONADIC, 2011.

⁶⁰ Haydée Rosovsky, *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Saberes y razones*, Ciesas, 2009.

⁶¹ *Idem.*

⁶² *Idem.*

⁶³ Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Preguntas que se hacen frecuentemente, referentes a la historia de Alcohólicos Anónimos*, México, 2012, disponible en: http://www.aamexico.org.mx/archivo_faq.html

Para 1969, se llevó a cabo la primera asamblea mexicana de AA, la cual contó con la participación de 22 representantes que venían de 21 estados de la Nación y que tuvo como meta la creación de la Oficina de Servicios Generales de dicha agrupación, la cual se fundó el 9 de diciembre de 1969.⁶⁴

Desde 1974 hasta 1981 hubo una emergencia, en promedio, de un grupo AA por día registrado en la Central Mexicana. Sin embargo es importante mencionar que el número de grupos AA es incierto, ya que muchos de ellos no se encuentran oficialmente registrados, para darse una idea, existen “aproximadamente 2 mil centros de ayuda mutua con registro, pero existen unos 14 mil que se manejan bajo este programa sin estar registrados”.⁶⁵

Es importante mencionar que varios grupos han surgido a raíz de la inspiración de Alcohólicos Anónimos, ejemplo claro es el de Drogadictos Anónimos (DA), el cual fue pensado en 1982, cuando se celebraba el Segundo Congreso Internacional de los grupos de 24 horas de AA, y ante la preocupación de algunas madres de familia que se preguntaban por el problema de la utilización de otras drogas, fuera del alcohol, por parte de sus hijos. DA surgió en 1983, para rehabilitar a personas con problemas de drogadicción de manera gratuita y voluntaria, bajo el programa de los 12 pasos. En la actualidad se cuenta con 33 unidades de DA, alrededor de la República.⁶⁶

Centros de Integración Juvenil

En México, desde finales de los años sesenta se comenzaron a desarrollar acciones para la atención de los problemas de salud vinculados con el uso, abuso y dependencia del tabaco, alcohol y otras drogas. En estas acciones han participado instituciones gubernamentales, de los tres órdenes de gobierno, así como instituciones y organismos correspondientes a la sociedad civil.⁶⁷

⁶⁴ *Idem.*

⁶⁵ Rosovsky, *op. cit.*

⁶⁶ Drogadictos Anónimos, *Reseña de Drogadictos Anónimos A.C.*, México, 2016, disponible en: <http://www.drogadictosanonimos.org/resena.html>

⁶⁷ PAE, 2015.

A finales de la década de los años sesenta, surgieron los Centros de Integración Juvenil (CIJ), constituidos como asociaciones civiles y cuyos principales objetivos son otorgar servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de la ingesta de drogas legales e ilegales, la colaboración con organismos similares, así como la capacitación que generará en una óptima educación y desarrollo profesional para la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas legales e ilegales en la población. En la actualidad, existen 116 unidades que se encuentran en todo el país, y cuentan con un equipo multidisciplinario, constituido por 1,325 profesionales, además de 7 mil voluntarios.⁶⁸

Instituto Nacional de Psiquiatría

De igual forma, mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de febrero de 1975, se creó el Centro de Estudios en Farmacodependencia (Cemef), con domicilio en la Ciudad de México, cuyas funciones fueron asumidas con posterioridad por el Centro Mexicano de Salud Mental, mismo que fue creado mediante Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en 1978, el cual a pesar de no tener dentro de sus objetivos la creación de políticas y la injerencia en cuestiones de normatividad, tomó en cuenta dentro de sus investigaciones a las adicciones, así como a la salud mental. Este centro daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, convertido actualmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”, el cual, desde su origen, ha tomado en cuenta a las adicciones como un problema que puede ser estudiado epidemiológicamente y psicosocialmente, por lo cual han llevado a cabo grandes investigaciones metodológicas en el ámbito.⁶⁹

Para 1988, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y el Consejo Nacional contra las Adicciones, realizaron la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), la cual en

⁶⁸ Centros de Integración Juvenil, *Red de Atención*, México, 2016, disponible en: www.cij.gob.mx/RedAtencion/redatencion.html

⁶⁹ PAE, 2015.

la actualidad lleva seis ediciones: 1988, 1993, 1998, 2002, 2008, 2011 y se encuentra en proceso la séptima. Con estas encuestas se ha logrado obtener información clave para observar la magnitud y evolución del consumo de drogas legales e ilegales en nuestro país y así tomar las medidas necesarias en relación a la prevención y atención de las mismas.⁷⁰

Asimismo, desde 1976, se han realizado en la Ciudad de México encuestas de estudiantes de nivel medio y superior y desde el año 2000 se han llevado a cabo en diferentes partes del país.⁷¹

De igual forma, con esta información generada por las encuestas, así como por la información generada de la situación adictiva en todo el país, en relación con la oferta y la demanda, información proveniente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea), de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA), de las Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), entre otras fuentes, el Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Otras Drogas (Omextad) ha hecho una labor remarcable en cuestiones de salud pública y adicciones del país.⁷²

*Programa de Atención
de la Farmacodependencia*

Ante la ausencia de instituciones encargadas de prevenir el consumo de drogas en México, desde el inicio de la administración del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se concibió un importante proyecto: el Programa de Atención de la Farmacodependencia (Adefar) de la Procuraduría General de la República (PGR). Esta procuraduría, bajo el mando de Sergio García Ramírez, instruyó al autor del presente texto para crear un programa de reducción de la demanda de sustancias, basándose en que para enfrentar un problema de características de múltiples causas como los de la farmacodependencia, sólo podía hacerse a través de la participación de los distintos sectores sociales, informando

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ Encode, 2014.

⁷² PAE, 2015.

a la población para que se involucrara de manera activa en la protección de las nuevas generaciones.⁷³

En materia de farmacodependencia, la Procuraduría promovió ampliamente el Programa Adefar. Su instrumentación involucró a los gobiernos Federal, Estatales y Municipales, propiciando la concertación de acciones con los diversos sectores de la sociedad, así como una destacada campaña a través de los medios masivos de comunicación, para desalentar el consumo de drogas.⁷⁴

Tanto los Comités, como las Unidades Adefar en todo el país, se encaminaron a la organización de actividades culturales, recreativas y deportivas en desaliento al uso indebido de drogas, además de recibir informes confidenciales de la población sobre posibles delitos contra la salud, producción, tráfico y comercialización ilícita de drogas. Se crearon más de mil comités y cerca de 25 mil unidades.⁷⁵

PRIMER PROGRAMA Y CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Adefar sirvió como el referente de los consecuentes programas e instituciones creados para la atención de las adicciones en nuestro país. Tanto la estructura de manejo de programas nacionales, estatales y municipales, como los objetivos institucionales desarrollados en Adefar sentaron las bases para el diseño de la oficina nacional en la materia: Consejo Nacional contra las Adicciones.

En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, se reconoció el problema de la adicción por primera vez como un asunto de salubridad general y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se generó el primer Programa contra las Adicciones. A raíz de esto, en 1986, por decreto presidencial, y bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (ss), se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, integrado por

⁷³ L. Beltrán, *et al.*, *Liber Ad Honorem. Sergio García Ramírez*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, México, 1998, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>

⁷⁴ *Idem.*

⁷⁵ PGR, 1988, periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari, México, disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/que-es-la-pgr/Documents/XVI.pdf>

diversas dependencias e instituciones del sector público, privado y social, cuyo objeto estaba relacionado con la temática de las adicciones. En el año 2000, con la expedición de un nuevo Reglamento del Consejo Nacional contra las Adicciones, se creó la figura del Comisionado de dicho consejo, con importantes facultades para formular y proponer, políticas, estrategias y programas en materia de adicciones, con una estructura para el desarrollo de sus actividades.

Además para fortalecer el marco normativo, en el año de 1999 se desarrolló la Norma Oficial Mexicana 028 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. La norma se aplica en todo el país a los prestadores de servicios públicos, sociales y privados que lleven a cabo acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, investigación, capacitación y enseñanza. Además tiene como objetivo, el instaurar procedimientos y criterios para que exista un servicio integral de atención a las adicciones en nuestro país.⁷⁶

En el periodo 2011-2012, se establece el Centro Nacional para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (Cenadic), con un nivel de Dirección General, posteriormente en el año 2016 se expide el decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones, órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con la fusión estructural de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Cenadic, queda al mando único el comisionado nacional contra las adicciones. Este nuevo órgano tiene a su cargo el Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018.⁷⁷

Durante el periodo 2007-2012, se comienza la construcción de la Red Nacional de Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), las cuales se encuentran

⁷⁶ Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2009), Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2-2009 Para la Prevención Tratamiento y Control de Adicciones, México, 2009.

⁷⁷ PAE, 2015.

ubicadas en zonas estratégicas de alto riesgo, para beneficiar a esta población vulnerable.⁷⁸

Por su parte, la Fundación Gonzalo Río Arronte y la participación de la Facultad de Psicología de la UNAM, han sido un gran apoyo, en materia de educación y salud, ya que conformaron la Especialidad en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo, con una modalidad a distancia, la cual estuvo enfocada en más de 800 profesionales de la salud en México.⁷⁹

Consejos Estatales contra las Adicciones

Durante la década de los noventa, se formaron los Servicios Estatales de Salud (Sesa), los cuales se encargan de la implementación y seguimiento del Programa de Atención Integral de las Adicciones. Para lograr esto, tienen a su disposición, un área llamada Consejo Estatal Contra las Adicciones (CECA), la cual a su vez tiene a su mando la coordinación técnica, así como el control integral de la operación de este Programa. Algunas acciones que llevan a cabo los CECA son de capacitación, de atención primaria en adicciones, de vigilancia para que el Sistema de información de los Consejos Estatales Contra las Adicciones (Siseca) funcione de la manera correcta, así como la vigilancia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (Sisvea), de evaluación, ya que cada tres meses se revisa a nivel estatal, jurisdiccional y por CAPA el desarrollo y avance de programas, de apoyo a la CONADIC, de supervisión a los establecimientos en adicciones para su reconocimiento y ratificación, así como la clausura de los mismos, entre otras acciones.⁸⁰

⁷⁸ *Idem.*

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ *Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, México, 20 de julio de 2016.

La Comisión Nacional contra las Adicciones en la actualidad

La CONADIC es el máximo órgano rector en la materia.⁸¹ Algunas de sus atribuciones son proponer a las diferentes dependencias y entidades de la Administración Pública Federal los programas, las políticas y las estrategias correspondientes, supervisar, coordinar y evaluar las acciones establecidas, proponer y promover vínculos a nivel federal, estatal y municipal en materia de adicciones, hacer recomendaciones a los establecimientos de prevención y tratamiento de las adicciones, colaborar en relaciones internacionales para dar seguimiento a los acuerdos generados, contar con un sistema estadístico a nivel nacional e internacional y divulgar los resultados generados, entre otras.⁸²

En el periodo actual de gobierno, la CONADIC es el órgano encargado de la prevención, tratamiento, normatividad e investigación de las adicciones, vinculando siempre, a las instituciones públicas y privadas, así como a los tres órdenes de gobierno.⁸³

Desde 2007, el gobierno federal desarrolló una amplia red de servicios dirigidos a la prevención de adicciones en México y la CONADIC ha sido eje rector de los mismos. En la actualidad existen 340 UNEME-CAPA (Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones) los cuales se encuentran ubicados de manera estratégica en 251 municipios, cubriendo así grandes prioridades en las 32 entidades federativas.⁸⁴

Además de las unidades de la Red UNEME-CAPA, también se cuenta con el apoyo de las más de 116 unidades operativas de los Centros de Integración Juvenil, A.C., y los más de 14 mil grupos de ayuda, así como diferentes organizaciones sociales, públicas y privadas que brindan servicios preventivos, generando una gran coordinación en materia de adicciones.⁸⁵

⁸¹ PAE, 2015.

⁸² DOF, 2016.

⁸³ PAE, 2015.

⁸⁴ *Idem.*

⁸⁵ *Idem.*

En la actualidad la Comisión Nacional Contra las Adicciones es un órgano desconcentrado que cuenta con un Consejo Interno, el cual es un órgano auxiliar de consulta y opinión. El Comisionado es nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud, y cuenta con los servidores públicos que determine su Reglamento Interno.⁸⁶

La CONADIC, tiene entre sus atribuciones proponer al Secretario de Salud las políticas, estrategias, programas para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y hacer que éstos logren sus objetivos, siempre bajo la aprobación del Secretario; crear modelos de organización para coordinar y supervisar los servicios de prevención y atención de las adicciones; inducir la incorporación de intervenciones relacionadas con la prevención y tratamiento de adicciones en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Sistema de Protección Social en Salud, en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y en las intervenciones cubiertas por los sistemas de seguridad social, supervisar las adicciones emergentes que se consideren un problema de salud pública.⁸⁷

Asimismo, corresponde a la CONADIC proponer a las diversas entidades y dependencias de la Administración Pública Federal los programas, políticas y estrategias que se desarrollen; ser enlace entre la Administración Pública Federal y las entidades federativas que manejen cuestiones de adicción; verificar que se cumplan las acciones establecidas en los programas de adicciones; coordinar la Red Nacional de Atención a las Adicciones; gestionar recursos ante las instancias de los diferentes sectores; generar elementos a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para la definición e instrumentación de las estrategias y contenidos técnicos; emitir lineamientos y procedimientos de organización, programación y presupuesto, en vinculación con los programas a su cargo; colaborar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; generar un sistema estadístico nacional e internacional sobre adicciones; operar y mantener un observatorio de adicciones que maneje la información de las instituciones en

⁸⁶ DOF, 2016.

⁸⁷ *Idem*.

los tres órdenes de gobierno y, finalmente, las que se le otorguen en otras disposiciones jurídicas.⁸⁸

En materia normativa, corresponde a la CONADIC, normar y conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacionales y estatales de salud en lo referente a la materia de prevención y el control de las adicciones y, en su caso, analizar y proponer alternativas, en el ámbito de su competencia; promover mecanismos para la coordinación, concertación, cooperación y participación, de los sectores público, tanto federal como local, social y privado, así como de organizaciones nacionales e internacionales y, en general, de la comunidad, en las acciones de prevención y el control de las adicciones incluyendo aquellas en materia de intercambio técnico y académico y de investigación dirigidas a identificar los factores que coadyuvan a la prevalencia de las adicciones, así como para evaluar la eficiencia de las medidas terapéuticas y rehabilitatorias aplicadas a los adictos; proponer, al Consejo Nacional contra las Adicciones, criterios para poder evaluar programas contra las adicciones; elaborar propuestas a las reformas legales en materia de producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias psicoactivas; la creación de proyectos de normas oficiales mexicanas en materia de prevención, consejería, tratamiento y control de las adicciones; imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en el ámbito de su competencia; presentar denuncias ante las autoridades competentes, en caso de que se detecten situaciones ilícitas o irregulares durante el desarrollo de sus atribuciones; determinar y administrar la aplicación que se dará a los recursos provenientes de la enajenación de bienes decomisados en procedimientos penales federales que, de conformidad con las disposiciones aplicables, se asignen a la Secretaría de Salud para la prevención y tratamiento de las adicciones.⁸⁹

Finalmente, para complementar este apartado, conviene destacar la cooperación internacional con la que cuenta nuestro país, ya que la CONADIC está vinculada estrechamente a varias instituciones y redes internacionales. También forma parte cada año de la delegación mexicana y representante de la sociedad civil, en sesiones ordinarias y también

⁸⁸ *Idem.*

⁸⁹ *Idem.*

de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes (CE) organizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). A continuación se enlistan las instancias y convenciones con las que CONADIC participa:

- Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) del Consejo de Europa.
- La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OAS).
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias (RIOD).
- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC).
- Miembro de la mesa directiva de la Federación Mundial contra las Drogas (WFAD), representante mexicano en la sección de Norteamérica y representante de América Latina.
- Comité de Estupefacientes de las ONG en Viena (VNGOC).
- Convención Única sobre Estupefacientes (1961), enmendada por el Protocolo de 1972.
- Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971).
- Convención Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).
- Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003).
- Estrategia Mundial para la Reducción del Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA), (2010).

Todas estas instituciones, a lo largo de estas últimas cuatro décadas, han implementado acciones para poder atender las situaciones generadas por el uso, abuso y dependencia a drogas legales, como el alcohol y el tabaco, e ilegales, generando un esfuerzo importante para la prevención, control, tratamiento y rehabilitación, resulta un eje central en las políticas públicas del país, contribuyendo con ello al desarrollo de la vida nacional.⁹⁰

⁹⁰ PAE, 2015.

CONCLUSIÓN

La grave situación que generan las sustancias psicoactivas legales e ilegales constituye un problema de salud pública en nuestro país, por lo que desde hace más de 40 años se ha ido conformando una sólida estructura de esfuerzos por parte de instituciones públicas y privadas, así como de diferentes organismos y personas que han trabajado en conjunto para la lucha en contra de las adicciones, basándose siempre en un consistente marco jurídico, a su vez basado en una normativa internacional, que regula el consumo de dichas sustancias y, en algunos casos su prohibición comercialización, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

Este marco jurídico tiene como base el artículo 4o. constitucional, el cual establece el derecho fundamental que tenemos todos los mexicanos a la protección de la salud, del cual se derivan diversas leyes generales, planes nacionales de desarrollo, reglamentos, convenios y normas, que generan acciones de prevención, control, tratamiento y rehabilitación en materia de adicciones.

De los esfuerzos por prevenir los daños que producen las sustancias psicoactivas, la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha sido de gran importancia para el impulso e implementación de las políticas públicas para la atención de las adicciones en el país, lo cual, sin duda, contribuirá al desarrollo nacional.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- BARRIGUETE CASTELLÓN, Armando, *Lo que el vino se llevó (psicodinamia del alcoholismo)*, México, Diana, 1996.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, *El uso médico del cannabis ¿tiene sustento científico?*, México, 2014.
- ESCOHOTADO, Antonio, *Historia general de las drogas*, Madrid, Espasa, 2000.
- MOLINA PIÑEIRO, Valentín; Román, Carlos; Berruecos, Luis, y Sánchez, Luis, *El alcoholismo en México, III. Memorias del Seminario de análisis*, México, Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 1983.

- RIVERA, Leopoldo, *Antes de los acuerdos internacionales, las leyes de la cannabis en México 1545-1925*, 2014, Cuadernos del Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (Cupihd) 7.
- ROSOVSKY, Haydée, *Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. Saberes y razones*, Ciesas, 2009.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico, Prevención y Atención Integral de las Adicciones, Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México.
- , *Programa de Acción Específico, Prevención y Atención Integral de las Adicciones, Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, México.
- , *Conduce sin Alcohol. Programa Nacional, México Sano*, 2015.
- VELASCO, Rafael, *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas, 1981.
- VILLATORO VELÁZQUEZ, Jorge Ameth, *et al.*, *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014. Reporte de Drogas*, Encode 2014, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, México, 2015.

Audiovisuales

- MANN, Mann, *El dilema (The Insider)*, Estados Unidos, Spyglass Entertainment, 1999.
- CORTES, Fernando, *Viaje a la luna*, México, Brooks y Enríquez, 1958.
- COLLOT, Nadia, *The Tobacco Conspiracy*, Montreal, PQ, National Film Board of Canada, 2005.

Hemerográficas

- BARRIENTOS GUTIERREZ, Inti, *et al.*, “Comparison of tobacco and alcohol use in films produced in Europe, Latin America, and the United States”, en *Public Health*, 2015.
- CARRANCÁ Y TRUJILLO, Raúl, “Martínez de Castro y el Código Penal de 1871”, en *Revista del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM*, 1942.
- Diario Oficial de la Federación*, Decreto por el que se modifica la denominación, objeto, organización y funcionamiento del órgano desconcentrado Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, para transformarse en la Comisión Nacional contra las Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, México, 20 de julio de 2016.

GAVIRIA, Mónica Marcela, *et al.*, “Alcohol, cirrosis y predisposición genética”, en *Revista Colombiana de Gastroenterología*, Colombia, 2016.

Electrónicas

- BELTRÁN L., *et al.*, *Liber Ad Honorem. Sergio García Ramírez*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1998, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>
- BURKHOLDER, Arno, *Porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar*, México, 2011, disponible en: <http://www.artesehistoria.mx/blog/index.php/component/k2/itemlist/category/8-blogs?start=896>
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Preguntas que se hacen frecuentemente, referentes a la historia de Alcohólicos Anónimos*, México, 2012, disponible en: http://www.aamexico.org.mx/archivo_faq.html
- Centros de Integración Juvenil, *Red de Atención*, México, 2016, disponible en: www.cij.gob.mx/RedAtencion/redatencion.html
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas*, México, 2011-2012, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/abuso_de_bebidas.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, *Informe ejecutivo. Análisis del consumo de sustancias en México*, México, 2014, disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_alcohol.pdf
- Drogadictos Anónimos, *Reseña de Drogadictos Anónimos A.C.*, México, 2016, disponible en: <http://www.drogadictosanonimos.org/resena.html>
- GARCÍA DE LOERA, Alejandra, “Breve aproximación histórica sobre la prohibición de las drogas en México”, en *Clio al desnudo*, México, 2016, disponible en: <http://pagina24.com.mx/2016/07/12/clio-al-desnudo/>
- Hospital Universitario de Salamanca, *Cine y tabaco Espirales de humo: los cigarrillos en la pantalla del cinematógrafo*, España, 2016, disponible en: <http://www.nofumadores.org/documentos/Cineytabaco.pdf>
- Hipertextual (2016), El estado de la legalización de la marihuana en México, México, disponible en: <https://hipertextual.com/2016/04/legalizacion-de-la-marihuana-en-mexico>
- Internet Movie Database (2016), disponible en: <http://www.imdb.com/>
- Programa Anual de Evaluación, 2015, http://www.coneval.org.mx/Informes/Normateca/PAE_2015.pdf

- PGR, 1988, periodo del presidente Carlos Salinas de Gortari, México, disponible en: <http://www.pgr.gob.mx/que-es-la-pgr/Documents/XVI.pdf>
- UNAM, Archivos Jurídicos, Sergio García Ramírez Procurador General de la República, México, 2016, disponible en: <http://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/116/6.pdf>
- VARGAS, Hugo, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, 2013, en “Confabulario”, *El Universal*, disponible en: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/>
- VILLATORO VELÁZQUEZ, Jorge Ameth, *et al.*, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*, ENA 2011, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012, disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Leyes, códigos y reglamentos

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México, Congreso de la Unión, 1917.
- Ley General de Salud, México, Congreso de la Unión, 1984.
- Ley General para el Control del Tabaco, México, Congreso de la Unión, 2008.
- Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, México, 2004.
- Norma Oficial Mexicana Nom-028-SSA-2-2009 Para la Prevención Tratamiento y Control de Adicciones, Comisión Nacional contra las Adicciones, México, 2009.



EL ALCOHOLISMO Y LAS SUSTANCIAS QUE ENVENENAN AL INDIVIDUO, DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CONSTITUCIÓN DE 1917

Jesús Ancer Rodríguez
Juan García Moreno

La salud, producto de diferentes fuerzas convergentes, se valora como reflejo no sólo de las características deseables del individuo y la población en sus diferentes dimensiones, como corporal o física, psicológica, social y cultural, entre otras, sino también como efecto de las fuerzas y pronunciamientos políticos e institucionales que generan normas y con ello modelos de relación entre el individuo y su entorno. Normas que atienden a las necesidades sociales a la vez que generan determinados estilos de vida.

En nuestro país, los esfuerzos para enfrentar los riesgos que amenazan y deterioran la salud, de manera semejante a cualquier otra sociedad, se han asumido por diversas formas de organización institucional, y evidentemente, el presente no se puede valorar con una perspectiva de justicia, sin comprender y valorar la historia, que describe el trabajo de quienes van sentando las bases para refinar una mejor forma de responder ante el panorama epidemiológico que les ha correspondido vivir.

En este contexto, cabe citar al Protomedicato, reflejo de una forma de organización sanitaria creada y fundada en España en marzo de 1477, fue traída a la Nueva España como la primera instancia de asesoría gubernamental sobre aspectos sanitarios, cuyos integrantes deno-

minados protomédicos, designados por el Ayuntamiento de la Ciudad de México en la época virreinal (1527), asumían la responsabilidad de proteger a la población examinando a quienes pretendían ejercer alguna profesión relacionada con los aspectos sanitarios y supervisaban su posterior desempeño, así como las adecuadas condiciones de higiene de los establecimientos.

Se evaluaba de esta manera a los físicos, médicos, especieros, herbolarios, oculistas, ensalmadores y maestros de curar roturas y enfermos de lepra.¹

Más tarde, la propia evolución y organización social, así como los eventos o daños a la salud que históricamente se confrontan, fueron dando la pauta para establecer los ajustes, modificaciones o cambios en su perspectiva sobre las acciones que deben realizarse para restaurar o preservar la salud.

Fue así como el Protomedicato se suprimió y en su lugar se instauró la Facultad Médica del Distrito Federal (cuya denominación fue cambiada al menos en cuatro ocasiones), mediante un decreto que fue promulgado como ley el 21 de noviembre de 1831, firmando don Anastasio Bustamante como Presidente de la República y Lucas Alamán como Ministro de Relaciones.

Dicha Facultad se centró en el ejercicio de la medicina y su enseñanza, dado que el Ayuntamiento era quien asumía la responsabilidad de establecer las acciones para combatir los daños, principalmente de las epidemias, como la del cólera, tifoidea, escarlatina, fiebre, mal del pinto, gripe y paludismo; controlando acciones de policía de salubridad, de hospitales, casas de beneficencia, aplicación de vacunas, aseo y limpieza de calles, cementerios y juntas de sanidad.

Dentro de sus tareas, se estableció la creación de un “Código de leyes Sanitarias” cuyos trabajos quedaron sólo iniciados.² El 4 de enero de 1841 la Facultad Médica del Distrito Federal fue sustituida por el Consejo Superior de Salubridad General, a la que le tocó afrontar

¹ María del Carmen González Lozano y María Guadalupe Almeida-López, “El Protomedicato”, en línea, fecha de consulta: 3 de septiembre de 2016. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>

² Martha Eugenia Rodríguez, “La facultad médica del Distrito Federal”, en *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, Consejo de Salubridad General, 2010.

las circunstancias históricas, sanitarias y epidemiológicas que develaron serias necesidades sociales, y que propiciaron y sustentaron los argumentos que más tarde quedarían expresados como derechos en la Constitución de 1917.

Si bien existían otras instituciones preocupadas por la salud de la población, como la Academia Nacional de Medicina y la Escuela Nacional de Medicina (1842), fue el Consejo Superior de Salubridad (1841-1917) en quien se depositó oficialmente la responsabilidad de mantener en buen estado la salud de la población, cuyas acciones se vieron limitadas por conflictos e inestabilidad política y carencia de recursos, por lo que la consolidación de este Consejo se pudo apreciar hasta 1880.³

El Consejo Superior de Salubridad inició su trabajo ante un panorama que se caracterizaba por insalubridad, generada por escases de agua en general y de potable en lo particular, el inadecuado manejo y disposición de las excretas que invadían incluso la vía pública, basura y ausencia de conductos desaguadores.

No resulta difícil imaginar la calidad de aire seguramente contaminado y la crítica infraestructura de la vía pública, en donde su ambiente se deterioraba por la existencia de basureros y muladares. Todo lo cual evidentemente era concomitante con un panorama epidemiológico en el que predominaron las enfermedades infectocontagiosas, como el sarampión, paludismo, tifo, fiebre tifoidea, viruela, escarlatina, difteria, tuberculosis pulmonar, erisipela y tosferina.

Panorama cuesta arriba si se considera la situación de inestabilidad política y cambios que tuvo el país en mucho tiempo (50 gobiernos diferentes entre 1821 y 1859),⁴ por lo que las acciones del Consejo no tenían el suficiente respeto a la autoridad en él depositada, además de

³ Claudia Agostoni, “Práctica médica en la Ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Laura Cházaro, (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009. También Arturo Fierros, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México. Historia y Filosofía de la Medicina*, 2014.

⁴ Mariana Ortiz, Javier Puerto y Patricia Aceves. “La reglamentación del ejercicio farmacéutico en México, parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, Vol. 39, 1, enero-marzo 2008.

que sus alcances eran sólo para el Departamento de México (Departamento era la forma en que se designaba a los estados).

No obstante, tenía la facultad de visitar las farmacias anualmente y verificar el título académico del profesor responsable del establecimiento —que debía tener aval del Consejo y del Ayuntamiento respectivo—, asimismo, los libros designados en la tarifa oficial, las pesas y medidas, los utensilios y el laboratorio en general, así como los simples y compuestos usuales y las preparaciones particulares aprobadas por el Consejo.⁵

En su esfuerzo por el control de las medicinas y sustancias de uso medicinal, el Consejo publicó la primera farmacopea nacional elaborada por la Academia de Farmacia y publicada en 1846 como *Farmacopea Mexicana*, conteniendo el listado de medicamentos más usuales y el efecto terapéutico de las plantas medicinales, misma que fue actualizada por la Sociedad Farmacéutica Mexicana y publicada como *Nueva Farmacopea Mexicana* en 1874.⁶

Fue hasta 1883 cuando de manera más sólida se reorganizaron los servicios en nacionales, locales y municipales, y hasta finales del siglo XIX e inicios del XX, con el régimen porfirista, que se impulsaron algunas prácticas relacionadas con la higiene pública, incorporando algunas prácticas sanitarias con enfoque de modernidad.

El reglamento interno del Consejo, elaborado en 1872, estableció dentro de sus funciones los aspectos relativos a la salubridad pública, aunque en ninguno de sus artículos se abordó de manera específica el uso o consumo del alcohol u otras sustancias que afecten la salud, establecía la perspectiva vigente sobre lo que la población debía consumir para cuidar su salud.

En su artículo 5o., fracción II, al hacer mención de los alimentos, especificaba:

⁵ Reglamento sobre inspección de boticas, almacenes y fábricas de drogas, 26 de noviembre de 1846, México.

⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), *Ocursos de la Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad sobre la creación de la Farmacopea Mexicana*, México, Fondo SP, sección M, caja 1, exp. 20, 1874. También Sociedad Farmacéutica Mexicana, *Nueva Farmacopea Mexicana de la Sociedad farmacéutica de México*, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.

Visitar cuando lo crea conveniente o lo ordene el Gobierno del Departamento, los hospitales, cárceles, panteones, establecimientos públicos, industriales o mercantiles y asimismo cuidar de que las sustancias alimenticias no estén adulteradas y sean propias para el consumo, proponiendo al Gobierno del Departamento las medidas que estime necesarias solamente en lo que se refiere a la higiene pública.

Más tarde, en 1879, actualizó y amplió su reglamento, en donde lo destacable fue su dependencia directa de la Secretaría de Gobernación (artículo 2o.) y formular un proyecto de Código Sanitario (artículo 5o., fracción XVIII).

Lo anterior es comprensible, dado que los mayores esfuerzos estaban puestos en las epidemias, ejemplo de ello es que en 1882, ante la viruela, el cólera y la fiebre amarilla en diferentes lugares del territorio nacional, el Consejo presentó a la Secretaría de Gobernación un proyecto de ley y un reglamento para combatir las enfermedades infectocontagiosas.

En 1883 el aumento de la mortalidad infantil por un brote de sarampión y de enfermedades inflamatorias del intestino, centró la atención en medidas sanitarias como limpieza de caños y atarjeas, plazas y vía pública.⁷ En ese mismo año, mediante el “Proyecto de organización de los servicios” el Consejo Superior de Salubridad adquirió carácter o alcance nacional y en 1891, bajo el mandato de Porfirio Díaz, expidió el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.⁸

En dicho código, en el Libro Segundo, Capítulo II se estableció ya el articulado sobre “Alimentos y bebidas”, destacando:⁹

Artículo 90. Se entiende por “comestible” toda substancia que sirve para alimento o bebida del hombre.

Artículo 91. Los comestibles que se destinen a la venta estarán puros, sanos y en perfecto estado de conservación.

⁷ Rodríguez, *op. cit.*

⁸ Fierros, *op. cit.*

⁹ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Imprenta de La Patria, 1891, p. 26 y ss. En línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de <https://archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n10/mode/2up>

Artículo 92. Se considera adulterado un comestible cuando contiene una ó varias sustancias extrañas á su composición natural ó conocida y aceptada, cuando no corresponde por su composición ó calidad al nombre con que se le vende.

Artículo 93. Se considera alterado un comestible, cuando, según su naturaleza, se halle en principio de descomposición pútrida, ó esté agrio, picado, rancio, ó haya sufrido alguna otra modificación espontánea en uno ó varios de sus componentes, la cual disminuya su poder nutritivo ó le haga nocivo para la salud.

Artículo 94. Todo el que venda un comestible adulterado con sustancias que ni positiva ni negativamente puedan alterar la salud, está en la obligación precisa de anunciarlo al público, de una manera clara y terminante, y debe acompañar á cada efecto una etiqueta ó impreso donde conste la naturaleza y composición real de dicho comestible.

Artículo 96. Queda prohibido terminantemente emplear sustancias venenosas ó nocivas para teñir, colorear, pintar, envolver, encajonar ó envasar comestibles.

Artículo 97. Queda prohibido estrictamente adulterar, colorear ó modificar la naturaleza propia de los comestibles con sustancias venenosas ó nocivas a la salud, ya que el efecto tóxico ó nocivo sea inmediato o tardío.

Artículo 101. Reglamentos especiales determinarán las condiciones que deben llenar los expendios de artículos alimenticios (comestibles ó bebidas), los lugares en que se preparen, su preparación misma y su coloración y decoración.

Asimismo, marcó el inicio de los esfuerzos por tener un control sobre los fármacos y sustancias que se prescribían y que evidentemente, además de los beneficios que se buscaba con su administración y consumo, podían generar afectación a la salud de la población cuando su uso carecía de control o era adquirido intencionadamente con otros fines, de esta manera se consignaba:

Capítulo VI Venta de medicinas y otras sustancias
de uso industrial en boticas, droguerías y establecimientos análogos.

Artículo 206. Toda sustancia que se venda como medicamento, se despachará en la dosis estrictamente pedida, tendrá las condiciones de identidad, pureza, y buena preparación y llevará una etiqueta que diga “uso medicinal”

y además el nombre con que se conoce (Por ejemplo, láudano, sulfato de magnesia, etc.) ó aquel con que se pida sea rotulada, cuando la prescripción facultativa lo indique (por ejemplo, gotas, purga, para inhalaciones, etc.) Estas sustancias sólo podrán venderse en los establecimientos donde haya farmacéutico.

Artículo 216. Los medicamentos secretos, cosméticos, etc., que a juicio del Consejo Superior de Salubridad, sean esencialmente nocivos o que puedan ser utilizados para algún fin criminal, serán retirados del consumo público y su venta quedará en lo sucesivo prohibida.

Muy importante resulta señalar que se reconocía explícitamente el uso medicinal de la marihuana y sus derivados: se permitía la venta de 0.3 gramos de canabidiona a un individuo cada 24 horas; 2 gramos de *haschich* en una sola venta cada 24 horas; el extracto alcohólico de cannabis, al igual que el tanato de canabina, podía venderse en cantidades no superiores a 0.5 gramos.

El artículo 209 enumeraba una lista de plantas y animales medicinales que los colectores sólo podían vender a los farmacéuticos y droguistas, en las que aparecía la cicuta, el beleño, la belladona, el falso estraminio (o toloache), la yerba de Puebla, el zoapatil, la cebolleja y la marihuana.

El artículo 208 también enumeró la lista de sustancias que sólo podían venderse por prescripción escrita y firmada por médico, incluía: beleño, belladona, cicuta, cloroformo, cocaína, codeína, ergotina, estramonio, opio, morfina, extracto de adormidera y canabina.¹⁰

Los artículos citados evidentemente denotan el control incipiente de las sustancias que el gobierno, a través del Consejo Superior de Salubridad, establecía respecto de las drogas o los estupefacientes tolerados y que desde la perspectiva de los entonces legisladores, debían ser identificadas como sustancias que podrían generar daño al individuo.

En lo anterior habrá de considerarse que en el siglo XIX e inicios del XX, no se concebía un sistema público de prestación de servicios de salud, y el gobierno se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia

¹⁰ José Domingo Schievenini Stefanoni, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940*, tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.

social se realizaba con acciones aisladas de organizaciones eclesiásticas, instituciones de beneficencia privada y de particulares, de manera desarticulada y casuística.¹¹

Destacó por ello el valor del farmacéutico como persona responsable de valorar la dispensación de los medicamentos o sustancias prescritas, toda vez que la reglamentación para el ejercicio de la farmacia y la venta de medicamentos obtenía en sí pocos resultados.

Por ello, el Consejo Superior de Salubridad restringió su ejercicio únicamente a profesores autorizados legalmente, al consentirles sólo a ellos la venta de sustancias medicinales en los almacenes, permitir el despacho de medicamentos exclusivamente en las oficinas de farmacias, visitar las boticas, almacenes y fábricas de drogas, y prohibir la venta de remedios caseros secretos sin previo examen, aprobación y licencia.¹²

No obstante el buen propósito de sus disposiciones, esa situación generó serias controversias dado que los farmacéuticos tenían una preparación y experiencia muy heterogénea, misma que derivaba de la formación oficialmente validada —en quienes la tenían—, y por otra parte, la sola experiencia de quienes ejercían la profesión habiéndola aprendido como un oficio por su propia circunstancia. Asimismo, la falta de uniformidad de los planes de estudio de las instituciones formadoras, permitía o generaba un abanico de posibilidades respecto al desempeño de estos profesionales.

Las actualizaciones del Código Sanitario de 1894 y 1902 no resolvieron de fondo el conflicto, emitiendo reglamentaciones que permitían el ejercicio o desempeño de todos los farmacéuticos, mediante leyendas que debían aparecer en los letreros de las farmacias, especificando nombre del responsable, si contaba o no con formación y, en su caso, el origen o institución de la misma.

Sólo a través del “Reglamento para el expendio de medicinas” de 1904, se introdujo una clasificación de farmacias según si el responsa-

¹¹ Secretaría de Salud, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 2012.

¹² AHSSA, *Aviso del Consejo Superior de Salubridad*, México, 1868, Fondo SP, sección IF, caja 1 exp. 73, citado en Ortiz, Mariana; Puerto, Javier; Aceves Patricia, “La Reglamentación del Ejercicio Farmacéutico en México. Parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe*, vol. 39, 1, enero-marzo 2008.

ble había sido “titulado en un estado de la República” y “practicó”. De igual manera, si el establecimiento contaba con un profesor titulado como responsable y que dispusiera de instrumentos y reactivos suplementarios, de tal forma que ofreciera “un servicio científico perfecto”; cumpliendo con estos requisitos podían pedir el nombramiento de “farmacia de primera clase”.¹³

La postura del gobierno resultaba de vital importancia, su trascendencia derivaba de que en ese tiempo, la mayor parte de los medicamentos eran oficinales o magistrales. Pero las argumentaciones de quienes se ostentaban como profesionales de formación y exigían tal característica para que las personas pudieran desempeñarse como farmacéuticos, discutidas en la Cámara de Diputados, fueron insuficientes; circunstancia que desde su punto de vista, determinó la persistencia de tres grandes males: el carácter de profesión de segunda frente a la medicina, la falta de normativas legales claras sobre el ejercicio de su profesión y el menoscabo de la venta de medicamentos en las boticas.¹⁴

Era ese el panorama que prevalecía y sobre el cual se marcaba la forma en que se abordaban las medidas de atención a las necesidades sociales por parte del Consejo Superior de Salubridad como instancia responsable de la salud pública, para mantener las mejores condiciones posibles para la salud de la población.

No es posible omitir que en ese tiempo, la historia de México registró su revolución durante la cual la marihuana, tenía un exagerado consumo, primeramente por sus usos medicinales, pues eran comunes los anuncios en la prensa de la Ciudad de México, promoviendo su uso mediante la venta de cigarros comercializados por empresas extranjeras de París, anuncios a los que se incorporaban leyendas como:

[...] recientes experiencias, hechas en Viena y Berlín repetidas por la mayor parte de los médicos alemanes y confirmadas por las notabilidades médicas de Francia e Inglaterra, han probado que, bajo la forma de cigarrillos, el *Caperonnabis indica* o cáñamo indio era un específico de los más seguros

¹³ J. M. Lazo de la Vega, *Memorias del Segundo Congreso Médico Mexicano celebrado en San Luis Potosí del 5 al 8 de noviembre de 1894*, Congreso Médico Mexicano, México, vol. 2.

¹⁴ Ortiz, *op. cit.*

contra el asma, la presión, las sofocaciones, las bronquitis, la ronquera, la extinción de la voz, la tisis pulmonar, las laringitis, así como en todas las enfermedades de las vías de respiración.

Por otro lado, se le atribuían beneficios durante los partos complicados, al disminuir las contracciones uterinas, obrando también como sedativa de los dolores y ayudando en disminuir el parto hasta en la mitad de su duración y finalmente, estaba incluida en un catálogo de drogas indígenas presentado a la Sociedad Mexicana de Historia Natural por el doctor Alfonso Huerta.¹⁵

Desde la perspectiva externa al país, también se le atribuían beneficios que de alguna manera eran indicaciones consideradas con reserva en la práctica médica de nuestro territorio, como en epilepsia, tétanos, convulsiones en niños, hidrofobia, delirio tremens, enajenación mental y reumatismo articular, sugerencia de los árabes e ingleses. Lo anterior se refleja en los argumentos comparativos que se hacían en esa época:

[...] las semillas de nuestro cáñamo o marihuana no producen el mismo efecto embriagante que la planta y canabina y se usan por lo mismo en emulsión, con mucho provecho en la hemorragia aguda, y como calmante de los ardores de la uretra y pujo, de la vejiga: parece que toda la planta dirige su acción especialmente sobre el aparato génito-urinario pues aún fumada produce efectos afrodisiacos muy marcados [...] Dr. García Peña.¹⁶

Pero su uso rebasaba sus indicaciones de entonces o sus beneficios medicinales, pues se utilizaba también en algunos rituales indígenas con algunas evidencias de uso recreativo. Asimismo, era consumida tanto en el ejército por los soldados como en las cárceles; porque su venta era de complejo control al representar también una forma de soportar el hambre, las enfermedades y seguramente la inestabilidad emocional derivada de las condiciones sociales que privaban.

¹⁵ *El Siglo Diez y Nueve*, Ciudad de México, 19 de julio de 1867, 2 de agosto de 1868, 9 agosto de 1868, 16 de agosto de 1868, 20 de septiembre de 1868, 5 de marzo de 1869; *La Sociedad*, ciudad de México, 7 de marzo de 1867, 21 de marzo de 1867, 28 de marzo de 1867, citados en: Schievenini, *op. cit.*

¹⁶ *Idem.*

De manera concomitante, personas con mayores recursos económicos consumían otra clase de estupefacientes traídos del extranjero como la belladona, el láudano y la cocaína,¹⁷ y no obstante al ser sustancias capaces de alterar los sentidos, se consumían sin penalización por sus beneficios como parte de la medicina vigente, relacionada con el control no sólo de enfermedades diagnosticadas por los médicos, sino como auxiliares de síndromes o simplemente síntomas y signos como el dolor, tos o diarrea.

La belladona por ejemplo, por poseer acción depresora sobre el sistema autónomo parasimpático con efectos miorrelajantes de la musculatura lisa e inhibitorio de las secreciones, se utilizaba exitosamente en la medicina herbolaria y alópata para tratar neuralgias, asma, tos nerviosa, convulsiones, algunas enfermedades de los ojos y constricciones espasmódicas, dolores de cabeza, colon irritable, síntomas de la menstruación, úlceras pépticas, inflamación y mareos.¹⁸

El láudano (descubierto por el suizo Paracelso a mediados del siglo XVI), consistía en una preparación compuesta por vino blanco, azafrán, clavo, canela opio, entre otras sustancias y tenía múltiples usos, particularmente contra el dolor de cualquier naturaleza. Dicho desde otra perspectiva, era una tintura alcohólica de opio, elaborada con base en moléculas de amapolas somníferas, planta del sur de Europa y del norte de África, con propiedades psicotrópicas.

Pero además de su utilidad como analgésico, se utilizaba para adormecer, también contra la ansiedad, el tratamiento de la diarrea y para el control de la tos de cualquier etiología; su principio más activo era la morfina, pero también incluía cantidades menores de codeína y de narcotina, aunque existía una versión de láudano sin este último alcaloide.¹⁹

¹⁷ Arno Burkholder de la Rosa, “...porque le falta, porque no tiene, marihuana que fumar”, en *Clionáutica*, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://clionautica.blogspot.mx/>

¹⁸ Laura Garcés, “Belladona: sus propiedades y aplicaciones en salud”, en *Propiedades de las plantas medicinales en la salud*, en línea, fecha de consulta: 13 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.plantas-medicinales.es/belladona-sus-propiedades-y-aplicaciones-en-la-salud/>

¹⁹ *Psicofármacos.INFO para profesionales y consumidores*, en línea, fecha de consulta: 16 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.psicofarmacos.info/?contenido=drogas&farma=laudano>

La cocaína, obtenida de las hojas de coca mediante procesos de purificación como polvo blanco e inodoro, era utilizada como anestésico local e incluso se le llegaba a preparar como “tónico estimulante”. Sin embargo, su consumo rebasaba tal propósito por sus efectos inmediatos que se manifestaban por ausencia de fatiga, exaltación del estado de ánimo, sensación de vértigo, aumento de la seguridad en uno mismo, prepotencia, ausencia de cansancio, sueño y hambre. Aspectos que representaban una ventaja sobre la inquietud y angustia que produce manifestación euforizante, seguida de un efecto rebote, caracterizado por cansancio, apatía y angustia, así como una conducta impulsiva y agresiva.²⁰

La morfina, si bien fue utilizada con confianza principalmente como analgésico y sedante, o para otras entidades patológicas por ejemplo como parte del láudano, los usos durante la segunda mitad del siglo XIX, al final del mismo y principios del XX, representó una de las principales preocupaciones de médicos y legisladores, con base en las dosis a partir de las cuales el uso de los opiáceos en general provocaba intoxicaciones, así como la adulteración que hacían algunas personas ajenas a la profesión farmacéutica. Puntos esenciales eran entonces la medida justa según la prescripción, el control de calidad y los agentes sociales o personas cuya competencia podía o no garantizar legítimamente tales requisitos.²¹

Aunque los opiáceos en sus diferentes formas y presentaciones eran en general bien aceptados socialmente por sus efectos benéficos, la publicidad de medicamentos milagrosos condicionaba intoxicaciones que llamaron la atención, en especial por la entidad conocida como morfínomanía y/o tebeísmo, en la que coadyuvaban el consumo de opio, láudano o bien la morfina sola.

La morfínomanía, que para algunos se trataba de una patología simple de rápida curación, se vinculaba con el consumo de morfina fuera de toda prescripción médica. Por lo cual se asociaba también con

²⁰ Centre d'Assistència Terapèutica-Barcelona, “¿Qué es la cocaína y qué efectos produce?”, en *Adicciones y problemas psíquicos*, en línea, fecha de consulta: 2 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-cocaina-y-que-efectos-produce>

²¹ *El Siglo Diez y Nueve*,... citados en: Schievenini, *op. cit.*

el fuerte argumento de “degenerar la raza”, al dar como resultado que dicha práctica, de igual forma que los hábitos de consumo de heroína o marihuana, degradaban la salud física y mental del individuo, siendo al mismo tiempo una fuente de disolución familiar y social.

No obstante, en la antigua Escuela de Medicina, durante la época que se analiza, se realizaron varias tesis médicas al respecto (1883, 1893, 1920 y 1923). En las cuales, la etiología de la morfinomanía estuvo considerada la posibilidad de secuela de algún tratamiento médico basado en opiáceos, o adquirida por una serie de razones que podía ser desde el esparcimiento intelectual, hasta quienes lo consideraron como una consecuencia de la vida moderna.²²

Destaca dentro de las tesis citadas, que la morfinomanía, según la del doctor Francisco I. Sánchez (1883), no se consignaba en la patología interna, por lo que era necesario darla a conocer a la ciencia médica y aportar una idea que salvara a la sociedad de un padecimiento que por desgracia arrebatava de su seno seres queridos, tanto a la ciencia como a la familia y a la patria. Asimismo, la intención de denunciar el incremento en el abuso de inyecciones de morfina y sus “tristes y deplorables” consecuencias.

Un ejemplo que ratifica la tolerancia, acceso y aceptación ante el consumo de todas estas sustancias, se puede apreciar en el documento mediante el que la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, enumeraba las que más se utilizaban en esa institución, entre ellas: adormidera, amapola, belladona, beleño, coca del Perú, semillas de cáñamo, codeína, cigarros medicinales, opio, extracto de *cannabis indica*, láudano, morfina, nicotina, nuez moscada y marihuana.

Dadas las características o beneficios obtenidos por estas sustancias, eran prescritas por los médicos, en el entorno había incluso vinos de coca y cigarrillos de marihuana que fácilmente se obtenían no sólo en las farmacias, sino en los mercados populares e incluso en las ferreterías. El opio era quizá el más empleado y se usaba en cientos de preparados.

²² Gutiérrez Ramos, Axayácatl, “Drogas: La historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/index.php/rum/article/view/15971/17209

Las personas obviamente desarrollaban adicción, a pesar de lo cual no eran consideradas enfermas, pero conviene destacar que en el ámbito internacional, se intentaba controlar el opio, crear leyes especiales y penalizar a los infractores. Al tiempo de nuestra Revolución, ocurría por ejemplo con dicho propósito, la Conferencia de Shanghai (1909), y la creación de la Ley de Narcóticos de Harrison (1914) aprobada en Estados Unidos.²³

Por otro lado, el alcohol ha tenido siempre una especial atención por las múltiples formas en que se consume y que dan pie a diferentes interpretaciones sobre sus beneficios o riesgos, tanto individuales como sociales. Estudios de antropología realizados en México por Berruecos,²⁴ demostraron que la ingesta de alcohol, como proceso de socialización, propicia espacios de identificación y autorreconocimiento comunitario donde se minimizan, pero no se anulan, las diferencias de clase, de género e intragenéricas.

En especial el pulque (bebida fermentada de bajo contenido alcohólico proveniente de la savia del maguey o aguamiel) llegó a representar una manera de sobrevivir en las regiones áridas y con escasez de agua del país, por ser además parte de la alimentación y fuente de vitaminas, proteínas y calorías, sin omitir la coexistencia de otras bebidas, como la cerveza y otros tipos de destilados aunque en menor proporción.

Es relevante mencionar que los estudios citados documentan que el consumo nacional del pulque, especialmente en la zona centro del país que geográfica y culturalmente tiene al mayor consumo, los consumidores presentan índices de dependencia mayores a los reportados por bebedores de destilados.

Pero el alcohol, en cualquiera de sus presentaciones y debido a los efectos de su consumo, más aún cuando se realiza en forma desmedida

²³ Luis Berruecos Villalobos, “El consumo de drogas en la Ciudad de México”, en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, septiembre-octubre de 2007, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco. También Nolasco Morán Pérez, “Narcotráfico en México”, en *Todo sobre el narcotráfico*, 2011, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://todosobreelcrimennarco.blogspot.mx/>

²⁴ Luis Berruecos Villalobos Berruecos, “El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana”, en *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2005.

produciendo un estado tóxico, se había ya asociado y, más aún, considerado como precursor de la violencia: “Los días de fiesta y las verbenas son peligrosísimos por las riñas, lesiones y homicidios que ocasiona la bebida hasta en miembros de las clases superiores”.²⁵

Hubo incluso quien incluyó bajo la denominación de alcoholismo, la adicción a la cocaína, marihuana y morfina, por las consecuencias ya comentadas y que eran atribuidas al consumo de aquél: “Entendemos por alcoholismo, el estado patológico que resulta de la ingestión de bebidas espirituosas, la morfina, la cocaína, la marihuana”.²⁶

No obstante que Matías Romero en 1892 había reglamentado sobre bebidas alcohólicas y tabaco gravándolos con impuesto proporcional al grado de alcohol, mediante estampillas adheridas, inicialmente a los envases, y posteriormente a las cajas, era un asunto controversial determinar si la cerveza y el pulque debían gravarse, resultando que la cerveza no por contener menos de 6° GL y el pulque sí. Por tanto el 12 de mayo de 1896 se expidió el decreto sobre contribuciones a pulques, aguamiel y tlachique en el cual se especificaba que se pagarían 18 centavos por cubo con capacidad de 27.376 litros.²⁷

Aun así, el consumo per cápita estimado del mismo para 1900, era de 29.4 litros, de otras bebidas entre 20° y 50° GL era de 20 y 0.6 litros de tequila.²⁸

Era tal la apreciación de las consecuencias, que bajo la premisa de evitar la degeneración de la raza y el consumo de sustancias que envenenan al individuo, se diseñaron acciones específicas contra él, como de la Ley Antialcohólica, propuesta por los diputados Francisco J. Múgica y David Pastrana en 1917, que aunque no proliferó, dadas las características radicales de su contenido, se cita por reflejar de alguna manera los puntos de vista de quienes se pronunciaban por ella sin considerar las implicaciones culturales y económicas que ello representaba, dado

²⁵ Gutiérrez, *op. cit.*

²⁶ *Idem.*

²⁷ Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la postrevolución (1916-1931)”, en *II Congreso de Historia Económica de México*, octubre de 2004, en línea, fecha de consulta: 24 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.economia.unam.mx/amhe/memoria/simposio09/Jesus%20MENDEZ%20REYEZ.pdf>

²⁸ *Idem.*

que se proponía prohibir la fabricación y venta del pulque, del alcohol de maguey y de caña de azúcar para la fabricación de bebidas embriagantes.²⁹

Si bien en nuestro país la atención estaba puesta en los conflictos de índole social y bélico, a su término, el panorama internacional tampoco era ajeno a quienes se pronunciaban por mejorar la salud de la población mexicana, además de considerar el deterioro en el estilo de vida y los efectos negativos en salud tanto del alcohol como de las sustancias nocivas, pues siempre ha constituido un problema la compulsión por su obtención para satisfacer una necesidad primaria o superflua —ya sea con fundamento alimenticio, lúdico, festivo o religioso—, a través de su utilización, generando cambios en el comportamiento, los cuales si bien pueden ser benéficos, también pueden ocasionar daño paulatino que puede incluso llegar a ser fatal. No sin dejar de mencionar la inestabilidad o disfuncionalidad familiar que su abuso puede producir.

Por ello, los profesionales de la medicina al servicio del gobierno, sabiendo que para atender a las necesidades de la sociedad respecto de los daños que le aquejan y/o amenazan, era necesario disponer de información científica, confiable y completa sobre la naturaleza, magnitud y características del fenómeno en cuestión que permitiera dimensionar el estado de salud de la población, cabe mencionar que en 1893, el Estado mexicano logró integrar por primera vez las cifras provenientes de todo el país respecto a los hechos vitales, los cuales habían comenzado a registrarse desde 1859 en las Oficialías del Registro Civil.

Así, el primer Anuario Estadístico de la República mexicana, integrado por datos oficiales remitidos por la totalidad de los estados y territorios del país, fue publicado en 1893, representando un esfuerzo de sistematizar la información. Entre otros, el apartado de movimiento de población incluyó, para algunos estados, información sobre mortalidad clasificada por enfermedad, edad y sexo, asimismo, integró para todo el país la información estadística sobre nacimientos, matrimonios y defunciones.

²⁹ Hugo Vargas, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, en *Confabulario*, suplemento cultural de *El Universal*, en línea, fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/#respond>

Durante ese mismo año, la Clasificación Internacional de Enfermedades, fue aplicada por primera vez en la República mexicana por el doctor Jesús Monjarás, en la integración de las estadísticas de mortalidad provenientes de San Luis Potosí.

Con esa experiencia y la del anuario de 1894, más la de los censos de 1895, 1900 y 1910 se consolidó el conocimiento estadístico veraz de la población y sus características principales; el cual fue incrementado con la información derivada de la Ley del Divorcio (1914), y la Ley de Relaciones Familiares (1917) promovidas en la administración de Venustiano Carranza, hasta la Carta Magna de 1917, en que se fijaron las bases que sustentaron el Registro Civil y se creó el Departamento de Salubridad Pública.³⁰

Los datos así disponibles permitieron determinar ya en 1922 las causas de defunción que se muestran en el Cuadro 1.

CUADRO 1.
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1922

<i>Núm. de orden</i>	<i>Causa</i>	<i>Clave CIE 3a. Rev.</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa</i>
Total			364,832	2,545.0
1	Neumonía e influenza	11, 99, 100	40,995	285.9
2	Diarrea y enteritis	112, 113	25,765	179.7
3	Fiebre y caquexia palúdica	5	25,035	174.6
4	Tosferina	9	14,383	100.3
5	Viruela	6	11,986	83.6
6	Debilidad congénita y vicios de conformación	159, 160	10,220	71.3

³⁰ Secretaría de Salud, *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*, México, 2011.

<i>Núm. de orden</i>	<i>Causa</i>	<i>Clave CIE 3a. Rev.</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa</i>
7	Tuberculosis del aparato respiratorio	32	9,856	68.7
8	Muerte violenta (excepto suicidio)	175-203	9,262	64.6
9	Bronquitis	98	7,946	55.4
10	Senilidad	164	7,108	49.5
11	Fiebre tifoidea (tipo abdominal o paratifoidea)	1	4,792	33.4
12	Cirrosis del hígado	121	4,657	32.4
13	Enfermedades del corazón	86-89	3,894	27.1
14	Hemorragia, apoplejía y reblandecimiento del cerebro	74	2,845	19.8
15	Sarampión	7	2,164	15.1
16	Meningitis	71	2,063	14.3
17	Cáncer u otros tumores malignos	43-49	2,057	14.3
18	Afecciones del estómago (excepto cáncer)	110-111	1,790	12.4
19	Nefritis aguda o crónica	127-129	1,749	12.2
20	Septicemia puerperal (fiebre peritonitis puerperal)	146	839	5.8
	Otras causas		175,426	1,223.7

Evidentemente predominaban enfermedades infectocontagiosas, sin embargo, se destaca el lugar 12 que ubicaba a la cirrosis del hígado como efecto muy probablemente de los hábitos etílicos existentes en la población. Clasificación y jerarquización que no necesariamente refleja-

ba los trastornos en la salud derivados del consumo de estupefacientes, por las razones ya comentadas respecto al registro de diagnósticos y la concepción o consideración existente acerca de quienes los padecían.

Estos registros, no obstante sus obvias limitaciones, consignaban el panorama epidemiológico sobre mortalidad predominante durante la gestación y elaboración de la Constitución de 1917, mediante la cual se daría paso a una perspectiva más refinada sobre la salud del pueblo de México.

La preocupación legislativa derivada seguramente de la experiencia que da vivir una realidad que denota los estragos de los problemas sociales, se manifestó en la propuesta del Diputado José María Rodríguez y del doctor Miguel Alonso Romero en la 50 sesión ordinaria del 19 de enero de 1917, al resaltar que México tenía el mayor índice de mortalidad a nivel mundial, sus argumentos relevantes fueron: “La mortalidad general de la República y principalmente de México es la más grande del mundo y, por consiguiente, en México se tiene la obligación de dictar medidas urgentísimas para evitar esa mortalidad”.

Es indispensable que las disposiciones dictadas para corregir esta enfermedad de la raza, proveniente principalmente del alcoholismo y el envenenamiento con sustancias medicinales como opio, morfina, éter, cocaína, marihuana, etcétera, sean dictadas con tal energía que contrarresten, de una manera eficaz, el abuso del comercio de estas sustancias tan nocivas a la salud, que en la actualidad han ocasionado desastres de tal naturaleza que han multiplicado la mortalidad, al grado de que ésta sea también de las mayores del mundo.³¹

Para ello, dentro de sus consideraciones proponía:

- Las autoridades sanitarias de los estados estarán sujetas al Código Sanitario Federal.
- Las Juntas o Congresos de Salubridad locales no deben depender del Departamento de Salubridad General más que en lo que

³¹ Daniel Márquez Gómez, “La Constitución de 1917 y el Consejo de Salubridad General. Concepción original”, en *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría del Consejo de Salubridad General, 2015, pp. 70-71.

afecta a la salubridad general de la República y cuidados de la raza.

- La autoridad sanitaria será ejecutiva y ninguna autoridad administrativa podrá oponerse a sus disposiciones.

Su propuesta en sí consistió en incorporar bases a la fracción del artículo 73 constitucional por las cuales el Consejo de Salubridad General se asumía como autoridad sanitaria, ante la necesidad de que el Estado mexicano tuviera un órgano ejecutivo capaz de prevenir y reaccionar de manera rápida y eficaz ante los distintos problemas que se suscitaban en el país.³²

Ahora bien, con base en información del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, la Constitución de 1917 fue la primera en la historia en incluir los derechos sociales y marcó con ello un antecedente para el mundo, lo que le otorgó el reconocimiento de “la primer Constitución social del siglo xx y reflejó de esta manera las demandas no sólo sociales sino económicas y políticas de la Revolución Mexicana, estableciendo también un nuevo orden social cuyo propósito y función esencial fue ser el eje articulador del desarrollo de nuestra Nación”.³³

En materia de salud, con el concepto entonces prevaleciente que omitía desde luego la responsabilidad intersectorial de la misma, analizado en la actualidad como las “Determinantes Sociales de la Salud” y que retomaremos más adelante, el Congreso abordó el proceso de la salud pública federal mediante dos instancias responsables:

- El Consejo de Salubridad General y
- El Departamento de Salubridad.

³² José Ramón Cossío Díaz, *et. al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2003.

³³ Secretaría de Cultura, *Historia Constitucional. Diputados Constituyentes 1916-1917*, Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.constitucion1917.gob.mx/es/Constitucion1917/Historia_constitucional_diputados_constituyentes_1916-1917

Con dichas denominaciones, se bifurcaron las atribuciones y el Consejo de Salubridad General asumía las funciones normativas, en tanto que el Departamento se hacía cargo de ejecutar las actividades en materia de higiene, con capacidad para subordinar en asuntos sanitarios a otras dependencias de la Administración Pública Federal, sobresaliendo en consecuencia la jerarquía del Consejo sobre el Departamento.

Constitución de 1917

Sección III, de las facultades del Congreso

Art. 73. El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre 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 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 y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Como puede apreciarse, en la Carta Magna quedó establecido de manera específica el cambio en la denominación del Consejo Superior de Salubridad por el de Consejo de Salubridad General, con dependencia directa del Presidente de la República.

Además, al Consejo se le facultaba jurídicamente para emitir disposiciones y normas de observancia general en materia de salubridad; en particular de aquellas tomadas respecto de campañas contra el alcoholismo y venta de sustancias que envenenen al individuo o degeneren la especie humana. Por lo que conviene retomar o citar las consideraciones del discurso y entrega de proyecto de Constitución de don

Venustiano Carranza durante la junta inaugural del Congreso Constituyente, en Querétaro el 1 de diciembre de 1916 y que confirieron una sólida plataforma respecto de las funciones y autonomía de las decisiones del Consejo.³⁴

la autoridad sanitaria será ejecutiva y ninguna autoridad administrativa podrá oponerse a sus disposiciones.

[...] propongo que el control lo tenga el Ejecutivo; la práctica ha enseñado que solamente se ha obtenido resultado cuando personal directamente organizado y, por decirlo así, municionado, pertrechado y guiado por el Consejo de Salubridad ha sido el encargado de la campaña. En todas las campañas militares y otras, la unidad de mando y de dirección es la base principal del éxito.

[...] también sostenemos los subscriptos [*sic*] que la autoridad sanitaria será ejecutiva, y esto se desprende de la urgentísima necesidad de que sus disposiciones no sean burladas, porque si la autoridad sanitaria no es ejecutiva, tendrá que ir en apoyo de las autoridades administrativas y judiciales para poner en práctica sus procedimientos.

Cabe recordar que a pesar de que se había proclamado una nueva Constitución, el orden constitucional no se había restablecido en todo el país, muchos estados se demoraron meses y años en adherirse al pacto federal, porque continuaban en ellos los movimientos armados; se vivía bajo un nuevo orden constitucional, pero la calma no había llegado al país: se continuaba padeciendo escasez de moneda, bandidaje, hambre, epidemias, muchos pueblos pedían restituciones de tierra y dotaciones, el desempleo era elevado, frecuentes las huelgas y los problemas religiosos, las restricciones económicas y las grandes dificultades en la aplicación de algunos de los preceptos constitucionales.³⁵

Evidentemente que la instrumentación de las acciones encomendadas al Consejo de Salubridad General y al Departamento de Salubridad en materia de salud pública, enfrentaban retos mayúsculos, al enfocar

³⁴ Cossío, *op. cit.*

³⁵ *El Congreso Constituyente y la Constitución de 1917*, Cámara de Diputados, H. Congreso de la Unión, en línea, fecha de consulta: 19 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/museo/s_nues3.htm

el consumo de bebidas alcohólicas y estupefacientes como un nuevo paradigma, ya que para la población, incluso médica y farmacéutica, representaban estilos de vida habituales y no necesariamente de riesgo, de los cuales, en dado caso, se podría salir rápidamente con tratamiento médico.

De hecho, las adicciones no estaban establecidas como conductas delictivas tipificadas en los instrumentos formales de control social, excepción hecha en lo descrito en el artículo 923 del Código de 1871, que castigaba con arresto de dos a seis meses y multa de 10 a 100 pesos la embriaguez habitual con alcohol que causara grave escándalo.³⁶

La situación social y política era controversial, lo cual condicionó una forma de actuar de la autoridad sanitaria que la historia ha calificado como postura prohibicionista del gobierno, habiendo en ésta fuerzas debidas tanto a procesos externos al país, como internos, derivados del proceso de análisis y concienciación internacional sobre los daños potenciales de estas sustancias, sin dejar de considerar sus obvias implicaciones económicas y políticas. Situación que propició que en nuestro país, el propósito de control históricamente se encuentre matizado por una situación de regulación inicial, para ir hacia la prohibición y finalmente criminalización por la producción, posesión, distribución y consumo o abuso de determinada sustancia.

Desde la perspectiva o ámbito internacional, México ha participado estableciendo acuerdos que se traducen en compromisos. Destaca la Convención celebrada en 1912 en la Haya, en la cual se manifestaron los intereses no sólo en salud sino políticos y económicos que eso representaba, resaltando por ejemplo, el interés de Inglaterra por la morfina y la cocaína; la preocupación de Alemania por la ausencia de Suiza, con sus respectivas implicaciones de beneficio que para esta última tenía; la protección que hacían Portugal por el opio de Macao y Persia por los cultivos de amapola.

Holanda producía cocaína en Java; Francia aprovechaba el consumo de opiáceos en Indochina; Japón introducía morfina y heroína en China, y el retiro de Italia al no prosperar la inclusión del tema de cannabis. Los acuerdos relevantes consistieron en la limitación del co-

³⁶ Schievenini, *op. cit.*

mercio de opio, morfina y cocaína. Se establecieron criterios y autorizaciones para importación y exportación, así como registros y controles para el uso de estas sustancias con fines médicos. México firmó el tratado, aunque la firma del senado se realizó en 1924, la del Presidente un año después y su publicación en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) fue en 1927.³⁷

Con lo descrito se puede dimensionar la influencia que el contexto internacional ejercía sobre los legisladores de nuestro país, estableciéndose en consecuencia un proceso de control formal, que según el doctor Tenorio Tagle,³⁸ distinguido investigador de ciencias penales, es entendido como el instaurado a través del derecho penal, por el aparato legislativo, leyes, legisladores, ministerios públicos, jueces y sistemas carcelarios y que es producto del saber erudito.

El cuestionamiento a esta postura no derivó de la pretensión inherente a ella, sino de la ausencia de un proceso de información y educación a la población, que permitiera la emergencia de conductas diferentes, razonadas, producto de la comprensión y análisis de sus decisiones respecto a su salud mediante la identificación de los riesgos y daños, quedando entonces en un nivel de prohibicionismo global de drogas, con tinte de autoritarismo, de dictadura sanitaria.

Por otro lado, existían procesos internos en el país que también influían en el consumo uso y/o abuso, derivados de las posibilidades para adquirir el tipo de sustancias prohibidas, proveniente de un trato diferenciado de las mismas.

Por ejemplo, el importante ingreso fiscal que representaba el tabaco y lo mantenía como sustancia legal, a diferencia del opio que fue relegado y en cuyo rechazo influía el punto de vista de empresarios y algunos políticos mexicanos racistas, que ocultaban su interés en evitar la competencia de comerciantes chinos. El prohibicionismo así, fue visto como una forma de negociación entre el gobierno y grupos de poder,

³⁷ Vargas, *op. cit.*

³⁸ Doctor Fernando Tenorio Tagle. Investigador por el Instituto de Ciencias Penales, Master en Justicia Penal y Criminología Crítica por *The United Nations Social Defense Research Institute* (Roma). Es licenciado en Derecho por la Universidad Nacional Autónoma de México. En línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://cijurep.uatx.mx/maestrias/semblanzascv/tagle.html>

que generaba diferenciación de clases por las posibilidades de acceso y consumo, y diferencias en la interpretación y aplicación de las leyes.³⁹

Desde ambas perspectivas, interna y externa, como condicionantes de aspectos regulatorios, el gobierno mexicano hubo de conciliar las variables influyentes para mantener tanto su autonomía ante el exterior, como la estabilización de fuerzas internas emanadas de la divergencia de opiniones para el trato jurídico de las sustancias, y cristalizar el consumo regulado de las mismas, atendiendo no solo a la presión externa con sus múltiples implicaciones económicas, políticas y morales, sino también a las condicionantes derivadas de la salubridad pública del país, teniendo que adecuar sus leyes, sin descuidar la atención de necesidades de la sociedad y vinculando sus esfuerzos con la postura internacional de criminalizar a quienes no respetaran los acuerdos o tratados de índole internacional.

Dentro de esta situación sociocultural y política del estado trans y postrevolucionario, vale la pena destacar el esfuerzo legislativo realizado para sustituir los códigos sanitarios durante la última etapa del siglo XIX y el inicio del XX, particularmente los de 1902, 1926, 1934, 1949 y 1955, periodo que, se resalta, abarcó las importantes estrategias gubernamentales que sentaron las bases para reglamentar y dar cumplimiento a las disposiciones consideradas en la Constitución de 1917, realizándose también otros esfuerzos organizacionales e institucionales que permitieran el propósito ya señalado.

En las disposiciones y acciones registradas resaltan:

En 1908, la reforma a la fracción XXI del artículo 72 de la Constitución de 1857, con la cual dejó de ser prerrogativa de los estados legislar sobre cuestiones de salubridad, agregando a las facultades del Congreso de la Unión, dictar leyes sobre salubridad general en la República.⁴⁰

El 16 de noviembre de 1912, a través del Reglamento para la venta de comestibles y bebidas en el Distrito Federal, se condenaba la elabo-

³⁹ Froylán Enciso, “Historia mexicana de la prohibición de drogas y el narcotráfico en una nuez”, en *Nuestra aparente rendición*, 19 de octubre de 2011, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://nuestraaparente-rendicion.com/index.php/blogs-nar/weary-bystanders/item/673-historia-mexicana-de-la-prohibici%C3%B3n-de-drogas-y-el-narcotr%C3%A1fico-en-una-nuez>

⁴⁰ Rodríguez, *op. cit.*

ración de aguardientes fermentados con granos y piloncillo, mostos y derivados de la uva cuya graduación fuera mayor a 6 GL, pues en aras de la guerra se acaparaban alimentos y se desviaba el maíz para fabricar bebidas alcohólicas (aguardiente) que obviamente no era justificable. Por ello se produjo el cierre de pulquerías, tabernas y cantinas.⁴¹

Durante 1915, dentro de las medidas para enfrentar una epidemia más, la del tifo, la Secretaría de Gobernación, de la cual dependía el Consejo, dispuso la prohibición de la venta del pulque al menudeo y de cualquier bebida alcohólica, así como clausurar los centros de reunión a las 23 horas.⁴²

El 9 de julio de 1916, Venustiano Carranza decretó prohibir la importación y el tráfico de *chandoo* que era opio destinado a fines no medicinales. Al tiempo que sí se permitía la importación de opio en bruto, sulfato de morfina, dyacetylmorfina (heroína) y cloruro de cocaína, todo ello con fines medicinales.

De las seis cláusulas, cuatro abordaban el tema del opio y dos señalaban que la fabricación de medicamentos debía estar supervisada por un farmacéutico titulado aprobado por el Consejo y que los productos fabricados no podrían venderse fuera de boticas y droguerías, cuidando asimismo la calidad de los preparados; lo que denotaba la preocupación de la autoridad respecto a la posible adulteración de sustancias con afectación de la calidad de los productos para el consumo de la población, y desde luego el reflejo e influencia de los acuerdos internacionales.⁴³

En ese mismo año, se discutían en el interior del Consejo de Salubridad General los aspectos relacionados con los narcóticos, con el fin de actualizar el código de salubridad general el cual fue posible promulgarlo hasta 1926. Se puede decir en general que el diferimiento de la promulgación o publicación de documentos en el DOF fue siempre debida a la inestabilidad política.

Lo anterior cobró relevancia dado que en la década de 1920 México enfrentaba, entre otros retos, los efectos de la Ley Volstead (Ley

⁴¹ Méndez, *op. cit.*

⁴² Rodríguez, *op. cit.*

⁴³ Schievenini, *op. cit.*

seca), creada en Estados Unidos en 1919, la cual prohibió la producción y comercialización del alcohol en aquella nación, lo que tuvo efectos paradójicos al generar en la frontera con nuestro país un aumento del contrabando e importación clandestina, con la aparición de grupos organizados para tal fin, que desencadenaron procesos como soborno, extorsión y corrupción entre los responsables de la administración pública relacionada con la recaudación, el control aduanal y el traslado al interior del país.⁴⁴

El 15 marzo de 1920, se promulgó el decreto “Disposiciones sobre comercio de productos que pueden ser utilizados para fomentar vicios que degeneran la raza y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin”.

En el citado decreto, se reitera el reconocimiento oficial de los usos medicinales del opio, la morfina, la cocaína y la heroína, excepto de la marihuana, respecto de la cual, la fracción quinta del decreto, especificaba: “Queda estrictamente prohibido el cultivo y comercio de la marihuana”; de lo que se podía inferir que era considerada una sustancia nociva cuando no era prescrita por médicos o farmacéuticos, convirtiéndose así en una sustancia prohibida sin haber sido previamente considerada como sustancia regulada y sin ofrecerse mayores argumentos en la justificación de su prohibición.⁴⁵

En 1921 se estableció el Instituto de Higiene y en 1922 se inauguró la Escuela de Salubridad.

El 14 de diciembre de 1926, a través del ahora Consejo de Salubridad General, se elaboró su reglamento interior, mismo que fue publicado en el DOF, derogando al del Consejo Superior de Salubridad y ratificando lo establecido en la Carta Magna de 1917:

Capítulo Segundo.

De las atribuciones del Consejo.

Artículo 2o. Compete al Consejo de Salubridad General

I. Discutir y aprobar las disposiciones sanitarias de aplicación federal, cuya ejecución reserva el Código Sanitario al Departamento de Salubridad Pública.

⁴⁴ Méndez, *op. cit.*

⁴⁵ Schievenini, *op. cit.*

II. Cumplir en la parte que le corresponde con las prescripciones del Código Sanitario y de los Reglamentos que de él emanen.

De esta forma, el Consejo por medio de su Presidente, podía presentar al Presidente de la República los proyectos de decreto y reglamentos que requirieran la aprobación de él.

Con base en ello, la construcción del discurso oficial o gubernamental se desarrolló a partir del concepto de la “protección de la salud pública”, con lo cual se lograba en buena parte la aceptación social y sentaba el precedente para justificar la prohibición y normalización del consumo de sustancias nocivas. Aunque dicha normalización según distintas fuentes, estaba intencionadamente orientada a ciertos sectores de la sociedad.⁴⁶

En 1928 se crearon las Unidades Sanitarias Corporativas convertidas en 1932 en la Coordinación de Servicios Sanitarios, organizadora de las campañas antialcohólica y antituberculosa. Acerca de la primera, la justificación era frenar el consumo, la distribución y la generalización de la ingesta; con argumentos que estaban basados en una preocupación política y social por generar concepciones de estilos de vida diferentes, cuyo perfil del individuo fuese tener salud en cuerpo y espíritu con ausencia de vicios, a la vez que se conminaba a los capitalistas a abandonar conductas no éticas ante las necesidades y circunstancias de vida de la población. Concomitante con dichos propósitos, se manifestaban conflictos por el control de la producción, la venta clandestina y las actividades lúdicas ligadas al consumo.

Lo anterior denota que en la perspectiva legislativa, bajo el Reglamento Federal de Toxicomanías de 1931, por disposición del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad Pública, un toxicómano se definía como el individuo que sin un fin terapéutico usaba drogas de manera habitual.

En 1936 se instituyó el servicio social en medicina.

En 1937 se emitió el decreto que modificó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creándose la Secretaría de Asistencia Pública.

⁴⁶ Idem.

La compleja situación social, se traducía en un concepto dominante y explícito del periodo comentado (finales del siglo XIX e inicios del siglo XX): “la degeneración de la raza”, que implicaba una de las principales preocupaciones de la autoridad sanitaria que queremos ampliar, dada la importancia de su génesis y la interpretación que se le daba para justificar las reglamentaciones correspondientes en aras de su remedio y prevención, por la seria amenaza que representaba para el entonces presente y futuro de la sociedad mexicana.

Desde luego que el alcoholismo y los enervantes eran los elementos centrales, identificados como los factores que favorecían hacer del individuo un ser degradado y que necesariamente estaban asociados con otros riesgos o circunstancias que propiciaban tal denominación. Dentro de éstos últimos, se citaba un medio ambiente insalubre, la deficiente alimentación coadyuvando en ello con especial énfasis el hábito alcohólico inmoderado, aunado a la intoxicación con otras sustancias, la falta de educación y la herencia, particularmente relacionada con las enfermedades venéreas, congénitas y la ingestión indiscriminada de sustancias medicinales autorizadas.⁴⁷

La fundamentación o argumentación científica que apoyaba dicho enfoque puede inferirse y valorarse a través de la literatura contemporánea al proceso social en cuestión. Julio Guerrero, abogado de los tribunales de la República Mexicana, en su estudio sobre psiquiatría social en 1901, argumentaba:

Todas las manifestaciones del espíritu humano, por brillantes que sean, y por personales que parezcan, presuponen siempre fenómenos del mismo orden en otros miembros de la sociedad, lo mismo sucede con la salubridad y lo mismo sucede con el crimen [...]

Alrededor de un delito hay siempre defectos e imprudencias, errores en la forma de antecedentes personales del delincuente; y en la de costumbres, tendencias, manías ó vicios esparcidos en las clases sociales que confinan con el delincuente... el estudio de las causas que determinan el crimen debe

⁴⁷ Gutiérrez, *op. cit.* También Julio Guerrero, *La génesis del crimen en México: Estudio de Psiquiatría Social*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1901, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: <https://archive.org/stream/lagenesisdelcrim00guergoog#page/n11/mode/2up>

hacerse por consiguiente, no sólo en las circunstancias personales del criminal, sino en los fenómenos generales de *destrucción* que puedan afectar al espíritu, ó al *alma* de una sociedad, como se decía en los tiempos de la teología [...]

El valor lógico que como método de investigación se ha asignado a la estadística, cambia por consiguiente de carácter. Á las cifras, se les tendrá que atribuir, además del dato *cuantitativo* que representan, el valor del *índice*, ó coeficiente que manifiesta también la existencia *no cuantificada*, pero mucho mayor de fenómenos de psiquiatría secundarios íntimamente unidos al delito registrado. Para conocer las causas que producen éste, será pues necesario analizar las que en un lugar y en una época dada, van lentamente minando el espíritu y haciendo que en vez de evolucionar libremente, contraiga vicios al pensar, obrar y sentir [...]⁴⁸

Con tal punto de vista, puede comprenderse por qué las descripciones contemporáneas consideradas clasistas, aludían precisamente a la diferenciación de clase con proclividad a que las reglamentaciones se orientaran al sometimiento de aquellas menos favorecidas; en donde la degradación social, se pensaba, podía ser heredada a los descendientes, pudiendo constituirse en un peligro social al que había que ponerle remedio.

El enfoque de las decisiones en México, se reitera, reflejaban la necesidad de condescender con el extranjero al tiempo de establecer medidas internas inmediatas que abatieran los problemas sociales, mediante la prohibición del alcohol y el proceso de moralización de la sociedad, de manera semejante a los Estados Unidos, como la mejor estrategia de lograr las promesas de la Revolución.

El pronunciamiento más intenso se identificó a partir de 1916, con algunas acciones específicas, producto de la campaña de moralización social. Se puede citar por ejemplo “la moralización del comercio” como una de las conclusiones del Congreso de Industriales en 1917, y en la década de 1920-1930 “la hora de la radio antialcohólica” en Jalisco y Tabasco.

El 19 de mayo de 1929 inició una campaña contra el alcoholismo, caracterizada por crear un comité de lucha y el reglamento del decreto

⁴⁸ *Idem.*

que lo avalaba, pero cuya filosofía se puede apreciar en las palabras del Presidente Emilio Portes Gil, al afirmar que; “[...] entre los enemigos de la raza y del porvenir de México, debía señalarse al alcoholismo, como uno de los males colectivos de más urgente remedio [...]”.⁴⁹

A partir del segundo tercio del siglo xx, México vivió una etapa de importantes acontecimientos que se traducirían en un enfoque moderno sobre el proceso salud enfermedad y en consecuencia sus políticas de salud estarían más en concordancia con los avances científicos y aportaciones internacionales respecto al control del alcohol y de estupefacientes; aunque los aspectos prohibicionistas impulsados por la comunidad internacional, en particular Estados Unidos, generaban y daban la pauta para considerar a los detractores de dicho enfoque como delinquentes, criminalizando el hecho no solo de la producción sino el consumo de las sustancias citadas.

No obstante, el punto de vista del gobierno de México continuó manifestándose con mayor tolerancia y durante la administración del general Lázaro Cárdenas, intentó establecer un control estatal de drogas al mismo tiempo que ofertaba el tratamiento médico para los toxicómanos.

Con el enfoque de modernidad arriba citado, el 18 de octubre de 1943, se fusionaba la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública, creándose la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo cual significaba tener la salubridad y la asistencia una meta común, reconociéndose a la salud como un derecho de la población y del cual el Estado tenía la obligación de brindar la protección correspondiente, teniendo como misión la lucha contra la desigualdad social y priorizando a los grupos en mayor desventaja.

Ese año se caracterizó por iniciar un importante incremento de la infraestructura para la atención médica, pues se inauguró el Instituto Mexicano del Seguro Social, instaurándose con ello una importante faceta de los servicios sanitarios: la seguridad social. Al mismo tiempo, se fundó el Hospital Infantil de México, el Hospital Rubén Leñero y en años sucesivos durante la misma década, el Instituto Nacional de

⁴⁹ Méndez, *op. cit.*

Cardiología, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y el Hospital Gea González.

En esta década se realizaron dos campañas, una de ellas contra el alcoholismo y la otra contra los enervantes (opio, morfina, cocaína, heroína, las adormideras, hojas de coca y marihuana). Campañas cuya esencia consistía en brindar asistencia a los consumidores en centros de recuperación especializados.

El enfoque de la seguridad social y la salud como derecho, fueron guiando y consolidando las acciones del Sistema Nacional de Salud del país, la salud pública se fue fortaleciendo a partir de la segunda mitad del siglo xx de tal forma que el 28 de diciembre de 1959 se estableció el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Asimismo, las actualizaciones de los códigos sanitarios (1902, 1926, 1934, 1949, 1955, 1971) continuaron facultando al Consejo de Salubridad General como órgano consultivo en cuyo interior se discutían los aspectos relacionados con las sustancias psicoactivas, destacando que en el de 1971, se reformó el capítulo sobre estupefacientes y psicotrópicos, y se incluyeron las anfetaminas. Sin omitir la importante relación en el ámbito internacional. Por lo que de manera paralela el gobierno estableció estrategias orientadas al control penal correspondiente.

Las medidas que han conformado el marco jurídico en apoyo a las acciones del Consejo de Salubridad General se pueden apreciar en los siguientes ordenamientos:⁵⁰

La Ley General de Salud, en diferentes artículos, de los cuales se destacan:

- Los artículos 4o. fracción II, 15, 16 y 17. En las cuales se establece al Consejo de Salubridad General como autoridad sanitaria y dentro de su competencia, la de: dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxi-

⁵⁰ Consejo de Salubridad General, “Compilación del marco jurídico y de las disposiciones obligatorias del Consejo de Salubridad General”, México, 2005.

cas, 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.

- El artículo 188, en donde se establecen las medidas para que el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, se coordinen a fin prevenir y tratar el tabaquismo y las enfermedades que condiciona. De igual manera que el artículo 191, en donde se cita la ejecución de un programa contra la farmacodependencia, precisando tres líneas de acción:
 - I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.
 - II. La educación sobre los efectos del uso de los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales.
 - III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.
- El artículo 234, en donde para efectos de la misma, se listan 109 sustancias que se consideran estupefacientes, más los isómeros de ellas, a menos que estén expresamente exceptuados; también cualquier otro producto derivado o preparado que contenga sustancias señaladas en el listado, sus precursores químicos y, en general, los de naturaleza análoga y cualquier otra sustancia que determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General.
- El artículo 235 que especifica: siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier

producto que los contenga, queda sujeto a las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General.

- El artículo 244 establece que para efectos de esta ley, se consideran sustancias psicotrópicas las señaladas en el artículo 245 de este ordenamiento y aquellas que determine específicamente el Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salud.
- Por su parte el artículo 245 lista las sustancias psicotrópicas y el artículo 247 de manera semejante al 235, hace referencia a los procesos de producción y distribución pero de dichas sustancias psicotrópicas.

La Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos, publicada en el DOF el 26 de diciembre de 1997, en sus artículos 2o. fracción II, 3o. fracción I, y 20, establece que las dependencias señaladas en el artículo 3o. de dicha Ley, integrarán de manera conjunta una base de datos con la información sobre los sujetos, establecimientos y actividades reguladas cuya operación y resguardo corresponderá al Consejo de Salubridad General.

Otro documento conveniente de destacar es el Reglamento Interno del Consejo de Salubridad General que en 1974 señaló dentro de sus atribuciones discutir y aprobar disposiciones sanitarias de aplicación nacional y las medidas necesarias para la campaña contra el alcoholismo y otras intoxicaciones.

Con base en ello, y por la facultad que tanto la Constitución como la Ley General de Salud le confieren, el Consejo de Salubridad General históricamente ha emitido acuerdos orientados al control tanto del alcohol como de las sustancias que envenenan al individuo y que coadyuvan en la función rectora de la Secretaría de Salud, de los cuales por su relevancia se citan:

- El Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de Atención Médica y, para segundo y tercer nivel, el Catálogo de Insumos. Dicho acuerdo retoma la creación del Cuadro Básico de Insumos publicado en el DOF el 9 de junio de 1983 y de la Comisión Interinstitucional respectiva bajo el control del Consejo de Salubridad General; y en su artículo 2o. fracción V, establece que para los efectos del acuerdo, se entiende por *insumos*: “[...] Los medicamentos, sustancias psicotrópicas, estupefacientes y materias primas y aditivos que intervengan para su elaboración”.
- El Acuerdo por el que se determinan las cantidades o volúmenes de productos químicos esenciales a partir de los cuales serán aplicables las disposiciones de la Ley, publicado en el DOF el 27 de abril de 1998. Dicho Acuerdo se basa en la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas, y/o Comprimidos; prevé y evita el desvío de dichas sustancias para la producción ilícita de narcóticos.
- El Acuerdo por el que se emite recomendación a fin de proteger la salud de los no fumadores por la exposición involuntaria al humo del tabaco, publicado en el DOF el 28 de mayo de 2004, el cual precisa que en términos de lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley General de Salud, es materia de salubridad general la prevención y el control del tabaquismo.
- El Acuerdo por el que se establecen Medidas de Protección en Materia de Salud Humana para prevenir el Alcoholismo y evitar la ingesta de Alcohol Etílico, publicado en el DOF el 6 de julio de 2004 y modificado el 26 de octubre del mismo año. En él se autoriza el uso industrial del alcohol etílico, pero prohíbe su venta a granel, pudiéndose vender pre envasado y respecto de su uso como material de curación, solo si es desnaturalizado. Y la comercialización del alcohol etílico sin desnaturalizar será exclusivamente de uso industrial.
- El Acuerdo que establece las medidas para la venta y producción de alcohol etílico y metanol, publicado en el DOF el 6 de enero

de 2014. En el cual se prohíbe la venta a granel al consumidor final de cualquier tipo de alcohol etílico y metanol. Asimismo, se autoriza la venta de alcohol etílico sin desnaturalizar, a granel o preenvasado, exclusivamente a sujetos que demuestren fehacientemente ante la autoridad sanitaria, que utilizan dicho producto dentro de sus procesos de fabricación. Para tal efecto, la Autoridad Sanitaria verificará que haya sido presentado el aviso de funcionamiento respectivo, ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o bien, que se cuenta con licencia sanitaria correspondiente, de conformidad con el giro del sujeto obligado.

- La Norma Oficial Mexicana, NOM-142-SSA1/SCFI-2014. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. DOF 23 de marzo de 2015, cuyo objeto es establecer las especificaciones sanitarias y disposiciones de etiquetado sanitario y comercial de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el territorio nacional.
- El Acuerdo por el que se adicionan las sustancias nitroetano, nitrometano, benzaldehído y cloruro de bencilo, al listado de la clasificación a que se refiere la fracción I del artículo 4o. de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos; y se consideran sustancias psicotrópicas comprendidas en el artículo 245, fracción V, de la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 28 de octubre de 2015.
- El Acuerdo por el cual se establece el criterio para la verificación de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial, publicado en el DOF el 25 de marzo de 2016.

Deseamos concluir este capítulo resumiendo que la política que sustentó las acciones de salud de la Constitución de 1917, fue la higiene como base de la salud pública, cuyo objetivo fue establecido en la conservación de la salud, la mejoría de la condición física y la prolonga-

ción de la vida. Subrayando el valor de la salud de la población como un derecho y la obligatoriedad del gobierno para su protección.

A partir de entonces, se ha dado continuidad a los esfuerzos y se han enfatizado los riesgos de las sustancias que requieren reglamentarse respecto a su uso, por el potencial daño que un inadecuado consumo puede generar tanto al individuo como a su familia y en consecuencia a la sociedad, convirtiéndose en un reto permanente de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Lo anterior implica un arduo trabajo intersectorial, que aborda la salud con un enfoque holístico, valorando sus determinantes sociales, descritas por la Organización Mundial de la Salud como “las condiciones socioeconómicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen”; y que establecen el grado en que una persona tiene los recursos físicos, sociales y personales para identificar y lograr sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades en salud, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio ambiente.⁵¹

Por ello resulta relevante la participación del sector salud al fomentar en la población estilos de vida saludables con el propósito de lograr su corresponsabilidad en el cuidado de la misma, cuyas directrices se pueden valorar en las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, con particular énfasis en la de “Un México incluyente”, cuyo horizonte es superar el hambre, revertir la pobreza en búsqueda de una sociedad con igualdad de género y sin exclusiones, velando por el bienestar de las personas con discapacidad, los indígenas, los niños y los adultos mayores.

Metas que a través del Programa Sectorial de Salud, tienen sus correspondientes objetivos, estrategias y líneas de acción y cuya esencia conserva la mística del valor de la salud plasmado desde la Constitución de 1917: “La salud es condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano”.

⁵¹ Manuel Urbina Fuentes y Miguel Ángel González Block, *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- AGOSTONI, Claudia, “Práctica médica en la Ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Cházaro, Laura (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009.
- LAZO DE LA VEGA, J. M., *Memorias del Segundo Congreso Médico Mexicano celebrado en San Luis Potosí del 5 al 8 de noviembre de 1894*, vol. 2., México, Congreso Médico Mexicano,
- MÁRQUEZ GÓMEZ, Daniel, “La Constitución de 1917 y el Consejo de Salubridad General. Concepción original”, en *Análisis del marco jurídico del Consejo de Salubridad General*, México, Secretaría del Consejo de Salubridad General 2015.
- RODRÍGUEZ, Martha Eugenia, “La facultad médica del Distrito Federal”, en *El Consejo de Salubridad General y las epidemias*, Consejo de Salubridad General, 2010.
- SCHIEVENINI STEFANONI, José Domingo, *La prohibición de la marihuana en México, 1920-1940*, tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro, 2012.
- Secretaría de Salud, *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*, México, 2011.
- Sociedad Farmacéutica Mexicana, *Nueva Farmacopea Mexicana de la Sociedad farmacéutica de México*, México, Imprenta de Ignacio Escalante, 1874.
- URBINA FUENTES, Manuel y González Block, Miguel Ángel, *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Hemerográficas

- BERRUECOS VILLALOBOS, Luis, “El consumo de drogas en la Ciudad de México”, en *El Cotidiano*, vol. 22, núm. 145, septiembre-octubre de 2007, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, México.
- , “El consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo en la población indígena mexicana”, en *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2005.

- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *et. al.*, “Reflexiones constitucionales sobre el Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2003.
- El siglo diez y nueve*, Ciudad de México, 19 de julio de 1867, 2 de agosto de 1868, 9 agosto de 1960, 16 de agosto de 1968, 20 de septiembre de 1868, 5 de marzo de 1969.
- FIERROS, Arturo, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México. Historia y Filosofía de la Medicina*, 2014.
- La Sociedad*, Ciudad de México, 7 de marzo de 1867, 21 de marzo de 1867, 28 de marzo de 1867.
- ORTIZ, Mariana; Puerto, Javier, y Aceves, Patricia, “La Reglamentación del Ejercicio Farmacéutico en México, parte I (1841-1902)”, en *Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe*, vol. 39, 1, enero-marzo 2008.
- Secretaría de Salud, Manual de Organización General de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de agosto de 2012.

Electrónicas

- Burkholder de la Rosa, Arno, “...porque le falta, porque no tiene, mariguana que fumar”, en *Clionáutica*, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://clionautica.blogspot.mx/>
- Centre D’assistència Terapèutica-Barcelona, “¿Qué es la cocaína y qué efectos produce?”, en *Adicciones y problemas psíquicos*, en línea, fecha de consulta: 2 de septiembre de 2016. <http://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-la-cocaina-y-que-efectos-produce>
- ENCISO, Froylán, “Historia mexicana de la prohibición de drogas y el narcotráfico en una nuez”, en *Nuestra aparente rendición*, 19 de octubre de 2011, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://nuestraaparenterendicion.com/index.php/blogs-nar/weary-bystanders/item/673-historia-mexicana-de-la-prohibici%C3%B3n-de-drogas-y-el-narcotr%C3%A1fico-en-una-nuez>
- GARCÉS, Laura, “Belladona: sus propiedades y aplicaciones en salud”, en *Propiedades de las plantas medicinales en la salud*, en línea, fecha de consulta: 13 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.plantas-medicinales.es/belladona-sus-propiedades-y-aplicaciones-en-la-salud/>
- GONZÁLEZ LOZANO, María del Carmen y Almeida López, María Guadalupe, “El Protomedicato”, en línea, fecha de consulta: 3 de septiembre

de 2016. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/2/700/21.pdf>

GUERRERO, Julio, *La génesis del crimen en México: Estudio de Psiquiatría Social*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1901, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: <https://archive.org/stream/lagnesisdelcrim00guergoog#page/n11/mode/2up>

GUTIÉRREZ RAMOS, Axayácatl, “Drogas: La historia que hace falta”, en *Revista de la Universidad de México*, diciembre 2003-enero 2004, en línea, fecha de consulta: 22 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/ojs_rum/index.php/rum/article/view/15971/17209

MÉNDEZ REYES, Jesús, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la postrevolución (1916-1931)”, en II Congreso de Historia Económica de México, octubre de 2004, en línea, fecha de consulta: 24 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.economia.unam.mx/amhe/memoria/simposio09/Jesus%20MENDEZ%20REYEZ.pdf>

MORÁN PÉREZ, Nolasco, “Narcotráfico en México”, en *Todo sobre el narcotráfico*, Universidad Mesoamericana Oaxaca, 2011, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado de: <http://todosobreelcrimenarco.blogspot.mx/>

Psicofármacos.INFO para profesionales y consumidores, en línea, fecha de consulta: 16 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://www.psicofarmacos.info/?contenido=drogas&farma=laudano>

Secretaría de Cultura, *Historia Constitucional. Diputados Constituyentes 1916-1917*, Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en línea, fecha de consulta: 14 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.constitucion1917.gob.mx/es/Constitucion1917/Historia_constitucional_diputados_constituyentes_1916-1917

VARGAS, Hugo, “De cómo se prohibieron las drogas en México”, en *Confabulario*, suplemento cultural de *El Universal*, en línea, fecha de consulta: 17 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/#respond>

Leyes, códigos y reglamentos

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Imprenta de La Patria, 1891, en línea, fecha de consulta: 18 de abril de 2017. Recuperado

de <https://archive.org/stream/cdigosanitariod00mexigoog#page/n10/mode/2up>

Compilación del Marco Jurídico y de las Disposiciones Obligatorias del Consejo de Salubridad General, México, Consejo de Salubridad General, 2005.

Reglamento sobre inspección de boticas, almacenes y fábricas de drogas, 26 de noviembre de 1846, México.

Archivos

Archivo Histórico de la Secretaría De Salud, *Ocursos de la Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad sobre la creación de la Farmacopea Mexicana*, México, Fondo SP, sección M, caja 1, exp. 20, 1874.

———, *Aviso del Consejo Superior de Salubridad*, México, Fondo SP, sección IF, caja 1, exp. 73, 1868.



CONCURRENCIA DE LA FEDERACIÓN Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS RESPECTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

José Meljem Moctezuma
Esther Vicente González

INTRODUCCIÓN

Hace cien años se debatieron en el Congreso Constituyente diferentes corrientes revolucionarias, políticas e ideológicas. El debate se orientó a explorar la construcción de acuerdos sobre cambios drásticos en la dirección política de la Nación, en general, a proponer rumbo y soluciones para diseñar un nuevo proyecto de país; se buscó arribar a acuerdos, muchos de ellos se convirtieron en normas que quedaron plasmadas en la Constitución Política de 1917.

La concurrencia en el ámbito sanitario tiene casi la misma antigüedad que la Constitución Política, pues sólo unos años antes, en 1908, la Federación sustrajo del ámbito local una materia que históricamente venían atendiendo o, como señalaban algunos estudiosos de la época, desatendiendo los estados.

Quizá el cambio más importante introducido por la Constitución de 1917 en esa materia es la incorporación de las cuatro bases propuestas por el Diputado Rodríguez y no su federalización como señala en general la doctrina, porque en virtud de esas bases se incorporaron a la

Constitución los órganos de la salubridad general a los cuales se dotó de facultades excepcionales,¹ tanto para dictar disposiciones como para adoptar medidas sobre salubridad general; se otorgaron a las autoridades sanitarias facultades que la propia Constitución denominó “ejecutivas”, las cuales consistieron básicamente en lo siguiente:

En la primera se hizo depender al Consejo de Salubridad General directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y se determinó que sus disposiciones generales serían obligatorias en el país.

Con la segunda se facultó al Departamento de Salubridad (hoy Secretaría de Salud), para que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, dictara inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser sancionadas después por el Presidente de la República.

En la tercera se estableció expresamente el carácter ejecutivo de la autoridad sanitaria, cuyas disposiciones deben ser obedecidas por las autoridades administrativas del país.

La cuarta respondió al problema de adicciones que en ese momento enfrentaba el país, por lo que el Consejo de Salubridad General podía poner en vigor medidas 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, las cuales serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Los argumentos esgrimidos para incorporar esas cuatro bases fueron en torno de la necesidad que tenía el país, principalmente por las epidemias que lo asolaban, de contar con una autoridad cuyas disposiciones fueran observadas en toda la República. Se trataba de la salubridad general, sobre la cual se hizo mención expresa en la Constitución e, incluso, se determinaron las autoridades competentes para atenderla, pero en ninguna parte se le definió.

¹ José Quero, “El derecho sanitario mexicano”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, núm. 49, enero-marzo de 1963, p. 153.

Como se advertirá en el desarrollo del presente trabajo, no existe una definición de la salubridad general, lo que se ha hecho en su regulación es determinar las materias que la componen. En principio, la propia disposición constitucional menciona cuatro materias que integran la salubridad general: primera, epidemias graves; segunda, peligro de invasión de enfermedades exóticas; tercera, campaña contra el alcoholismo, y cuarta, venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza. Las dos primeras representan situaciones extraordinarias y las dos últimas tienen una trascendencia social particular.² Pero éstas no son todas las materias de la salubridad general, el catálogo es más amplio y está contenido en la regulación sanitaria, cuya evolución se analizará más adelante.

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud es más reciente, apenas de 1983, sin embargo el texto constitucional refiere la concurrencia sobre la salubridad general y no sobre este derecho, por lo que cabe plantearse, entonces, cuál es el rol de una y otro.

El tema es complejo, por ello en un intento por entenderlo se parte de conocer en forma somera el concepto; después el origen y evolución de la concurrencia en materia de salubridad general; luego se pasa a la relación de ésta con el derecho a la protección de la salud, para concluir con la evolución de la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas hasta su regulación actual.

Federalismo y concurrencia

La concurrencia sólo se entiende dentro de un Estado federal, pues es en este tipo de Estado donde se distribuye la competencia material entre dos órdenes distintos, uno federal y otro local. En principio, la regla es que en el ámbito que corresponde a uno de ellos no puede actuar el otro. La concurrencia es una excepción a este principio.

La competencia es un concepto que se aplica a todos los órganos del Estado para indicar la esfera o ámbito (espacial, material, personal)

² *Ibidem*, p. 157.

dentro del cual aquéllos pueden ejercer válidamente las funciones que les son propias.³

México, por disposición del artículo 40 de la Constitución Política, es una República representativa, democrática, laica y federal, compuesta por estados libres y soberanos y por la Ciudad de México, unidos en una federación.

En el Estado federal se presenta lo que Miguel Carbonell denomina el “principio de competencia normativa, que consiste en acotar un ámbito material y encomendar su regulación a un determinado tipo de norma, de manera que los demás tipos de norma no pueden, en principio, incidir sobre dicha materia”. “[L]a competencia normativa crea una división en dos órdenes materiales de la capacidad de normación, uno federal y otro local, establece una división de poder sobre una superficie horizontal”.⁴

Esa división se da mediante la distribución de competencias entre el orden federal y el local, por medio de la aplicación de dos criterios: con el primero, constitucionalmente se determinan los ámbitos de cada orden y con el segundo, se da por excepción, “[...] cuando la Constitución no atribuye las competencias en las materias concurrentes, sino que remite a otras leyes federales para ello. De esta forma, la constitucionalidad de una ley federal o local, en las materias concurrentes, depende tanto de la Constitución como de la ley marco”.⁵

Con el primer criterio, constitucionalmente se establece una clara división de competencias entre la Federación y las entidades federativas; se aplica la siguiente regla: todas aquellas facultades que no estén expresamente concedidas a los funcionarios federales, están reservadas a los estados o a la Ciudad de México;⁶ principio que se concreta en el

³ Enrique Aguirre Saldivar, *Los retos del derecho público en materia de federalismo. Hacia la integración del derecho administrativo federal*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2015, p. 118.

⁴ Miguel Carbonell, “El Estado Federal en la Constitución Mexicana: Una introducción a su problemática”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 91, México, UNAM-IJ, 2011.

⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la controversia constitucional 132/2006, correspondiente al 10 de marzo de 2008., pp. 43 y 44.

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 124.

artículo 73, constitucional, en el cual se relacionan las materias en las que el Congreso de la Unión tiene facultades para legislar y al que, si se suman los artículos 130 (“Corresponde exclusivamente al Congreso de la Unión legislar en materia de culto público y de iglesias y agrupaciones religiosas.”) y 131 (“Es facultad privativa de la Federación gravar las mercancías que se importen o exporten, o que pasen de tránsito por el territorio nacional, así como reglamentar en todo tiempo y aún prohibir, por motivos de seguridad o de policía, la circulación en el interior de la República de toda clase de efectos, cualquiera que sea su procedencia.”), se tiene el ámbito competencial expreso de la Federación, que se puede ampliar con las facultades implícitas establecidas en la última fracción del artículo 73 (“XXX. Para expedir todas las leyes que sean necesarias, a objeto de hacer efectivas las facultades anteriores, y todas las otras concedidas por esta Constitución a los Poderes de la Unión.”).

Respecto del segundo criterio, la propia Constitución establece aquellas materias que son concurrentes y en las que será una ley la que distribuya las competencias; tal es el caso de las siguientes: asentamientos humanos, protección al ambiente y preservación y restauración del equilibrio ecológico, cultura física y deporte, turismo, pesca y acuicultura y salud, entre otras.

Existen otro tipo de facultades, que por no ser materia del tema que se desarrolla no se abordan.

En la doctrina se ha cuestionado la existencia en México de las facultades concurrentes, sin embargo como señala Miguel Carbonell, “...la Constitución usa el término ‘conurrencia’ para describir la articulación competencial entre Federación, estados y municipios, lo cual justifica a mi entender que se hable de facultades ‘concurrentes’ en la Constitución mexicana, a pesar del desacuerdo de algún sector importante de la doctrina”.⁷

También, la Suprema Corte de Justicia de la Nación coincide en la existencia de facultades concurrentes. Al respecto ha señalado lo siguiente:

⁷ Carbonell, *op. cit.*

En el sistema jurídico mexicano las facultades concurrentes implican que las entidades federativas, incluso el Distrito Federal [hoy Ciudad de México], los Municipios y la Federación, puedan actuar respecto de una misma materia, pero será el Congreso de la Unión el que determine la forma y los términos de la participación de dichos entes a través de una ley general.⁸

[...] el constituyente ha establecido, y la jurisprudencia de este Alto Tribunal así lo ha reconocido, las llamadas facultades concurrentes, las cuales se ejercen simultáneamente por la Federación y las entidades federativas, que son consecuencia de la armonía del conjunto y unidad de fines o concordancia de propósitos que supone el régimen federal.

Estas facultades atribuyen competencia tanto a los órganos de autoridad federal como a la autoridad local, pero concediendo a una de ellas, en este caso a la Federación, la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división de esa facultad.

Nuestro lenguaje constitucional llama concurrencias legislativas las que derivan de la atribución combinada, segmentaria y hasta compartida que efectúa el constituyente en favor de los distintos órdenes de gobierno, en relación con una materia competencial específica, a través de la distribución que se establece en una ley del Congreso de la Unión, llamada Ley General.

Estas leyes generales o marco distribuyen las competencias entre la Federación y los Estados, otorgando las bases para el desarrollo de las leyes locales correlativas, desconstitucionalizando la atribución de competencias entre los dos órdenes de gobierno, dejando la función de reparto en el Congreso Federal.⁹

Hasta aquí podemos advertir dos aspectos importantes respecto de las facultades concurrentes: deben estar expresamente señaladas por la Constitución y la distribución de competencias se desarrolla en una ley general. Es decir, “[...] son constitucionalmente concurrentes y sus disposiciones se desarrollan a través de leyes generales, esto es, los tres niveles de gobierno intervienen en ellas”.¹⁰

⁸ SCJN, “Facultades concurrentes en el sistema jurídico mexicano. Sus características generales”, tesis: P./J. 142/2001, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 9a. época, tomo XV, enero de 2002, p. 1042.

⁹ SCJN, Sentencia del Tribunal..., *op. cit.*, pp. 43 y 44.

¹⁰ SCJN, “Facultades concurrentes en materia de asentamientos humanos y de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico. Los programas

Así lo determinó el Tribunal Pleno al fallar la controversia constitucional 132/2006, en la que en lo conducente se dijo que a través de las leyes generales o leyes marco, se puede:

1. Distribuir competencias entre la Federación y los Estados, otorgando las bases para el desarrollo de las leyes locales correlativas; y
2. Establecer el régimen federal para regular la acción de los poderes centrales en la materia de que se trate.

Por tanto, tratándose de facultades concurrentes, que implican un ejercicio simultáneo por diversos órdenes de gobierno en una misma materia, se ha reservado al Congreso de la Unión la atribución de fijar el reparto de competencias que permita que la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios actúen en ese ámbito, correspondiendo al Congreso de la Unión determinar la forma y los términos de su participación.¹¹

DE LA SALUBRIDAD GENERAL AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Para entender cómo opera la concurrencia en el ámbito de la salud, la historia puede ser útil, no sólo respecto de esos dos conceptos, sino también sobre la salubridad general y el papel que ha correspondido a la Federación y a las entidades federativas.

Si bien la salud ha sido una preocupación constante para la humanidad, el Estado no siempre ha asumido la responsabilidad para protegerla. Aunque se encuentran antecedentes muy antiguos de regulaciones y acciones públicas, en realidad son aisladas y no sistemáticas como en los tiempos recientes.

El propio concepto ha cambiado. Históricamente las acciones que se realizaban se consideraban como salubridad y estaban enfocadas bá-

de desarrollo urbano municipal deben ser congruentes con los de ordenamiento ecológico federales y locales”, tesis: P/J. 38/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 10a. época, libro 1, octubre de 2011, p. 288.

¹¹ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Controversia constitucional 71/2009, correspondiente al día 24 de enero de 2013, p. 47.

sicamente en la salud pública, pues las relativas a la atención médica eran, en principio, de caridad, de beneficencia, después asistenciales y es hasta finales del siglo xx cuando tuvieron la connotación de un derecho, reconocido ahora como un derecho humano.

Una posible explicación de ello son las condiciones sanitarias del país, pues de acuerdo con Arturo Fierros Hernández, “las prácticas médicas modernas, incluyendo la salud pública, se introdujeron en México durante la última década del siglo xix y la primera del xx”.¹²

Aunque conviene señalar que, “[...] algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad (venidos desde la España ilustrada)”.¹³

En el caso de la prestación de los servicios médicos, la responsabilidad la asumió el Estado, quizá de manera incipiente, hasta la época del Presidente Juárez, con la nacionalización de los bienes del clero, entre los cuales se encontraban los hospitales de beneficencia. Es en esta época, 1861, cuando se crea la Dirección General de la Beneficencia, que pasó a ser la Junta de Beneficencia.

También se contaba con el Consejo Superior de Salubridad, creado desde enero de 1841 por el Presidente Antonio López de Santa Ana, que tenía a su cargo la beneficencia pública y funciones que comprendían, además de la vigilancia del ejercicio autorizado de la medicina, la inspección sanitaria de lugares públicos, boticas, prostíbulos y la aplicación de medidas preventivas y de emergencia en casos de calamidades naturales y epidemias; sin embargo, sólo consagró su atención en el estudio de las condiciones médicas de la capital, por lo que tenía alcance muy limitado, pues su campo de acción estaba restringido al Distrito Federal y al Servicio de Sanidad Marítima y Fronteras. Solamente en casos en que se juzgaban peligrosos para la Nación como el de las epidemias, podía el gobierno federal tomar una acción directa.¹⁴

¹² Arturo Fierros Hernández, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos xviii a xx)”, en *Gaceta Médica de México*, México, p. 197.

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, Imprenta del Gobierno en Palacio, 1881. También José Antonio Rivera Tapia, “La situación de salud pública en México (1870-

Dicho Consejo fue adscrito en 1879 a la Secretaría de Gobernación, a fin de segregarlo del ente encargado de los establecimientos de beneficencia, en virtud de las funciones de vigilancia que sobre éstos correspondía al Consejo.

En los últimos años del siglo XIX y principios del XX, especialmente en la población más pobre del país

[...] la higiene era pésima, no se contaba con agua entubada, letrinas higiénicas, baños y drenaje. En las ciudades el agua se obtenía de las fuentes, sin que existiera interés oficial en su limpieza, siendo hasta finales del siglo XIX cuando se instrumentó el drenaje sanitario. Los baños gratuitos en 1901 daban una proporción de 1 por 12,000 habitantes, por tanto no sorprende que la gente de campo y de las ciudades, mal nutridos, fatigados y sucios, fueran presa fácil de las enfermedades por parásitos y de las infecciones.¹⁵

Si bien el ideal del gobierno de Porfirio Díaz fue modernizar todo México, al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos.¹⁶

A pesar de que al iniciar el siglo XX existían centros hospitalarios públicos, como el Hospital General inaugurado en 1905, no se contaba con una red nacional de servicios de salud; los esfuerzos estaban mayormente orientados en acciones de salud pública, justificable porque las epidemias y las enfermedades infecciosas asolaban a la población. Eran las juntas o consejos de salubridad estatales quienes se encargaban fundamentalmente del tema, es decir, la salubridad pública estaba en manos de las autoridades locales, ello obedecía a que en la Constitución Política de 1857 la salubridad general no estaba conferida a la Federación, por lo que conforme a la fórmula contenida en su artículo 117 (“Las facultades que no estén expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.”), correspondía a los estados su atención.

1960)”, en *Revista del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”*, vol. 6, núm. 1, enero-abril, México, 2003, p. 40.

¹⁵ Rivera, *op. cit.*, p. 40.

¹⁶ Fierros, *op. cit.*, p. 198.

Esa situación representaba problemas, como los siguientes:

[...] En primer lugar, no se podía esperar gran cosa de los gobiernos locales, pues sólo disponían de medios muy limitados; en segundo lugar, no todos los Estados de la República tenían autoridades sanitarias competentes, y en tercer lugar no había posible unidad de acción ni podía ejercerse control alguno sobre dichas autoridades locales, que eran libres hasta el grado de no hacer absolutamente nada para mejorar las condiciones reinantes. La ignorancia y pobreza en que vivía la mayoría del pueblo imposibilitaba la existencia de condiciones sanitarias. Era en balde que el Consejo Superior de Salubridad estuviera integrado por hombres internacionalmente conocidos como capaces e instruidos. Sus esfuerzos solamente alcanzaban un éxito parcial.¹⁷

Ernesto Aréchiga refiere que en los congresos médicos de 1876 y 1878 y en el primer Congreso Higiénico Pedagógico de 1882, se discutió favorablemente sobre la necesidad de “concentrar bajo un mando único y a nivel federal las políticas de salubridad pública e higiene colectiva”, ya que habían estado bajo el control de autoridades locales o estatales que no siempre unificaron esfuerzos ni presupuestos para combatir las enfermedades o sanear las ciudades.¹⁸

La facultad de expedir leyes en materia de salubridad general de la República se introdujo en el ámbito federal con la reforma del 12 de noviembre de 1908 a la Constitución de 1857.¹⁹ Con esa reforma se otorgó al Congreso de la Unión la facultad de expedir la ley sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República y se subordinó el derecho de tránsito de las personas, entre otros, a las limitaciones que impusiera dicha ley.²⁰

¹⁷ Francisco de Paula Miranda, “Evolución de la Sanidad en México, conferencia sustentada ante el Comité de Relaciones Culturales de los Estados Unidos con la América Latina”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, marzo de 1930, p. 554.

¹⁸ María Rosa Gudiño Cejudo, *et al.*, “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública*, vol. 55, núm. 1, enero-febrero de 2013, p. 83.

¹⁹ José María Serna de la Garza, “Federalismo y sistemas de distribución de competencias legislativas”, en Antonio María Hernández y Diego Valadés (coord.) *Estudios sobre federalismo, justicia, democracia y derechos humanos*, México, UNAM-IJ, 2016, p. 322.

²⁰ “Decreto de reformas emitido por el presidente Porfirio Díaz”, 12 de noviembre de 1908, en *Las Constituciones de México. Reformas a la Constitución de 1857*.

Esa reforma es la base para lo que unos pocos años más adelante se establece con mayor fuerza en la nueva Constitución Política.

En 1916, a petición de Venustiano Carranza, el ingeniero Alberto J. Pani realizó un balance sanitario al que llamó *La higiene en México*. En esa obra planteó las siguientes recomendaciones “para el entrante gobierno revolucionario. 1. Federalizar el servicio de salud pública con la creación de un Ministerio Especial. 2. Decretar la ‘salubridad obligatoria’, comprometiendo así al gobierno federal a que asumiera la responsabilidad. 3. Elevar el nivel moral, intelectual y económico de las clases populares a través de la educación”. Al respecto, Pani destacó que era necesario integrar la educación higiénica en cualquier programa de estudio. En suma, con *La higiene en México* su autor lanzó una primera propuesta para federalizar los servicios de salud a través de un Ministerio de Salubridad, buscando alcance y representación nacional.²¹

Bajo ese entorno se discutió entre 1916 y 1917 el nuevo texto constitucional. En un primer paso, y sin mayores discusiones, en la sesión del 15 de enero de 1917, el Congreso Constituyente aprobó la fracción XVI del artículo 73, en la que se recogió la facultad que ya la Constitución de 1857, con la reforma del 12 de noviembre de 1908, otorgaba al Congreso de la Unión para expedir la ley en materia de salubridad general.

El segundo paso se dio a propuesta del Diputado José M. Rodríguez, quien estaba a cargo del Consejo Superior de Salubridad desde 1914, y quien planteó la adición de cuatro bases a la citada fracción XVI, bajo las cuales:

- Se establecen dos instancias federales para la atención de la materia: el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad (ahora Secretaría de Salud). Ambos con atribuciones como autoridades sanitarias en todo el país.
- Se otorgan al Consejo de Salubridad General facultades para emitir disposiciones generales de observancia en todo el país y se le hace depender directamente del Presidente de la República.
- Se da el carácter de ejecutiva a la autoridad sanitaria.

²¹ Gudiño, *et al.*, *op. cit.*, p. 82.

- Se otorgaron facultades para la emisión de normas en la materia al Congreso de la Unión, al Consejo de Salubridad General, al Presidente de la República y al Departamento de Salubridad (hoy Secretaría de Salud).

Entre otros, el propósito fue, por un lado, encargar la salubridad general a las autoridades sanitarias (hay que recordar que el Consejo de Salubridad General dependía de la Secretaría de Gobernación) y, por otra parte, que las disposiciones de la autoridad sanitaria fueran de aplicación general para dar unidad a la salubridad. Sostenía que la salubridad “debe afectar a todos los estados de la República, debe llegar a todos los confines y debe ser acatada por todas las autoridades administrativas”.²²

La intención del Constituyente era dejar la facultad a la Federación, por tanto, en ese momento, no contemplaba la concurrencia en la materia, por lo menos no expresamente. Tampoco quedó establecido por el Constituyente qué debía entenderse por salubridad general. Sin embargo, el Código Sanitario de 1926 sí desarrolla la concurrencia en los términos que se mencionan en el siguiente apartado.

Ernesto Aréchiga sostiene que las políticas en salud pública adoptadas a partir de 1917, mantuvieron cierta continuidad con las políticas sanitarias impulsadas desde, por lo menos, el último cuarto del siglo XIX.²³

El enfoque, al iniciar el siglo XX estaba en la salubridad, a la cual se le sumó la asistencia social en 1943, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia, con lo que se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyas atribuciones estaban orientadas a atender los problemas que presentaba el país en materia de salud pública, las epidemias que predominaron en el siglo XIX como la sífilis, la viruela, la fiebre amarilla, la tuberculosis, la lepra, el paludismo y el tifo, a las que se habían sumado otras como la influenza, la poliomielitis y la tosferina.

²² *Diario de los Debates del Congreso Constituyente*, periodo único, Querétaro, 19 de enero de 1917, t. II, núm. 63, 50a. sesión ordinaria.

²³ Gudiño, *et al.*, *op. cit.*, p. 83.

Esto fue así hasta principios de la década de los 80, en que la salubridad general fue comprendida en un concepto más amplio, el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 4o. constitucional, por virtud de la reforma publicada en febrero de 1983.

Ya no se trata del concepto asistencialista predominante en los dos primeros tercios del siglo pasado, sino que se reconoció un derecho a la población y, en consecuencia, el Estado asumió la responsabilidad de adoptar todas las medidas necesarias y a su alcance para hacerlo efectivo.

Conviene precisar que durante un buen tiempo, para los gobernantes, legisladores y jueces, e incluso para los estudiosos del Derecho, al ser un derecho de los denominados sociales, fue considerado como un derecho de tipo programático, meramente declarativo, sin poder vinculante.

Al respecto, José Francisco Ruiz Massieu señalaba en 1983, que el derecho a la protección de la salud pertenecía a las denominadas disposiciones constitucionales de tipo programáticas, que no se perfeccionan de manera automática y de suyo no cambian la realidad social; que el carácter declarativo de las normas programáticas conduce a que no sean accionables, o sea que no se puedan hacer valer en juicio. El ciudadano no tiene derecho a la tutela jurisdiccional para que la autoridad obligue coactivamente al Estado a que haga efectivo aquí y ahora una norma programática.²⁴

Con ese enfoque, la responsabilidad del Estado en esta materia estaba acotada; sin embargo, con las reformas constitucionales de junio de 2011, el derecho a la protección de la salud, como todos los demás comprendidos en el capítulo I del título primero, quedó consagrado como un derecho humano, con las implicaciones jurídicas que conlleva; una de ellas, la posibilidad de exigir su cumplimiento.

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido el carácter normativo de ese derecho, como lo ha determinado en las siguientes tesis:

²⁴ José Francisco Ruiz Massieu, “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, en Guillermo Soberón Acevedo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, p. 71.

DERECHO A LA SALUD.
SU NATURALEZA NORMATIVA

Nuestro país atraviesa una etapa de intensa transformación en la manera de identificar la sustancia normativa de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y sus consecuencias para la mecánica del funcionamiento del juicio de amparo. Una de las manifestaciones específicas de este fenómeno es la alteración de la comprensión, hasta ahora tradicional, de derechos como el relativo a la salud o a la educación. Esto es, a pesar de su consagración textual en la Carta Magna, estos derechos han sido tradicionalmente entendidos como meras declaraciones de intenciones, sin mucho poder vinculante real sobre la acción de ciudadanos y poderes públicos. Se ha entendido que su efectiva consecución estaba subordinada a actuaciones legislativas y administraciones específicas, en cuya ausencia los Jueces Constitucionales no podían hacer mucho. Ahora, en cambio, se parte de la premisa de que, aunque en un Estado constitucional democrático el legislador ordinario y las autoridades gubernamentales y administrativas tienen un margen muy amplio para plasmar su visión de la Constitución y, en particular, para desplegar en una dirección u otra las políticas públicas y regulaciones que deben dar cuerpo a la garantía efectiva de los derechos, el Juez Constitucional puede contrastar su labor con los estándares contenidos en la propia Ley Suprema y en los tratados de derechos humanos que forman parte de la normativa y vinculan a todas las autoridades estatales.

Amparo en revisión 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos; votaron en contra: Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarias: Francisca María Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero.

El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XV/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once.²⁵

²⁵ SCJN, “Derecho a la salud. Su naturaleza normativa”, tesis P.XV/2011, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 31.

SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE.
ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS,
COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO

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

Amparo en revisión 378/2014. Adrián Hernández Alanís y otros. 15 de octubre de 2014. Mayoría de tres votos de los Ministros Alberto Pérez Dayán, José Fernando Franco González Salas y Luis María Aguilar Morales. Ausente: Sergio A. Valls Hernández. Disidente: Margarita Beatriz Luna Ramos. Ponente: Alberto Pérez Dayán. Secretaria: Georgina Laso de la Vega Romero.²⁶

Ese nuevo enfoque ha sido reconocido también por los estudiosos del Derecho. Al respecto señala Miguel Carbonell, “El derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie

²⁶ SCJN, “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”, tesis 2a. CVIII/2014, en *Semanario Judicial de la Federación*, décima época, 14 de noviembre de 2014.

de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por los poderes públicos”.²⁷

LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

Una vez establecida por la Constitución Política la facultad de la Federación para atender la salubridad general, correspondió a la legislación secundaria desarrollar las facultades en la materia. En principio, fue a través de la figura de un código sanitario; entre 1917 y antes de la Ley General de Salud, se expidieron cinco códigos sanitarios: en 1926, 1934, 1950, 1955 y 1973.

Cada uno de ellos introdujo modalidades no sólo en la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, sino también en la forma de coordinarse para atender tal responsabilidad.

Aunque en la Constitución Política aún no se introducía expresamente el concepto de la concurrencia para la salubridad, en la regulación sanitaria sí se estableció una división de competencias entre la Federación y los estados.

En todos los códigos existe una distribución de competencias con diversas variantes: atribuciones exclusivas de la Federación; aquéllas en las que la regulación y aplicación corresponden a la Federación; aquéllas en las que se permite la participación de los estados en la reglamentación, vigilancia y sanción; aquéllas en las que a los estados corresponde su aplicación.

Lo que va cambiando es la forma de regular cada uno de los temas.

En los tres primeros códigos (de 1926, 1934 y 1950), no es tan clara la separación, incluso el concepto mismo de la salubridad general se confunde o asimila con otros; es hasta el código de 1955 cuando la regulación se enfoca claramente a la salubridad general.

²⁷ Miguel Carbonell y José y Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, UNAM-III, 2013, p. 1.

*Los códigos sanitarios
de 1926, 1934 y 1950*

En primer término se distinguió entre la salubridad “federal” y la “local”, aunque el concepto utilizado fue el de “servicio sanitario” cuyo objeto era velar por la salubridad general e higiene pública del país. También se utilizaban indistintamente los conceptos de “acción sanitaria” o servicio de salubridad federal, este último como sinónimo de la salubridad general.

Una primera fórmula utilizada para determinar el ámbito federal y el local, fue una réplica de la fórmula constitucional de distribución de competencias: todo aquello que no se reserve a la acción sanitaria federal en el Código y en los reglamentos que de él se deriven, compete a la acción sanitaria local, a cargo de los gobiernos de los estados.

Aun con esta división, a partir del Código de 1934 se estableció la posibilidad de que el Departamento de Salubridad (sustituido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia) se hiciera cargo transitoriamente de los servicios sanitarios locales en aquellos estados que no atendieran las necesidades sanitarias locales o que circunstancias especiales determinaran su incapacidad y sólo mientras subsistiera ésta.²⁸

Aún más, aunque la acción sanitaria local correspondía a los gobiernos de los estados, el Departamento de Salubridad Pública tenía competencia sobre ella, con exclusión de cualquier otra autoridad, en las zonas federales (Distrito y Territorios Federales, zonas marítimas y fronterizas del dominio federal, islas sujetas al dominio de la Federación, edificios y demás inmuebles del gobierno federal).

Las autoridades sanitarias encargadas del servicio federal de salubridad, eran las siguientes:

- El Departamento de Salubridad Pública, que a partir del Código de 1950 cambió por la Secretaría de Salubridad y Asistencia;
- El Consejo de Salubridad General;

²⁸ Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos (CSEUM), artículos 4o., fracción III y 5o., respectivamente, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934 y 25 de enero de 1950.

- Los delegados del Departamento de Salubridad Pública en los puertos, poblaciones fronterizas y en los estados (que a partir de 1934 cambiaron por oficinas sanitarias), y
- Los delegados, jefes de brigadas o de servicios especiales.

Los gobernadores de las entidades federativas, las autoridades sanitarias locales y los ayuntamientos, entre otros, eran delegados auxiliares del servicio sanitario federal.²⁹ Asimismo, se obligó a las autoridades locales a obedecer las disposiciones que se dictaran para el fiel cumplimiento de las leyes federales de salubridad.³⁰

A partir del Código de 1934, se incorpora una nueva figura: la de la coordinación.

Sobre ese tema el Código recogió 21 de los 22 artículos de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República, publicada unos pocos días antes (25 de agosto de 1934).

En primer término declaró de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios en lo que pudiera afectar a la Federación.³¹

Al efecto se facultó al jefe del Departamento de Salubridad Pública a celebrar convenios con los gobiernos de los estados, con los ayuntamientos, con particulares, sociedades nacionales y extranjeras, etc. [*sic*],³² y se le otorgó de manera expresa la dirección técnica de los servicios sanitarios, sin que pudiera renunciarla.

La coordinación entre los distintos órdenes de gobierno, en principio, tuvo por objeto:

- La aplicación de una política sanitaria general en la República.

²⁹ CSEUM, artículo 19, fracciones I a III, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³⁰ CSEUM, artículo 100, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³¹ CSEUM, artículo 26, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

³² CSEUM, artículo 27, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

- La observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales.
- La unificación de los procedimientos.
- La consecución de las finalidades sanitarias que requiriera el bien público.

A partir del Código de 1950, su objeto se acotó a los dos primeros de los antes relacionados, es decir, a la aplicación de una política sanitaria general en la República y a la observancia de principios técnicos uniformes en las actividades federales, locales y municipales.

Para el logro de lo anterior, en el Código de 1934 se crearon los denominados “servicios sanitarios coordinados”, que eran la resultante de la fusión y concurrencia del personal sanitario de las autoridades asociadas.³³

En los convenios que se celebrarían al efecto debía considerarse, entre otros, lo siguiente:

- Que el nombramiento de empleados se haría por las autoridades locales en favor de las personas que propusiera el Departamento de Salubridad Pública Federal, con excepción del jefe o director, que sería nombrado por el propio Departamento.
- La aportación de fondos de cada una de las partes, así como de servicios, muebles e inmuebles necesarios.
- La duración y motivos de rescisión de los convenios.
- La obligación de hacer ineludible la aplicación del convenio y, en consecuencia, de dictar, reformar o derogar las leyes, reglamentos y demás disposiciones necesarias para la aplicación del convenio y la mejor atención de los servicios coordinados.

También se incorporó, aunque en forma incipiente, lo que serán las jurisdicciones sanitarias, pues se ordenó la división de los estados en circunscripciones, procurando que coincidieran con el territorio de un municipio o de un grupo de municipios, atendiendo a las necesidades

³³ CSEUM, artículo 31, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

de la geografía sanitaria de los estados. Dichas circunscripciones contarían por lo menos con una oficina sanitaria, dirigida por un médico.³⁴ A partir de 1950, se estipuló que en los convenios de coordinación se establecerían las circunscripciones sanitarias en que se dividiría el estado o municipio contratante.³⁵

Con el Código de 1950 cambia la fórmula para designar al jefe de los servicios coordinados, se establece como facultad exclusiva de la Secretaría de Salubridad y Asistencia nombrar al jefe de los servicios coordinados y al epidemiólogo adscrito a los mismos, quienes deberán ser médico sanitario de carrera y técnico especializado, respectivamente. En la designación del jefe de los servicios coordinados se escucharía la opinión del ejecutivo estatal o del Ayuntamiento, según el caso.³⁶

La designación del personal técnico se haría en favor de los propuestos por la Secretaría; el personal administrativo sería nombrado de entre los presentados por el gobierno estatal.

En estos tres códigos no se cuenta con una relación de las materias que comprende la salubridad general, sino que del propio contenido de la regulación se van identificando.

Se encuentran atribuciones exclusivas del Departamento de Salubridad Pública (después Secretaría de Salubridad y Asistencia) dispersas a lo largo de los códigos, y consistían básicamente en las siguientes:³⁷

- Ejercicio de toda acción extraordinaria en materia de salubridad. Se contemplaba en caso de epidemia de carácter grave o de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país;³⁸ así como en caso de insalubridad de un estado que afectara al

³⁴ CSEUM, artículos 37 y 38, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de agosto de 1934.

³⁵ CSEUM, artículo 21, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

³⁶ CSEUM, artículo 20, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

³⁷ CSEUM, artículos 25, 26, 31, 67, 76, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

³⁸ CSEUM, artículo 310, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

Distrito o territorios federales, a otros estados o a la salubridad general del país.³⁹

- Servicio sanitario federal en los puertos y poblaciones fronterizas.
- Administración del servicio de sanidad marítima, sanidad aérea y terrestre y servicio de sanidad en materia de migración.

Por otra parte, quedan comprendidos en el servicio federal de sanidad los siguientes:

- Profilaxis de las enfermedades transmisibles.
- Vigilancia sanitaria del tráfico fluvial, terrestre y aéreo.
- Enfermedades endémicas.
- Ejercicio de la prostitución.
- Ejercicio de la medicina (medicina, cirugía, obstetricia, veterinaria o cualquier otra rama).
- Importación, comercio, fabricación, elaboración, almacenamiento y uso de medicamentos (concepto en el que quedaban comprendidos los productos higiénicos y de belleza), sueros y vacunas.
- Comercio, importación, exportación, elaboración, posesión, uso, consumo y en general todo acto de adquisición, suministro o tráfico de cualquier clase que se haga con drogas enervantes (comprendía: opio, morfina, cocaína, heroína, adormidera, hojas de coca y marihuana).
- Medidas contra el alcoholismo.
- Cementerios, inhumaciones, exhumación y translación de cadáveres.
- Policía sanitaria en relación con los animales (prevenir o combatir enfermedades en éstos que pueden transmitirse a la especie humana).
- Condiciones de pureza, preparación, conservación, venta, importación de comestibles y bebidas.

³⁹ CSEUM, artículo 314, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 8 de junio de 1926.

- Ingeniería sanitaria (ejecución de obras de saneamiento, desagüe y pavimentación de ciudades, colonias y poblados; condiciones sanitarias de edificios, locales industriales; anchura de calles; densidad de las construcciones, y potabilidad de las aguas destinadas al consumo de la población).
- Higiene industrial (edad mínima laboral, jornadas máximas, reglas para el descanso de mujeres embarazadas y posteriores al parto, así como condiciones higiénicas de las negociaciones).
- Higiene infantil (prenatal, infantil y preescolar).
- Servicio de estadística médica (nacimientos, matrimonios y defunciones; movimiento en el servicio de sanidad marítima, terrestre y aérea; movimiento en el servicio de sanidad en materia de migración; enfermos en los hospitales, sanatorios y dispensarios; desarrollo y marcha de las enfermedades transmisibles; enfermedades profesionales y accidentes de trabajo y toxicomanías, entre otros).
- Creación de escuelas de salubridad y fundación de institutos de higiene (para la preparación y control de sueros y vacunas).

El Código consideraba la regulación de algunas materias por parte de los estados, por ejemplo, medidas contra el alcoholismo, leyes sobre seguridad e higiene en el trabajo, en ambos casos siempre que no se opusieran a las emitidas por las autoridades federales.

Con el Código de 1934 se dividen los servicios de salubridad en dos grandes apartados: los relativos a la sanidad internacional (en los que se agrupan los servicios de sanidad marítima, aérea y terrestre, servicios sanitarios de migración, así como el servicio sanitario en los puertos, aeropuertos y poblaciones fronterizas); y la sanidad nacional (en ésta integra todas las materias correspondientes a la salubridad enumeradas en el Código de 1926, con algunos cambios), aunque este concepto desaparece en el Código de 1950, pero no las materias que se agrupaban en él. En este último Código surge la figura de la policía sanitaria encargada de la vigilancia de las disposiciones de dicho Código.⁴⁰

⁴⁰ CSEUM, artículo 184, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de enero de 1950.

Los servicios de sanidad internacional continúan como atribución exclusiva del Departamento de Salubridad Pública; mientras que en algunos de los servicios de sanidad nacional se permite la regulación por parte de los estados como ocurría en el Código de 1926.

Los códigos sanitarios de 1955 y 1973

En estos dos códigos se introduce con mayor claridad el concepto de la salubridad general, aunque cabe aclarar que el de 1955, todavía con la influencia de los códigos anteriores, considera actividades en materia de salubridad general de carácter federal y, por tanto, obligatorias en toda la República, o de carácter local para el Distrito y Territorios Federales.⁴¹

Un paso importante se da en el Código de 1973, pues el concepto de salubridad general ya no sólo está relacionado con aspectos de higiene o sanitarios, sino que a partir de esta regulación, dicho concepto se vincula con la salud de la población. Al respecto, el artículo 2o. del Código establece lo siguiente: “ARTÍCULO 2o. Las disposiciones de salubridad general regularán las actividades relativas a la conservación, restauración y mejoramiento de la salud de la población de los Estados Unidos Mexicanos”.

Otro aspecto a destacar, para el propósito de este trabajo, es que en ambos códigos se integra una lista de actividades que constituyen la materia de la salubridad general, respecto de las cuales, en términos del Código de 1955, la expedición de normas y su ejecución correspondía al Congreso de la Unión, al Ejecutivo Federal, al Consejo de Salubridad y a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.⁴²

Se encuentran en esos listados actividades que, desde 1926, eran materia de salubridad general como la prevención y control de las enfermedades transmisibles, el control sanitario de alimentos y bebidas, medicamentos, productos de belleza y aseo, estupefacientes y psicotrópicos, campaña contra el alcoholismo, el control sanitario de la mi-

⁴¹ CSEUM, artículo 2o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 1o. de marzo de 1955.

⁴² CSEUM, artículo 1o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 1o. de marzo de 1955.

gración; además en el Código de 1973 se incorporan nuevas, como el mejoramiento de la nutrición y de la higiene, la promoción de la salud, los accidentes, la prevención y rehabilitación de la invalidez, entre otras.

Entre las materias de higiene aparece la sanidad internacional.

El ejercicio de la acción extraordinaria continuaba en la Secretaría de Salubridad y Asistencia en caso de epidemia de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades transmisibles en el país; al Consejo de Salubridad General correspondía solicitar al Ejecutivo Federal la expedición de un decreto con disposiciones extraordinarias cuando, a su juicio, la insalubridad de una región afectara o pudiera afectar la salubridad general del país o la de dos o más entidades federativas.⁴³

LA DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS EN EL MARCO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

La incorporación en 1983 del derecho a la protección de la salud en la Constitución Política, trajo también la introducción expresa de la concurrencia en materia de salubridad general.

El cuarto párrafo del artículo 4o. constitucional establece lo siguiente: “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”.

En el derecho a la protección de la salud, como señala Diego Valadés, se incluyen los servicios personales de salud (atención médica preventiva, curativa y rehabilitación), y los de carácter general, o salud pública (que comprende a la preservación del ambiente),⁴⁴ y que históricamente era la salubridad pública o salubridad general de la República, término anfibológico de acuerdo con el propio Diego Valadés.⁴⁵

⁴³ CSEUM, artículo 5, 26, 27 y 29o., publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1973.

⁴⁴ Diego Valadés, “El derecho a la protección de la salud y el Federalismo”, en Guillermo Soberón Acevedo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, pp. 95 y 96.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 100.

Bajo ese esquema, cuando la disposición constitucional remite a la ley para definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, se entiende que se refiere a los servicios personales (de atención médica),⁴⁶ y cuando remite a la ley para establecer la concurrencia en materia de salubridad general, sólo tendría que comprenderse a los servicios de salud pública, sin embargo la ley reglamentaria, como se advertirá, integró en la salubridad general tanto a unos como a otros.

Antes de la reforma constitucional de 1983, la regulación sanitaria federal sólo consideraba como salubridad general acciones de salud pública, sin que se hiciera referencia a los servicios de atención médica, para regular su prestación o para delimitar la participación de ambos órdenes de gobierno en su prestación; porque, aunque el Código de 1973 los regulaba, únicamente lo hacía respecto de los que se prestaban por particulares.

El texto del párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional, señala que será la ley la que determine la concurrencia en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución, de lo cual se desprende lo siguiente:

- Se reconoce constitucionalmente la concurrencia en materia de salubridad general, no respecto del derecho a la protección de la salud.
- El Constituyente dejó en el Congreso de la Unión la facultad de determinar la participación que corresponde a la Federación y a las entidades federativas en la materia.
- En la distribución de competencias debe atenderse a las bases establecidas en la fracción XVI del artículo 73 constitucional.

La ley reglamentaria de la señalada disposición constitucional es la Ley General de Salud, que expresamente lo señala en los siguientes términos:

Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución

⁴⁶ *Ibidem*, p. 96.

Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

En ese sentido es la Ley General de Salud la que distribuye las competencias en materia de salubridad general entre la Federación y las entidades federativas. La fórmula que siguió al efecto es, a semejanza de los códigos de 1955 y 1973, identificar mediante una lista las actividades que se consideran salubridad general (las que no estén allí se entienden como salubridad local) y a partir de esta lista precisa la participación que corresponde a cada orden de gobierno.

La lista se encuentra en el artículo 3o. de la Ley. Originalmente comprendía 27 materias, sin embargo a lo largo de más de 30 años de vigencia se ha ampliado y actualmente la componen 35 actividades. Aunque es evidente, conviene recordar que al ampliar las materias de la salubridad general, se restringe la salubridad local competencia de las entidades federativas.

En principio, en la Ley se recogieron las actividades que en el Código Sanitario de 1973 estaban comprendidas en la materia de salubridad general, fueron pocas las que se adicionaron, como la atención materno-infantil, la planificación familiar, la asistencia social, el programa contra el tabaquismo y destacadamente los servicios de atención médica.

Con la Ley General de Salud todos los servicios de salud quedaron comprendidos en la salubridad general (de atención médica, de salud pública y de asistencia social)⁴⁷ y, en consecuencia, sujetos a la regulación sanitaria, tanto los denominados servicios públicos a la población en general; como los prestados 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; los sociales y privados, sea cual fuere la forma

⁴⁷ Ley General de Salud, artículo 24.

en que se contraten, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.⁴⁸

La distribución de competencias en materia de salubridad general, la establece la Ley en su artículo 13, en tres grandes apartados: en el A se describen las que corresponden al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud; en el B las correspondientes a los gobiernos de las entidades federativas como autoridades locales en sus respectivas jurisdicciones territoriales, y en el C, lo que en términos puristas es una verdadera concurrencia: la atribución tanto para la Federación como para las entidades federativas para la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud.

Esa distribución de competencias está referida no sólo a las 35 actividades relacionadas en el artículo 3o., sino también se establecen las acciones que toca a cada orden de gobierno desarrollar para alcanzar los propósitos de la Ley. En ese sentido, a la Secretaría de Salud le corresponden acciones de regulación, promoción, fomento, coordinación, evaluación y vigilancia; mientras que las de las entidades federativas están referidas a coadyuvar, formular y desarrollar programas, elaborar información estadística, vigilar el cumplimiento de la ley, todo ello en el ámbito local.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud tiene las atribuciones correspondientes a la coordinación del Sistema Nacional de Salud, establecidas en el artículo 7o. de la Ley.

En cuanto a las 35 actividades materia de salubridad general, la distribución se da en los siguientes términos:

A la Secretaría de Salud le corresponde organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, en las siguientes materias:

- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a la población en general, sociales y privados y otros (I).

⁴⁸ Ley General de Salud, artículo 34.

- La 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 (III).
- El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (XV bis).
- La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia (XXI).
- El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación (XXII).
- 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 (XXIII).
- El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII (XXIV).
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley (XXV).
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células (XXVI).
- La sanidad internacional (XXVII).
- 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.

A los gobiernos de las entidades federativas les corresponde organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los siguientes servicios:

- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (II).
- La protección social en salud (II bis).
- La atención materno-infantil (IV).

- El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas (IV bis).
- La salud visual (IV bis 1).
- La salud auditiva (IV bis 2).
- La planificación familiar (V).
- La salud mental (VI).
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud (VII).
- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud (VIII).
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos (IX).
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país (X).
- La educación para la salud (XI).
- La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo (XII).
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre (XIII).
- La salud ocupacional y el saneamiento básico (XIV).
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles (XV).
- La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes (XVI).
- La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad (XVII).
- La asistencia social (XVIII).
- El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol (XIX).
- El programa contra el tabaquismo (XX).
- El control sanitario de cadáveres de seres humanos (XXVI bis).
- El tratamiento integral del dolor (XXVII bis).

Adicionalmente, la Ley recogió la figura de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas, previstos desde el Código de 1934, para la operación de servicios de salubridad general, en los que se tenían que determinar, entre otros, lo siguiente:

- El tipo y características operativas de los servicios de salubridad general objeto de la coordinación.
- Las funciones que corresponda desarrollar a las partes.
- Los bienes y recursos que aportarían.
- Las estructuras administrativas que se crearían para atender los servicios objeto de la coordinación. Se continuaron denominando “Servicios Coordinados”, aunque con diferente naturaleza jurídica.
- Las normas y procedimientos de control que corresponderán a la Secretaría de Salud.
- La duración del Acuerdo y las causas de terminación anticipada del mismo.

La coordinación sólo está prevista para definir la participación de las entidades federativas en la prestación de los servicios comprendidos en las fracciones I, III, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI y XXVII, del artículo 3o. de la Ley General de Salud.

Estos acuerdos se utilizaron hasta la descentralización de los servicios en 1996.

COROLARIO

La evolución en la regulación de la salubridad general permitió dar claridad al concepto y a la participación de cada uno de los órdenes de gobierno, podría incluso advertirse que permitía alcanzar una de las finalidades que se buscaban con su federalización, que era la aplicación de una política sanitaria general, así como la observancia de principios técnicos uniformes y la unificación de procedimientos; finalidades a las que convendría volver a mirar ante la nueva realidad que ha puesto en la práctica la descentralización de los servicios que se dio a partir de 1996.

Los retos que hoy enfrenta el país en materia de salud son distintos a los de hace cien años, sin duda desde el punto de vista epidemiológico, pero también de las responsabilidades que se deben enfrentar; ya no se trata de actos gratuitos que se dispensan a la población, sino de un derecho que ésta tiene de que se proteja su salud; derecho que incluso puede exigir ante las autoridades jurisdiccionales, por ello es importante ante la concurrencia reconocida constitucionalmente, dar claridad a la distribución de competencias entre las autoridades sanitarias de cada uno de los órdenes de gobierno.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- RUIZ MASSIEU, José Francisco, “El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud”, en Soberón Acevedo, Guillermo (coord.) *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1983.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, *Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la controversia constitucional 132/2006*, correspondiente al 10 de marzo de 2008.
- , *Sentencia del Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la Controversia constitucional 71/2009*, correspondiente al día 24 de enero de 2013.
- VALADÉS, Diego, “El derecho a la protección de la salud y el federalismo”, en Soberón Acevedo, Guillermo (coord.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1983.

Hemerográficas

- QUERO MORALES, José, “El derecho sanitario mexicano”, en *Revista de la Facultad de Derecho de México*, UNAM-IIIJ, núm. 49, enero-marzo de 1963.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación, “Facultades concurrentes en el sistema jurídico mexicano. Sus características generales”, tesis: P./J. 142/2001, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 9a. época, tomo XV, enero de 2002.
- , “Derecho a la salud. Su naturaleza normativa”, tesis: P.XV/2011, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, tomo XXXIV, agosto de 2011.

- , “Facultades concurrentes en materia de asentamientos humanos y de protección al ambiente y de preservación y restauración del equilibrio ecológico. Los programas de desarrollo urbano municipal deben ser congruentes con los de ordenamiento ecológico federales y locales”, tesis: P./J. 38/2011, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, 10a. época, libro 1, octubre de 2011.
- , “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”, tesis 2a. CVIII/2014, en *Semanario Judicial de la Federación*, décima época, 14 de noviembre de 2014.

Electrónicas

- AGUIRRE SALDÍVAR, Enrique, *Los retos del derecho público en materia de federalismo. Hacia la integración del derecho administrativo federal*, México, Instituto de UNAM-IIIJ, 2015, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/2/919/6.pdf>
- Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, Imprenta del Gobierno en Palacio, 1881, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: http://cdigital.dgb.uanl.mx/la/1080042880/1080042880_017.pdf
- CARBONELL, José y Miguel Carbonell, *El derecho a la salud: una propuesta para México*, México, UNAM-IIIJ, 2013, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/7/3274/3.pdf>
- CARBONELL, Miguel, “El Estado Federal en la Constitución Mexicana: Una introducción a su problemática”, en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 91, México, UNAM-IIIJ, 2011, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/91/art/art4.htm>
- “Decreto de reformas emitido por el presidente Porfirio Díaz”, 12 de noviembre de 1908, en *Las Constituciones de México, Reformas a la Constitución de 1857*, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/reformas-1916.pdf
- Diario de los Debates del Congreso Constituyente*, periodo único, Querétaro, 19 de enero de 1917, tomo II, núm. 63, 50a. Sesión Ordinaria, en línea, fecha de consulta: 4 de septiembre de 2016. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/DD_Constituyente.pdf

- FIERROS HERNÁNDEZ, Arturo, “Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)”, en *Gaceta Médica de México*, México, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n2/GMM_150_2014_2_195-199.pdf
- GUDIÑO CEJUDO, María Rosa, *et al.*, “La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública*, vol. 55, núm. 1, enero-febrero de 2013, en línea, fecha de consulta: el 4 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7191/9350>
- MIRANDA, Francisco de Paula, “Evolución de la Sanidad en México, conferencia sustentada ante el Comité de Relaciones Culturales de los Estados Unidos con la América Latina”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, marzo, 1930, en línea, fecha de consulta: 21 de abril de 2017. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5446/5757>
- RIVERA TAPIA, José Antonio, “La situación de salud pública en México (1870-1960)”, en *Revista del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”*, vol. 6, núm. 1, enero-abril, México, 2003, en línea, fecha de consulta: 31 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2003/gg031f.pdf>
- SERNA DE LA GARZA, José María, “Federalismo y sistemas de distribución de competencias legislativas”, en Hernández, Antonio María y Diego Valadés (coord.), *Estudios sobre federalismo, justicia, democracia y derechos humanos*, México, UNAM-IIIJ, 2016, en línea, fecha de consulta: 6 de septiembre de 2016. Recuperado de: <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/3/1088/17.pdf>

Leyes, códigos y reglamentos

- Códigos Sanitarios de los Estados Unidos Mexicanos, publicados en *el Diario Oficial de la Federación* en las siguientes fechas: 8 de junio de 1926, 31 de agosto de 1934, 25 de enero de 1950, 1o. de marzo de 1955 y 13 de marzo de 1973.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, recuperada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
- Ley General de Salud, recuperada de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>

EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. SU REGULACIÓN CONSTITUCIONAL Y ALGUNOS PRECEDENTES RELEVANTES DEL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN EN MÉXICO

Olga María del Carmen Sánchez Cordero Dávila

*La salud es ámbito predilecto de la sociedad igualitaria.
Poca importancia tiene la disminución de otras
desigualdades sociales, si no se manifiesta
en una vida sana y de mejor calidad.*

GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO

INTRODUCCIÓN

El régimen jurídico de la protección de la salud en México ha tenido siempre un lugar preponderante en la discusión académica y política; por un lado, constituye un derecho humano fundamental del individuo y, por otro, reviste una enorme complejidad, tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos.

Esta discusión no se constriñe al derecho mexicano, pues en todo el mundo, pese a los frecuentes pronunciamientos constitucionales sobre la materia, en la mayoría de los países está aún por definirse el régimen correspondiente a la actividad administrativa de carácter asistencial.

Por tanto, hablar sobre el derecho a la salud en México requiere, desde mi punto de vista, exponer primeramente algunas consideraciones teóricas que nos permitan comprenderlo, dado que el derecho a la

protección de la salud se encuentra inmerso en el contenido fundamental de los derechos humanos.

Tradicionalmente, el derecho humano a la salud era definido como un derecho social, estos derechos sociales fueron tan variados como heterogéneos, dependiendo de los elementos que de ellos se resaltaban.

La doctrina jurídica mexicana les dio un tratamiento ideológico que en realidad se vio pocas veces traducido en hechos concretos.¹ Algunos juristas coincidían en señalar que era preferible identificar a los derechos sociales con los derechos prestacionales, es decir, con aquellos derechos que en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requerían de una acción positiva que se traducía normalmente en la prestación de algún bien o servicio.²

De tal forma que surgió la idea del derecho social, considerándolo como una rama autónoma del sistema jurídico al lado de las tradicionales (público y privado), y cuya principal característica fue la preeminencia de los intereses colectivos por encima de los intereses de los individuos, a través de leyes protectoras y programas creados por el Estado para el establecimiento de condiciones más justas de vida que beneficiaran a los sectores más desfavorecidos de la población.³

La noción de “derechos sociales” tiene una historia larga y de múltiples raíces, pero podríamos identificar su surgimiento a finales del siglo XIX, como respuesta al régimen liberal irrestricto nacido de las ideas políticas de la Revolución Francesa de 1789 y como respuesta,

¹ Ver, p. ej., José Ramón Cossío Díaz, *Dogmática constitucional y régimen autoritario*, México, Fontamara (Biblioteca de ética, filosofía del derecho y política), 1998. De reciente publicación, pueden consultarse los ensayos de Juan Antonio Cruz Parceró, (sobre el tema de la ideología del concepto derechos sociales, particularmente el de este autor), Luis Prieto Sanchís, Robert Alexy, Gerardo Pisarello y Carlos S. Nino, en Miguel Carbonell, Juan Antonio Cruz Parceró y Rodolfo Vázquez (comp.) *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-IJ (Doctrina Jurídica, 28), 2000.

² Juan Antonio Cruz Parceró, “Los derechos sociales como técnica de protección jurídica. Derechos sociales y derechos de las minorías”, en Carbonell, *op. cit.*, pp. 90 y 91.

³ Esta nueva rama pugnó por entender al derecho social como “el conjunto de leyes y disposiciones autónomas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores a favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad integrados por individuos económicamente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales dentro de un orden justo. Lucio Mendieta y Núñez, *El derecho social*, 2a. ed., México, Porrúa, 1967, p. 59.

también, a una desigualdad cada vez más marcada entre los diversos componentes de ese sistema liberal.

El argumento de que la injerencia del Estado en cualesquiera de las actividades del individuo afectaría enormemente el postulado fundamental de la libertad e igualdad entre los hombres, fue siempre la crítica acérrima a esta concepción jurídica.

Tuvieron que pasar varios años para que la concepción ultra liberal de los derechos comenzara a declinar en favor de una concepción menos individualista.

Así, sin desconocer los beneficios que se vislumbraban con el reconocimiento de los derechos de igualdad entre los hombres, los Estados se vieron en la necesidad de implementar reformas legales que impidieran los efectos negativos que en ocasiones se presentaban en el ejercicio de estos derechos de igualdad.

El concepto de justicia distributiva formulado por Aristóteles ilustra bastante bien lo dicho anteriormente.

Según el filósofo griego, la justicia consistía en tratamiento igual en condiciones iguales y desigual en condiciones de desigualdad; en otras palabras, decía que el trato debe ser diferente en la medida en que difieren los hombres y los hechos, por lo que no puede hablarse de una igualdad de tratamiento absoluto, sino proporcional.⁴

En México, la Revolución de 1910 fue un factor decisivo para la conformación de estos derechos prestacionales. Las principales demandas populares que originaron este movimiento social fueron recogidas posteriormente en el texto constitucional de 1917, adicionando a los tradicionales derechos individuales, los nuevos derechos sociales que elevaron a norma fundamental la limitación de la propiedad privada en términos de su función social, así como la defensa de los derechos de los trabajadores, que no tardaron en incluir la protección a la mujer embarazada, la obligación patronal de establecer enfermerías, la atención de accidentes laborales y enfermedades profesionales, y la cobertura de las indemnizaciones por riesgos de trabajo, por principio.

⁴ Aristóteles, *Ética Nicomaquea. Política*, tr. Antonio Gómez Robledo, 12a. edición, México, Porrúa (Sepan Cuantos...), núm. 70, 1989, p. 157.

De tal suerte que la doctrina coincide en reconocer a la Constitución de 1917 como uno de los puntos de partida de un vasto movimiento jurídico que incorporó los principios fundamentales de los derechos sociales a sus propias constituciones.⁵

Pero fue en junio de 2011, cuando nuestro país entró en una evolución jurídica que ha sido gradual y paulatina prácticamente desde la reforma constitucional de 1994, por la cual se consolida la Suprema Corte de Justicia de la Nación como Tribunal Constitucional del Estado Mexicano, y entramos a un paradigma de los Derechos Humanos, ampliando extensamente el catálogo y protección de los Derechos Humanos a partir de nuevas fórmulas consignadas en el artículo 1o. de la Constitución General de la República.

Estas reformas, aunque son ampliamente conocidas, en esencia, consisten en el reconocimiento a toda persona de los Derechos Humanos, y garantías para su protección, contenidos tanto en la Constitución, como en los tratados internacionales de los cuales es parte el Estado mexicano; el establecimiento expreso de métodos interpretativos, como la interpretación conforme a la Constitución, a los tratados en materia de derechos humanos y el principio *pro persona*; así como la imposición de obligaciones a todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; previniendo, investigando, sancionando y reparando las violaciones a derechos humanos.

Por muy simple que pudiera sonar esta breve reseña de lo medular de la reforma en materia de Derechos Humanos, ésta encierra una gran complejidad que ha llevado a que los operadores jurídicos, y especial-

⁵ Sobre la importancia que la Constitución Mexicana imprimió en el desarrollo del derecho social puede consultarse Waldo Villalpando, “La cuestión de los derechos humanos con especial referencia a América Latina”, en Glenda da Fonseca, *Defensa de los derechos humanos*, Buenos Aires, Tierra Nueva, 1976, pp. 12 y ss. Nuestros constitucionalistas del siglo xx, coincidieron e incluso exaltaron esa función en la Constitución de 1917; sin embargo, muy poco dijeron en torno a la protección efectiva de estos derechos en la realidad. *Vid.* las obras de Mario de la Cueva, Alberto Trueba, Rubén Delgado Moya, o más recientemente de José Francisco Ruiz Massieu, Diego Valadés o Enrique Álvarez del Castillo, entre otros, y el análisis hecho en el apartado C) del capítulo VI, de Cossío, *op. cit.*, pp. 81-85.

mente el Alto Tribunal, vayan delineando su contenido y redefiniendo conceptos que se encontraban arraigados en nuestra cultura jurídica.

En ocasión del Centenario de la Constitución Mexicana de 1917, a más de cinco años de que entró en vigor la reforma en materia de Derechos Humanos y con la entrada en vigor de la nueva ley de amparo, puedo sostener que hemos avanzado impresionantemente en la tutela, el respeto, la protección, la promoción y la reparación de los Derechos Humanos, entre ellos, el derecho humano a la protección de la salud.

La reforma de 10 de junio de 2011, prácticamente nos ha llevado a un modelo distinto, cuya finalidad es precisamente la más amplia protección a la persona, además de haber superado el añejo concepto de “garantías individuales”, estableciendo el de los “derechos humanos”.

EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

Desde la época prehispánica existieron organismos encargados de dar un cuidado permanente a la salud: enfermerías, centros de atención a los huérfanos y reclusorios para leprosos, entre otros, dan cuenta de ello.

Durante la Colonia, los conquistadores, apoyados fundamentalmente en las diversas órdenes religiosas, establecieron hospitales y casas de beneficencia. El primer centro de salud de la Nueva España, el Hospital de Jesús, fue producto de la obra de los misioneros de aquel tiempo.

Posteriormente, en el México independiente, únicamente la Constitución Centralista de 1836 y las Bases Orgánicas de 1843 se encargaron de regular expresamente lo relativo a la salubridad pública, no reconociéndolo aún como derecho autónomo, sino únicamente para fijar competencia y delegar facultades a los ayuntamientos y a las Asambleas Departamentales para que se hicieran cargo de este rubro.

Producto de las Leyes de Reforma fue la abolición de los fueros eclesiásticos y el desconocimiento de las órdenes religiosas. El Estado mexicano entonces se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. Ello obligó a la creación de las primeras dependencias públicas que pudieran llevar a cabo dicha tarea, entre otras: el Consejo Superior de Salubridad que

operaba en el Distrito Federal y con delegaciones en distintas partes del territorio nacional.

El 15 de julio de 1891, el Ejecutivo Federal, en uso de facultades extraordinarias, expidió el primer Código Sanitario del México independiente, ordenamiento que fue objeto de múltiples cambios en su contenido y denominación hasta llegar a nuestra actual Ley General de Salud, pues el carácter dinámico que la protección de la salud representa ha implicado una constante revisión y actualización del marco jurídico que rige esta materia.

La más importante modificación a la Constitución de 1857, en cuanto al ámbito de la salubridad se refiere, se llevó a cabo en 1908, cuando se facultó por primera vez al Congreso de la Unión para dictar las leyes que garantizaran una correcta actividad sanitaria en todo el país, corrigiéndose así la irregular actividad del gobierno federal, que hasta ese momento había implementado un sinnúmero de medidas, no sólo en el entonces Distrito Federal sino a escala nacional, careciendo de competencia constitucional para ello.

De tal suerte, el 12 de noviembre de 1908 se reformó la fracción XXI del artículo 72, para quedar como sigue: “Artículo 72. El Congreso de la Unión tiene facultad: XXI. Para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República”.

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de adicionar a la fracción XVI del artículo 73, (correlativa a la fracción XXI del citado artículo 72 de la Constitución de 1857), cuatro bases generales que hasta la fecha siguen vigentes con algunas mínimas variantes, las cuales disponían:

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

- 4a. Las medidas que el Consejo de Salubridad General haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Congreso serán después revisadas por el Congreso de la Unión.

Como se ha mencionado, la Revolución Mexicana significó un cambio importante en la función estatal. A partir de ese momento, el Estado se vio en la necesidad de resolver las principales demandas populares que le dieron origen, pero abordándolas desde una perspectiva distinta a la que imperaba hasta ese momento.

De esta manera, podemos observar cómo el concepto del derecho a la protección de la salud en México se ha ido transformando al paso de los años.

Así pues, en síntesis, este derecho se concebía inicialmente como una cuestión religiosa o de mera calidad. Posteriormente, con base en el movimiento de Reforma, el Estado mexicano se asumió como el único responsable de su cumplimiento, pero bajo un aspecto meramente individualista; finalmente, la Revolución de 1910 y las ideas progresistas del Constituyente de 1917 transformaron esta concepción, otorgando al derecho a la protección de la salud su carácter social, al señalar al Congreso de la Unión facultades en la materia.

LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN EL TEXTO CONSTITUCIONAL

Como reconocimiento a uno de los derechos fundamentales contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas,⁶ el derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4o. de la Constitución Federal, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983, por la cual se le adicionó el siguiente párrafo: “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

⁶ Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.

De la lectura de dicho párrafo se desprende que debe existir concurrencia entre la Federación y las entidades federativas para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. Lo cual responde no sólo a un sano federalismo, sino también a una necesidad real y un interés fundamental de los mexicanos por procurar que todas las instancias de gobierno intervengan en su concreción, ya que sin el concurso de ambas instancias (federal y estatal) la acción sanitaria sería del todo ineficaz.

Asimismo, debe decirse que una interpretación armónica de la Constitución permite inferir que los municipios también pueden ser partícipes de esta tarea, ya que el inciso i), fracción III del artículo 115 constitucional otorga la posibilidad de que los mismos se hagan cargo de los servicios públicos que determinen las legislaturas estatales.

El derecho a la protección de la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución (en atención a la reserva de ley que se encuentra contenida en su artículo 4o.) en las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos del derecho a la protección de la salud, constitucionalmente consagrado.

En este sentido, la Ley General de Salud se encarga de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, al señalar expresamente que:

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

- I. El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Actualmente, es el Sistema Nacional de Salud a quien corresponde hacer frente a los problemas de salud que aquejan nuestro país. El artículo 5o. de la Ley General de Salud establece que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD COMO AUTÉNTICO DERECHO HUMANO

Hablar sobre la eficacia del derecho humano a la salud es, sin lugar a dudas, un tema difícil. Mientras que respecto a derechos tales como la libertad o la propiedad existe un entendimiento común —al que se ha llegado a través de una buena cantidad de estudios doctrinales y precedentes de los órganos jurisdiccionales—, para el derecho humano a la salud observamos una situación muy distinta, en razón a la falta de estudios sobre el tema o la escasa producción de criterios jurisprudenciales en esta materia.

Muchas veces nos hemos cuestionado cuál es el verdadero alcance que tiene el derecho a la protección de la salud en México.

Se ha dicho que no basta con la existencia del derecho a la salud como una idea, como simple expectativa o como plan de gobierno pendiente de instrumentar,⁷ sino que es necesario que éste se garantice a

⁷ “Lo que puede ser una consideración con validez política no sirve absolutamente en el campo del derecho. Para éste es preciso que el derecho a la salud, como cualquier otro, sea ejercitable por su titular y encuentre en el ordenamiento jurídico la adecuada protección frente al sujeto obligado a hacer efectivo el contenido del mismo.” Pedro Escribano Collado, *El derecho a la salud*, España, Universidad de Sevilla (Cuadernos del Instituto García Oviedo), 1976, p. 12.

través de una norma subjetiva que haga efectivo el derecho en caso de incumplimiento por parte del obligado, que en este caso es el Estado, además de contar con un medio de control judicial que permita hacer exigible el derecho, es decir, que ese derecho se haga justiciable.

Algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en México, consagrado en el artículo 4o. constitucional, es una disposición de carácter programático, que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos.⁸ Ese tipo de normas programáticas en la Constitución solamente representan el estímulo y la guía de la acción de gobierno, pero de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio.

Los criterios antes señalados conducirían a sostener que en ningún caso el ciudadano podría tener acceso a la tutela jurisdiccional para hacer valer su derecho constitucional en juicio. Inclusive, hay quienes consideran que ante la imposibilidad de que el Estado se vea obligado coercitivamente a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, éste puede verse sancionado por otros medios, como la censura por el voto de castigo.⁹

Otros autores sostienen, en cambio,¹⁰ que si bien nos permiten reconocer desde la Constitución el otorgamiento de prestaciones; es decir, el reconocimiento de un derecho subjetivo oponible al Estado que garantice su exigibilidad, no por ello carecen de eficacia jurídica al punto de convertirse en meros enunciados programáticos.

Por mi parte coincido en señalar que aun cuando no puede afirmarse que desde la Constitución Federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efec-

⁸ Sobre normas programáticas véase, entre otros, Paolo Biscaretti di Ruffia, *Introducción al derecho constitucional comparado*, México, FCE, 1975, pp. 321-322.

⁹ El ciudadano que ve frustrado su derecho constitucional a la protección de la salud tiene el recurso de imponer al agente estatal las supremas sanciones políticas que pueden darse en un sistema democrático: negarle el voto en las próximas elecciones; deteriorar la legitimidad de su mandato; censurar su gestión pública; acusarle de iluso, de demagogo, de utópico o de inconsistente. José Francisco Ruiz Massieu, "El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud", en Guillermo Soberón Acevedo, *et al.*, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, pp. 71-72.

¹⁰ José Ramón Cossío Díaz, *Estado social y derechos de prestación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989.

tivo dicho derecho, en el preciso momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional, define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, en caso de que éste sea desconocido podrá acudir al juicio de amparo, reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección de la salud.

En otras palabras, el juicio de amparo habrá de controlar la constitucionalidad de los actos de aplicación de leyes concernientes a esta materia, toda vez que, aun cuando el derecho fundamental se desarrolle en la ley, no se confunde con ella, permaneciendo como parámetro de constitucionalidad.¹¹

Por otra parte, cuando el legislador decide crear una ley que desarrolle o amplíe el contenido del derecho a la protección de la salud, deberá salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho, ya que de no hacerlo así, el particular que se vea afectado con dicha norma podrá válidamente reclamarla en juicio de amparo, alegando la inconstitucionalidad de la misma.

De esta forma podemos señalar que una vez regulado a nivel constitucional el derecho a la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo, sino, por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme a lo que dispone la propia Constitución, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegasen a violentar sus derechos humanos.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ya se ha pronunciado en reiteradas ocasiones acerca del derecho a la salud tutelado por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, concluyendo, entre otras cosas, lo siguiente:

- El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen estado mental y emocional del individuo, es decir, se traduce en

¹¹ *Idem.*

la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

- Del artículo 4o. de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.
- Si bien para la justiciabilidad del derecho a la salud en el juicio de amparo es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía, lo cierto es que ello no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.

Las anteriores consideraciones encuentran su sustento en las siguientes tesis y jurisprudencias, que se leen bajo el rubro:

- “Derecho a la salud. No se limita al aspecto físico, sino que se traduce en la obtención de un determinado bienestar general.”¹²

¹² Tesis P. LXVIII/2009, consultable en la p. 6, tomo XXX, diciembre de 2009, del *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*.

- “Derecho a la salud. Impone al estado las obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización.”¹³
- “Derecho a la salud. Su tutela a través del juicio de amparo.”¹⁴

Como se advierte de las anteriores consideraciones, el derecho a la salud previsto en el artículo 4o. de la Constitución General de la República, puede entenderse como la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud encaminados a la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

Se trata de un derecho que despliega una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado, en el entendido de que la protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales, es una de las tareas fundamentales de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del estado del bienestar.

Así, la salud es una meta prioritaria en sí misma y, a su vez, es el pilar estratégico para que existan otras prerrogativas, ya que las posibilidades de que sean capaces los individuos para desplegarlas como tales, dependen de los logros en salud, en tanto un estado de bienestar general resulta indispensable para poder ejercer el resto de los derechos humanos que tutela la Constitución Federal y, en consecuencia, para poder llevar una vida digna.

De ahí que las mejoras en salud constituyen un presupuesto para el desarrollo y no una mera consecuencia del mismo y, por ende, la realización del derecho humano a la salud aparece crecientemente como una regla esencial para saber si realmente hay progreso en un Estado y, al mismo tiempo, como un medio decisivo para obtenerlo.

¹³ Tesis: P. XVIII/2011, consultable en la p. 29, tomo XXXIV, agosto de 2011, del *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*.

¹⁴ Tesis: P. XVIII/2011, consultable en la p. 32, tomo XXXIV, agosto de 2011, del *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*.

En suma, es dable afirmar que la plena realización del derecho humano a la salud es uno de los requisitos fundamentales para que las personas puedan desarrollar otros derechos y libertades de fuente constitucional y convencional, por lo que la prosecución de la justicia social no puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sin enfermedades y sufrimientos que resulten evitables o tratables.

PRECEDENTES RELEVANTES EMITIDOS POR EL PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

Al respecto existen algunos criterios emitidos (algunos de los cuales tuve la oportunidad de estudiar y discutir durante mi paso por el Alto Tribunal) por el Poder Judicial de la Federación que conviene mencionar, aun cuando sea en forma breve.

1. Un caso emblemático fue el de una persona que se encontraba infectada del virus de inmunodeficiencia adquirida que solicitó el amparo y protección de la justicia federal contra actos de diversas autoridades del sector salud, reclamando, esencialmente, la emisión del cuadro básico y catálogo de medicamentos para 1996, mismo que formula año con año el Instituto Mexicano del Seguro Social, conjuntamente con otras autoridades sanitarias, en virtud de que no se le iban a poder suministrar ciertos medicamentos que consideraba esenciales para su tratamiento, pues no habían sido incluidos en el catálogo de medicamentos de ese año.

De la demanda en cuestión tocó conocer a un Juez de Distrito en Materia Administrativa en el Distrito Federal, quien determinó sobreseer en el juicio y negar el amparo al quejoso.

Las consideraciones en que se basó el Juez de Distrito para negar el amparo al quejoso consistieron en que, según éste, no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades responsables a suministrar al quejoso los medicamentos que pretendía y, que si bien era cierto que conforme al artículo 4o. constitucional toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, ello no se traducía en un derecho subjetivo a recibir en especial los medicamentos recientemente descubiertos que el quejoso señalaba, dado

que también existían diversas enfermedades que atacaban a una gran parte de la población y que, de la misma manera que el SIDA, merecían la mayor atención médica por parte del sector salud.

La sentencia fue recurrida por el quejoso y le correspondió al Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación su resolución. Por unanimidad de votos de los ministros integrantes del Máximo Tribunal, se resolvió modificar la sentencia de primera instancia por considerar incorrecta la interpretación que del artículo 4o. constitucional realizó el Juez de Distrito.

En esa sentencia se adujo que contrariamente a lo determinado por el juez del conocimiento, el derecho a la protección de la salud sí se traduce en el derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención médica por parte del sector salud, pues estas son cuestiones ajenas al derecho del individuo, de recibir los medicamentos necesarios para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que, como derecho humano, consagra el artículo 4o. de la Constitución Federal.

Lo anterior pone de manifiesto lo expresado en líneas anteriores, en el sentido de que una vez creadas las leyes que desarrollan o reglamentan el derecho a la protección de la salud, surge para el gobernado la facultad de poder exigir frente al Estado su cumplimiento.

2. Otra sentencia de gran relevancia pronunciada por el Máximo Tribunal de México, fue aquella en la que se declaró la inconstitucionalidad de la fracción V, del artículo 24, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

En este caso particular, la norma reclamada (que por cierto fue combatida por más de 10 trabajadoras que prestaban sus servicios al Estado mexicano) otorgaba un trato distinto para tener acceso a los servicios de salud proporcionados por el ISSSTE, según se tratara de la esposa del trabajador o bien del esposo de la trabajadora, pues al disponer dicho precepto que para que el esposo o concubinario de la trabajadora como familiar derechohabiente tuviera derecho a la atención

médica, de diagnóstico, odontología, hospital, farmacia o rehabilitación en el citado instituto, era necesario que fuera mayor de 55 años, o estuviere incapacitado física o psíquicamente y depender económicamente de ella; en tanto que la esposa o concubina del trabajador, para obtener los mismos beneficios, sólo requería demostrar tal hecho, sin que se le exigiera alguna otra condición, lo que evidenciaba una clara transgresión a la garantía de igualdad establecida en el artículo 4o. constitucional.

Así, el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, por unanimidad de 11 votos, determinó amparar a las quejas, concesión que tuvo por objeto que no se les aplicara dicho precepto y, pudieran, en consecuencia, incorporar al sistema del seguro social a sus esposos o concubenarios.

3. En otro caso para resaltar, el entonces Secretario de Salud del estado de Tlaxcala se había negado a proporcionar atención médica y autorizar el traslado del quejoso, quien en ese momento tenía el carácter de procesado, a un hospital especializado que pudiera hacerse cargo de los problemas de salud que evidenciaba.

Fundándose en el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud y acceso a los servicios correspondientes en términos del artículo 4o. constitucional, el tribunal del conocimiento determinó que la actitud de la autoridad responsable, al no proporcionar la atención médica al procesado, y negarle un traslado a un hospital para que fuera debidamente atendido, resultaba violatorio al derecho a la protección de la salud.

4. Otro criterio de gran relevancia, fue el pronunciado por la Primera Sala del Máximo Tribunal, relativo a militares, a quienes se seguía un procedimiento de retiro por inutilidad basado en la susceptibilidad a infecciones recurrentes atribuibles a estados de inmunodeficiencia celular o humoral del organismo, no susceptibles de tratamiento, producidas por padecer VIH.

En la sentencia emitida por la Primera Sala, se determinó que dicha causal de retiro, resultaba una medida desproporcionada, tomando en cuenta que incluso el argumento de protección de la salud de los demás miembros del ejército y sociedad, en este caso, sería insuficiente para justificar, cuando menos, la supresión de los derechos prestacionales de

seguridad social que en activo corresponden al militar afectado, y que también conlleva dicha medida.

Además, estableció que no existen bases para justificar la equiparación que había hecho el legislador del concepto de inutilidad con el de enfermedad o, en este caso, con la susceptibilidad a infecciones recurrentes motivadas por padecer una persona la seropositividad a los anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana, en virtud de que, este último padecimiento, no necesariamente implica incapacidad o peligro de contagio del individuo respectivo en el ejercicio de las distintas funciones de las fuerzas armadas.

5. Más recientemente, en el amparo en revisión 378/2014, pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, promovieron amparo indirecto en contra de varias autoridades responsables, reclamando, esencialmente, la omisión de ejecutar el proyecto denominado “Construcción y equipamiento del servicio clínico para pacientes con VIH/SIDA y coinfección por enfermedades de transmisión aérea”, también conocido como “Pabellón 13”.

Los quejosos manifestaron, sustancialmente, que los actos reclamados impedían el acceso al goce del más alto nivel posible de salud; que las autoridades responsables violaban el derecho a la salud, porque no habían destinado el máximo de los recursos de que disponen para la ejecución del citado proyecto.

La Segunda Sala de la Suprema Corte, sostuvo que el derecho al nivel más alto posible de salud, previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, puede entenderse como: un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar un estado de bienestar general, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, sostuvo que el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de *contenido* y de *resultado*; aquéllas, de contenido o de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacionan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales.

En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga; de ahí que se configurara una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.

Las anteriores consideraciones fueron plasmadas en la tesis 2a. CVIII/2014 (10a.) intitulada: “Salud. Derecho al nivel más alto posible. Éste puede comprender obligaciones inmediatas, como de cumplimiento progresivo”.¹⁵

CONCLUSIÓN

El derecho fundamental a la salud, no puede ser reducido, o más bien “regresivo”, pues como todo derecho humano, debe buscar su progresividad.

¹⁵ *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, t. I, libro 12, 10a. época, noviembre de 2014, p. 1192.

El derecho a la protección de la salud ha sido interpretado por el Alto Tribunal como un derecho fundamental que encuentra su consagración a nivel constitucional y su contenido específico en la regulación secundaria.

Al igual que el resto de los derechos humanos reconocidos por la Constitución, inmersos en nuestro sistema jurídico, así como en los tratados internacionales de los que México es parte, el derecho a la protección a la salud hoy en día goza de una protección más amplia a partir de la reforma al artículo 1o. de la Norma Fundamental, que cambió por completo el paradigma constitucional, no sólo en lo que al concepto de éstos implica, sino también a su tutela para la máxima eficacia y efectividad de ellos.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ARISTÓTELES, *Ética Nicomaquea. Política*, tr. Antonio Gómez Robledo, 12a. edición, México, Porrúa (Sepan Cuantos..., núm. 70), 1989.
- CARBONELL, Miguel; Cruz Parceró, Juan Antonio, y Vázquez, Rodolfo (comp.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-III (Doctrina Jurídica, 28), 2000.
- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *Dogmática constitucional y régimen autoritario*, México, Fontamara (Biblioteca de ética, filosofía del derecho y política), 1998.
- , *Estado social y derechos de prestación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
- ESCRIBANO COLLADO, Pedro, *El derecho a la salud*, España, Universidad de Sevilla (Cuadernos del Instituto García Oviedo), 1976.
- BISCARETTI DI RUFFIA, Paolo, *Introducción al derecho constitucional comparado*, México, FCE, 1975.
- MENDIETA Y NÚÑEZ, Lucio, *El derecho social*, 2a. ed., México, Porrúa, 1967.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, *et al.*, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983.
- VILLALPANDO, Waldo, “La cuestión de los derechos humanos con especial referencia a América Latina”, en Da Fonseca, Glenda, *Defensa de los derechos humanos*, Buenos Aires, Tierra Nueva, 1976.

Hemerográficas

Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, t. XXX, diciembre de 2009
y t. XXXIV, agosto de 2011.

Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, t. I, libro 12, 10a. época,
noviembre de 2014.



LA DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN LA SALUD

Ricardo Antonio Bucio Mújica

En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Convención sobre los Derechos del Niño (art. 3o., párr. 1)

INTRODUCCIÓN

“**S**i yo quiero te atiendo, si no, no te atiendo”, fue la respuesta de una doctora a una mujer, cuando le pidió que revisara a su hijo que había recibido un golpe en la cabeza en la guardería, quien fue canalizado de urgencias a medicina familiar para que se le atendiera. La doctora se limitó a llenar la hoja de incidencia sin revisar a Diego, nombre del chico, mientras la madre pedía que lo hiciera: “Doctora, si su prioridad fuera atender a los pacientes...”. La respuesta fue: “No, la prioridad de usted es salir de aquí rapidito”. A lo que la angustiada madre contestó: “No, mi prioridad es que revise a mi hijo; si no, no hubiera venido”.¹

¹ Basado en “#LadyDoctora del IMSS niega atención a niño y la exhiben en redes”, en *Proceso*, 26 de junio de 2015.

¿Cuál es la prioridad?, ¿conocer el estado de salud del niño o seguir el proceso administrativo?, ¿cómo definir la prioridad?, ¿a través de imponerse como autoridad sanitaria u otros criterios?, ¿quién debería ser el beneficiado principal?

Desde el punto de vista del **interés superior de la niñez** (ISN), Diego debe ser atendido de inmediato por un médico; esto como una de las respuestas del Estado al mandato de su derecho a la salud, el cual establece que todas las niñas, los niños y los adolescentes cuenten con las oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.² Todo ello bajo el entendimiento compartido y de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud de que *salud* es el estado de completo bienestar físico, mental y social.³

En el caso de Diego, debido a que el ISN es la máxima realización del ejercicio pleno de todos sus derechos, bastaba con traer este principio y utilizarlo como criterio para determinar que el derecho a la salud de Diego es de interés superior. En este sentido, poner a Diego al centro es la guía para establecer prioridades.

La historia de Diego permite observar dos aspectos clave sobre el ISN: 1) ejemplifica la narrativa tradicional de priorizar otros temas sobre los derechos de niñas, niños y adolescentes; 2) en consecuencia, demuestra la importancia de aplicar criterios o elementos que determinen el ISN en las políticas públicas. Dichos aspectos son la columna vertebral de este artículo, cuyo propósito es contribuir a la aplicación del ISN en las políticas públicas que garantizan el derecho a la protección de la salud.

El primer apartado describe un panorama general de la salud de niñas, niños y adolescentes en México para comprender sus brechas y así alcanzar el derecho a la salud en su totalidad, a través de las políticas públicas encaminadas a resarcirlas.

² Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observación General núm. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, artículo 3, párrafo 1, 2013.

³ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2o. párrafo, 1946.

El segundo apartado del artículo analiza el concepto del ISN, con la intención de explicar las problemáticas a las que se enfrenta el intento de armonizar la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) en un país que presenta brechas enormes, desafíos por subsanar, cuestiones en donde los derechos de este grupo poblacional se ven afectados. Asimismo, que visibilizar la perspectiva preventiva de conflictos inherentes a este grupo ayudaría a cerrar las mencionadas brechas y mejorar su presente, evitando con ello que en un futuro se deban diseñar, construir, presupuestar e implementar políticas públicas encaminadas a la corrección más que a la prevención; aspectos que generarían mayor inversión y presupuesto por parte del Estado.

La tercera parte da a conocer el papel que niñas, niños y adolescentes han desempeñado en el proceso de su reconocimiento como sujetos de derechos, considerando que antes de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, este grupo poblacional fue prácticamente ignorado y excluido de muchos de los espacios —tanto públicos como privados— de sus derechos fundamentales.

En este sentido, el intermediario entre el Estado y niñas, niños y adolescentes fue la familia, y se consideraba que ésta era la institución encargada de velar por que se les proporcionaran los elementos necesarios para su desarrollo y educación. Es en este contexto que el ISN toma importancia como el elemento fundamental para transformar la situación de desventaja histórica de estas personas en las naciones y en la legislación a nivel mundial, y se expondrá brevemente la importancia de dichas modificaciones plasmadas en la LGDNNA en México.

Finalmente, en la cuarta parte se comparten guías basadas en la normatividad internacional de derechos de la niñez para la aplicación del ISN en políticas públicas, en especial del derecho a la salud. Con base en estas guías, se analiza un caso para orientar la aplicación del ISN como criterio para la toma de decisiones en la formulación de política pública, así como el posterior desarrollo de instrumentos que contengan elementos que lo involucren en la toma de decisiones sobre políticas de salud para niñas, niños y adolescentes.

PANORAMA DE LA SALUD DE NIÑAS,
NIÑOS Y ADOLESCENTES EN MÉXICO

El derecho a la protección de la salud ha sido concebido como parte fundamental de los derechos humanos y sociales, lo que ha dado pauta a compromisos nacionales e internacionales para ampliar la cobertura de servicios de salud y garantizar el acceso universal a todas y todos los mexicanos, independientemente de sus características sociodemográficas, condición social o estatus laboral.

Según la Encuesta Intercensal, en 2015, 84.7 por ciento de niñas, niños y adolescentes estaban afiliados a algún servicio de salud, lo que significa que entre 2010 y 2015 hubo un incremento de 17.7 puntos porcentuales. Destaca que no hay diferencias por sexo, pero sí por grupos de edad, pues en promedio 85 por ciento de las personas entre 6 a 17 años cuentan con afiliación, a diferencia del 78.7 por ciento para los menores de un año de edad. Las instituciones de salud a las que están afiliados se diferencian según los servicios que proporcionan y los esquemas de padecimientos que atienden. Las instituciones con esquemas completos de atención son las de los sistemas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa y Marina), los cuales tienen afiliados a 40.2 por ciento de niñas, niños y adolescentes; más de la mitad de ellos (57.5 por ciento) están afiliados al Seguro Popular o para una nueva generación (ahora conocido como Seguro Siglo XXI), 2.6 por ciento a una institución privada y 1.4 a otra institución.

En el caso de atención a la salud de niñas, niños y adolescentes que no están afiliados a un sistema institucional de salud, los servicios de primer y segundo nivel que se les otorgan están descritos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del Sistema de Protección Social en Salud.

El CAUSES está dividido en seis conglomerados: salud pública, atención ambulatoria, odontología, urgencias, hospitalización y cirugía general. El número de unidades de salud acreditadas para otorgar los servicios ofertados por el CAUSES a noviembre de 2015 es de 11,987 (60.6 por ciento) de un universo susceptible de acreditación de 19,769 integrado por unidades médicas de la Secretaría de Salud, IMSS Prospera, Servicios médicos estatales y privados (véase Tabla 1).

TABLA 1.
CANTIDAD DE UNIDADES DE SALUD
ACREDITADAS EN CAUSES.

<i>Institución</i>	<i>Total</i>	<i>Acreditada en CAUSES</i>
Secretaría de Salud	12,489	11,253/90.1%
IMSS Prospera	3,666	670/18.3%
Servicios Médicos Estatales	395	10/2.5%
Servicios Médicos Privados	3,219	54/1.7%
Total	19,769	11,987/60.6%

Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, “Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero a diciembre de 2015”, 2016.

El derecho a la salud de niñas y niños empieza desde la gestación, por lo que la atención previa al nacimiento es muy importante. La atención durante el embarazo, parto y puerperio en México se rige por diferentes reglas y modelos de operación según la institución de salud en cuestión. No obstante, el acceso a servicios de salud y la atención prenatal se han extendido en el país, de manera que en nueve de cada diez embarazos el bebé sobrevive, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.⁴

De acuerdo con la Enadid, entre 2009 y 2014, en los embarazos de mujeres entre 15 y 54 años, hay menos situaciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres, pues 95.3 por ciento son atendidas por un médico, enfermera, auxiliar o promotora de salud durante el parto. No obstante, hay retos que enfrentar, como los riesgos de embarazos que terminaron en aborto o fallecimiento (10.7 por ciento), en especial en entidades donde se supera este promedio como Ciudad de México (12.8 por ciento), Durango (12.4 por ciento) y Sonora (12.4 por ciento). Por otro lado, el promedio de revisiones prenatales o durante la gestación en general es bajo (2.3 revisiones), ya que la Norma Oficial Mexicana para la atención

⁴ UNICEF México, *Documento de apoyo para la elaboración del diagnóstico del Programa Nacional de protección de derechos de la infancia y la adolescencia en México*, 2016, en prensa.

de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), establece que las embarazadas de bajo riesgo deben recibir al menos cinco consultas prenatales. Por otro lado, sobresale que 18.6 por ciento de mujeres no tuvieron revisión postnatal en el último embarazo, en especial en Puebla (12.0 por ciento), Tlaxcala (12.2 por ciento) y la Ciudad de México (12.5 por ciento), según la ENADID 2014.

Además, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se redujo de 22.3 por ciento a 14.4 por ciento entre 2006 y 2012; en las áreas rurales es mayor (18.5 por ciento) que en las urbanas (12.7 por ciento). Asimismo, el tiempo promedio de lactancia fue de 10 meses, aunque en zonas urbanas sólo alcanzó 4.9 meses. Una de cada tres niñas y niños de un año (35.5 por ciento) y una de cada siete menores de dos años (14.1 por ciento) recibían lactancia materna. La Ensanut 2012 identificó que las principales razones que dieron las madres para no dar pecho fue la sensación de no tener leche (37.4 por ciento), enfermedad de la madre (13.7 por ciento) o que la hija o hijo no quiso el pecho (11.4 por ciento).⁵

Sobre la vacunación, de acuerdo con el Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), la cobertura del esquema para 2014 fue de 89 por ciento en menores de un año y de 91.8 por ciento para niñas y niños de un año. Las entidades que tienen prácticamente completa la cobertura en ambas edades son San Luis Potosí, Guanajuato, Nuevo León y Tabasco. Aproximadamente 15 por ciento de la población menor de un año en 2014 no había sido vacunada en Colima, Hidalgo, Jalisco, Quintana Roo y Yucatán.⁶

También la alimentación es un tema importante. ENSANUT 2012 refleja que aún se registran prevalencias elevadas de baja talla o desnutrición crónica (13.6 por ciento), lo cual representa aproximadamente 1.5 millones de niñas(os) en esta condición. A nivel nacional, la prevalencia de baja talla en menores de cinco años en las áreas rurales (21 por ciento)

⁵ *Ibidem*, p. 13.

⁶ Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, *Coberturas de vacunación*, 2014.

es casi el doble de las áreas urbanas (11.1 por ciento). También existen brechas por regiones; en los estados del sur de México, donde la prevalencia de talla baja (19.2 por ciento) es el doble de la de los estados del norte del país (8.9 por ciento).⁷

Por otro lado, la elevada prevalencia de anemia es uno de los principales problemas nutricionales en la primera infancia en México. Según la ENSANUT 2012, alcanza 23.3 por ciento en el grupo de 1 a 4 años de edad, es decir, más de dos millones de niñas y niños. La anemia en menores de cinco años también es más frecuente en las áreas rurales, puesto que aqueja a 25.2 por ciento, frente a 22.6 por ciento en las áreas urbanas; lo que puede estar relacionado con la falta de lactancia materna.

Sin embargo, los elevados niveles de sobrepeso y la obesidad constituyen el principal problema de nutrición en la niñez de 5 a 11 años de edad. La ENSANUT 2012 reporta que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad afecta a una de cada tres niñas y niños (34.4 por ciento) entre los 5 y los 11 años de edad, es decir, 5.6 millones. Las entidades con mayor porcentaje de niñez de 5 a 11 años con obesidad son Campeche (23.2 por ciento) y Baja California Sur (23.2 por ciento), mientras que las de menor porcentaje son Oaxaca (10.3 por ciento) y Zacatecas (10.5 por ciento).

Estos datos son reflejo de la mala alimentación que existe en los hogares con niñas, niños y adolescentes. Según la Encuesta Intercensal 2015, en 19.3 por ciento de dichos hogares, esta población no tiene una alimentación equilibrada.

La desnutrición, la malnutrición y la falta de lactancia materna pueden ser causa de enfermedades que padecen niñas, niños y adolescentes. Los registros de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud (2014) destacan que las principales causas de atención a niñas, niños y adolescentes en hospitales fueron afecciones originadas en la etapa perinatal (18.8 por ciento). Por su parte, destacan otras que pueden ser prevenibles, tales como accidentes (14.5 por ciento), enfermedades del sistema respiratorio (12.5 por ciento) y enfermedades del sistema digestivo (9.1 por ciento). Todas estas acumulan 55 por ciento de los padecimientos de niñas, niños y adolescentes atendidos en unidades de salud.

⁷ UNICEF México, pp. 13-14.

Además, entre 2010 y 2014, la tasa de mortalidad infantil para menores de un año pasó de 14.1 a 12.5 defunciones por cada mil nacidos vivos, y para menores de 5 años pasó de 17.2 a 15.1, lo que representa un decremento de 1.6 y 2.1 defunciones respectivamente. En comparación con la tasa que había en 1990, de 41.0 defunciones, hay un avance de 63 por ciento, cercano a la Meta del Milenio de reducir la tasa en dos terceras partes en el periodo 1990-2015. Sin embargo, algunas de estas defunciones podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud o con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales.

En el caso de los menores de un año las principales causas de mortalidad fueron, en 2014, afecciones originadas en el periodo perinatal (49.6 por ciento) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (25.5 por ciento). Por otra parte, de conformidad con la estadística de mortalidad general del INEGI, en el año 2014 se registraron 41 mil 661 muertes de personas entre 0 y 17 años de edad, de las cuales 6 mil 708 (16.1 por ciento) correspondieron a muertes accidentales o violentas altamente prevenibles, lo que representa una tasa de 19.13 defunciones por cada mil nacidos vivos.

Desde la perspectiva planteada, y derivado de las diferencias regionales que se perciben en los datos mostrados, tiene sentido revisar la situación de la pobreza multidimensional de niñas, niños y adolescentes.

De acuerdo con UNICEF México-CONEVAL,⁸ en México, en 2014, había 21.4 millones de niñas, niños y adolescentes en pobreza (53.9 por ciento, es decir, 5 de cada 10). En pobreza moderada vive 42.4 por ciento y en pobreza extrema 11.5 por ciento. Esto significa que esta población carece de las condiciones mínimas para garantizar el ejercicio de uno o más de sus derechos sociales, pues 8.0 por ciento presentaban rezago educativo, 16.2 por ciento tenían carencia por acceso a servicios de salud, 62.6 por ciento carencia por acceso a la seguridad social, 16.7 por ciento presentaba carencia por calidad y espacios de la vivienda, 24.8 por ciento carencia por servicios básicos en la vivienda y 27.6 por

⁸ Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México 2012, 2014*, México, 2016.

ciento carencia por acceso a la alimentación. Las entidades con mayor porcentaje de niñas, niños y adolescentes pobres son Chiapas (82.3 por ciento), Oaxaca (72.6 por ciento) y Guerrero (72.0 por ciento); aquéllas con menor porcentaje son Nuevo León (24.9 por ciento), Baja California (34.9 por ciento) y Coahuila (34.9 por ciento).

Los datos presentados en este apartado permiten verificar que si bien ha habido avances importantes en la situación de la salud de niñas, niños y adolescentes, como el incremento de la cobertura de los servicios de salud y la acreditación de unidades de salud en la oferta de servicios de salud CAUSES, así como la atención en los partos de profesionales de la salud, incremento en la cobertura de los esquemas de vacunación y el descenso de la tasa de mortalidad a niveles cercanos a las metas establecidas; las estadísticas nacionales esconden brechas importantes entre regiones y grupos de población que aún no tienen acceso a la salud.

Por otro lado, existen aún problemas importantes que no han sido del todo atacados y que afectan la salud de niñas, niños y adolescentes, tales como la falta de revisiones postnatales según la norma mexicana, las pocas niñas y niños que reciben lactancia materna aún con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los problemas de alimentación, desnutrición y malnutrición que afectan a un buen porcentaje de personas menores de 18 años y los efectos de las enfermedades respiratorias y del sistema digestivo que podrían ser prevenidas.

Podemos pensar que la situación de la salud está relacionada con un acceso inequitativo a los servicios de atención de la salud, pero también con factores ambientales, sociales y territoriales relacionados con la pobreza y las carencias, lo que significa una alarma importante hacia la necesidad de poner a niñas, niños y adolescentes en el centro, para garantizar su derecho a la salud.

EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

Concepto general

De acuerdo con la Observación 14 “Sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial”,⁹ el objetivo de

⁹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 3.

este concepto es garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos por la Convención y el desarrollo pleno de niños, niñas y adolescentes en los ámbitos físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social. En este sentido, cada vez que se invoca este concepto significa que la guía será la protección y cumplimiento¹⁰ de los derechos de la niñez y adolescencia para su libre desarrollo como persona, que para el caso de nuestro país se encuentran plasmados en los veinte derechos de la LGDNNA de 2014.

Para tal efecto deben considerarse los parámetros siguientes:¹¹

- a) El carácter universal, indivisible, interdependiente e interrelacionado de los derechos de niñas, niños y adolescentes;
- b) El reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos;
- c) La naturaleza y el alcance globales de la Convención;
- d) La obligación de los Estados Partes de respetar, proteger y llevar a efecto derechos de la Convención;
- e) Los efectos a corto, medio y largo plazo de las medidas relacionadas con el desarrollo de niñas, niños y adolescentes a lo largo del tiempo.

La Observación General núm. 14 del Comité de los Derechos del Niño, en particular sobre su derecho a que su interés superior sea una consideración primordial, determina que este concepto tenga tres dimensiones; es tanto un derecho, como un principio y una norma de procedimiento. A continuación la conceptualización de cada uno, acompañado de un cuadro con un ejemplo.

Derecho sustantivo: El principio de ISN trasciende los ámbitos legislativos o judiciales: se extiende a todas las autoridades e instituciones públicas y privadas, además del entorno familiar de las niñas y niños. Por lo tanto, garantiza que se pondrá en práctica siempre que se tenga

¹⁰ Rony Eulalio López Contreras, “Interés Superior de los niños y niñas: Definición y contenido”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 2015.

¹¹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 6.

que adoptar una decisión que afecte a una niña, niño o adolescente, o grupo de niñas, niños y adolescentes.

Un restaurante familiar decide abrir una terraza para poner mesas para sus comensales y un espacio con algunos juegos para niñas y niños. Los dueños consideran que es una buena oportunidad para que las y los clientes que fuman puedan hacerlo sin salir del establecimiento. Con esta decisión, los clientes estarían más satisfechos con el servicio pues cuentan con un área abierta para comer, fumar y tener cerca a sus hijos quienes juegan. En este ejemplo, todo parece indicar que es una decisión donde dueños y clientes ganan, sin embargo, es un espacio donde cohabitarían fumadores con niñas y niños. ¿Se deben quitar o conservar los juegos y el área para fumar?, ¿ambas o sólo una de ellas?, ¿con base en cuál criterio se determina esta decisión?, ¿tener fumadores y niñas o niños es buena idea si sólo es por un rato?, ¿a quién se privilegia, al cliente o a las niñas y niños?, ¿niñas y niños son clientes?

Desde el punto de vista del isn, más allá de clientes, niñas, niños y adolescentes son personas y tienen su derecho a espacios libres de humo que contribuyen a garantizar su derecho a la salud.

Principio jurídico: Toda decisión que concierna a niñas, niños y adolescentes, debe ser prioritaria para garantizar la satisfacción integral de sus derechos. Si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá la interpretación que satisfaga de manera más efectiva el ISN.

Un padre y una madre están en proceso de divorcio y deben resolver a quién se asigna la patria potestad de sus dos hijas, una de cinco años y otra de ocho. El padre es un conductor de taxi con ingresos irregulares y la madre es comerciante en un mercado. Uno de los argumentos del divorcio es que la madre incrementó su alcoholismo y en ocasiones ha sido violenta con sus hijas; asimismo el padre no se encuentra en el hogar durante todo el día. A las niñas por separado se

les preguntó con quién preferirían vivir y su opinión sobre la vida de su familia, una de las hijas dijo que con su madre y otra con su padre. ¿Cuál sería el interés superior de las dos niñas?, ¿debería asignarse con la madre la patria potestad como casi tradicionalmente se ha hecho?, ¿con quién de ambos progenitores se aseguraría una familia que garantice la mayoría de sus derechos?, ¿debería ir una niña a vivir con su madre y la otra con su padre?

No hay respuestas correctas en términos de que el ISN observa que deben garantizarse todos sus derechos, pero como en este caso, entran en conflicto: derecho a vivir en una familia, la no violencia, a participar y expresar sobre los temas que les afectan, la salud mental como parte del derecho a la vida y supervivencia. ¿Cuál se privilegia?

Norma de procedimiento: Toda decisión gubernamental es resultado de un proceso en que el ISN es la consideración primordial para sopesar distintos intereses en pugna y en el que se valoran los efectos que esas decisiones tendrán en el bienestar y desarrollo de niñas, niños y adolescentes. Por lo tanto, todo proceso de adopción de decisiones deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones (positivas o negativas) de la decisión a niñas, niños y adolescentes interesados.

Existe el proyecto de una obra pública de carreteras que van a conectar a varias comunidades que se encuentran aisladas entre sí. Sin duda será benéfico pues existirán canales comerciales que permitirán intercambios de toda índole. No obstante, en esta lógica que nuestra normatividad trae, antes de construir la carretera hay que preguntarse: ¿en qué va a beneficiar a niñas, niños y adolescentes?, ¿garantizará su derecho a la alimentación si se traen víveres?, ¿en qué los podría afectar?, ¿estamos vulnerando algunos de sus derechos y la Ley General?, ¿podríamos consultarles para integrar su opinión a la decisión?

El ISN diría si la decisión vulnera uno o más derechos en lugar de contribuir a garantizarlos. Si la medida va a repercutir en su derecho a la alimentación por el abasto de víveres o al acceso en telecomunicaciones y, además, tiene base en la opinión de niñas, niños y adolescentes, muy bienvenida. Si la medida limita el acceso a las escuelas, por ejemplo, vulnera el derecho a la educación. Para tomar estas decisiones, hace falta mucha más información y reflexión.

Como puede pensarse, la solución de las situaciones presentadas en los ejemplos y las respuestas a las preguntas ahí planteadas no es sencilla y no existe una receta o serie de pasos precisos que permitan resolverlas fácilmente, ya que implican la determinación del ISN así como la participación de niñas, niños y adolescentes. En general, el ISN es un concepto que debe aplicarse en todas las decisiones, actos, conductas, propuestas, servicios, procedimientos y demás iniciativas que afectan directa o indirectamente a niñas, niños y adolescentes en lo individual y lo colectivo.

DEBATE SOBRE EL CONCEPTO

No obstante, la propia Observación General núm. 14 del Comité de los Derechos del Niño señala que ISN es un concepto flexible y adaptable¹² y ello contribuye al debate sobre la ambigüedad del concepto, por lo que generar criterios ayuda a orientar el rumbo de las decisiones. El debate se centra en que, al hablar del ISN e intentar conformar un concepto que pueda ser universalmente aceptado, nos encontramos con diversas críticas que ha recibido: desde su alto grado de abstracción y vaguedad hasta lo complejo de su definición teórico-jurídica si lo consideramos desde la perspectiva del debate entre liberales y comunitarios.¹³

¹² *Ibidem*, p. 9.

¹³ Ha sido indispensable el debate en el discurso sobre los derechos fundamentales, y muy específicamente en la “universalidad” y “perspectiva occidental” de los mismos, percibidos de forma crítica por los teóricos ubicados en las teorías comunitaristas o multiculturalistas, en donde se contraponen las visiones sobre cuál sería la mejor forma de organización social, considerando la diversidad de culturas en las que vivimos las so-

El debate es un discurso dirigido a concebir el principio del ISN, desde el ámbito de los derechos fundamentales, y percibir que la niñez y la adolescencia deberán ser sujetos de derechos universales más allá de cualquier perspectiva relativista, cultural o comunitaria, en donde muchos de estos derechos no puedan garantizarse porque su normativa está regida por los usos y costumbres que no se encuentran armonizadas con la perspectiva universalista y liberal. En el caso mexicano implicaría un conflicto con aquellas comunidades indígenas que tienen aún la idea de que este grupo poblacional no tendría derecho a la toma de decisiones, a participar en foros públicos, a la salvaguarda de sus derechos a la salud, la alimentación, la igualdad, a la no discriminación, a entornos seguros y saludables libres de violencia, a la vivienda y necesidades básicas, a la identidad, a la protección especial, a ambientes lúdicos y culturales de esparcimiento y juego, a no trabajar, a un sistema de justicia pleno, así como a entornos familiares e institucionales.

Lo anterior deriva de la postura de Miguel Cillero¹⁴ quien expresa que a pesar de las ideas o perspectivas culturales tan diversas y a la dificultad del tema que se analiza, es necesario en situaciones como las expresadas con anterioridad afirmar que:

La Convención representa el consenso de diferentes culturas y sistemas jurídicos de la humanidad en aspectos tan esenciales como los derechos y deberes de los padres y del Estado frente al desarrollo de los niños; las políticas públicas dirigidas a la infancia; los límites de la intervención del Estado y la protección del niño de toda forma de amenaza o vulneración de sus derechos fundamentales; y finalmente, la obligación de los padres, los órganos del Estado, y la sociedad en general de adoptar todas las medidas para dar efectividad a sus derechos.

ciudades modernas. En este sentido, la vertiente liberal considera que en lo único en lo que no puede relativizarse, es en los derechos fundamentales de las personas, y que este discurso se traduce en la búsqueda de un acuerdo universal sobre la perspectiva ética y política, lo cual se manifiesta en la creación de los derechos humanos. Sin embargo, esta temática obedece a un tema que requiere otro espacio de análisis.

¹⁴ Miguel Cillero Bruñol, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, en *Justicia y Derechos del Niño*, 1998.

Lo anterior son elementos que no pueden ser pasados por alto, ya sea por la decisión del Estado, de aquellas ideas o perspectivas adultocéntricas y excluyentes derivadas de las diferencias culturales, que impiden y han impedido que puedan diseñarse herramientas jurídicas comunes a todas las personas y que tienen que ver con los derechos fundamentales de éstas.

En este sentido, es necesario que el andamiaje jurídico e institucional en favor de los derechos de la niñez y la adolescencia supere estos retos que parten del ámbito de lo teórico, y de un nivel de abstracción derivado de las argumentaciones jurídicas al respecto, y puedan aterrizar en la legislación en todos los países así como en la mexicana, en la redacción de normas no sólo a nivel federal, sino también a nivel estatal y municipal, así como en todas las políticas, programas y proyectos que tengan pertinencia para las niñas y niños y los afecten.¹⁵

Una cuestión que destaca Cillero, y que resulta apremiante en el caso mexicano, es que los aspectos culturales específicos en que viven niñas, niños y adolescentes deberán ceder, poco a poco, en aceptar el reconocimiento y tránsito por parte de los protagonistas de las diversas culturas en las que conviven —las cuales están fundamentadas desde una idea adultocéntrica— a una cultura en la que la niñez y la adolescencia tengan garantizados todos sus derechos; por encima de los distintos pensamientos que favorecen el relativismo que forma parte de las legislaciones que han fomentado la invisibilidad y la discriminación de 40 millones de personas, que permiten que este grupo de la población se encuentre en situaciones de alta vulnerabilidad.

Por ello, como afirma Cillero es necesario que “en la aplicación de este principio la protección de los derechos del niño, prime por sobre cualquier consideración cultural que pueda afectarlos, así como sobre cualquier otro cálculo de beneficio colectivo. El principio del Interés Superior, entonces, no puede ser una vía para introducir el debate sobre el relativismo cultural que ha pretendido afectar la expansión de la protección universal de los derechos humanos”.

¹⁵ Comité de los Derechos del Niño de la Organización de las Naciones Unidas, *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, 2015, p. 6.

Por ello, más allá de cualquier postura al respecto es necesario que el ISN no se perciba como bien lo dice López Contreras como:¹⁶

Una frase trillada que se utiliza para resolver procesos de niñez; empero, no precisamente para resolverlos del modo que más convenga a los niños o niñas, sino que se resuelvan con fundamento en criterios personalísimos, vagos e indeterminados, o con fundamentación en prácticas rutinarias, sin tomar en cuenta criterios científicos y académicos que explique los elementos del ISN.

De acuerdo con Cillero, el hecho de que no haya una conceptualización específica lo remite a tener una definición que se presta a interpretaciones que conllevan a que se realicen resoluciones jurídicas que no satisfacen en términos fácticos la seguridad de niñas, niños y adolescentes. Una de las principales críticas es el hecho de que la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño la recogiera “porque amparado en el ‘interés superior’ se permitiría un amplio margen a la discrecionalidad de la autoridad y se debilitaría la tutela efectiva de los derechos que la propia Convención consagra”.

Lo que es fundamental rescatar es que, con independencia de las diversas lecturas que puedan darse sobre el ISN, es necesario entenderlo como el eje fundamental en cada uno de los procesos donde interviene algún tipo de derecho de niñas, niños y adolescentes, en virtud de que dicho principio forma parte del sistema de protección de la niñez. En este sentido, la evaluación y determinación del ISN se hace indispensable.

Como ya se ha comentado, el término se encuentra establecido en el artículo 3 de la Convención Sobre los Derechos del Niño, y podría entenderse como la potenciación de los derechos a la integridad física y psíquica de este grupo poblacional en donde debe garantizarse los derechos dirigidos a la evolución y desarrollo de su personalidad en un ambiente sano y agradable, que apremie como fin primordial su bienestar general; lo cual implica que deba prevalecer sobre cualquier situación o circunstancia paralela, lo que sea de mayor conveniencia a la niña, niño y adolescente en concreto.

¹⁶ López, *op. cit.*, p. 53.

Un aspecto de difícil solución, pero que debe ser tratado como elemento indispensable en el ISN, está planteado en la Convención como la regulación entre niñez y familia, reconociendo por un lado, el derecho de los padres a la crianza y a la educación, y al mismo tiempo el derecho de la niñez a ejercer sus derechos por sí mismos de forma progresiva y de acuerdo a la evolución de sus facultades, como puede percibirse en el derecho a la participación. Es necesario interpretar esto como la obligación del Estado de apoyar a los padres en este proceso, dirigiendo a ambos a la construcción de una autonomía en el ejercicio de sus derechos, en virtud de que los roles parentales no son derechos absolutos, y deben tener la vigilancia del Estado considerando que lo público también es privado, y que finalmente los derechos deben estar guiados por el interés superior de la niñez y adolescencia.

En este tenor, López Contreras¹⁷ considera que debe permearse al interior de todos aquellos ámbitos en donde se tomen decisiones que incumban a la salvaguarda de los derechos humanos de la niñez y la adolescencia, que desde su visión permita que la perspectiva adulta pueda ser modificada bajo el eje rector del ISN.

CONCEPTOS SOBRE EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ EN LA SALUD

De acuerdo con la Observación General núm. 14,¹⁸ el ISN también radica en que los Estados deben crear un entorno que respete la dignidad humana y asegure el desarrollo holístico de niñas, niños y adolescentes al garantizar el pleno respeto de su derecho intrínseco a la vida, la supervivencia y el desarrollo. En este grupo de derechos intrínseco se encuentra el de la salud, entendido como el derecho del niño, niña o adolescente “a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible

¹⁷ *Ibidem*, p. 56.

¹⁸ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 14*, p. 11.

de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud”.¹⁹

En general, el ISN en la salud de las personas que tienen entre 0 y 17 años de edad se sugiere (Observación General 15) que pueda guiarse a partir de las siguientes premisas:

En síntesis, las 10 premisas anteriores buscan establecer que el ISN en materia de salud tiene el alto mandato de que cada niña, niño y adolescente acceda a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Con el logro del derecho de la salud, será posible contribuir a un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades.

MARCO JURÍDICO SOBRE EL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

El término del ISN se encuentra establecido en el artículo 3 de la Convención Sobre los Derechos del Niño (1989), y se entiende como la potenciación de los derechos a la integridad física y psíquica de este grupo poblacional en donde deben garantizarse los derechos dirigidos a la evolución y desarrollo de su personalidad en un ambiente sano y agradable, que apremie como fin primordial su bienestar general; lo cual implica que deba prevalecer sobre cualquier situación o circunstancia paralela lo que sea de mayor conveniencia a la niña, niño y adolescente en concreto.

Su reconocimiento universal parte desde la Declaración de Ginebra sobre los Derechos de los niños, aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924, hasta la Convención sobre los Derechos de los niños adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, la cual se caracteriza por ser el Tratado Internacional que más Estados han ratificado, lo cual denota el reconocimiento y aceptación que tiene a nivel mundial.

¹⁹ Comité de los Derechos..., *Observación General núm. 15*, p. 279.

En nuestro país, pese a que el Estado había firmado diversos tratados que lo comprometían a crear un marco legal que reconociera específicamente el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser sujetos de derecho, como lo fue la ratificación del Senado de la República el 21 de septiembre de 1990 sobre la mencionada Convención, en donde se adquirió el compromiso de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de cualquier índole para dar efectividad a dichos derechos, éste no había logrado concretarse en un instrumento normativo que garantizara de forma fehaciente sus derechos.

Puede destacarse en este proceso también la reforma del 2011 a los artículos 4o. y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el DOF el 12 de octubre de 2011, en la cual se incorpora el ISN y cómo ésta deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la infancia.

En un segundo momento, se le atribuyó al Congreso la facultad de expedir leyes que permitieran la concurrencia de la Federación, los estados, el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) y los municipios, en el ámbito de sus respectivas competencias en dicha materia, a velar en todo momento por dicho interés.

Después de un largo camino andado por parte de distintos organismos internacionales como UNICEF y diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales, el 4 de diciembre de 2014 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto que expide la LGDNNA, con lo cual deben reformarse también diversas leyes en los tres órdenes de gobierno, en los tres poderes de la unión, así como en los organismos públicos autónomos, además de algunos aspectos previstos en la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.

La LGDNNA reconoce a estas personas como titulares plenos de un conjunto de derechos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, de acuerdo a los términos expresados en los artículos 1o. y 4o. de la Constitución Política.

CUADRO 1
 DIEZ PREMISAS PARA ORIENTAR
 EL ISN EN EL DERECHO A LA SALUD

-
1. Asegurar la salud significa asegurar el disfrute de todos los demás derechos.
 2. Predecir escenarios que mitiguen las disparidades sociales en toda decisión que se tome en el ámbito de la salud.
 3. Asegurar que la salud de niñas, niños y adolescentes no sea obstaculizada por la discriminación de toda índole.
 4. Privilegiar a niñas, niños y adolescentes con derechos vulnerados en lo individual y colectivo, así como los que se encuentran en zonas insuficientemente atendidas.
 5. Favorecer mecanismos para que niñas, niños y adolescentes expresen sus opiniones, se tengan debidamente en cuenta, en función de su edad y madurez en temas relativos a la salud, entre ellos: los servicios que se necesitan, el lugar más indicado para su prestación, los obstáculos al acceso a los servicios, la calidad de los servicios y las actitudes de los profesionales de la salud, entre otros.
 6. Fundamentar con el ISN criterios que contribuyan a las decisiones para la asignación de recursos.
 7. Construir políticas orientadas a proteger los entornos físicos y sociales en los que la niñez y adolescencia viven, crecen y se desarrollan; así como aquellas que favorezcan la vida, la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.
 8. Establecer procedimientos y criterios para orientar a los trabajadores de la salud en la determinación del ISN en ese ámbito.
 9. Contar con la información desagregada en edad, sexo, estado de discapacidad relativo, condición socioeconómica, aspectos socioculturales y ubicación geográfica en materia de salud.
 10. Fundamentar a través del ISN todas las decisiones que se adopten con respecto a tratamientos.
-

Elaboración propia con base en la Observación General 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Además, se establece la obligación de fomentar una cultura de respeto, promoción y protección integral y especial, misma que deberá formar parte fundamental de los proyectos, programas y acciones de los órganos jurisdiccionales, las autoridades administrativas así como los órganos legislativos; específicamente también señala que el ISN tendrá consideración primordial en las cuestiones en donde se encuentre involucrado algún conflicto en la garantía de sus derechos.

Por ello, al presentarse distintas interpretaciones en términos legales, se elegirá la que satisfaga de mejor forma la salvaguardia de niñas, niños y adolescentes, evaluando y ponderando las posibles repercusiones en aquellas decisiones que les afecten en lo individual o en lo colectivo en donde debe recalcarse que el ISN, como ha sido descrito, es un concepto tridimensional, en virtud de que 1) es un derecho sustantivo, 2) es un principio interpretativo fundamental y 3) cuenta con una norma de procedimiento, lo cual implica que deba realizarse una evaluación y determinación de dicho principio en los términos de procesos administrativos, presupuestales, en el diseño de políticas públicas y en aquellas situaciones en las que se involucren a niñas, niños y adolescentes.

No obstante, aún hay camino por avanzar. El Comité de los Derechos del Niño, en sus informes Cuarto y Quinto²⁰ destaca el reconocimiento constitucional al derecho de niñas y niños de que su interés superior sea tenido en cuenta como consideración primordial, pero también insta a nuestro Estado a aplicar este derecho en la práctica de manera consistente a través de:

- Procedimientos y decisiones de carácter legislativo, administrativo y judicial.
- Todas aquellas políticas, programas y proyectos que afecten directa e indirectamente a niñas, niños y adolescentes.
- Elaborar criterios que orienten a todas las autoridades competentes a determinar el ISN en todas las esferas.
- Otorgar su debida importancia como consideración primordial.

Un aspecto relevante de la LGDNNA es que, en virtud de que sustenta su argumentación en el principio del ISN, convierte a esta norma en un instrumento que orienta positivamente las distintas acciones que el Estado deberá de realizar en cada uno de los derechos que establece.

²⁰ Comité de los Derechos..., *Observaciones finales...*, pp. 5-6.

En cuanto a lo que dicha ley establece en términos del tema que nos compete, presenta en el título segundo, artículo 13, fracción IX que el derecho a la salud y a la seguridad social, forma parte del grupo de veinte derechos específicos para este grupo poblacional.

En los artículos 50, 51 y 52, se ubica lo concerniente al derecho a la protección de la salud y seguridad social; en donde se establece que, niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud posible y a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad. Adicionalmente, versa sobre la educación y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, sobre la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la atención médica en un marco de respeto y afectividad en el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como la garantía en el acceso a métodos anticonceptivos; en esta temática es importante resaltar la prohibición de esterilización forzada.

La Ley destaca de manera clara que los sistemas de salud deberán cumplir con el derecho a la salud a través de acciones afirmativas atendiendo al derecho de prioridad, la igualdad sustantiva, la no discriminación y el ISN.²¹

En relación con el tema de nutrición, cabe mencionar, que la LGDNNNA lo retoma considerando el grave problema de salud pública que aqueja a la población mexicana, específicamente al sobrepeso y obesidad en niñas, niños y adolescentes; se señala que se trabajará en ello mediante la promoción de una alimentación equilibrada, consumo de agua potable, ejercicio físico y programas de prevención.

Los artículos 53 al 56 versan sobre el derecho a la inclusión de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, en donde consideran algunas de las temáticas más importantes en materia de derechos de este grupo de la población, pues se mandata el establecimiento de mecanismos para recopilar información y estadísticas sobre niñas, niños y adolescentes con discapacidad para hacer una adecuada formulación de las políticas públicas.

²¹ Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, 4 de diciembre de 2014, p. 37.

En cuanto al tema de asistencia social, que en muchos de los casos está vinculado en la misma ley, a la salud, se encuentra plasmado en los artículos 107, 108, 109, 110 y 111. Fundamentalmente se estipula que los Centros de Asistencia Social están regulados en el título cuarto “De la Protección de Niñas, Niños y Adolescentes”. Además indica que las instalaciones de los Centros de Asistencia Social observarán los requisitos que señale la Ley General de Salud, y éstos deberán cumplir con una serie de requisitos entre los que destacan el que deban ser administradas por una institución pública o privada, o por una asociación que brinde el servicio de cuidado alternativo o acogimiento residencial para niñas, niños y adolescentes sin cuidado parental o familiar.

DETERMINACIÓN DEL INTERÉS SUPERIOR DE LA NIÑEZ

Elementos generales y específicos

De acuerdo con la Observación 14, el ISN debe determinarse en función de sus necesidades físicas, emocionales y educativas, la edad, el sexo, la relación con sus padres y cuidadores y su extracción familiar y social, y tras haberse escuchado su opinión y haberla tomado debidamente en cuenta. Con base en esta conceptualización sobre cómo determinar el ISN, fue construido el cuadro 2 que muestra una selección de criterios para determinar el ISN en general y en la salud en particular, los cuales surgen de las observaciones generales núm. 4, núm. 5, núm. 12, núm. 14 y núm. 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Los elementos siguientes serán sustanciales para que el Estado, las instituciones públicas y privadas, así como la sociedad, puedan garantizar el desarrollo integral de la niñez y adolescencia percibidas como personas humanas, donde ellas y ellos puedan crear relaciones basadas en la dignidad humana, donde su autonomía y voluntad no sea restringida o coaccionada en aras de lograr un mejor entorno familiar, en su salud, en su educación, en su relación con la sociedad y con una mejora sustantiva en su desarrollo integral.

CUADRO 2
CRITERIOS PARA DETERMINAR EL ISN EN LA SALUD

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
General	Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Las decisiones tienen en cuenta el punto de vista de niñas, niños y adolescentes. Concede a su opinión la importancia que merece de acuerdo con su edad y madurez. De esta forma se respeta que niñas, niños y adolescentes participen en la determinación de su interés superior.
General	Identidad y contexto	La diversidad es parte de la niñez y adolescencia y debe considerarse en la evaluación a través de: sexo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión y las creencias, la identidad cultura y la personalidad. Preservar los valores y las tradiciones religiosas y culturales son parte de la identidad de niñas, niños y adolescentes, excepto aquellas prácticas que sean incompatibles o estén reñidas con los derechos contenidos en la LGDNNA.
General	Entorno familiar y social	Su objetivo es privilegiar, en la medida de lo posible, un ambiente familiar y social acorde con su etapa de vida y con sus necesidades y conveniencias, para asegurar el pleno desarrollo de su personalidad. En donde pueda tener acceso a salud, educación, adecuada alimentación, a que sea respetado en su dignidad humana, y pueda desarrollarse en un ambiente alegre, con espacios para juego y recreación, considerando los valores humanos y con una formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, ética, espiritual, y afectiva.

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
General	Predictibilidad	Creación de los mejores escenarios posibles para niñas, niños y adolescentes; considerando cada caso en concreto, lo cual será esencial en su desarrollo a lo largo de su vida, considerando desde su contexto, lo que objetivamente convenga más para el desarrollo de la niñez y adolescencia en todos los sentidos. Con visión a largo plazo que construya un proyecto de vida alentador, lo cual posibilite que las decisiones que tome sean las adecuadas en el presente y en el futuro para su desarrollo integral.
General	Situación de vulnerabilidad	Un aspecto de suma importancia es privilegiar las situaciones de vulnerabilidad, como tener alguna discapacidad, pertenecer a un grupo minoritario, ser refugiado o solicitante de asilo, ser víctima de malos tratos, vivir en la calle, etcétera. Considerando siempre que hay diferentes tipos y grados de vulnerabilidad.
General	Derecho a la salud	Privilegiar el acceso a la salud individual y colectiva de niñas, niños y adolescentes es clave para tomar las decisiones pertinentes.
General	Derecho a la educación	Privilegiar el acceso a la educación: estar matriculado, asistir a un espacio educativo, participar de las actividades, calidad en la educación, instalaciones, profesorado, etcétera.
Salud	Disponibilidad	Funcionamiento en cantidad suficiente de instalaciones, bienes, servicios, personal, equipos, medicamentos y programas de salud infantil. Se considera como suficiencia cuando las necesidades han sido cubiertas, en especial a las poblaciones insuficientemente dotadas de servicios y las de acceso difícil.

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Descripción</i>
Salud	Accesibilidad	<p>Se reconocen cuatro aspectos clave para reconocer accesibilidad:</p> <p>Al alcance de niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas y madres.</p> <p>Físicamente accesibles a radios considerables de donde se encuentran niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas y madres.</p> <p>Financiación de la salud para todas y todos. La falta de pago de servicios, medicamentos, tratamientos no debe ser sinónimo de denegación.</p> <p>Proporcionar a niñas, niños y adolescentes información adecuada y esencial para su salud y desarrollo a fin de que puedan elegir comportamientos de salud que les beneficie, así como sobre promoción de la salud, su estado de salud y opciones de tratamiento. Todo en un formato que sea accesible y comprensible.</p>
Salud	Aceptabilidad	<p>Obligación de que todas las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud se diseñen y usen de una forma que tenga plenamente en cuenta y respete la ética médica, así como las necesidades, expectativas, cultura e idioma de niñas, niños y adolescentes. Debe prestarse especial atención a determinados grupos.</p>
Salud	Calidad	<p>Las instalaciones, bienes y servicios relacionados con la salud deben ser adecuados desde el punto de vista científico y médico y de calidad. Significa, entre otros aspectos, que se cuente con evaluaciones disponibles, personal sanitario capacitado en derechos y salud infantil, así como en participación y determinación del ISN, equipos aprobados y adecuados para niñas, niños y adolescentes</p>

Elaboración propia con base en las Observaciones Generales núm. 4, núm. 5, núm. 12, núm. 14 y núm. 15 del Comité de los Derechos del Niño de la ONU.

Como puede apreciarse en el cuadro 2, se proponen dos ámbitos clave: por un lado, el general que contiene 7 elementos que deben considerarse como criterios generales para determinar el ISN y 4 elementos específicos para el ámbito de salud. Las 10 premisas o principios son aquellas que orientarán los elementos prácticos arriba expuestos. En este sentido, para determinar el ISN se puede sintetizar en el cuadro 3, el cual puede funcionar como guía que oriente la mejor evaluación para determinar el ISN:

CUADRO 3
GUÍA PARA ORIENTAR LA DETERMINACIÓN
DEL ISN EN EL DERECHO A LA SALUD

<i>Elementos generales ISN</i>		<i>Elementos específicos ISN salud</i>	
Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Identidad y contexto	Disponibilidad	Accesibilidad
Entorno familiar y social	Predictibilidad		
Situación de vulnerabilidad	Derechos a la salud y a la educación	Aceptabilidad	Calidad
Premisas para orientar el ISN en el derecho a la salud			

Elaboración propia.

Para la determinación debe considerarse que cada uno de los elementos generales anteriores son integrales entre sí en función de que todos tienen relación con el ISN, por lo que no hay uno que sea más importante que otro y que varían de un caso a otro, si es individual o colectivo. No obstante, al determinar un tema exclusivo para la salud, los cuatro elementos específicos deben considerarse junto con los generales como complemento que ayuda a esclarecer casos cuando del derecho a la salud se trata.

CASO DE ORIENTACIÓN PARA DETERMINAR EL ISN

Génova Nuevo Progreso, municipio de San José Tenango, se encuentra ubicada en la Sierra Mazateca en Oaxaca, en un cerro al que para llegar se requiere subir durante una o hasta dos horas caminando pues no hay caminos o carreteras trazadas. Esta localidad está catalogada con un grado muy alto de marginación y de rezago social. Al llegar a Génova, se ven cerca de 30 viviendas en las que viven 149 personas de todas las edades, también se aprecian unas canchas con una escuela primaria, una iglesia, una sola tienda que es la que cuenta con el único refrigerador de la localidad y un centro de salud abandonado.

Cleotilde tiene 15 años y vive en Génova. Desde que era niña acompaña a su mamá a diario por leña para el fogón, la cual trae de regreso cargada en su espalda. Hace un año, durante la madrugada, mientras regresaba a su casa con la leña, Cleotilde tropezó y se descalabró. Llegó a su casa y junto con su madre tuvieron que bajar a Sitio Iglesia, la comunidad más cercana que cuenta con un centro de salud y un enfermero para ser atendida. Casi dos horas después, en Sitio Iglesia fue canalizada para revisión y posibles estudios por un médico en la cabecera municipal de San José Tenango, que está a 45 minutos en camioneta. El médico determinó que eran necesarios estudios neurológicos urgentes que no podían hacerse sino hasta Tehuacán, Puebla, a más de cuatro horas en autobús.

La historia de Cleotilde se repite constantemente si se considera que en 31,753 localidades de menos de 5 mil habitantes no hay clínica ni consultorio médico, así como ha sido estimado que en 10,327 localidades a las personas les toma más de una hora llegar a la cabecera municipal.

Para contribuir con esta historia, la tabla 2 muestra los tiempos de traslado a hospitales: a menor cantidad de habitantes se amplía el tiempo de traslado, debido a diversas variables como marginación de las comunidades, tipo de emergencia, disponibilidad del transporte, disponibilidad y accesibilidad del servicio por institución, entre otras.

TABLA 2
 TIEMPOS DE TRASLADO A HOSPITAL
 DE ACUERDO CON INSTITUCIÓN, 2010 (MINUTOS).

	<i>No afiliado</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>PEMEX</i>	<i>Otro</i>	<i>Seguro Popular</i>	<i>Promedio</i>
Tiempo de traslado a hospital para atender las más recientes emergencias	55.5	35.7	37.3	35	32.6	58.8	42.5
Tiempo estimado de llegar al hospital en caso de emergencia	46.8	38.2	33.1	31.9	27.4	57.9	39.2
Tiempo promedio de traslado al hospital de acuerdo a tamaño de localidad							
Menor a 2,500 habitantes	91	50.5	52.8	49.4	63.3	82.4	64.9
De 2,500 a 14,999 habitantes	61.2	53.9	48	49.8	32.7	50.2	49.3
De 15,000 a 99,000 habitantes	34.6	38.2	27.6	52.9	44.6	36.4	39.1
De 100,000 y más habitantes	41.6	30.8	34.7	26.3	25.9	38.7	33.0

Fuente: UNICEF. Análisis de la situación del cumplimiento de los derechos de la niñez en México.

Para las localidades del tipo donde Cleotilde vive, 64 minutos es el promedio de traslado hacia un hospital, el cual se incrementa si la afiliación es en el Seguro Popular y se potencia hasta hora y media si no se cuenta con afiliación. Estos datos significan que la disponibilidad de los servicios varía de acuerdo a la institución, pero que si no se es afiliado es más complejo buscar un espacio de salud disponible. En comunidades de menos de 2,500 habitantes el tiempo es muy valioso en casos cuando el derecho a vivir se pone en juego.

Partiendo de que el ISN debe formar parte del diseño de políticas públicas, ¿cómo determinar los elementos del ISN para generar información que contribuya a la toma de decisiones de una medida o en la construcción de una política pública? El cuadro 4 explora los elementos antes mencionados a partir de preguntas que derivan en resultados que ayuden a determinar el ISN, los cuales pueden orientar a la construcción de instrumentos que contribuyan a determinar el ISN en este ámbito.

Los resultados expuestos surgen de datos recabados de la localidad²² y de un ejercicio participativo hipotético realizado tanto con personas adultas como con niñas, niños y adolescentes para descubrir en colectivo las necesidades y visión que tienen de la comunidad sus habitantes.

La información, como se muestra, fue organizada de acuerdo a las preguntas orientadoras: a) de manera breve, b) se refiere siempre a niñas, niños y adolescentes, c) destaca factores de riesgo y de protección, d) destaca la opinión y expresión de niñas, niños y adolescentes, y e) trata de predecir escenarios. Al final del cuadro se hace un resumen que destaca los principales puntos para determinar el ISN en virtud del caso de que se trate.

²² Secretaría de Desarrollo Social, “Catálogo de localidades”, en *Unidad de microrregiones*, 2016.

CUADRO 4
FICHA INTEGRADORA DE ELEMENTOS DE ISN

<i>Ámbito</i>	<i>Elemento</i>	<i>Preguntas orientadoras</i>	<i>Resultados</i>
General	Expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes	Derivado de procesos con- sultivos con niñas, niños y adolescentes, ¿cuáles son las propuestas, ideas y deseos que expresan?	Niñas, niños y adolescentes expresaron que los visiten doctores “que vayan y vengan” o que hayan doctores en Río Sapo, la comunidad más cercana. Proponen que haya jóvenes mazatecos que estudien como doctor y vivan en Génova para dar atención, “pues nadie querrá irse a vivir allá”. Les gustaría caminos en sus cerros para conocer San José y llegar pronto al “doctor”. Les preocupan las “mamá embarazadas” que se enferman y que la partera no puede atender, así como ser atendidos cuando existen accidentes.
General	Identidad y contexto	¿Cuáles son las características de niñas, niños y adolescentes que viven ahí?	Son del grupo mazateco, de religión católica. Hay niñas y niños en edad escolar principalmente y recién nacidos.
General	Entorno familiar y social	¿Existe un entorno protector?, ¿cuentan con una unidad familiar?, ¿Hay una estructura social que se preocupe por ellos y ellas? ¿Nuestras acciones separarían a niñas, niños y adolescentes de estos entornos?	No hay casos de migración por el momento en la localidad, por lo que las unidades familiares están aseguradas de no ser separadas. Existe un problema de la comunidad por las adscripciones a partidos políticos de los habitantes. Ello ha contribuido a que la comunidad se divida en dos, por lo que no participan en las actividades.

Continuación

Ámbito	Elemento	Preguntas orientadoras	Resultados
General	Predictibilidad	¿Cuál sería el escenario a mediano y largo plazo de niñez y adolescencia con una decisión u otra?	<p>Si se reactiva el centro de salud el escenario es que el médico vuelva a irse, por lo que este sector pierde la oportunidad de atención inmediata.</p> <p>Si se dejan las cosas como están, habrá niñas, niños y adolescentes que tengan accidentes o se enfermen de gravedad que serán atendidos hasta casi dos horas posteriores.</p> <p>Construir caminos podría acercar grupos violentos, pero también acceso a rutas comerciales, bienes y servicios, como los de salud.</p>
General	Situación de vulnerabilidad	¿Hay grupos de niñez y adolescencia vulnerables?	<p>Son grupos indígenas mazatecas, en pobreza extrema, cuyas comunidades tienen altos grados de marginación y rezago social.</p>
General	Derecho a la salud	¿Se garantiza la salud de este grupo de población con la decisión o diseño?	<p>En este caso, se debe privilegiar la salud de niñas, niños y adolescentes en la comunidad como elemento clave para las decisiones.</p>
General	Derecho a la educación	¿Se garantiza la educación con esta decisión o diseño?	<p>Niñas y niños tienen una escuela con un profesor rural en Génova. Los más grandes bajan a Río Sapo o Sitio Iglesia a la Telesecundaria. La educación podría verse mermada si los más grandes que bajan a la escuela se accidentan. En cualquier caso, el diseño no afectaría este derecho.</p>
Salud	Disponibilidad	<p>¿Las necesidades en materia de salud han sido cubiertas?</p> <p>¿Son suficientes?</p>	<p>No existe suficiencia para la comunidad, ni dentro de ella ni fuera de la misma. Contribuye a incrementar la falta de disponibilidad de servicios de salud, debido a la lejanía entre las poblaciones.</p>

<i>Continuación</i>	<i>Elemento</i>	<i>Preguntas orientadoras</i>	<i>Resultados</i>
<i>Ámbito</i>			
Salud	Accesibilidad	¿Están a su alcance los servicios? Para todas y todos, cerca, con cobertura garantizada e información.	No hay accesibilidad en los servicios de salud pues no están a un radio cercano, ni tampoco hay información disponible, ni accesibilidad en medicamentos y tratamientos.
Salud	Aceptabilidad	¿Las instalaciones, bienes y servicios contemplan las necesidades, expectativas, cultura e idioma de niñas, niños y adolescentes?	Debido a que el centro de salud ya no opera y los demás están alejados, no se asegura que contemple las necesidades y expectativas. No obstante, los otros centros de salud hablan en mazateco y recurren a medicina tradicional de la zona también.
Salud	Calidad	¿Las instalaciones, bienes y servicios son adecuados desde el punto de vista científico y médico y de calidad?	No. El centro de salud no opera por lo que no tiene nada adecuado que asegure calidad. En las comunidades cercanas son adecuadas porque fueron habilitadas hace dos años.
<p>Determinación del ISN: El ISN es su derecho a la protección de la salud en términos de contar con la disponibilidad y accesibilidad suficiente en las instalaciones, bienes y servicios. Es prioritario debido a que niñas, niños y adolescentes pertenecen a un grupo vulnerable que vive en pobreza. Asimismo, es una necesidad expresada en los procesos consultivos contar con un servicio de salud accesible, para lo cual se propone formar a jóvenes mazatecos o un sistema médico ambulante que acerque a las familias a un medio de salud cercano. También es prioridad de los niños, niñas y adolescentes consultados que se construyan caminos para acercarse a medios y servicios.</p> <p>Destinar recursos para construir caminos para acceder rápidamente a médicos en caso de emergencia, capacitar a jóvenes en primeros auxilios y habilitar un centro de salud con enfermeros contribuiría a que sí se asegure la salud y, en consecuencia, niñas, niños y adolescentes disfrutarían de todos los demás derechos, cerrando las brechas para que este sector en Génova cuente con un estado de completo bienestar físico, mental y social.</p>			

Elaboración propia con base en datos de Sedesol *Microregiones*.

Como puede apreciarse, la guía propuesta pretende orientar con elementos, desde el punto de vista de niñas, niños y adolescentes, hasta su más alto interés, el ejercicio de sus derechos, en este caso al de la protección a su salud. La guía puede funcionar como una manera para recoger información directa y aplicarla en cualquier medida sobre el derecho a la protección de la salud de niñas, niños y adolescentes, tales como legislaciones y/o políticas públicas en cualquier fase del ciclo, para tomar decisiones sobre dichas medidas en un proceso de evaluación intermedia y para atender casos individuales.

Al lector se propone aplicar esta guía orientadora para casos individuales o colectivos donde el derecho a la vida, la supervivencia y al desarrollo se pongan en juego. En México, actualmente hay tres ejemplos preocupantes²³ en esta materia, que valdría la pena analizar desde el enfoque del ISN:

1. Existe 13.6 por ciento de niñas y niños menores de 5 años con desnutrición crónica, siendo casi el doble en áreas rurales que en áreas urbanas.
2. La prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta a 34.4 por ciento de niñas y niños de 5 a 11 años de edad.
3. Los nacimientos de hijos de madres de 9 a 17 años fueron 190 mil en 2010.

Para su análisis, se pueden construir herramientas donde cada elemento debe contar con criterios propios para determinarlo de acuerdo a la normatividad vigente y al ámbito de competencia de las instituciones de salud. Por ello, es necesario invertir recursos para contar con información para evaluar y determinar el ISN: procesos consultivos con niñas, niños y adolescentes, contar con información desagregada, generar escenarios y reuniones para discutir la información con diversos actores.

²³ Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, 25 de mayo de 2016, *Objetivos nacionales de derechos de niñas, niños y adolescentes*, 2016, p. 4.

CONCLUSIONES

De lo anterior se desprende que desde la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, se puede decir que México tuvo que recorrer un largo camino, el cual se ha dado pese a las disputas ideológicas, teóricas, políticas y culturales para concretar una herramienta jurídica, normativa, que proporcionara formalidad al trabajo avanzado por organismos nacionales e internacionales. La Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, puede considerarse como el punto de partida más completo en este ámbito, en virtud de la integralidad de derechos que considera.

Es un instrumento que recupera la perspectiva del ISN, en cada uno de los apartados, como lo es en el tema que nos compete, el Derecho a la Salud en México. Además de establecer la forma en que cada uno de los derechos deben garantizarse, considerando a todas aquellas instituciones que convergen en el trabajo cotidiano en favor de este grupo poblacional; así como la creación de sistemas estatales y municipales, la armonización de la ley, y la creación de procuradurías de protección, entre otras.

Se pone de manifiesto la relevancia de que las instituciones de salud cuenten con elementos prácticos que les permitan evaluar la determinación del ISN y que se ajusten a la normatividad internacional como a la mexicana. Se encuentran elementos generales que pueden orientar la construcción de herramientas de aplicabilidad: expresión y deseos de niñas, niños y adolescentes, su identidad y contexto, el entorno familiar y social, la predictibilidad, la situación de vulnerabilidad y el cumplimiento de los derechos a la salud y a la educación. Asimismo, existen cuatro elementos que contribuyen en específico al derecho de la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Por lo tanto, aplicar el ISN en el derecho a la salud implica entenderla no como la carencia de enfermedades sino como la capacidad de crecer y desarrollar al máximo las posibilidades de niñas, niños y adolescentes para vivir en un contexto de bienestar físico, emocional y social. Lo que es posible, a través de la puesta en marcha de una política nacional como el “25 al 25: Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes a 2025”, que apuesta por la garantía de todos los dere-

chos de forma integral. Por lo tanto, reflexionar, planear, implementar y evaluar desde el ISN permitirá que cada vez más niñas, niños y adolescentes como Diego y Cleotilde cuenten con los servicios, atención, información, instalaciones, tratamientos, presupuesto, medicamentos y personal adecuados para el reto más grande de nuestra sociedad: poner en el centro a la niñez y adolescencia mexicana.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- Comité de los Derechos del Niño de la UNICEF, *Observación General núm. 4 La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 2003.
- , *Observación General núm. 5. Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, 2003.
- , *Observación General núm. 12 El derecho del niño a ser escuchado*, 2009.
- , *Observación General núm. 14 sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial*, 2013.
- , *Observación General núm. 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, 2013.
- , *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto consolidados de México*, 2015.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) México, *Documento de apoyo para la elaboración del diagnóstico del Programa Nacional de protección de derechos de la infancia y la adolescencia en México*, 2016, en prensa.
- y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), *Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México 2012, 2014*, México, 2016.
- Instituto Nacional de Salud Pública 2012, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados nacionales*, Morelos, México.
- Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, *25 al 25, Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, 2016.
- , *Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes 2016-2018*, 2016, en prensa.

Hemerográficas

- LÓPEZ CONTRERAS, Rony Eulalio, “Interés Superior de los niños y niñas: Definición y contenido”, en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 2015.
- PÉREZ, F. E., “Comentarios a la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”, en *Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, núm. 32 enero-junio de 2015, pp. 295-302.

Electrónicas

- “#LadyDoctora del IMSS niega atención a niño y la exhiben en redes”, en *Proceso*, 26 de junio de 2015, en línea, fecha de consulta: 14 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.proceso.com.mx/408780/ladydoctora-del-imss-niega-atencion-a-nino-y-la-exhiben-en-redes>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, *Coberturas de vacunación*, 2014, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/vacunas/coberturas.html>, consultado el 17 de mayo de 2016
- CILLERO BRUÑOL, Miguel, “El interés superior del niño en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño”, en *Justicia y Derechos del Niño*, 1998, p. 125, en línea, fecha de consulta: 15 de octubre de 2016. Recuperado de: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/el_interes_superior.pdf y http://www.unicef.cl/archivos_documento/236/justicia%20_y_derechos_9.pdf#page=125
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, en línea, fecha de consulta: 27 de abril de 2017. Recuperado de: <http://proteo2.sre.gob.mx/tratados/ARCHIVOS/OMS-CONST.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015a. *Encuesta Intercensal 2015*, base de datos, en línea, fecha de consulta: 13 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta nacional de la dinámica demográfica*, 2014, base de datos 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/default.aspx>
- , Sistema de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/>

Secretaría de Desarrollo Social, “Catálogo de localidades” en *Unidad de microrregiones*, en línea, fecha de consulta: 17 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.microrregiones.gob.mx/>

Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, 1994, en línea, fecha de consulta: 15 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

———, *Registros de Egresos Hospitalarios. Dirección General de Información en Salud*, 2014, en línea, fecha de consulta: 17 de mayo de 2016. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_index.html

———, *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados enero a diciembre de 2015*, 2016, en línea, fecha de consulta: 12 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2016/feb/Salud-20160203.pdf>

Leyes, códigos y reglamentos

Senado de la República, LXIII Legislatura, Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, en *Diario Oficial de la Federación*, 4 de diciembre de 2014.



LA SALUD A TRAVÉS DE LA CONSTITUCIÓN

Fernando Gutiérrez Domínguez

La salud es sin duda el bien más importante que poseemos en nuestra vida; sin embargo, la generalidad de las personas no lo aprecia hasta que lo ve perdido.

Arthur Schopenhauer, filósofo alemán nacido en 1788, comenzó su carrera de medicina en 1809 en la Universidad de Gotinga, pero al conocer al profesor de filosofía Gottlob Schulze, su vida dio un cambio radical y se volcó de lleno al estudio de Platón, Kant, Spinoza y Aristóteles.¹ Sólo para ilustrarnos un poco acerca de la personalidad de este gran pensador, a continuación, me permito transcribir algunas de sus famosas frases relacionadas con el importantísimo tema de la salud:

“La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada”.

“La salud excede de tal manera a los bienes exteriores que en realidad un mendigo sano es más feliz que un rey enfermo”.

“En general, las nueve décimas partes de nuestra felicidad se fundan en la salud”.

“Es cierto que nada contribuye menos a la felicidad que la riqueza, y que nada contribuye más a ella que la salud”.

¹ Fuente en línea: <http://www.muyinteresante.es/cultura/arte-cultura/articulo/15-frases-celebres-de-arthur-schopenhauer-951442837893>

Sin embargo, este bien tanpreciado no siempre ha tenido la debida importancia en los textos constitucionales, ya sea en México o en el resto del mundo.

En efecto, como veremos a continuación en un breve recorrido por los diversos textos constitucionales que a través de la historia han regido en nuestro país, la salud es un tema de reciente cuño, ya que fue a partir de 1983, con la reforma constitucional impulsada por el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado (†), que el tema de protección a la salud es elevado a garantía constitucional y actualmente a derecho fundamental del ser humano.

CONSTITUCIÓN DE CÁDIZ DE 1812

La Constitución española promulgada en Cádiz el 19 de marzo de 1812² y publicada en la Nueva España el 30 de septiembre del mismo año, es el producto de la reunión en Cádiz, de las Cortes, asambleas integradas por miembros de la nobleza, del clero y por representantes de las ciudades, cuya normativa se vio influenciada por las nuevas corrientes generadas por los franceses, hablaba de la sanidad del reino. De esta manera el capítulo 7o. “De las facultades de las Cortes”, establecía en su artículo 131, 23a., que eran facultades de las Cortes “Aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del Reyno”.

CONSTITUCIÓN DE APATZINGÁN DE 1814

El Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana, sancionado en Apatzingán el 22 de octubre de 1814,³ fue promulgado con el deseo de sustraerse para siempre de la dominación extranjera y sustituir el despotismo de la monarquía española por un sistema de administración que condujera a la Nación a la independencia y prosperidad de los ciudadanos.

² Fuente en línea: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Hist_Normas/ConstEsp1812_1978/Const1812

³ Felipe Tena Ramírez, *Leyes Fundamentales de México 1808-2005*, México, Porrúa, 2005, pp. 32 y ss.

Dicho ordenamiento en el capítulo VIII “De las atribuciones del supremo congreso”, en su artículo 118 disponía como atribución del Congreso aprobar los reglamentos que condujeran a la **sanidad** de los ciudadanos, a su comodidad y demás objetos de policía.

Por otra parte, el Reglamento Provisional Político del Imperio Mexicano de 1822, la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1824, las Leyes Constitucionales de 1836, las Bases de Organización Política de la República Mexicana de 1843, el Acta Constitutiva y de Reformas de 1847, así como la Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos de 1857 hacen caso omiso de los conceptos de sanidad y de salud.

Como podemos observar, en la Constitución de Cádiz de 1812 así como en la Constitución de Apatzingán de 1814, se habla de la sanidad del reino y de la sanidad de los ciudadanos, respectivamente, además de que sanidad literalmente significa estado del ser u organismo vivo que tiene **buena salud**.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DE 5 DE FEBRERO DE 1917

De la Revolución Mexicana de 1910 surgen principios fundamentales como la lucha contra el latifundio, la protección de los trabajadores, la reivindicación de los recursos naturales acaparados por extranjeros, que fueron los principales postulados de tipo económico y social que caracterizaron a este trascendental movimiento revolucionario.

La Constitución de 1917 recogió los postulados sociales básicos de la Revolución Mexicana a través, principalmente, de sus artículos 27 y 123.

La Asamblea Constituyente de entonces superó el tradicionalismo constitucional del proyecto de Venustiano Carranza, al incorporar desde entonces los denominados “derechos sociales”, referidos principalmente a los campesinos y a los obreros.

La Constitución Mexicana de 1917 transformó la doctrina tradicional de los derechos del hombre, ya que explicitó nuevas responsabilidades del Estado frente a la sociedad.

Podemos decir que el sistema constitucional de 1917 seguido por México, rechazó el liberalismo ochocientista y tomó como suyo un

nuevo modelo, basado en las raíces y necesidades del pueblo en ese momento y no en las teorías jurídicas, políticas o sociales provenientes de otras latitudes.

Nuestro país, a partir de la Constitución de 1917, adoptó lo que se llama, políticamente hablando, Estado Social de Derecho, es decir, un estado en el que se establecen, respetan y defienden derechos públicos subjetivos, llamados entre nosotros “garantías individuales”, hoy derechos humanos, pero también se establecen, respetan y defienden derechos sociales de aquellos grupos que se consideran menos favorecidos.

Fue así, que los conceptos de salubridad, higiene y salud se incrustaron en la Constitución de 1917 enfocados en el bienestar de los trabajadores, prueba de ello, es que el artículo 123, en su fracción XV, dispuso que el patrono estaría 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 maquinas, 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.⁴

De esta manera, el Constituyente de 1917 orientó el concepto de salubridad hacia las condiciones sanitarias idóneas para el desarrollo del trabajo, es decir, un lugar que tuviese la calidad de salubre para laborar, es decir, que resultara ser bueno para la salud de los trabajadores. Por lo que se puede desprender que a través de este término se estaba haciendo referencia al estado de la salud pública, a la sanidad de un lugar. En cambio enfocó el concepto de salud hacia la persona (trabajador) de manera que la organización del trabajo resultase en lo mejor para la salud y la vida de ésta, lo que implica un estado de completo bienestar físico, mental y social, que excluye a las enfermedades y afecciones.

Por su parte, el artículo 11 del texto constitucional original, también abordó el tema de la salubridad al señalar que todo hombre tiene derecho para entrar en la República, salir de ella, viajar por su territorio y mudar de residencia, sin necesidad de carta de seguridad, pasaporte, salvoconducto u otros requisitos semejantes. El ejercicio de este dere-

⁴ *Idem.*

cho estará subordinado a las facultades de la autoridad judicial, en los casos de responsabilidad criminal o civil, y a las de la autoridad administrativa, por lo que toca a las limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República, o sobre extranjeros perniciosos residentes en el país.

Sin embargo, la gran novedad en materia de salubridad general por parte del constituyente originario la tenemos en el artículo 73, fracción XVI, al establecer que el Congreso tiene la facultad para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República, estableciendo para ello cuatro bases.

En la primera crea el Consejo de Salubridad General, mismo que dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

En la segunda determina que en caso de epidemia 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.

Asimismo, en la tercera señala que la autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Por último, en la cuarta dispone que las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Para entender lo trascendente de esta disposición en materia de salud pública y salud de la persona, tenemos que analizar, desde luego en forma sucinta, el entorno en que dicho planteamiento fue propuesto por el Constituyente originario, para lo cual acudiremos a lo plasmado en el *Diario de Debates* en su parte conducente.⁵

⁵ Fuente en línea: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/DD_Constituyente.pdf

El Diputado constituyente por Coahuila, José María Rodríguez, quien fuera Presidente del Consejo de Salubridad General y posteriormente, Jefe del Departamento de Salubridad Pública, propuso en la discusión que la salubridad estuviera a cargo de un Departamento de Salubridad General de la República, que dependiera del Poder Ejecutivo, y cuyas disposiciones serían obligatorias para los gobiernos de los estados y reglamentadas por los mismos para su observancia.

Al respecto, señalaba que la unificación de la higiene en toda la República era una necesidad nacional; haciendo hincapié en que dicha unificación, era característica distintiva de todos los países civilizados.

Con gran determinación manifestó que en México, la falta de higiene saltaba a la vista de uno a otro confín de la República, con excepción de una que otra parte del país. No se necesita, decía, más que visitar los pueblos de uno y otro lado del Bravo, para ver con desaliento nuestro estado lastimoso de vivir, comparado con el de los habitantes vecinos de Allende el Bravo; se parte el corazón, señores diputados, al ver la condición infeliz de vivir del mexicano en tierra mexicana, y llama la atención cómo nuestra misma gente cambia costumbres nada más al pasar la frontera americana.

Señaló también, que la acción del gobierno sobre la unificación de la higiene se impone por la necesidad de la regeneración de nuestra raza enferma. Se impone, dijo, porque el primero de todos los problemas en la vida es el problema de vivir y el problema de vivir comprende el de vivir el mayor tiempo posible y de la mejor manera posible.

Con gran visión y conocimiento de causa, hizo ver a sus compañeros diputados durante la discusión, que la situación descrita era también un problema económico y social de una trascendental importancia, ya que la fuerza de nuestra Nación estaría en razón del número de habitantes y de su riqueza individual y colectiva; pero si los componentes de nuestra raza en inmensa mayoría estaban degenerados por el alcohol y eran descendientes de alcohólicos o degenerados por las enfermedades y por añadidura pobres, miserables, que no podían trabajar ni luchar por la vida con ventaja, por su inhabilidad física y naturalmente moral, tendríamos entonces disminuida la fuerza nacional en razón inversa de los físicamente inhabilitados, de los enfermos y de los pobres, y por eso era una necesidad nacional que

el gobierno de hoy interviniera, aun despóticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente.

En aquel apasionado debate el coahuilense sostuvo que **el derecho que el Estado tiene para imponer reglas de bien vivir no es discutible; es la defensa de la mayoría**: cada actividad individual, siendo una fuerza viva que forma parte de la colectividad, las deficiencias que sufre, no sólo lo perjudican en lo particular, sino que perjudica también a la colectividad, en el desenvolvimiento nacional.

En otras palabras, lo que expresó, en mi concepto, es que el derecho al libre desarrollo de la personalidad, no puede estar por encima de la salud de la colectividad, o sea, nadie puede usar de su derecho en perjuicio de la sociedad, y cuando el ejercicio de aquél significa un daño para la salubridad de la colectividad, resulta manifiesta la facultad del Estado, para regular por medio de los órganos respectivos, el ejercicio de ese mismo derecho, por estar en oposición al interés público, que es de mayor entidad en el orden jurídico y constituye el fin y objeto de las instituciones sociales.⁶

José María Rodríguez, aclaraba además, que la vida media disminuida por los hábitos antihigiénicos, todas las unidades enfermas o enfermizas, separadas de la producción general, constituyen no sólo una resta considerable de la fuerza general en trabajo útil de la sociedad, sino que forman una verdadera carga para el resto que, dadas nuestras costumbres, se conserva a media salud, puesto que el número de personas en correcto bien vivir es absolutamente reducido.

Él aseguraba que la falta de higiene era inmensa; que los perjuicios por ella originados no podrían corregirse a breve plazo, sino que sería obra de muchas generaciones conseguir que el mexicano viviese en completa salud e hiciera trabajo más intenso y más útil; que el número de enfermos y enfermizos disminuyera, que la vida media del mexicano fuera mayor; pero que existían entre las enfermedades un buen número de ellas, endémicas y epidémicas, entre éstas las exóticas, que eran las que origi-

⁶ Amparo administrativo en revisión 3421/30. Barajas José María, sucesión de 6 de septiembre de 1932. Unanimidad de cinco votos. Relator: Arturo Cisneros Cantó. 336885. Segunda Sala. *Semanario Judicial de la Federación*, quinta época, t. XXXVI, p. 99.

naban mayor número de víctimas, ya de un modo paulatino o violento y que eran perfectamente evitables.

De igual forma manifestaba, no sin razón, que las enfermedades exóticas epidémicas en un momento dado podían atacar grandes porciones de la República, interrumpir de modo completo el tráfico y las relaciones interiores de estado a estado y las internacionales, cegando pasajeramente todas las fuentes de riqueza y de subsistencia nacionales. Por ello, propuso que el control para la lucha contra estas enfermedades lo tuviese el Ejecutivo.

Para terminar, esta parte de su intervención, José María Rodríguez, transcribió el siguiente párrafo de la obra de Courmont.

La higiene, ciencia económica. Lo que precede basta para realzar la importancia económica de la higiene. Hay más, el hombre es considerado actualmente como un valor social; la vida humana es un capital que algunos han valuado en cifras. Este capital es, para nosotros, franceses, el más precioso de todos, debemos defenderlo contra los ataques que tienden a disminuirlo en cantidad o calidad. En los futuros campos de batalla de la guerra o de la industria, el número y la calidad de los individuos pesarán enormemente en la balanza de la victoria. No lo olvidemos. Así pues, la conservación de la salud es una de las preocupaciones más constantes de los economistas; de los militares, de los patriotas de todos los países, pero, sobre todo, de los franceses. Ser o no ser. No hay cuestión social que no comprenda un problema, un problema higiénico. La higiene es la última expresión del progreso social realizado por medios científicos. El grado de civilización de una nación se mide actualmente por la perfección de la higiene.

Como se puede observar, el Constituyente originario dio una gran importancia a conceptos como salubridad, higiene y salud en el proyecto de Constitución que hoy nos rige, ya que, como ha quedado evidenciado, la problemática sanitaria del país, fue motivo de gran debate en la Asamblea Constituyente de Querétaro, estableciéndose, desde entonces, los cimientos del sistema jurídico mexicano de la salud.

Sin embargo, no deja de llamar la atención que no obstante ello, en ninguno de sus artículos, en su redacción primigenia, fuese consagrado el derecho a la salud o a la protección de la salud, como existe en su concepción actual.

En efecto, la redacción inicial del artículo 4o. constitucional fue la siguiente:

Art. 4o. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La ley deerminará [*sic*] en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo, y las autoridades que han de expedirlo.

Es decir, esta disposición, en su concepción original o primaria, prácticamente, corresponde a nuestro actual artículo 5o.

A este respecto, María Ahuja Gutiérrez,⁷ nos señala que la Constitución de 1917 desde su promulgación consagraba derechos sociales, sin embargo, fue hasta el 3 de febrero de 1983, después de 66 años, cuando al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se adicionó en el párrafo tercero el derecho a la protección de la salud, al expresar éste que 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.

De esta manera, continúa comentándonos, el derecho a la protección de la salud se elevó a rango constitucional, convirtiéndose entonces en una garantía de igualdad otorgada por la Constitución de la que goza todo individuo o colectividad que se encuentra en territorio nacional.

Asimismo, nos hace ver que desde 1917, a la fecha, dicho artículo ha sufrido catorce reformas con el objeto de incorporar los derechos

⁷ Fuente en línea: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/367/684>

respecto a la igualdad entre el varón y la mujer, a decidir el número y espaciamiento de los hijos, a la alimentación, a un medio ambiente sano, al acceso al agua, a disfrutar de vivienda digna y decorosa, a la identidad, de los niños y niñas y al acceso a la cultura; sin embargo, la redacción original del párrafo relativo al derecho a la protección de la salud continúa intacta desde 1983, habiéndose recorrido únicamente al párrafo cuarto.

Es importante señalar, que gran parte de los tratados y demás instrumentos jurídicos internacionales instituyen el derecho a la salud, no el de la protección de la salud, por ello, nos parece acertado su comentario en el sentido de que considerando que el Estado no puede garantizar la salud, resultó preciso y exacto que el derecho que se elevara a rango constitucional fuera el de la “protección de la salud” y no el “derecho a la salud”.

Al respecto, nos comenta Baltazar Pahuamba Rosas,⁸ citando al maestro José Luis Soberanes Fernández, que desde las primeras propuestas para incluir este derecho en la Constitución se discutió la terminología adecuada para su consagración, inicialmente se sugirió manejar el concepto de derecho a la salud, utilizado en el derecho internacional. Sin embargo, se consideró que la salud no podía ser garantizada por el Estado porque ésta no sólo depende de que se de atención médica y de la valoración de los factores que influyen en la misma, sino también de incidentes, como los genéticos o los desastres naturales, que pueden afectarla. Proteger la salud, en lugar de asegurar el goce de la salud es una postura mucho más sensata y viable.

Con base en lo anterior, un año después, el 7 de febrero de 1984 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Dicha Ley determina las modalidades del derecho a la protección de la salud, la materia de salubridad general, las autoridades

⁸ Baltazar Pahuamba Rosas, *El derecho a la protección de la salud. Su exigibilidad judicial al Estado*, México, Novum, 2014, p. 47.

sanitarias, los integrantes del Sistema Nacional de Salud, su coordinación y objetivos.

Sobre este particular, vale la pena recordar que el 22 de diciembre de 1982, el entonces Presidente Miguel de la Madrid Hurtado (†), envió a la Cámara de Senadores la iniciativa con proyecto de Decreto por el cual se adicionaba el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con un penúltimo párrafo.

Algo muy importante que destaca de la exposición de motivos de esta iniciativa es el señalamiento de que la custodia, restauración y mejoramiento de la salud, no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado, si no concurren los propios interesados; se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural.

De ahí, que en la exposición de motivos de esta importante reforma, se afirme que se optó por la expresión “Derecho a la Protección de la Salud”, ya que precisamente esta frase denota que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. Premisa que ha sido avalada años después (2008) por el Poder Judicial de la Federación, al expresar que el derecho a la protección de la salud se traduce en la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, de ahí que la salud sea una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados.

Algo que llama la atención de esta exposición de motivos, es que desde aquellos años ya se tenía la firme intención de establecer un esquema de atención, conducido por la autoridad sanitaria, en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propios y de su autonomía paraestatal, se integrasen y coordinasen funcionalmente, para evitar duplicidades y contradicciones; en suma, para dar un paso más eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud.

Decimos que llama la atención este tema, porque a más de 30 años de la reforma constitucional en comentario, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, señala precisamente que en materia de salubridad, el objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras,

dice el documento, se busca llevar a la práctica el derecho constitucional de protección a la salud. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y **promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran.**

Cabe señalar, que lo que se quiso decir, es que la integración funcional es de todas las instituciones que integran no sólo la Secretaría de Salud, sino el Sistema Nacional de Salud, ya que el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, contempla las líneas de acción siguientes:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.
- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.
- Desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Fomentar el proceso de planeación estratégica interinstitucional, e implantar un proceso de información y evaluación acorde con ésta.
- Contribuir a la consolidación de los instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del Sistema Nacional de Salud.

Esperemos que algún día se cumpla, efectivamente, no sólo lo señalado en este Plan Nacional de Desarrollo, sino el anhelo motivador de la reforma constitucional de 1983, en el sentido de que las instituciones de salud se integren y coordinen funcionalmente, para evitar duplicidades y contradicciones, con lo que se lograría un ejercicio más eficiente de los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud, que en la actualidad tanto necesitamos.

El tema de la salud se ha venido haciendo cada vez más presente en nuestra Constitución, de tal forma que en la actualidad éste no sólo se constriñe a los artículos 4o. y 73, fracción XVI, ya que son diversos los artículos de nuestra Carta Magna que hacen referencia a la salud como veremos a continuación.

El artículo 1o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, instituye que en nuestro país todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en dicha 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 la misma establece. De igual forma, dispone que 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.

En este sentido todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. También prohíbe toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de **salud**, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

De tal manera, que la reforma constitucional, una de las más importantes y trascendentes por su contenido y alcance, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 10 de junio de 2011, regula la protección de los derechos humanos y sus garantías, además de que prohíbe la discriminación por causa de las condiciones de salud de la persona.

Esta reforma, con toda precisión, deja claro en este artículo que ninguna persona puede ser discriminada por su condición de salud, como sería el caso del despido de una persona por estar infectado con VIH. En otras palabras, estas condiciones de salud, no pueden ni deben ser argumentadas para dar un trato diferenciado a ninguna persona, o usarse de pretexto para negarles un derecho.

El artículo 2o. de la Constitución, se refiere a la Nación mexicana, disponiendo que ésta es única e indivisible, sostiene que tiene

una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquéllos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

Esta disposición obliga a la Federación, las entidades federativas y los municipios, a fomentar y promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, para lo cual, deberán establecer instituciones y determinar políticas, así como para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

En materia de **salud** el Estado debe asegurar el acceso efectivo a los servicios de atención médica, a través de la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.

Congruente con la disposición constitucional anterior, la Ley General de Salud define como materia de salubridad general, al programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas. En el mismo sentido, estatuye que el Sistema Nacional de Salud tiene, entre otros objetivos, el 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 participación y tomando en cuenta sus valores y organización social, así como, promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.

Adicionalmente, consigna una serie de derechos para este grupo considerado como vulnerable, que tienen que ver con su participación en el Sistema Nacional de Salud, así como al derecho de obtener información necesaria en su lengua, en su calidad de usuarios de los servicios de **salud**.

Como vimos anteriormente, el artículo 4o. de la Constitución, preceptúa en su cuarto párrafo que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Sobre el particular, vale la pena comentar que el derecho a la salud se instituye por vez primera, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el 22 de julio de 1946 que estipula: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano [...]”.⁹

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948¹⁰ hace alusión a la salud en su artículo 25 en la forma siguiente:

Artículo 25

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

En este orden de ideas, el artículo 16 constitucional ordena que toda persona tiene derecho a la protección de sus datos personales, al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fije la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que rijan el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud públicas o para proteger los derechos de terceros.

Al respecto, el artículo 113, fracción V, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, considera que la información cuya publicación pueda poner en riesgo la vida, seguridad o salud de una persona física, podrá clasificarse como reservada. Por su parte el artículo 110, fracción V, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, considera lo mismo exactamente con las mismas palabras.

⁹ *Enciclopedia jurídica mexicana*, tomo XII “Salud, trabajo, seguridad social, historia del derecho mexicano, jurisprudencia, legislación, personas y familia”, Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México, 2002, p. 7.

¹⁰ Fuente en línea: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Continuando por nuestro recorrido por la Constitución, diremos que el artículo 18, dispone que el sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.

En este artículo queda claro que aquellas personas privadas de su libertad, siguen gozando de su derecho humano a la protección de la salud, toda vez que el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, no hace distinción alguna respecto a si la persona se encuentra privada de su libertad o no.

Es decir, el hecho de que la persona se encuentre privada de su libertad, no es óbice para que ésta siga gozando de su derecho constitucional a la protección de su salud. Sin embargo, la situación implica determinadas modalidades para otorgar el goce de dicho derecho. De esta manera, en primer término será la autoridad penitenciaria la que tenga la obligación de prestar los servicios necesarios de atención médica para cumplir con el imperativo constitucional de protección a la salud del interno, conforme a las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, a las que deben sujetarse los centros de reclusión, por obvias razones de seguridad pública.

Lo anterior, es congruente tanto con el artículo 4o., de la Constitución, como con los Principios Básicos para el Tratamiento de los Reclusos, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en la Resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990,¹¹ que dispone que con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y, cuando el Estado de que se trate sea parte, de los del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de

¹¹ Fuente en línea: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2007.pdf>

las Naciones Unidas, estableciendo específicamente su punto 9, que los reclusos tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.

En materia de salud, el artículo 19 del texto constitucional nos señala que el juez ordenará la prisión preventiva, oficiosamente, en los casos de delincuencia organizada, homicidio doloso, violación, secuestro, trata de personas, delitos cometidos con medios violentos como armas y explosivos, así como delitos graves que determine la ley en contra de la seguridad de la Nación, el libre desarrollo de la personalidad y de la salud.

En este sentido, el artículo 167. Causas de procedencia, del Código Nacional de Procedimientos Penales, dispone que la Ley General de Salud establecerá los supuestos que ameriten prisión preventiva oficiosa. Esta Ley contiene una multiplicidad de delitos, como el contaminar por cualquier medio un cuerpo de agua, superficial o subterráneo, cuyas aguas se destinen para uso o consumo humanos, con riesgo para la salud de las personas, utilizar fuentes de radiaciones que ocasionen o puedan ocasionar daños a la salud de las personas, e inclusive el narcomenudeo, sin que hasta la fecha este ordenamiento se haya reformado para establecer los delitos graves, como lo ordena el Código Nacional de Procedimientos Penales, por lo que habrá que iniciar lo más pronto posible este estudio.

Dentro de este orden de ideas, el propio artículo 167, “Causas de procedencia”, fracción XI, del Código Nacional de Procedimientos Penales, preceptúa que se consideran delitos contra la salud que ameritan prisión preventiva oficiosa, los señalados en los artículos 194, 195, 196 Ter, 197, párrafo primero y 198, parte primera del párrafo tercero, del Código Penal Federal.

Todos estos delitos tienen que ver con narcóticos, entendidos éstos, según el artículo 193 del Código Penal Federal, como los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia. Estos delitos son los siguientes:

Artículo 194. Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta

quinientos días multa al que:

I. **Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre** aun gratuitamente o **prescriba** alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II. **Introduzca o extraiga** del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III. **Aporte** recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV. **Realice** actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculcado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla

prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este Código.

Artículo 196 Ter. Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

Artículo 197. Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz de comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Artículo 198. Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación po-

licial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

Continuando con nuestro recorrido constitucional, diremos que la salud ha cobrado tal importancia que el artículo 41 de la Constitución Política, que regula, entre otras materias, la electoral, ordena que durante el tiempo que comprendan las campañas electorales federales y locales y hasta la conclusión de la respectiva jornada comicial, deberá suspenderse la difusión en los medios de comunicación social de toda propaganda gubernamental, tanto de los poderes federales, como de las entidades federativas, así como de los municipios, de las demarcaciones territoriales de la Ciudad de México y cualquier otro ente público.

Las únicas excepciones a lo anterior serán las campañas de información de las autoridades electorales, las relativas a servicios educativos y de **salud**, o las necesarias para la protección civil en casos de emergencia.

En congruencia con esta disposición, el artículo 209, numeral 1, de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales, así como el artículo 7, numeral 7, del Reglamento de Radio y Televisión en Materia Electoral, establecen que, durante el tiempo que comprendan las campañas electorales, federales o locales, y hasta la conclusión de las jornadas comiciales respectivas, deberá suspenderse la difusión en los medios de comunicación social de toda propaganda gubernamental, excepto la relativa a las campañas de información de las autoridades electorales, servicios educativos y de **salud**, o las necesarias para la protección civil en casos de emergencia.

En este sentido, durante las campañas electorales a desarrollarse, sean éstas para elegir diputados federales y senadores, gobernadores, diputados locales, y presidentes municipales, sólo podrá difundirse la propaganda gubernamental relativa a la educación, salud y protección civil, así como aquellas campañas específicas que el Consejo General del INE apruebe en su momento, mediante el acuerdo correspondiente

como parte de las normas reglamentarias sobre propaganda gubernamental para los procesos electorales del próximo año.¹²

Consecuentemente, a partir del inicio de las campañas electorales y hasta la conclusión de la jornada electoral, deberá suspenderse la difusión de propaganda gubernamental, exceptuando, entre otras, la que se refiera a las campañas de servicios de salud.

Vale decir que en la jornada laboral o en su carácter de servidores públicos, durante los procesos electorales, dichos servidores sí pueden continuar difundiendo propaganda gubernamental relativa a servicios de salud, no como a veces se piensa, equivocadamente, que hasta este tipo de campañas deben suspenderse.

En virtud de que al inicio de esta colaboración tratamos lo relativo al Consejo de Salubridad General, a que se refiere el artículo 73 constitucional en su fracción XVI, sólo transcribiremos el mismo, anotando que al igual que nuestra Constitución, este importantísimo cuerpo colegiado el año que entra cumple cien años, por lo que elevamos nuestra felicitación por tan significativo acontecimiento.

Artículo 73. El Congreso tiene facultad:

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

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

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

¹² Al respecto, la Sala Superior del Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, mediante resolución del 22 de septiembre de 2010, dictada en el expediente SUP-AG-45/2010, determinó suspender la tesis de jurisprudencia 11/2009, con el rubro siguiente: “PROPAGANDA GUBERNAMENTAL. LÍMITES A SU DIFUSIÓN EN EL PROCESO ELECTORAL”. Lo anterior, al considerar que **el periodo prohibido para difundir propaganda gubernamental tiene como punto de partida las campañas electorales y no la etapa de precampañas**.

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

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

Como vimos en un principio, el artículo 123 constitucional, en su génesis, es un neto producto de la Revolución Mexicana en el que se protege la salud e higiene de los trabajadores y sus centros de labor cotidiana, respectivamente, como parte esencial de los derechos sociales, producto de la nueva configuración del Estado Social de Derecho en México, y a partir de 1974 se pone especial énfasis en la protección de la salud de la mujer trabajadora, como consecuencia de la reforma promovida por el Presidente Luis Echeverría Álvarez.

De esta manera, a partir de 1974, en términos del artículo 123, apartado A, fracción V, de la Constitución, las mujeres durante el embarazo no deben realizar trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; además, gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos;

En concordancia con lo anterior, el inciso c), fracción XI, apartado B, del propio ordenamiento, al referirse a la seguridad social, dispone 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; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro, conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además,

disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.

Sin embargo, no sólo los artículos sustantivos de nuestra Constitución han establecido normas tendientes a proteger la salud de la población, sino también artículos o disposiciones transitorios de los distintos decretos que la han modificado, han dispuesto directrices jurídicas encaminadas a robustecer el derecho a la protección de la salud de las personas. El ejemplo más reciente de ello, lo tenemos en el transitorio quinto, fracción III, inciso c), del Decreto por el que se reforman los artículos 3o. en sus fracciones III, VII y VIII; y 73, fracción XXV, y se adiciona un párrafo tercero, un inciso d) al párrafo segundo de la fracción II y una fracción IX al artículo 3o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Mismo que ordena que para el debido cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 3o. y 73, fracción XXV, de esta Constitución, el Congreso de la Unión y las autoridades deben prohibir en todas las escuelas los alimentos que no favorezcan la **salud** de los educandos.

Es indudable que en nuestros días, la obesidad se ha convertido en un problema global, en una epidemia de urgente atención, resultando de total importancia el fortalecimiento de acciones gubernamentales que permitan su combate frontal y arribar a niveles óptimos de salud pública para no afectar los derechos de las personas como terceros y sociedad.

De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, a 2014, se calculó que existían a nivel mundial 1,900 millones de adultos de 18 o más años con sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos, así como que 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.¹³

Conforme a lo señalado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o UNICEF, actualmente México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos.¹⁴

¹³ Fuente en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

¹⁴ Fuente en línea: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Al respecto, vale la pena comentar que la Organización Mundial de la Salud, ha documentado que el sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, al cobrar la vida de 2,800,000 personas adultas, además de 44 por ciento de la carga de diabetes, 23 por ciento de la carga de cardiopatías isquémicas y entre 7 por ciento y 41 por ciento de la carga de algunos cánceres.¹⁵

Como daño colateral se debe considerar que la atención de las enfermedades crónicas tiene un costo muy elevado para el Estado, generando erogaciones a la familia, a las entidades estatales, a la empresa privada y a la sociedad en general; costo que se puede disminuir con un abordaje efectivo, dirigido a la prevención de los factores de riesgo y sus determinantes.

Otro ejemplo, lo tenemos en el Transitorio Décimo Primero del Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de los artículos 6o., 7o., 27, 28, 73, 78, 94 y 105 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual preceptúa que para que la publicidad en radio y televisión sea equilibrada, la ley dotará al Instituto Federal de Telecomunicaciones de atribuciones para vigilar el cumplimiento de los tiempos máximos que la misma señale para la transmisión de mensajes comerciales.

La ley, continúa diciendo la disposición, deberá asegurar que la programación dirigida a la población infantil respete los valores y principios a que se refiere el artículo 3o. de la Constitución, así como las normas en materia de **salud** y establecerá lineamientos específicos que regulen la publicidad pautaada en la programación destinada al público infantil. El Instituto contará con facultades para supervisar su cumplimiento.

De una u otra forma, esta disposición también tiene que ver con el cuidado de la obesidad, ya que la normativa en publicidad de los llamados “alimentos y bebidas chatarra”, debe reforzarse en los horarios infantiles, pero si me apuran un poco se debe hacer también durante la

¹⁵ Fuente en línea: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=787:la-obesidad-un-factor-riesgo-responsabilidad-compartida&Itemid=0.

transmisión de la barra de programas para adultos, ya que, por descuido, negligencia o costumbre familiar, los niños también son espectadores de diversos programas para adultos en donde se promueven este tipo de productos.

En efecto, pocos podrían negar que existe una gran relación entre la publicidad y el consumo de alimentos no saludables y, por lo tanto, en la obesidad de los infantes, así como de muchos adultos.

Como se puede observar, la salud de la persona y de la colectividad ha ido ganando terreno a través de la Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos. El derecho a la protección de la salud, poco a poco se ha ido convirtiendo en un derecho fundamental, que en los hechos, sostiene a todos los demás que tiene una persona. Libertad, expresión, reunión, petición, son sólo el ejemplo de derechos, también fundamentales, sin duda, pero que de poco le sirven a la persona si ésta no puede ejercerlos por ausencia de salud.

Ciertamente, el derecho a la protección de la salud, debemos entenderlo, conforme a lo expresado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, como una garantía fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos y no sólo como el derecho a estar sano.

Por ello, el Estado debe seguir luchando por establecer los medios necesarios para que las personas puedan seguir ejerciendo cada día con mayor efectividad su derecho a la protección de la salud, que les garantice el disfrute de servicios de salud que satisfagan sus necesidades, mediante una serie de programas, proyectos acciones y tareas dirigidas a proteger, promover y restaurar su salud y la de la colectividad. Sin embargo, las personas debemos esforzarnos también por cuidarnos, a fin de hacer de la protección a la salud una tarea compartida y corresponsable.

La protección de la salud, como derecho humano, es una tarea compleja e importante para el Estado, ya que implica procurar un acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con ella; con independencia de la condición social y laboral de la persona; procurar que los recursos presupuestarios para la salud, sean los adecuados para esta importante función de Estado; vigilar que estos recursos se ejerzan con transparencia y honestidad; procurar que el abasto de medicamentos esté en su óptimo nivel; controlar la comer-

cialización de equipo médico y medicamentos por terceros, a fin de asegurar que cumplan con todos los requisitos establecidos en las disposiciones jurídicas aplicables y evitar con ello, riesgos sanitarios; asegurar que los médicos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación y experiencia; estar alerta de brotes y epidemias para su prevención y combate, entre otros muchos aspectos.

Existe conciencia de que mucho se ha hecho en el campo de la salud, un programa de vacunación exitoso que ha permitido erradicar la poliomielitis y eliminar la difteria, el sarampión y la rubeola; cerca de 300 millones de vacunas aplicadas y casi 21 mil millones de pesos invertidos; disminución de seis por ciento de la mortalidad infantil; disminución de 8.9 por ciento en la mortalidad por accidentes de tráfico; desarrollo de la infraestructura para la salud. Cerca de 40 mil millones de pesos invertidos en 640 hospitales y 2,920 unidades de atención ambulatoria; medicamentos genéricos: 491 registros en 37 sustancias activas. Reducción en el costo de los medicamentos; medicamentos innovadores: 213 registros de 21 clases terapéuticas, entre otras muchas acciones.¹⁶

Sin embargo, los retos son grandes —embarazo en adolescentes y niñas, reproducción asistida— para hacer del derecho a la salud, un efectivo y ejercible derecho fundamental protegido por la Constitución y no una garantía aspiracional, como lamentablemente tenemos muchas en ese gran texto jurídico.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

ENCICLOPEDIA JURÍDICA MEXICANA, t. XII “Salud, trabajo, seguridad social, historia del derecho mexicano, jurisprudencia, legislación, personas y familia”, Porrúa/UNAM, 2002.

PAHUAMBA ROSAS, Baltazar, *El derecho a la protección de la salud. Su exigibilidad judicial al Estado*, México, Novum, 2014.

¹⁶ Comparecencia del doctor José Narro Robles, ante la Comisión de Salud del Senado de la República, el día 11 de octubre de 2106, consultable en la página del Senado de la República.

TENA RAMÍREZ, Felipe, *Leyes fundamentales de México 1808-2005*, México, Porrúa, 2005.

Electrónicas

http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/Hist_Normas/ConstEsp1812_1978/Const1812
<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/367/684>
<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/BCCCSP/article/view/367/684>
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/DD_Constituyente.pdf
<http://www.muyinteresante.es/cultura/arte-cultura/articulo/15-frases-celebres-de-arthur-schopenhauer-951442837893>
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2007.pdf>
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=787:la-obesidad-un-factor-riesgo-responsabilidad-compartida&itemid=0
http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
<http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>



LA SALUD AMBIENTAL EN MÉXICO

Rocío Alatorre
Matiana Ramírez
Guadalupe de la Luz
Alberto Rosales
Silvia Victoria

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS),¹ la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona; es decir, que reúne factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud. Por consiguiente, queda excluido de esta definición cualquier comportamiento no relacionado con el medio ambiente, así como cualquier comportamiento relacionado con el entorno social, económico y genético.

En la segunda edición del informe 2016 de la OMS,² se revela que las muertes por enfermedades no transmisibles que pueden atribuirse a la contaminación del aire (incluida la exposición al humo ajeno) han aumentado hasta la cifra de 8.2 millones. Las enfermedades no transmisibles, como accidentes cerebrovasculares, cáncer y neumopa-

¹ Organización Mundial de la Salud, *WHO Expert Consultation: Available evidence for the future update of the WHO Global Air Quality Guidelines (AQGs)*, reporte de la reunión, 29 de septiembre-1 de octubre de 2015, Bonn, Alemania, 2016.

² Organización Mundial de la Salud, *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente*, 2016.

tías crónicas, constituyen actualmente casi dos terceras partes del total de muertes debidas a la insalubridad del medio ambiente.

También se señala que en ese mismo periodo se han reducido las muertes debidas a enfermedades infecciosas como diarrea y paludismo, con frecuencia vinculadas a deficiencias en el suministro de agua, el saneamiento y la gestión de los desechos. A esa reducción ha contribuido en gran medida la mejora del acceso al agua potable y el saneamiento, así como a la inmunización, mosquiteros tratados con insecticidas y medicamentos esenciales.

En el informe se citan estrategias de eficacia demostrada para mejorar el medio ambiente y prevenir enfermedades. Por ejemplo, si se utilizaran tecnologías y combustibles limpios para preparar alimentos, y para la calefacción y la iluminación, se reducirían las infecciones respiratorias agudas, las neumopatías crónicas, las enfermedades cardiovasculares y las quemaduras. Con la mejora del acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado y el fomento de la higiene de las manos, se potenciaría la reducción de las enfermedades diarreicas.

Asimismo, gracias a la legislación por la que se prohíbe fumar en determinados lugares, se ha reducido la exposición al humo ajeno, y por tanto también las enfermedades cardiovasculares y las infecciones respiratorias. La mejora del tránsito en las ciudades y el urbanismo, así como la construcción de viviendas más eficientes desde el punto de vista energético, reducirían las enfermedades provocadas por la contaminación atmosférica y fomentarían la práctica de actividades físicas.

ANTECEDENTES

Históricamente, la salud ambiental en México ha tenido un cambio de rumbo, en especial dentro de la Secretaría de Salud. Así, partiendo de una larga historia de provisión de servicios de saneamiento básico, específicamente en el medio rural, en la década de 1970 expande su perspectiva al conformar una Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente.

En la década de 1980 se transfieren funciones en materia laboral y ambiental que llevaron a la casi desaparición del área como tema sustantivo, y a la desvinculación de la salud humana de estos ámbitos. Se

pierde claridad en el papel del sistema de salud para proteger la salud contra los riesgos laborales y ambientales, y en lo central que resultan éstos para la reducción de la carga de enfermedad.

Es a finales del siglo XX que se retoma, paulatinamente, la tendencia actual ya que se integran las áreas ambientales, ocupacionales y de saneamiento en un proceso que acompaña el acelerado incremento en el intercambio comercial y la globalización, así como las más frecuentes crisis de residuos peligrosos y las contingencias atmosféricas del agua.

Una década después se vivió la epidemia del cólera y la acción concertada de cloración, en donde el manejo ambiental saludable acabó reduciendo la carga de enfermedad gastrointestinal.

También se presentó un proceso de descentralización que tomó a las entidades federativas con una preparación heterogénea para asumir la tarea en salud ambiental y ocupacional, manteniendo sólo la función de vigilancia y control sanitario y sin injerencia clara dentro del diseño actual de las políticas saludables. Es hasta los últimos años del siglo pasado que se integra el concepto de salud ambiental y se impulsan las iniciativas de vigilancia epidemiológica y generación del conocimiento para apoyar la toma de decisiones.

Para ese momento, el acelerado desarrollo de la investigación química había introducido a la industria y a los consumidores más de 30 mil productos de diversa toxicidad que no se reconocían como de necesario manejo seguro.

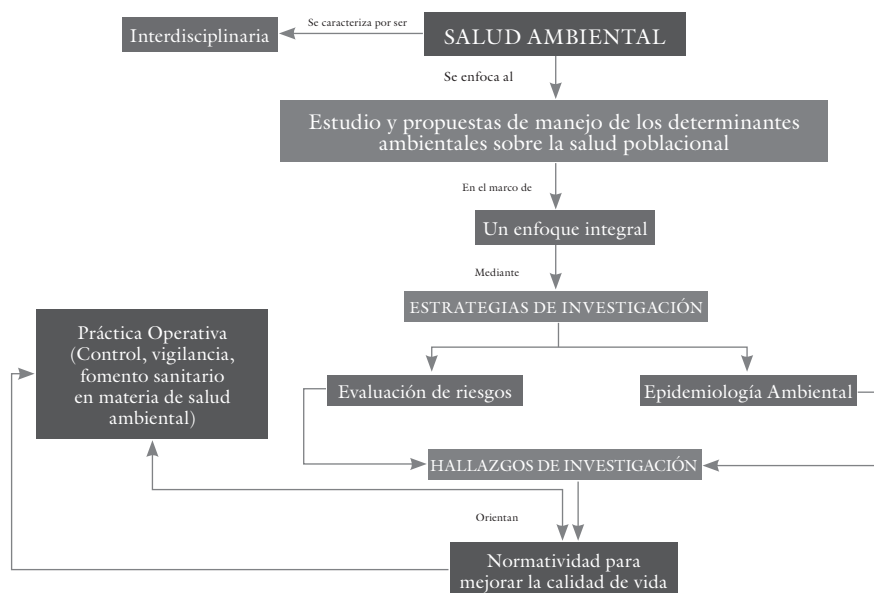
En el Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006, se puso de manifiesto una profunda transición tecnológica e industrial, urbana, energética y de relaciones internacionales que se sumaron a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

Este desarrollo heterogéneo y rezagado se reflejó en la reducida cantidad de conocimiento generado nacionalmente; los pocos programas de formación de profesionales; la baja capacidad técnica y gerencial de los organismos responsables, y los insuficientes sistemas de información que sustenten las políticas y normas. Un área de necesaria complejidad técnica se encontró con una reducida base profesional y técnica para desempeñarse rigurosamente.

A partir de la creación y consolidación de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), y en particular desde el año 2012, es que la salud ambiental ha venido evolucionando y tomando fuerza como campo conceptual estratégico para el país. En ese año se dio prioridad para que las entidades federativas, a través del Sistema Federal Sanitario, atendieran, con un enfoque de riesgos a la salud, los problemas más importantes de salud ambiental, entre otros: agua para uso y consumo humano, agua de calidad fisicoquímica, calidad de agua en playas, salud y cambio climático.

ESTUDIOS DE SALUD AMBIENTAL EN MÉXICO

FIGURA 1.



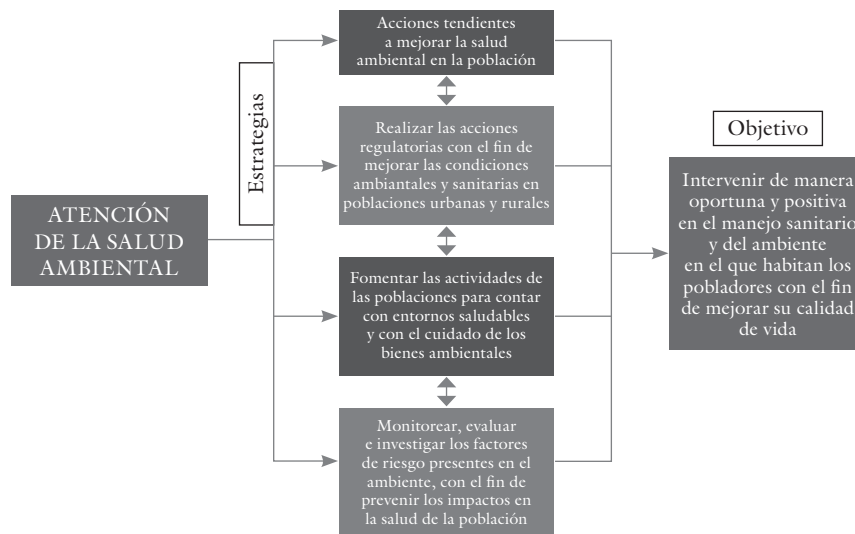
Fuente: Adaptado de Hurtado Díaz M. Dirección de Salud Ambiental, INSP, febrero 2015. Consultado el 19 de octubre de 2016 en <http://www.inegi.org.mx/eventos/2015/Poblacion/doc/p-MagaliHurtado.pdf>

Atendiendo a los principios de la salud ambiental y reconociendo que se trata de un área con abordaje interdisciplinario para generar el conocimiento sobre los determinantes ambientales de la salud, se reco-

noce que se guía por un enfoque integral y que tiene como objetivo la investigación, tanto en evaluación de riesgos como en epidemiología ambiental. Lo anterior con el fin de contar con información científica de alta calidad y actualizada, para implementar la gestión del riesgo; esto incluye los aspectos regulatorios (con la actualización de la normatividad, y el planteamiento de nuevas normas oficiales mexicanas, en su caso), como los no regulatorios (con la operación *in situ* que incluya el control, vigilancia, muestreo, monitoreo y fomento sanitarios en la materia). En el diagrama de la Figura 1 se identifican los componentes antes descritos, resaltando como uno de los ejes principales las estrategias de investigación.

Dentro de la evaluación sobre riesgos ambientales en México se han identificado los factores con mayor impacto en la salud pública, como se ve en el diagrama de la Figura 2.

FIGURA 2.



Fuente: Diagrama adaptado de la estrategia de salud ambiental, OPS, 2003.

En cuanto a la investigación, se ha presentado un avance significativo en los temas siguientes:

- **Calidad del aire** en zonas urbanas (aire ambiente de exteriores) y rurales (aire ambiente en interiores).
- **Calidad del agua** de uso y consumo humano en el país.
- **Presencia de metales** en los diferentes medios ambientales, dado las actividades productivas de cada región en México (en particular por la extracción en la minería y la fundición).
- **Cambio climático** y los impactos a la salud, entre otros.

Cabe resaltar que el campo de la investigación en salud ambiental tiene sus inicios en la década de los ochenta; sin embargo, es una década después que se consolidan los grupos de investigación (identificando, entre otros, al Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), la Universidad de San Luis Potosí, el Instituto Nacional de Salud Pública, así como la Universidad de Guadalajara); se identifican principalmente la prevalencia de algunos de los contaminantes del aire (ozono y partículas suspendidas) en particular en las grandes ciudades del país; la contaminación de interiores en zonas rurales (principalmente de los problemas relacionados con la emisión de partículas por la combustión de leña para cocinar; y también la identificación de la presencia de algunos contaminantes en agua, incluyendo arsénico, plomo y otros metales), y la identificación de algunos de los plaguicidas de uso agrícola y su impacto en la salud de los jornaleros agrícolas.³

En el Cuadro 1 se incluyen algunas de las comunicaciones científicas, resultado de la investigación en nuestro país en los últimos dos años. Como se puede observar, actualmente se realizan investigaciones en salud ambiental que abarcan los principales problemas de las condiciones del ambiente que pueden impactar en la salud pública de nuestro país.

³ Horacio Riojas, *et al.*, “La salud ambiental en México. Situación actual y perspectivas futuras”, en *Salud Pública*, México, 2013, 55, pp. 638-649.

CUADRO I

<i>Autor</i>	<i>Publicación (año)</i>	<i>Tema abordado (Diseño de estudio)</i>	<i>Población estudiada</i>	<i>Principales hallazgos</i>
CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS				
Fernández Plata R, Rojas Martínez R y cols.	<i>Rev. Invest. Clín.</i> 2016	Effect of passive smoking on the growth of Pulmonary symptoms in schoolchildren (Estudio de cohorte de escolares de la Ciudad de México, Estudio EMPECE)	Escolares de entre 8 y 17 años de edad de la Ciudad de México	Del estudio de Evaluación de efectos crónicos por exposición de contaminantes de aire en escolares (EMPECE), se encontró que el 50% está expuesta a tabaquismo pasivo, por lo que encontraron incremento de síntomas respiratorios, así como un decremento de la capacidad vital forzada y el volumen de pico respiratorio al 1er segundo, cuando se comparó con los escolares no expuestos a humo de tabaco pasivo
Landrigan J.P., Sly L, y cols.	<i>Annals of Global Health.</i> 2016	Health Consequences of Environmental Exposures: Changing Global Patterns of Exposure and Disease (Revisión de las diferencias entre países de alto, medio y bajo nivel socioeconómico, el “Estado del Arte”)	Se realizó la revisión de la información de factores de exposición en 12 países, para población infantil, y en el que se incluyó a México.	Se encontró que los principales factores de riesgo ambiental en la población infantil son los contaminantes atmosféricos, sustancias químicas, plaguicidas, metales pesados y peligros presentes en el desarrollo de ambientes urbanos.

Continuación	Publicación (año)	Tema abordado (Diseño de estudio)	Población estudiada	Principales hallazgos
CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS				
Cortez Lugo M, Ramírez Aguilar M, y cols.	<i>Int. J Environ. Res. Public Health</i> . 2015	Effect of Personal Exposure to PM _{2.5} on Respiratory Health in a Mexican Panel of Patients with COPD. (Estudio de cohorte tipo panel de pacientes con EPOC)	Se incluyó a 29 adultos de la Ciudad de México, mayores de 40 años que presentaban EPOC, para determinar la asociación entre la exposición a partículas PM _{2.5} y el decremento en la función pulmonar.	Se observó un decremento en la función pulmonar, de 1.4 L/min del Pico Espiratorio Forzado matutino (PEF), y de 3.0 L/min por la noche, por cada incremento de 10 µg/m ³ de PM _{2.5} , y adicionalmente se encontró incremento de los síntomas respiratorios (33% de incremento en tos, y 23% de incremento en flema).
Rivera González L, Zhang Z y cols.	<i>J Air Waste Manag. Assoc.</i> 2015	An Assessment of Air Pollutant Exposure Methods in Mexico City, Mexico (Método de Evaluación de Exposición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México)	Se incluyó para la evaluación el área de la Ciudad de México que incluye a una población de 8.9 millones de habitantes de acuerdo con INEGI 2010.	Se determinó que las concentraciones más altas de partículas PM ₁₀ fueron en la región Noreste de la Ciudad, y en contraste las partículas PM _{2.5} tuvieron variación, en cuanto al Ozono. Se encontró que las concentraciones más elevadas fueron en el sur, y los otros contaminantes que incluyeron (NO ₂ , SO ₂ y CO) también presentaron una variación a lo largo de toda el área estudiada.

Continuación

Publicación (año)	Tema abordado (Diseño de estudio)	Población estudiada	Principales hallazgos
CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS			
Ramírez-Castillo F, Loera Muro A, y cols.	Waterborne Pathogens: Detection Methods and Challenges. (Se utilizó la descripción integrada del método de Evaluación de Riesgo cuantitativo para microorganismos, QMRA)	Se evaluaron los métodos de detección utilizados para patógenos en agua que se relacionan con brotes de gastroenteritis.	En esta revisión sobre el método QMRA se identifican las dificultades y retos para la identificación de los microorganismos presentes en el agua que potencialmente causan los brotes de enfermedad gastrointestinal a nivel internacional y nacional. Un aspecto abordado es el de la importancia de contar con métodos o herramientas diagnósticas poderosas y sensibles, no solo los patógenos cultivables sino incluir los no cultivables con el fin de dar sustento a los tomadores de decisiones, e implementar las mejores medidas preventivas.
Mazari Hiriart M, Perez Ortiz G, y cols.	Final Opportunity to Rehabilitate an Urban River as a Water Source for Mexico City	En el estudio se evalúa la calidad del agua del Río Magdalena-Eslava, con el fin de proponer alternativas sustentables para uso del agua de calidad para uso y consumo humano.	Después de analizar toda la información en particular sobre las variables físico-químicas y bacteriológicas, se determinó que se requiere realizar acciones primero sobre la restauración de las condiciones de la calidad del agua antes de que pueda proveerse de dicha agua a la población urbana y que se recomienda el tratamiento correspondiente antes de ser utilizada como una fuente de abastecimiento de agua para la Ciudad de México.

Continuación

Autor	Publicación (año)	Tema abordado (Diseño de estudio)	Población estudiada	Principales hallazgos
CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS				
Hernández Bonilla D, Escamilla Núñez C y cols.	<i>Neurotoxicology.</i> 2016	Effects of manganese exposure on visuoperception and visual memory in schoolchildren. (Evaluación de las concentraciones de Mn en cabello y respuesta neurológica de escolares)	Se incluyeron escolares de entre 7 y 11 años de edad de los municipios en el estado de Hidalgo.	Se comparó la media geométrica de las concentraciones de Mn en cabello entre niños que vivían cerca del área de la mina de Manganeso y escolares con las mismas características, pero en un municipio que no tiene mina de manganeso y se encontraron niveles significativamente más altos en los primeros niños, estos niveles se asociaron con un incremento en errores de distorsión, error de ángulo y de sobre-trazo visuales.
D'Amato G, Holgate T S, y cols.	<i>World Allergy Organization Journal.</i> 2015	Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization. (Estudio multicéntrico de prevalencia de asma y rinitis alérgica asociados a cambios en contaminación atmosférica y el cambio climático)	En el estudio se analizaron 25 años de investigación en los diferentes países, incluyendo a México y como han modificado la prevalencia de enfermedades tales como asma y rinitis alérgica y que se tiene mayor evidencia de su relación con situaciones ambientales, incluyendo la variabilidad climática.	Se evidencia la asociación que se ha encontrado con el incremento en la prevalencia de los eventos de asma y otras enfermedades alérgicas, incluida la rinitis, y aún y cuando no se ha estudiado a fondo la asociación de estas enfermedades con la variabilidad climática, la evidencia hasta ahora presente orienta a que hay cambios en la duración y la intensidad de los periodos de polinización y la contaminación atmosférica, las infecciones respiratorias agudas y otras condiciones a las que se exponen los pacientes para activar eventos o cuadros de exacerbación de la enfermedad.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE CONTAMINANTES ATMOSFÉRICOS CRITERIO

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, en México viven cerca de 54 millones de personas en ciudades con más de 500 mil habitantes y a causa del deterioro de la calidad del aire, la contaminación atmosférica representa un problema de salud pública por los daños irreversibles en la salud de la población, la disminución en la calidad de vida de sus habitantes, aunado al incremento en los gastos en salud, la baja en la productividad y la pérdida en capital humano.

Con el objetivo de prevenir los efectos negativos a la salud humana, por la exposición a los contaminantes en el aire, el Estado mexicano reconoce, en el artículo 4o. constitucional, el derecho de toda persona a la protección de su salud, así como el derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. En este sentido, los artículos 116 y 118, de la Ley General de Salud, señalan que las autoridades sanitarias establecerán las normas, tomarán las medidas y realizarán las actividades tendientes a la protección de la salud humana ante los riesgos y daños dependientes de las condiciones del ambiente. Para cumplir con tal mandato, la Secretaría de Salud, determina y establece los valores de concentración máxima permisible para el ser humano, de los contaminantes criterio en el aire ambiente.

En los países desarrollados, las normas de calidad del aire se revisan periódicamente y los límites que se establecen para cada contaminante se basan en los análisis exhaustivos de la información existente sobre estudios epidemiológicos, toxicológicos y de exposición, tanto en animales como en seres humanos. A partir de dichos análisis se trata de determinar la relación dosis-respuesta, lo cual incluye la identificación del nivel más bajo de contaminación que es capaz de causar un impacto en la salud de algún grupo de la población.

En México, las Normas Oficiales Mexicanas de calidad del aire ambiente para la protección de la salud, son el instrumento jurídico para lograr cumplir los objetivos de mejoramiento de la calidad del aire en el territorio nacional, a fin de garantizar la protección de la salud de la población. En el país se miden y se norman los siguientes contaminantes atmosféricos: dióxido de azufre (SO₂), monóxido de carbono

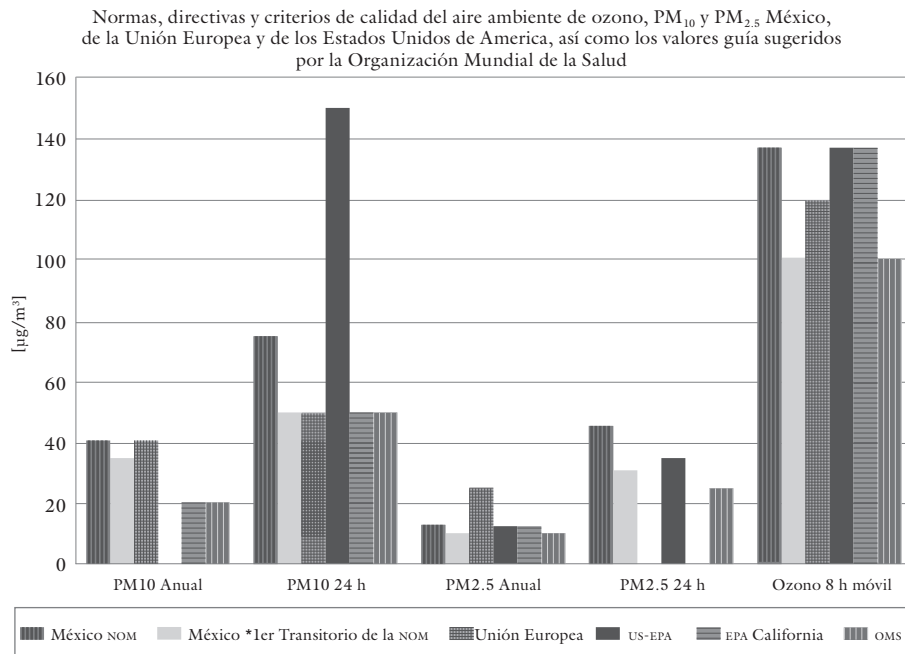
(CO), dióxido de nitrógeno (NO₂), ozono (O₃), partículas suspendidas (PM₁₀ y PM_{2.5}) y plomo (Pb). Para cada uno de estos contaminantes se cuenta con una Norma Oficial Mexicana (NOM) de calidad del aire ambiente, donde se establecen las concentraciones máximas de dichos contaminantes que no debieran sobrepasarse por un periodo de tiempo determinado, a fin de proteger la salud de los grupos más vulnerables (Cuadro 2).

CUADRO 2.
CONTAMINANTES, CRITERIOS NORMADOS EN MÉXICO.

<i>Contaminante</i>	<i>Exposición</i>	<i>Valor límite de la concentración y tiempo promedio</i>	<i>Norma Oficial Mexicana</i>
Partículas suspendidas PM ₁₀	Aguda	75 µg/m ³ Promedio 24 horas	NOM-025-SSA1-2014 (DOF: 20-ago-2014)
	Crónica	40 µg/m ³ Promedio anual	
Partículas suspendidas PM _{2.5}	Aguda	45 µg/m ³ Promedio 24 horas	
	Crónica	12 µg/m ³ Promedio anual	
Ozono (O ₃)	Aguda	0.095 ppm Dato horario	NOM-020-SSA1-2014 (DOF: 19-ago-2014)
		0.070 ppm Promedio móvil de 8 horas	
Dióxido de azufre (SO ₂)	Aguda	0.200 ppm Promedio de 8 horas	NOM-022-SSA1-2010 (DOF: 08-sep-2010)
	Aguda	0.110 ppm Promedio 24 horas	
	Crónica	0.025 ppm Promedio anual	
Bióxido de nitrógeno (NO ₂)	Aguda	0.210 ppm Dato horario	NOM-023-SSA1-1993 (DOF: 23-dic-1994)

<i>Contaminante</i>	<i>Exposición</i>	<i>Valor límite de la concentración y tiempo promedio</i>	<i>Norma Oficial Mexicana</i>
Monóxido de carbono (CO)	Aguda	11 ppm Promedio móvil de 8 horas	NOM-021-SSA1-1993 (DOF: 23-dic-1994)
Plomo (Pb)	Crónica	1.5 µg/m ³ Promedio aritmético de tres meses	NOM-026-SSA1-1993 (DOF: 23-dic-1994)

FIGURA 3.



En México, las normas de calidad del aire se revisan periódicamente, de acuerdo con la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, ya sea cada cinco años, o antes si se cuenta con evidencia científica reciente sobre estudios epidemiológicos, toxicológicos y de exposición, tanto en animales como en seres humanos. La actualización de las Normas Oficiales Mexicanas en materia de calidad del aire tiene por objeto establecer los valores, límites permisibles de concentración de

los contaminantes criterios en el aire ambiente, con la finalidad de proteger la salud de la población, además de considerar de manera paralela las modificaciones que se realicen de las normas de ambiente.

En la gráfica de la Figura 3 se muestra un comparativo de las normas de México, criterios de calidad del aire ambiente de la Unión Europea y Estados Unidos de América, así como los valores Guía de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para los contaminantes ozono (O_3) y partículas suspendidas PM_{10} y $PM_{2.5}$.

EVOLUCIÓN DEL MARCO NORMATIVO EN MATERIA DE CALIDAD DEL AIRE AMBIENTE Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Como ya se comentó, las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud se actualizan de manera periódica, de acuerdo con la información científica que al respecto se genera. A continuación, se reseñan los avances registrados a la fecha:

En noviembre de 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ahora Secretaría de Salud), publicó en el *Diario Oficial de la Federación* los Criterios de Calidad del Aire.

En diciembre de 1994, la Secretaría de Salud publicó las primeras NOM de calidad del aire ambiente, para proteger la salud de la población. Posteriormente, en el año 2002, se publicó la modificación de la norma de ozono, con el objetivo de establecer valores límite máximos permisibles más estrictos. Para esta norma, se revisó y ajustó el valor límite máximo permisible de una hora y se adicionó un valor límite de promedio móvil de 8 horas, lo que no estaba previsto en la norma de 1994, con el objetivo de prevenir los impactos agudos en periodos de tiempo más cortos en la población expuesta a este contaminante.

En 2005 se publicó la modificación de la NOM-025-SSA1-1993, sobre los criterios para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al material particulado, ajustando los valores límite máximo permisible para partículas menores a diez micrómetros (PM_{10}) y adicionando el nuevo indicador de partículas menores a 2.5 micrómetros ($PM_{2.5}$) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población,

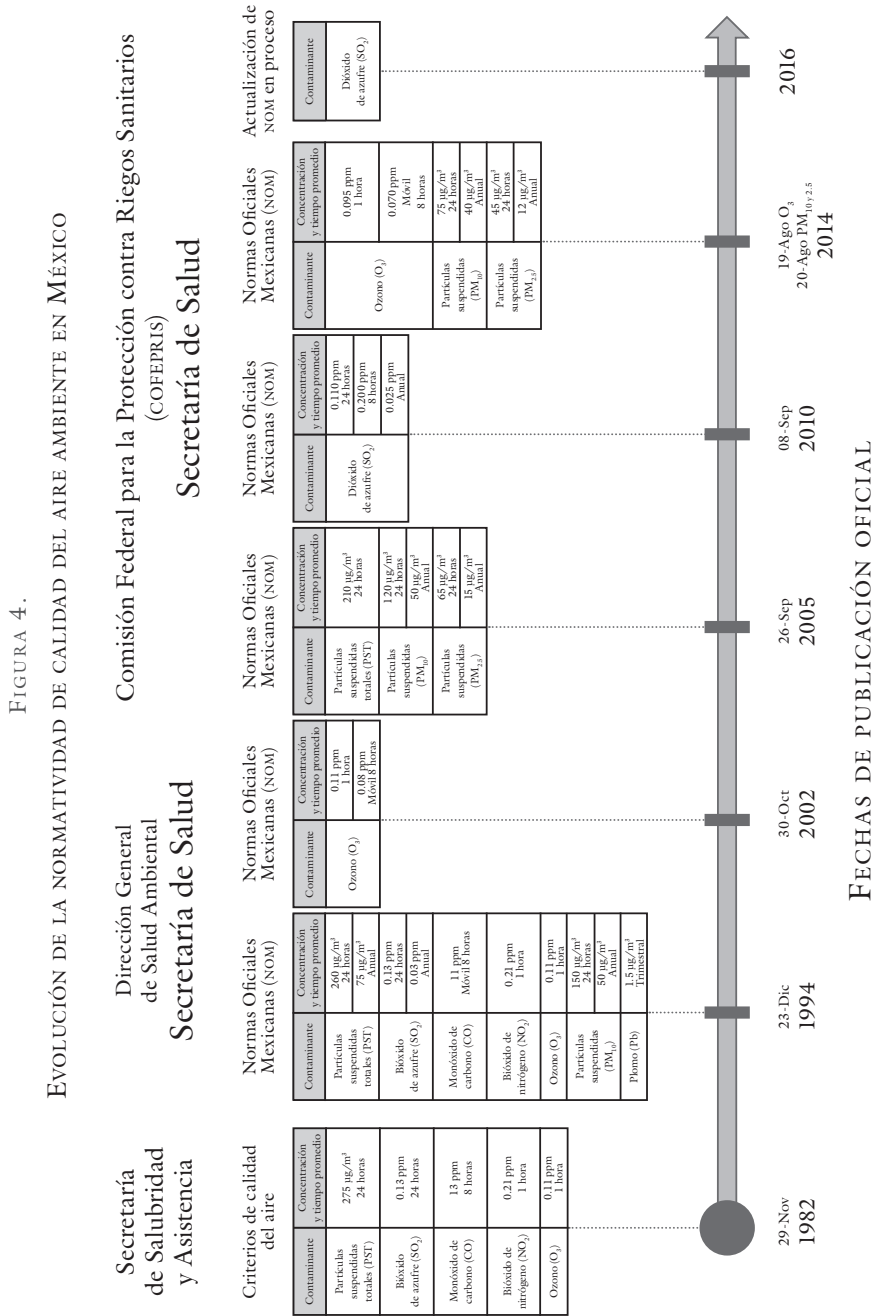
valores que no se tenían incluidos en la normatividad al respecto, hasta 1994.

En septiembre de 2010 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA1-2010 “Salud ambiental. Criterio para evaluar la calidad del aire ambiente, con respecto al dióxido de azufre (SO₂). Valor normado para la concentración de dióxido de azufre (SO₂) en el aire ambiente, como medida de protección a la salud de la población”, con el objetivo de hacer más estricto el límite máximo permisible para este contaminante e incluir un promedio de 8 horas para prevenir los episodios agudos, producto de las altas concentraciones de SO₂, en periodos cortos de exposición.

El 19 y 20 de agosto de 2014, se publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* las NOM-020-SSA1-2014 y NOM-025-SSA1-2014, respectivamente. Con la participación de investigadores, académicos, sector de energía y medio ambiente y representantes de la sociedad civil, se conformó un grupo de trabajo, para revisar los valores límite permisibles de ozono, PM₁₀ y PM_{2.5} en el aire ambiente, así como los criterios para su evaluación, debido a la pertinencia de actualizar nuevamente éstos contaminantes criterio, ya que la evidencia científica reciente generada en México mostraba los efectos adversos en la población por la exposición a los contaminantes en comento.

El 2 de octubre de 2015 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el Suplemento del Programa Nacional de Normalización, el cual contiene el acuerdo para la modificación de la NOM-022-SSA1-2010 de dióxido de azufre en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población. A la fecha, se han realizado diferentes actividades para revisar y modificar los valores de los límites de concentración vigentes de este contaminante.

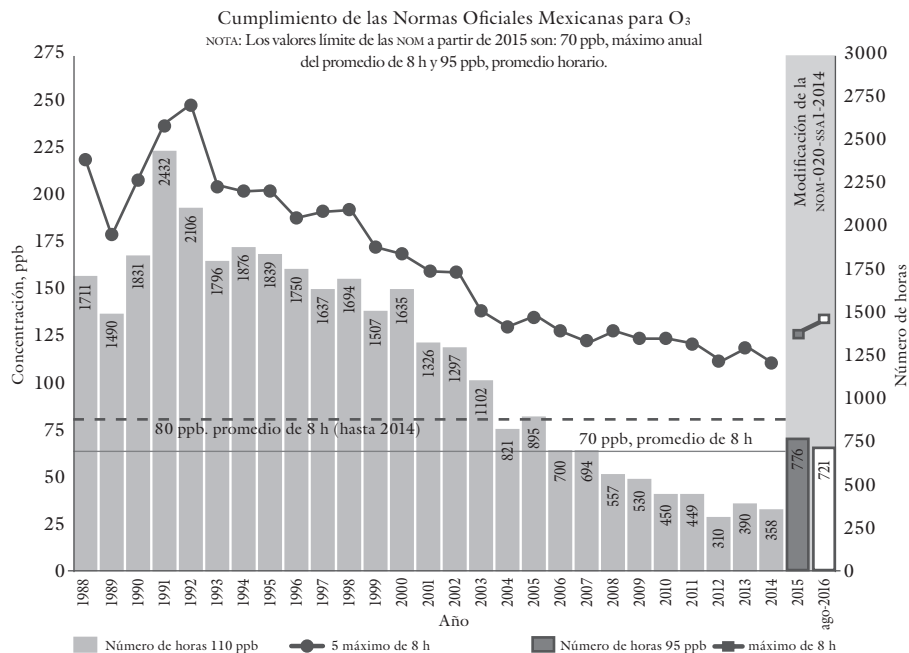
La Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS, continúa con el proceso de revisión de la evidencia científica nacional e internacional de los contaminantes criterio: SO₂, NO₂ y CO, con el objetivo de ajustar a valores más estrictos los límites máximos permisibles vigentes a la brevedad, con la participación de grupos de trabajo integrados por investigadores y académicos, instituciones y dependencias del gobierno federal y local, así como representantes de las industrias y la sociedad civil (Figura 4).



Con respecto a la revisión de las normas oficiales mexicanas NOM-021-SSA1-1993 de monóxido de carbono, NOM-023-SSA1-1993 sobre bióxido de nitrógeno y la NOM-026-SSA1-1993 de plomo en el aire ambiente serán incluidas en el *Programa Nacional de Normalización* de 2017-2018. Actualmente se revisa la evidencia científica y epidemiológica, a escala nacional e internacional, con el objetivo de actualizar los datos sobre la evaluación del impacto en salud por la exposición aguda y crónica a éstos contaminantes criterio.

La elaboración y revisión de las normas de los contaminantes criterio, permiten aplicar la normatividad para cada uno de estos contaminantes en todo el país, con el objetivo de proteger a la población por la exposición a los contaminantes criterio del aire ambiente. Un ejemplo de la aplicación de la normatividad sobre la vigilancia de los contaminantes de calidad del aire con fines de protección a la salud humana, es la que se realiza en la Zona Metropolitana del Valle de México, se muestra para el ozono en la gráfica de la Figura 5.

FIGURA 5.



Fuente: Ciudad de México. Secretaría de Medio Ambiente. Sistema de Monitoreo Atmosférico (<http://www.aire.cdmx.gob.mx/default.php?opc=?aqBhnmOkZA>)

CONTAMINACIÓN DEL SUELO

Las actividades industriales se han vuelto necesarias para continuar con las comodidades de la vida moderna actual; sin embargo, en algunos casos, el medio ambiente ha sido contaminado debido a la aplicación de procesos industriales que no tienen los medios de control necesarios para evitar la emisión de sustancias.

Para que la población pueda vivir y desarrollarse en un ambiente sano, los peligros y riesgos derivados de la exposición a las sustancias, deben ser mitigados y prevenidos.

Con este fin, la Ley General de Salud (Capítulo IV y artículo 17-bis fracción XI) y el Reglamento de la COFEPRIS (artículo 3, inciso n) consideran dentro de su regulación la prevención de los *efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana*.

La atención de los problemas ambientales requiere de la participación coordinada de diversas dependencias, para este caso se destaca la coordinación que ya existe entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca. Por tal motivo, dentro del Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos (artículos 136 al 146), se establecen los requisitos para realizar estudios de evaluación de riesgos, tanto al medio ambiente como para la salud humana. Cabe hacer mención que dicho reglamento establece que la Secretaría de Salud realizará la evaluación, cuando los receptores de la contaminación sean las personas.

Uno de los medios contaminados que ha recibido mayor atención por parte de la autoridad en los últimos años es el suelo; de 2009 a la fecha, en COFEPRIS se han atendido casi 25 casos de sitios donde el suelo ha sido afectado por hidrocarburos, metales pesados, plaguicidas, solventes orgánicos o bifenilos policlorados, de estos se comentará un caso que se considera emblemático.

EX REFINERÍA 18 DE MARZO

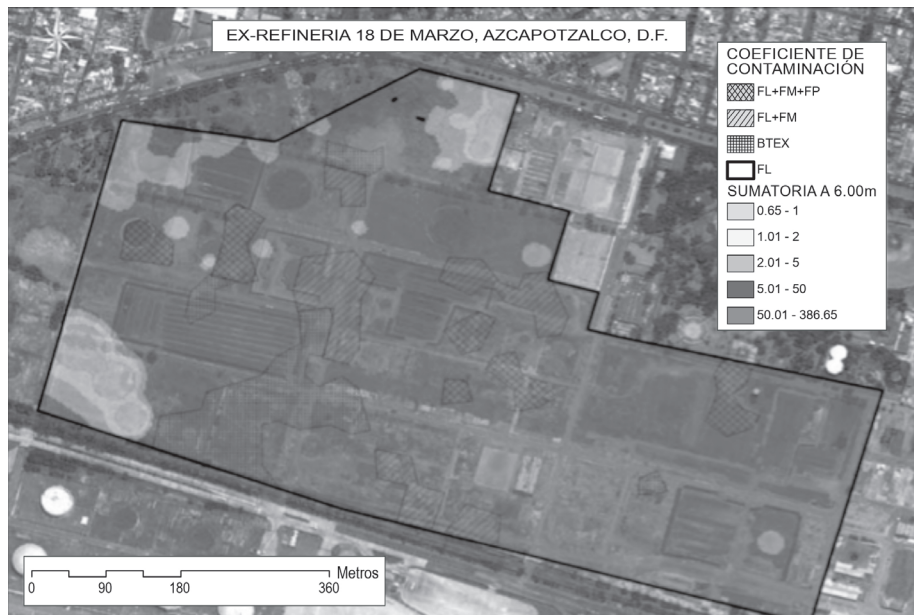
La ex Refinería 18 de Marzo se localizaba en la delegación Miguel Hidalgo, al norte de la Ciudad de México, inició sus operaciones en 1933 y durante 58 años realizó actividades de refinación, almacenamiento y

distribución de hidrocarburos y productos refinados hasta su cierre, el 18 de marzo de 1991. Durante su tiempo de operación llegó a estar conformada por 14 plantas de refinación, 3 de petroquímica y 220 tanques de almacenamiento. Asimismo, contaba con una terminal de embarques y reparto, terminal de lubricantes, talleres, laboratorios, almacenes, edificios administrativos y una colonia residencial para los empleados.

Como consecuencia de las casi seis décadas de operación, se generó un pasivo ambiental originado por derrames de hidrocarburos que impactaron principalmente al suelo.

En la Figura 6, tomada del estudio de evaluación de riesgo ambiental preparado por PEMEX, se observan de forma esquemática el grado de contaminación en el sitio, a una profundidad de 6 metros. La gráfica muestra el “coeficiente de contaminación”, cuando éste presenta un valor por encima de “1”, se considera que existe un riesgo para la salud humana y mientras más alto sea dicho valor también mayor es el riesgo.

FIGURA 6.
CONTAMINANTES PRESENTES EN LA EX REFINERÍA 18 DE MARZO.



FL: hidrocarburos fracción ligera, FM: hidrocarburos fracción media, FP: hidrocarburos fracción pesada,
BTEX: suma de benceno, tolueno, etilbenceno y xilenos.

Por medio de la evaluación de riesgo, la Secretaría de Salud estableció los niveles de remediación específicos, considerando las particularidades del sitio y el uso futuro que se le daría, de esta forma los niveles estimados fueron los que se muestran en el Cuadro 3.

CUADRO 3

<i>Sustancia</i>	<i>Niveles de remediación específicos mg/kg</i>
Benceno	6
Tolueno	650
Etilbenceno	400
Xilenos (suma de isómeros)	270
Benzo[a]pireno	2
Dibenzo[a,h]antraceno	2
Benzo[k]fluoranteno	8
Indeno (1,2,3-cd)pireno	2
Benzo[a]antraceno	2
Benzo[b]fluoranteno	2
Fracción Ligera	400
Fracción Media	1800

Con el fin de alcanzar estos valores, se realizaron labores de remediación, que incluyeron: eliminar la mayoría de las estructuras presentes en sitio, tuberías, lozas de concreto, entre otras. La limpieza del suelo del sitio, de las sustancias presentes, se hizo por medio de técnicas tales como el bioventeo, uso de microorganismos y, en casos extremos, se removió el suelo y se envió a confinamiento.

Al final del proceso se contó con un terreno apto para ser reincorporado al medio urbano y que fuera aprovechado por los habitantes de la zona al convertirlo en un parque.

Este es un ejemplo claro que demuestra que, con un trabajo conjunto y coordinado entre las dependencias, se pueden generar grandes cambios en beneficio de la población.

FIGURA 7.
PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL PARQUE BICENTENARIO.



FIGURA 8.
PARQUE BICENTENARIO.
IMAGEN TOMADA DE GOOGLE MAPS EN SEPTIEMBRE DE 2016.



CONTAMINACIÓN DEL AGUA

Introducción

El agua es vital para todas las actividades que el ser humano desarrolla a lo largo de su vida, así como para su supervivencia; sin embargo, la calidad del agua, tanto superficial como subterránea, no depende solamente de la acción del ser humano, ya que existen factores naturales, como la erosión del sustrato mineral, los procesos atmosféricos de evapotranspiración y sedimentación de lodos y sales, la lixiviación natural de la materia orgánica y los nutrientes del suelo por los factores hidrológicos, así como los procesos biológicos en el medio acuático, que pueden alterar la composición física y química del agua.⁴

Si a los factores anteriores se agrega que la población humana, crece exponencialmente a escala mundial, podemos pensar que la calidad del agua, se verá afectada en mayor medida. Prácticamente todas las actividades productoras de bienes, generan contaminantes como subproductos no deseados.

Generalmente, los contaminantes son la causa más importante de la pérdida de calidad del agua en todo el mundo. Entre los contaminantes más importantes del agua creados por las actividades humanas, se encuentran microbios patógenos, nutrientes, sustancias que consumen el oxígeno del agua, metales pesados y materia orgánica persistente, así como sedimentos en suspensión y plaguicidas, los cuales, en su mayoría, provienen de fuentes difusas (no localizadas). El calor, que eleva la temperatura de las aguas receptoras de vertidos, también puede ser considerado un contaminante físico.⁵

De acuerdo a datos proporcionados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), más de 80 por ciento de las aguas residuales en los países en vías de desarrollo se descarga sin tratamiento, contaminando ríos, lagos y zonas costeras.

⁴ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, “El agua, fuente de vida”, 2005-2015

⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Programa Mundial de Evaluación de los Recursos Hídricos (WWAP). Hechos y cifras: La contaminación del agua sigue creciendo a nivel mundial*, 2016.

Si consideramos que el agua destinada para el consumo o uso humano proviene de cuerpos de agua superficiales y/o subterráneos, al incrementar la contaminación de estos cuerpos de agua se estará incrementando el costo, para garantizar que el agua destinada al consumo de la población, cumplirá con la calidad requerida, sin poner en riesgo la salud humana.

AGUA POTABLE SEGURA

El acceso al agua potable segura y a servicios adecuados de saneamiento básico, es fundamental para la protección de la salud humana.

La UNESCO,⁶ menciona que casi un décimo de la carga global de enfermedades podría ser contenida a través del mejoramiento del abastecimiento del agua, saneamiento, higiene, y la gestión de los recursos hídricos.

En México, con el fin de proteger la salud de la población contra riesgos sanitarios, la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), ha establecido “Programas de Vigilancia Sanitaria” que permiten prevenir o minimizar los riesgos sanitarios a los que se encuentra expuesto el ser humano y dentro de los que se encuentran, los relacionados al uso o consumo de agua.

Para garantizar la salud de la población mexicana y considerando que todo ciudadano mexicano tiene derecho de disfrutar de un ambiente saludable, la COFEPRIS, cuenta con los siguientes proyectos:

AGUA DE CALIDAD FISICOQUÍMICA

Desde el año 2004, la COFEPRIS lleva a cabo el Proyecto de Agua de Calidad Fisicoquímica a nivel Nacional. Dicho proyecto tiene el objetivo de contribuir a la protección de la salud de la población contra riesgos derivados de la presencia de contaminantes químicos y físicos en el agua, destinada para uso y consumo humano, distribuida por

⁶ *Idem.*

los sistemas de abastecimiento formales, mediante la vigilancia de la calidad del agua.

La vigilancia de la calidad fisicoquímica del agua de uso y consumo humano a escala nacional, se realiza a través de determinaciones de diversos parámetros del monitoreo de agua realizado por las Comisiones o Direcciones de Protección contra Riesgos Sanitarios Estatales, las cuales integran el Sistema Federal Sanitario, y realizan dichas actividades a través de Acuerdos de Coordinación con la COFEPRIS.

El monitoreo se realiza en puntos seleccionados en términos de la población municipal y de la localidad. La determinación de la calidad fisicoquímica del agua, se realiza comparando los niveles de los diversos indicadores en las muestras de agua de red, con los límites establecidos en la modificación de la NOM-127-SSA1-1994.⁷

En este proyecto participan, además de la COFEPRIS, la Comisión Nacional del Agua y los Organismos Operadores de Agua Potable.

AGUA DE CALIDAD BACTERIOLÓGICA

En el caso del agua de uso y consumo humano algunos factores, como la obra de captación, el tratamiento, la red de distribución y hasta el manejo por el consumidor final, pueden contribuir a su contaminación.

En este sentido, con la finalidad de proteger la salud de la población, de forma coordinada con el Sistema Federal Sanitario, la COFEPRIS establece las reglas y lineamientos para la vigilancia del agua y las acciones propias de vigilancia de la calidad bacteriológica, en localidades con sistemas formales de abastecimiento de agua.

El monitoreo de la calidad bacteriológica del agua se realiza comparando los resultados de las determinaciones de cloro residual libre y análisis bacteriológico de las muestras de agua de red, con los límites establecidos en la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-1994.

Para proteger la salud de la población es importante que la población que cuenta con sistemas formales de abastecimiento de agua, disponga de agua con calidad bacteriológica, al mismo tiempo que se

⁷ *Diario Oficial de la Federación*, 22 de noviembre de 2000.

promueve el incremento de la cobertura de los sistemas formales para la población sin acceso a ellos. De igual manera, es importante asegurar la calidad del agua que se distribuye a través de los sistemas de abastecimiento públicos y privados, con el fin de evitar la exposición a contaminantes químicos presentes en el agua de consumo, con concentraciones que exceden los límites permisibles establecidos en la normativa.

AGUA DE CALIDAD DE CONTACTO

Las actividades en aguas recreativas pueden tener efectos positivos y potencialmente negativos sobre la salud de los usuarios; los efectos negativos pueden presentarse debido a las características de las áreas de agua recreativa, por lo que la calidad de agua para uso recreativo en centros turísticos, es un factor primordial para garantizar la protección de la salud de los usuarios.

En 2003, el gobierno federal emprendió una serie de acciones conjuntas con las secretarías de Marina, Salud, Turismo, Medio Ambiente y Recursos Naturales, coordinadas por la Comisión Nacional del Agua, con el objeto de determinar la calidad de agua de mar para uso recreativo, a fin de brindar información confiable y oportuna a los usuarios, así como a las autoridades municipales y estatales donde se ubican los principales centros turísticos de México, de tal manera que se puedan tomar las medidas sanitarias necesarias en aquellos lugares que representen riesgos a la salud.

La calidad de agua de mar para uso recreativo con contacto primario, es un factor primordial para garantizar la protección de la salud de los usuarios. Diversos estudios indican que las enfermedades de mucosas, piel y digestivas, presentadas por bañistas están relacionadas con los niveles de contaminación fecal. Por tal razón, se determinó que el indicador bacteriológico más eficiente para evaluar la calidad de agua de mar para uso recreativo de contacto, son los enterococos fecales, debido a su capacidad de adaptación a las condiciones del agua de mar, así como de estar relacionado potencialmente con enfermedades como gastroenteritis, enfermedades respiratorias, conjuntivitis y dermatitis, entre otras.

Considerando que en la mayor parte de las playas del país existen factores que afectan la calidad del agua, como drenajes pluviales, descargas de aguas residuales, asentamientos irregulares que no cuentan con infraestructura de saneamiento y alcantarillado, embarcaciones, actividades de comercio informal y fileteo, así como la gran afluencia de bañistas en algunas temporadas del año, es compromiso de la Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS y las autoridades estatales de salud, mantener una vigilancia de la calidad del agua de mar que permita, con un enfoque preventivo, informar al usuario para tomar la decisión de ingresar o no a una playa, dependiendo de los niveles de enterococos y la temporalidad de estos niveles en cada una de las playas sujetas a vigilancia.

CONCLUSIONES

La salud ambiental juega un papel determinante en la salud pública de México en los siguientes aspectos:

Prevención

Considerando que los riesgos de salud ambiental están relacionados directa o indirectamente con las actividades humanas, dichos riesgos son en gran medida prevenibles. Por ende, es responsabilidad de los profesionales de la salud pública comprender esta relación para actuar de forma que se minimicen los impactos prevenibles a la salud humana.

Evaluación y comunicación de riesgo

La evaluación de riesgo es el proceso de identificar y evaluar los acontecimientos adversos que pueden ocurrir en escenarios definidos.

En el ámbito de la salud ambiental, los analistas de riesgo se enfocan en los impactos a la salud que pueden ser el resultado de estar expuesto a un agente en particular o de trabajar, vivir en o visitar algún ambiente en particular.

Asimismo, la evaluación de riesgos permite identificar de manera temprana la existencia de factores de riesgo potenciales, que pueden impactar la salud e implementar medidas para su control y minimización.

Por otra parte, la comunicación de riesgos es un proceso interactivo de intercambio de información y opiniones entre individuos, grupos e instituciones; durante este proceso, todos los involucrados en riesgos ambientales deben identificar las mejores prácticas que permitan minimizar la exposición de agentes presentes en la población y, por ende, proteger de manera adecuada su salud.

Políticas en salud pública

La política en salud ambiental comprende acciones seleccionadas de entre alternativas que pretendan reducir o minimizar los efectos nocivos de las exposiciones ambientales. Una manera de considerar este tipo de política, es tomar en cuenta que todas las actividades humanas pueden generar potenciales agentes adversos a la salud y ocasionar costos tanto ambientales, sociales y en salud. Por ejemplo, la falta de incentivos para que los vehículos automotores sean más limpios y reduzcan la emisión de contaminantes atmosféricos asociados a impactos agudos y crónicos sobre la salud respiratoria.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

FRUMKIN, Howard, *Salud ambiental: de lo global a lo local*, Organización Panamericana de la Salud/OMS/McGraw-Hill Interamericana, 2010.

Hemerográficas

ARCEGA CABRERA, Flor y Fargher Lane F., “Education, fish consumption, well water, chicken coops, and cooking fires: Using biogeochemistry and ethnography to study exposure of children from Yucatan, Mexico to metals and arsenic”, en *Science of the Total Environment*, 2016.

BUNDSCHUH, Jochen, *et al.*, “One century of arsenic exposure in Latin America: a review of history and occurrence from 14 countries”, en *Science of the Total Environment*, 2012.

CATALÁN VAZQUEZ, Minerva, *et al.*, “Risk perception and social participation among women exposed to manganese in the mining district of the state of Hidalgo, Mexico”, en *Science of the Total Environment*, 2012.

- CIFUENTES, Enrique, *et al.*, “Resetting our priorities in environmental health: An example from the south-north partnership in Lake Chapala, Mexico”, en *Environmental Research*, 2011.
- CORTEZ LUGO, Marlene, *et al.*, “Effect of Personal Exposure to PM2.5 on Respiratory Health in a Mexican Panel of Patients with COPD”, en *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2015
- D’AMATO G, *et al.*, “Meteorological conditions, climate change, new emerging factors, and asthma and related allergic disorders. A statement of the World Allergy Organization”, en *World Allergy Organization Journal*, 2015.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 29 de noviembre de 1982, 23 de diciembre de 1994, 30 de octubre de 2002, 26 de septiembre de 2005, 8 de septiembre de 2010, 19 de agosto de 2014 y 20 de agosto de 2014.
- FERNÁNDEZ PLATA, Rosario, *et al.*, “Effect of Passive Smoking on the Growth of Pulmonary Function and Respiratory Symptoms in Schoolchildren”, en *Revista de Investigación Clínica*, 2016.
- HERNÁNDEZ BONILLA, David, *et al.*, “Effects of manganese exposure on visuperception and visual memory in schoolchildren”, en *Neurotoxicology*, 2016.
- IRIGROYEN CAMACHO, María Esther, *et al.*, “Nutritional status and dental fluorosis among schoolchildren in communities with different drinking water fluoride concentrations in a central region in Mexico”, en *Science of the Total Environment*, 2016.
- LANDRIGAN, P. J., *et al.*, “Health Consequences of Environmental Exposures: Changing Global Patterns of Exposure and Disease”, en *Annals of Global Health*, 2016.
- MAZARI HIRIART, Marisa, *et al.*, “Final opportunity to rehabilitate an urban river as a water source for Mexico City”, en *PLoS One*, 2014.
- NERVÁEZ, M., *et al.* *Journal of Environmental Science and Health. Part A, Toxic/Hazardous Substances & Environmental Engineering*, 2011.
- RAMÍREZ CASTILLO, Flor Yazmín, *et al.*, “Waterborne pathogens: detection methods and challenges”, en *Pathogens*, 2015.
- RECIO VEGA, Rogelio, *et al.*, “In utero and early childhood exposure to arsenic decreases lung function in children”, en *Journal of Applied Toxicology*, 2015.
- RIOJAS, Horacio, *et al.*, “La salud ambiental en México. Situación actual y perspectivas futuras”, en *Salud Pública*, México, 2013.

- RIVERA GONZÁLEZ, Luis O., *et al.*, “An assessment of air pollutant exposure methods in Mexico City, Mexico”, en *Journal of the Air & Waste Management Association*, 2015.
- SEDESOL, *Boletín Informativo de la Calidad del Aire*, compendio, 1986-1992.
- TERÁN HERNÁNDEZ, Mónica, *et al.*, “Health diagnosis and risk perception: key elements of a proposed intervention for indigenous communities in Mexico”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2016.
- ZABINSKI, J. W., *et al.*, “Advancing Dose-Response Assessment Methods for Environmental Regulatory Impact Analysis: A Bayesian Belief Network Approach Applied to Inorganic Arsenic”, en *Environmental Science & Technology Letters*, 2016.

Electrónicas

- CALIFORNIA AIR RESOURCES BOARD. *Ambient Air Quality Standards*. Disponible en www.arb.ca.gov/research/aaqs/aaqs2.pdf (consultado el 24 de octubre de 2016). EPA-USA. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES DE LAS NACIONES UNIDAS, *Calidad del agua*, en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/waterforlifedecade/quality.shtml>
- EUROPEAN COMMISSION, *Air Quality Standards*, en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/environment/air/quality/standards.htm>
- FRENK, Julio, y Gómez Dantés, O., *False dichotomies in global health: the need for integrative thinking*, The Lancet Published in, en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30181-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30181-7)
- NATIONAL AMBIENT AIR QUALITY STANDARDS (NAAQS), en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: <https://www.epa.gov/criteria-air-pollutants/naaqs-table>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 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*, en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69478/1/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_spa.pdf
- , *WHO Expert Consultation: Available evidence for the future update of the WHO Global Air Quality Guidelines (AQGs)*, reporte de la reunión, 29 de septiembre-1 de octubre de 2015, Bonn, Alemania, 2016, en

línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/301720/Evidence-future-update-AQGs-mtg-report-Bonn-sept-oct-15.pdf

———, *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente*, 2016, en línea. Recuperado de: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA, *Programa Mundial de Evaluación de los Recursos Hídricos (WWAP). Hechos y cifras: La contaminación del agua sigue creciendo a nivel mundial*, 2016, en línea, fecha de consulta: 24 de octubre de 2016. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/environment/water/wwap/facts-and-figures/all-facts-wwdr3/fact-15-water-pollution/>



BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Roberto Tapia Conyer
Lourdes Motta Murguía

INTRODUCCIÓN

La historia de la salud pública de nuestro país abarca varios siglos; no obstante, es realmente hasta el Porfiriato, con la instauración del Consejo Superior de Salubridad¹ y la promulgación del primer Código Sanitario, cuando inicia la salud pública moderna en México,² en otras palabras, da comienzo al tiempo en que empiezan a establecerse dentro del marco jurídico nacional disposiciones e instituciones para su operación.

Al triunfo revolucionario en nuestro país, le siguió la respectiva consagración institucional con la expedición de la Constitución de 1917.³ En ella se reconoció la importancia de la salud pública al establecer el Consejo de Salubridad General, como un organismo consti-

¹ El Consejo Superior de Salubridad fue una institución considerada como por el Presidente Porfirio Díaz como de la mayor relevancia. Entre 1885 y 1914 estuvo al frente del mismo doctor Eduardo Liceaga. Ver Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo, preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

² Secretaría de Gobernación. *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta de la Patria, 1891.

³ Promulgada el 5 de febrero de 1917.

tucional que subsiste hasta nuestros días,⁴ la facultad del Congreso Federal de legislar en materia de salubridad general y la creación del entonces denominado Departamento de Salubridad Pública.⁵

No obstante, y por lo que se refiere a la protección de la salud como un derecho individual, originalmente fue considerada en la Constitución como una de las diversas prestaciones de seguridad social para la clase trabajadora lo que, a su vez, excluía de su goce a quienes no tuvieran un “trabajo formal”, como se deriva de la manera en la que el Poder Constituyente redactó la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”.⁶

Con esa misma perspectiva, en la década de 1940 se sentaron las bases del sistema de salud como actualmente lo conocemos con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social,⁷ la evolución del Departamento de Salubridad Pública para convertirse en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el surgimiento de los primeros institutos nacionales de salud.⁸

Curiosamente y antes de hacerlo con el derecho a la protección de la salud, en 1974, México marcó un hito al darle a la libre decisión reproductiva el carácter de derecho constitucional.⁹ Fue el segundo país a nivel mundial y el primero en América en hacerlo.¹⁰

⁴ David Kershenobich Stalnikowitz, “*El Consejo de Salubridad General*”, en *Gaceta Médica de México*, 2012, núm. 148, pp. 598-600.

⁵ Esto, gracias a las propuestas y al esfuerzo del médico y militar, de hecho doctor y general, José María Rodríguez y Rodríguez, integrante del Constituyente de 1917. Ver Ernesto Aréchiga Córdoba, *Educación, propaganda o “dictadura sanitaria”. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 2007, (33), pp. 57-88.

⁶ Carlos Elizondo Mayer Serra, “El derecho a la protección de la salud”, en *Salud Pública de México*, 2007, 49(2), pp. 144-155.

⁷ Creado mediante la Ley del Seguro Social publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 1943.

⁸ Octavio Gómez Dantés, *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, 2011, 53 supl. 2, S220-S232.

⁹ Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de diciembre de 1974.

¹⁰ Wendy Chavkin, Ellen Chesler (eds.), *Where Human Rights Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millennium*, Rutgers University Press, 2005.

No fue sino hasta 1982, 65 años después de haberse promulgado la Constitución, que el entonces Presidente de la República, Miguel de la Madrid Hurtado, presentó una iniciativa con el propósito de incorporar el derecho a la protección de la salud en la Carta Magna. Dicha reforma constitucional tenía, de acuerdo con lo señalado en el dictamen correspondiente, el propósito de “dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos”.¹¹

Sin embargo, desde el texto de la iniciativa se dejaba en claro que el referido propósito era una mera aspiración, ya que en ésta se establece expresamente que la inclusión del derecho a la protección de la salud, “vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución [...] no implica que ese derecho sea de cumplimiento automático; pero tampoco su efectividad es propósito ingenuo [*sic*] y por ello inalcanzable”.¹²

En ese mismo sentido, la iniciativa sujetaba el acceso a los servicios de salud a lo que estableciera una ley secundaria, reglamentaria, que definiría las bases y modalidades de ese acceso “para que se tuvieran en cuenta las características de los distintos regímenes de seguridad social, que se fundan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso; de los sistemas de solidaridad social, que usan recursos fiscales, la cooperación comunitaria y la colaboración institucional, y de los sistemas de asistencia, que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado. A esa ley secundaria tocará, en su caso, establecer los mecanismos, fórmulas y criterios para que los mexicanos obtengan servicios de salud”.¹³

Finalmente, en 1983, al concluirse el procedimiento de reforma constitucional correspondiente, se incorporó en nuestra Constitución el derecho a la protección de la salud, específicamente en el artículo 4o., el párrafo adicionado al referido artículo establece a la letra que: “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

¹¹ Reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 3 de febrero de 1983.

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.¹⁴

La inclusión del derecho a la protección de la salud en la Constitución significó un avance mayúsculo que, entre otras cosas, daba respaldo al trabajo que, desde cientos de años antes, venían haciendo mexicanas y mexicanos a favor de la salud de la población en lo general y de las personas en lo particular, sin distinguir si tenían o no afiliación a una institución de seguridad social.

Sin embargo, la remisión a la legislación secundaria, entre otros aspectos, de las bases y modalidades para tener acceso a los servicios correspondientes, dejaba abierto, y con ello lo convertía en subjetivo, el verdadero contenido y alcance del derecho consagrado.

En ese sentido y con el propósito de dotar de sustancia al nuevo derecho constitucional, al año siguiente, 1984, se expidió la Ley General de Salud.¹⁵

Cabe resaltar que los logros jurídicos descritos (*i.e.* la consagración de la protección a la salud en la Constitución y la expedición de la Ley reglamentaria) se obtuvieron gracias a la visión y el liderazgo del doctor Guillermo Soberón Acevedo, a quien también correspondió impulsar el cambio de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud, para establecer congruencia entre la estructura orgánica y el principio conceptual consignado en el derecho a la protección de la salud.¹⁶

¿BASES, MODALIDADES?

La Ley General de Salud es, sin lugar a dudas, un excelente ejercicio jurídico para dotar de materia a un nuevo derecho constitucional, a partir de los recursos disponibles en el momento (*i.e.* humanos, finan-

¹⁴ Reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de febrero de 1983. La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate.

¹⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984.

¹⁶ El 21 de enero de 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud. Guillermo Soberón Acevedo (comp.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983.

cieros y materiales); de los antecedentes legislativos vigentes,¹⁷ y los esquemas de prestación de servicios que existían entonces. Nos consta que brillantes juristas y salubristas participaron en su diseño, convocados por el liderazgo del Secretario Soberón.

Sin embargo, dicho cuerpo normativo, a pesar de los innegables esfuerzos de sus creadores, terminó por establecer —en su primera versión— categorías, y con ello diferentes niveles de usuarios y de servicios, como explicaremos más adelante, además de contribuir a construir y preservar el andamiaje de un Sistema Nacional de Salud fragmentado.

En su artículo 1o., la Ley General de Salud señala que “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social”.¹⁸

A los autores de este capítulo se nos ha encomendado abordar el tema relativo a las bases y modalidades, de manera que nos hemos librado de la compleja tarea de reflexionar sobre el tema de la concurrencia.

Ya en el análisis particular del tema que nos fue asignado, decidimos abandonar la tarea de abordar a profundidad las denominadas “bases”. En ese sentido, nos limitaremos a decir que fue un concepto que se usó en la versión original de la Ley General de Salud para hablar de la coordinación entre las distintas autoridades sanitarias,¹⁹ los tres niveles de gobierno, y las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, a lo largo de los años, y de múltiples reformas

¹⁷ Es importante recordar que, hasta la publicación de la Ley General de Salud, estuvo vigente el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de marzo de 1973.

¹⁸ El 21 de enero de 1985 se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

¹⁹ De conformidad con el artículo 4o. vigente de la Ley General de Salud, 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 Gobierno del Distrito Federal.

a la Ley, el concepto ha sido usado en tan diversas materias y fuera de ese contexto, que nos pareció poco útil abordarlo en este documento.

Tomando en consideración lo antes expuesto, nos hemos concentrado en las modalidades. Cabe precisar que dicho concepto también es usado por la Ley en la actualidad en muy diversos contextos; no obstante, decidimos enfocarnos en las modalidades “de acceso” y en las “orgánicas y funcionales” que son las más usadas en su contexto original y que, en una interpretación relativamente libre, hemos identificado y clasificado bajo dos conceptos: servicios y prestadores.²⁰

La Ley General de Salud clasifica los servicios de salud en 3 tipos:

- de atención médica;
- de asistencia social, y
- de salud pública.

Por lo que se refiere a los dos primeros, la propia Ley los define con claridad y les otorga capítulos especiales para desglosar ciertas disposiciones específicas que les son aplicables.²¹ No sucede así con los servicios de salud pública.

Al respecto, hay quienes afirman que no es necesario que se defina o identifique en la Ley lo que debe entenderse por servicios de salud pública, ya que en éstos quedan comprendidas todas las materias de salubridad general,²² en cuyo caso, la atención médica (que es materia de salubridad general) quedaría —a su vez— incluida dentro de la salud pública, haciendo ociosa la clasificación de los servicios de salud que contempla la propia Ley.

Dado que dentro de la Ley no se encuentra una definición de salud pública, es necesario hacer una interpretación a *contrario sensu* de la de servicios de atención médica, a partir de la cual puede describirse a los servicios de salud pública como todas aquellas acciones realizadas en

²⁰ Nótese que la redacción de la propia Ley General de Salud coloca a los prestadores en un primer término, mientras que a los usuarios de los servicios los coloca en un segundo lugar.

²¹ Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 2003.

²² Ver artículo 3o. de la Ley General de Salud.

beneficio de la sociedad, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la colectividad.²³

Así como se omite el concepto, no se incluye en la ley un catálogo de servicios de salud pública. Aunque ciertos autores señalan que ese catálogo sí existe y en él se incluyen los que la propia Ley ha denominado como servicios básicos de salud.²⁴

Tampoco compartimos esa visión, pues carece de bases interpretativas, dado que la lista mezcla indiscriminadamente intervenciones que son claramente de atención médica con otras que sí se enmarcan en la salud pública.

Lo cierto es que el único texto del marco jurídico mexicano que enlista los servicios de salud pública es el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, expedido en su versión original hasta 2004, en el cual se enlistan los denominados servicios de salud a la comunidad.²⁵

Ahora bien, atendiendo a los prestadores de los servicios de salud, de acuerdo con el artículo 34 de la Ley, que prevalece sin modificaciones en su versión vigente, éstos se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

²³ Cfr. artículo 32 de la Ley General de Salud.

²⁴ El artículo 27 de la Ley General de Salud señala como servicios básicos de salud los siguientes: 1. la educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; 2. la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; 3. la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; 4. la atención materno-infantil; 5. la planificación familiar; 6. la salud mental; 7. la prevención y el control de las enfermedades bucodentales; 8. la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; 9. la promoción del mejoramiento de la nutrición, y 10. la asistencia social a los grupos más vulnerables. Ver, por ejemplo, Gonzalo Moctezuma Barragán, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM-IIIJ, 2000.

²⁵ Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de abril de 2004.

- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.²⁶

Este artículo es, como se puede observar, el que sienta las bases para un sistema público fragmentado, al clasificar en dos distintas fracciones, la I y la II, los servicios de salud prestados por instituciones públicas o de gobierno.

Es importante mencionar que la propia Ley señala en su artículo 35 que los servicios públicos a la población en general se prestarían con base en los principios de universalidad y de gratuidad, pero tomando en consideración las condiciones socioeconómicas de los usuarios, lo que genera un contrasentido y reafirma que, en el momento de su incorporación a la Constitución y de su desarrollo en la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud se concebía como una aspiración programática.

Justo con el propósito de modificar esa concepción, en 2003 se llevó a cabo una reforma financiera a la Ley General de Salud, que encabezó el entonces Secretario del Ramo, doctor Julio Frenk, y mediante la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “Seguro Popular”, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo y evitar los gastos catastróficos a la población más pobre y vulnerable.²⁷ De las características y el impacto de esta reforma nos ocuparemos más adelante.

DE DERECHO PROGRAMÁTICO A DERECHO SOCIAL Y JUSTICIABLE

Hasta 1999 la mayor parte de la doctrina jurídica mexicana concebía al derecho constitucional a la protección de la salud como una disposi-

²⁶ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Versión vigente disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

²⁷ Secretaría de Salud, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.

ción meramente programática que se limitaba a establecer directivas de acción para el Estado.²⁸

Sin embargo, el 25 de octubre de 1999, la Suprema Corte de Justicia de la Nación concluyó el análisis de un amparo en la materia, resolviendo en pleno y de manera unánime que el derecho a la protección de la salud sí se traducía en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades como parte integrante de la atención médica, y señaló que el derecho a la protección de la salud era una garantía individual.²⁹

Con esa resolución se inicia un cambio de paradigma en el derecho a la protección de la salud: de un enunciado constitucional de características programáticas a una garantía individual, es decir, a un derecho consagrado en la Constitución que es justiciable (*i.e.* exigido mediante acción ante los órganos jurisdiccionales).

No obstante, el nuevo paradigma carecía en un primer momento de claridad respecto a su aplicabilidad en materia de salud pública y no proporcionaba, al menos en principio, elementos para resolver el “dilema central en la salud pública... el conflicto [que surge en ocasiones] entre los derechos del individuo y las responsabilidades de la sociedad con todos sus miembros”.³⁰

Esto es relevante, ya que la idea de equiparar el derecho a la protección de la salud con el derecho a tener acceso a los servicios de atención médica, acompañados de los medicamentos correspondientes, contri-

²⁸ Algunos autores señalan que los derechos sociales no se vinculan desde la Constitución con el otorgamiento de determinadas prestaciones, es decir, que su cumplimiento no es directamente exigible al Estado, pero eso no significa que se reduzcan a ser meros enunciados programáticos. Ver: José Ramón Cossío Díaz, *op. cit.*

²⁹ Ver: Suprema Corte de Justicia de la Nación, *op. cit.*, tesis p. XIX/2000, p. 112. Para un recuento detallado de otras sentencias de relevancia para el cambio de paradigma relacionado con el derecho a la protección de la salud, ver: Olga Sánchez Cordero, *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México*, conferencia, Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, Ciudad de México, 22 de noviembre de 2002.

³⁰ J. Horner, “The virtuous public health physician”, en *Journal of Public Health Medicine*, 22, 2000, pp. 48-53.

buía a generar distracción, inclusive desde la perspectiva del financiamiento, en detrimento de las intervenciones de salud pública.³¹

No debe menospreciarse, sin embargo, el gran avance que se había materializado en el tránsito de considerar el derecho a la protección de la salud como una simple línea programática a reconocerlo como un verdadero derecho justiciable en lo individual.³²

Continuando con la reflexión respecto a si lo que es aplicable a la atención médica es aplicable a la salud pública, la gran ignorada en nuestro marco jurídico, es importante resaltar que tradicionalmente la doctrina en materia de derechos humanos, al igual que la propia exposición de motivos de la reforma constitucional de 1983, han ubicado al derecho a la protección de la salud dentro de los llamados derechos sociales, al entenderlo como uno de aquéllos que proporcionan un mínimo de bienestar y seguridad al individuo,³³ al tiempo que privilegian los intereses colectivos por encima de los individuales, lo cual logran mediante el establecimiento de disposiciones jurídicas encaminadas a generar condiciones más justas para las poblaciones en su conjunto.³⁴

Para efectos de este trabajo, hemos tomado como base un concepto propuesto en su momento por la hoy Ministra en retiro Olga Sánchez Cordero, quien señalaba que puede definirse a los derechos sociales “como el conjunto de normas jurídicas que consignan principios y procedimientos protectores de las personas y [...] de la sociedad, en aquellos ámbitos de los que depende la existencia humana, sin [...] [los cuales] es imposible la titularidad y el ejercicio de cualquier derecho [...]”.³⁵ La propia Ministra señalaba que los derechos sociales son universales e independientes de la vulnerabilidad o capacidad de pago de los individuos o las poblaciones.³⁶

³¹ David P. Fidler, “Emerging trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control”, en *Emerging Infectious Diseases*, marzo de 2003.

³² Moctezuma Barragán, Gonzalo, *et al.*, *El derecho a la protección de la salud. Notas para un nuevo enfoque*, documento entregado a los alumnos del Diplomado en Derecho, Salud y Bioética del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2003.

³³ Thomas Humphrey Marshall, *Class, Citizenship, and Social Development: Essays*, Nueva York, Doubleday Anchor Book, 1965.

³⁴ Sánchez, *op. cit.*

³⁵ *Ibidem*, p. 21.

³⁶ Sánchez, *op. cit.*

Partiendo del referido concepto es posible señalar que el derecho a la protección de la salud es un derecho social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios,³⁷ además de tratarse de un una herramienta esencial para lograr condiciones de equidad, para que el Estado pueda trabajar hacia el objetivo de eliminar la desigualdad prevaleciente entre los miembros de la sociedad.

Adicionalmente, también se atribuye a los derechos sociales la característica de ser prestacionales, es decir, que requieren de una acción positiva por parte del Estado, la cual se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio,³⁸ al tiempo que se requiere de un andamiaje jurídico, presupuestario y operativo para poder garantizar que se tenga acceso efectivo al bien o servicio correspondiente a cada derecho.

Así, el derecho a la protección de la salud es también un derecho prestacional, en la medida en que “impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada”.³⁹

En adición a todo lo antes expuesto, que ya nos permite identificar que las modalidades establecidas en la Ley General de Salud son contradictorias con la concepción misma del derecho que desarrolla, es importante resaltar que el derecho a la protección de la salud está reconocido en múltiples instrumentos internacionales y que se le ha dado el carácter de derecho humano de segunda generación,⁴⁰ específicamente como derecho social.

³⁷ *Idem.*

³⁸ Juan Antonio Cruz Parceró, “Los derechos sociales como técnica de protección jurídica”, en Miguel Carbonell, *et al.* (comps.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-IIIJ, (Doctrina Jurídica, 28), 2000.

³⁹ Sánchez, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁰ Con un propósito pedagógico los derechos humanos se han clasificados en tres generaciones que se identifican con el momento histórico en que surgieron o del reconocimiento que han tenido por parte de los Estados. 1a. generación: derechos civiles y políticos. 2a. generación: derechos económicos, sociales y culturales. 3a. generación: los que corresponden a grupos de personas o colectividades que comparten intereses comunes. El agrupamiento en generaciones no significa que algunos derechos tengan mayor importancia que otros. Ver, por ejemplo: http://www.cndh.org.mx/Que_son_Derechos_Humanos

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito y ratificado por México,⁴¹ es el más relevante de dichos instrumentos, dado que en su artículo 12 detalla una serie de obligaciones a cargo del Estado para la efectiva instrumentación de ese derecho, a saber:⁴²

1. Los Estados Partes [*sic*] en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.⁴³

De lo anterior se desprende que el PIDESC reconoce que el derecho a la protección de la salud es un derecho de todas las personas,⁴⁴ que la atención médica es únicamente uno de sus componentes y que se requiere de otros elementos (algunos de ellos enfocados en el nivel poblacional) para poder garantizar su ejercicio.⁴⁵

⁴¹ Adhesión de México el 23 de marzo de 1981. Publicación del decreto promulgatorio en el *Diario Oficial de la Federación*, 12 de mayo de 1981.

⁴² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (pidesc), disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

⁴³ *Ibidem*, artículo 12.

⁴⁴ Enrique, González, “El derecho a la salud”, en Victor Abramovich, *et al.* (comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso*, México, Fontamara, 2003.

⁴⁵ Cabe destacar que entre las medidas que el Pacto señala como responsabilidades del Estado tendientes a hacer efectivo el derecho a la salud, tres de ellos (i.e. incisos a, b

Si bien el PIDESC se adoptó en la Organización de las Naciones Unidas en 1966 y México lo ratificó en 1981, es hasta el año 2000 que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales emitió la observación general no. 14, relativa al alcance del derecho a la salud en el marco de dicho Pacto. Entre los aspectos más importantes contemplados en dicha observación está el reconocimiento de que el derecho a la salud no equivale a un derecho a estar sano, sino que se traduce en la responsabilidad correlativa del Estado de asegurar a sus ciudadanos el disfrute “del más alto nivel posible de salud” para que puedan vivir dignamente y ejercer los demás derechos humanos.⁴⁶

En ese sentido, se entiende que el Estado cumple su responsabilidad en materia de salud al observar tres distintos tipos de obligaciones: la de respeto, la de protección y la de cumplimiento.

La obligación de respetar se refiere que los Estados deben abstenerse de injerir directa o indirectamente para impedir el disfrute del derecho. La obligación de proteger se refiere a que los Estados deben adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el ejercicio de ese derecho. Finalmente, la obligación de cumplir se refiere a que los Estados deben adoptar medidas legislativas, presupuestales y administrativas para facilitar, proporcionar y promover las condiciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.⁴⁷

Desde la perspectiva de la observación general queda claro que el derecho a la salud incluye en sí mismo varios derechos y libertades, además de que está ligado al ejercicio de otros derechos, tales como: a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la vida, a la no discriminación, al acceso al avance científico y a la información, entre muchos otros.⁴⁸

y c) se refieren a actividades que identifican como de salud pública, mientras que deja para el final (i.e. en el inciso d) los aspectos curativos, como si se tratara de la última alternativa posible.

⁴⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General no. 14. El derecho al disfrute más alto posible de salud, agosto 2000, como se refiere en González, *op. cit.*

⁴⁷ González, *op. cit.*

⁴⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General no. 14. El derecho al disfrute más alto posible de salud*, agosto 2000, como se refiere en González, *op. cit.*

En ese contexto, es importante precisar que la exposición de motivos de la reforma de 1983 mediante la cual se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud en México, y a la cual ya nos hemos referido antes, considera a éste como una responsabilidad compartida entre el Estado, el individuo y la sociedad en su conjunto.⁴⁹ En ese tenor, es claro que si bien la Constitución impone al Estado un deber, también es cierto que al ser la salud un valor biológico a la vez que un bien público, el individuo y la comunidad deben colaborar en su protección.

UNA NUEVA MODALIDAD: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Previamente habíamos señalado que en 2003 se llevó a cabo una reforma a la Ley General de Salud, con la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, con el objetivo de reducir el gasto de bolsillo y evitar los gastos catastróficos a la población más pobre y vulnerable.⁵⁰

Dicha reforma, de contenido fundamentalmente financiero, es congruente con el nuevo paradigma del derecho a la protección de la salud como una garantía individual justiciable y pretendía generar mejores condiciones para el ejercicio de ésta. En ese contexto, para la implantación del Sistema de Protección Social en Salud se establecieron “las bases legales para garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación”.⁵¹

Lo cierto es que, sin modificar explícitamente el artículo 34 de la Ley, el cual no fue abarcado en la reforma, se estableció una submodalidad en la prestación de los servicios públicos de salud a la po-

⁴⁹ Moctezuma, *op. cit.*, 2000.

⁵⁰ Secretaría de Salud, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.

⁵¹ Ver: http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pppf/2014/ingresos/13_titulo_3rob_18_lgs.pdf

blación en general: la de los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud.

La ya referida reforma generó un incremento sin precedentes en el financiamiento de los servicios de salud. Es importante precisar que la idea detrás de ello era que, si históricamente se había logrado tanto con pocos recursos financieros, con un mayor presupuesto se podría hacer mucho más. Esa era la teoría; sin embargo, ésta no se tradujo cabalmente a la realidad.

Como referente, es importante mencionar que previo a la existencia del Seguro Popular, el gasto anual en salud de un individuo o de una familia equivalía a 52 por ciento; es decir, de su bolsillo pagaban más de la mitad de sus necesidades clínicas y de medicamentos. Con la llegada del Seguro Popular, ese gasto se redujo a 49 por ciento, en otras palabras, se logró un impacto de apenas 3 por ciento que, en proporción a la cantidad de recursos invertidos, es un impacto mínimo.⁵² Por el contrario, se estaban obteniendo muchos menos resultados por mucho más dinero.

De hecho, cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud en 2014, como parte de las cuentas nacionales, demuestran que el incremento del gasto público en salud se logró elevar en 2012 al equivalente a 6.1 por ciento del PIB (*i.e.* se mantuvo en esos niveles al menos dos años más), pero no se reflejó en el gasto de bolsillo, toda vez que éste se incrementó prácticamente en la misma proporción que el público.⁵³

Las cifras de las cuentas nacionales nos llevan a cuestionarnos ¿por qué, si se tenían los recursos financieros, la teoría no se encontró con la realidad? Las respuestas pueden ser muchas y abordarse desde diferentes perspectivas.

A continuación destacamos sólo **algunas respuestas** a esa pregunta que los autores de este artículo, de manera individual o conjunta, han planteado previamente en diversos foros o documentos:⁵⁴

⁵² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Evaluación estratégica de protección social en México*, CONEVAL, 2013.

⁵³ World Health Organization, *Global Health Expenditure Database*, base de datos, 2014.

⁵⁴ Ver, por ejemplo, Roberto Tapia Conyer, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2016, pp. 278-284.

1. **La falta de perspectiva de la salud como derecho humano.** Al Estado mexicano apenas le va quedando clara su obligación de hacer todo lo posible para garantizar el acceso real a los servicios necesarios para materializar el derecho a la protección de la salud.⁵⁵ Por otra parte, las personas están acostumbradas a que se les provea un mal servicio, no asumen que el Estado debe proteger su salud por obligación y,⁵⁶ por lo tanto, toman lo que les den, sin exigir calidad y oportunidad.
2. Se olvidó que, cuando se invierten recursos, es necesario **aplicar mecanismos estrictos de control financiero y operativo.**⁵⁷ Es importante mencionar que, en este punto, reside una de las mayores debilidades de la reforma: un defecto en su construcción jurídica original obstaculizó un adecuado control de los recursos, los cuales se usaron en los estados de manera inadecuada y sin transparencia.

Esta situación prevaleció durante más de una década, hasta 2014, año de publicación de una reforma que pretende corregir el defecto antes descrito y que busca vigilar el rastro de cada peso, así como su aplicación correcta y oportuna.⁵⁸

Mientras el Sistema de Protección Social en Salud se mantuvo funcionando sin los mecanismos correctos de control, prevaleció una situación que permitió y hasta fomentó la falta de transparencia y rendición de cuentas y con ello la corrupción tácita y activa. Ésta es una de las razones principales de que el impacto del Seguro Popular no fuera el esperado porque, como en su diseño jurídico de origen no se tomaron las medidas elementales para conocer el uso y destino de los recursos, éstos no llegaron a donde tenían que ir, dándose un desvío que trastocó

⁵⁵ Roberto Tapia Conyer y María de Lourdes, Motta Murguía, “El derecho a la protección de salud pública”, en Ingrid Brena Sesma (comp.), *Salud y derecho*, México, UNAM, 2005.

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud, *Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud*.

⁵⁷ Liliana Ruiz y Óscar Arredondo, *Transparencia presupuestaria y rendición de cuentas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2012.

⁵⁸ Reforma a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de junio de 2014.

el sistema de salud operativo; en concreto, a nivel de los gobiernos estatales.⁵⁹

3. No se tomó en cuenta que en la actualidad enfrentamos **los retos propios de un perfil de riesgos y enfermedad más complejo**.⁶⁰ Antes la prioridad era controlar enfermedades transmisibles; hoy, las enfermedades crónicas, el cáncer, las adicciones y la salud mental hacen necesario colocar en el centro del quehacer a la prevención proactiva, a la corresponsabilidad de los individuos, a la detección oportuna y al seguimiento para institucionalizar el continuo de la atención.

Además, se vuelve indispensable funcionar con una mayor eficiencia de los sistemas locales de salud, sistematizando procesos que aseguren el impacto, usando esquemas de reembolso sustentados en resultados, con instituciones de calidad, con una ética a toda prueba y evaluando el desempeño.

4. Se soslayó la relevancia de **una política de recursos humanos acorde con la demanda**⁶¹ y con ello se desconoció la importancia de impulsar la formación de personal de calidad para operar el primer nivel de atención, es decir, la base del sistema de salud, que ha permanecido limitada; por otro lado no se aprovecha la vasta oferta de capital humano egresado de las escuelas de salud del país.

Asimismo, en los últimos años se ha perdido la mística, legitimidad y pasión, en gran parte porque se ha relegado a los verdaderos salubristas, y la salud pública comenzó entonces a responder a intereses políticos y no a la búsqueda del bienestar de la población.

En las estructuras operativas, técnicos y profesionales formados y con experiencia fueron sustituidos por oportunistas polí-

⁵⁹ Auditoría Superior de la Federación, “Informe General de la Cuenta Pública 2013”.

⁶⁰ Pablo Kuri Morales, “La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios”, en *Gaceta Médica de México*, 2011, pp. 147, 451-454.

⁶¹ Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación general 15 sobre el derecho a la protección de la salud”, México, 23 de abril de 2009.

ticos⁶² y, aún hoy, se utilizan los puestos para llenar cuotas de compromiso de las autoridades estatales y federales. Convendría buscar que se legisle para asegurar que dichos puestos, vitales para el desarrollo de México, estén ocupados por quienes demuestren tener los méritos y no sólo los contactos o relaciones.

LA REFORMA CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS Y CÓMO DETERMINA EL FUTURO DE LA SALUD EN MÉXICO

La tendencia en el mundo es generar reformas orientadas a que los países cuenten con sistemas universales de salud⁶³ y sumarse a ella representa una oportunidad de cambio.

Más aún, esa oportunidad se convierte en una obligación si tomamos en cuenta la Reforma Constitucional en materia de derechos humanos publicada el 10 de junio de 2011 en el *Diario Oficial de la Federación*. Dicha reforma le da una nueva redacción y un renovado alcance al título primero, capítulo I y a los tres primeros párrafos del artículo 1o. de nuestra Carta Magna, al transformarlos para quedar como sigue:

TÍTULO PRIMERO CAPÍTULO I

De los Derechos Humanos y sus Garantías

Artículo 1o. 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. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformi-

⁶² Véase, por ejemplo, “Fiscalía aprende a ex director del Seguro Popular Jalisco”, en *El Informador*, Guadalajara, México, 12 de febrero de 2015.

⁶³ Organización Mundial de la Salud, *Universal Health Coverage*, fact sheet núm. 395, septiembre de 2014.

dad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

En este nuevo contexto constitucional, la traducción del derecho a la protección de la salud obliga a hacer a un lado las “bases y modalidades” y a avanzar en la concreción de ese derecho a la luz de los tratados internacionales, incluido el PIDESC, para hacerlo universal, interdependiente, indivisible y progresivo.

Si vamos a aprovechar la oportunidad que, como ya señalamos, es una obligación, se deben tomar cuanto antes las medidas legislativas necesarias para que nuestro Sistema Universal de Salud se estructure jurídicamente y funcione en la realidad como un sistema de salud “comprobable”,⁶⁴ a través de una reingeniería sustentada en los siguientes ejes:⁶⁵

- **Población.** Es fundamental definir y cuantificar la población en la que se quiere incidir, tanto por vulnerabilidad como por derechos adquiridos. Generando conciencia, tanto en las autoridades como en la población, de que esos derechos llevan aparejadas obligaciones, es decir, que existe corresponsabilidad del Estado mexicano, el individuo y la comunidad.
- **Atención continua.** Ante los nuevos perfiles epidemiológicos, se requiere garantizar continuidad en la atención. Ya no basta con que las personas acudan a un establecimiento de salud, hay que trascender los espacios físicos para que los servicios de salud, apro-

⁶⁴ Stephen M. Shortell y Lawrence P. Casalino, “Health Care Reform Requires Accountable Care Systems”, en *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300 (1), pp. 95-97. También Diane R. Rittenhouse, Stephen M. Shortell y Elliott S. Fisher, “Primary Care and Accountable Care—Two Essential Elements of Delivery-System Reform”, en *The New England Journal of Medicine*, 2009, 361, 2301-2303.

⁶⁵ Roberto Tapia Conyer, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 152.2, 2016, pp. 278-284.

vechando las plataformas tecnológicas disponibles, alcancen de manera eficiente, a las comunidades, los hogares y las personas.

- **Métrica del impacto.** Se requiere establecer indicadores de mejora tanto a nivel poblacional como en la persona misma. De manera particular, hay que incluir indicadores que midan la utilización de los recursos y la mejora en el desempeño.
- **Información.** Debemos contar con un sistema de información único que capte los datos desde la misma fuente del flujo de las acciones en los diferentes niveles de atención, que pueda ser consultado en tiempo real por múltiples proveedores y usuarios, que sirva para tomar decisiones informadas y correctas y, si es necesario, reaccionar modificando el curso. Un sistema de información único ya es viable gracias a las herramientas que nos ofrece la tecnología, como la conectividad y la capacidad de almacenar y compartir grandes cantidades de información.
- **Capacitación.** Es esencial invertir en el personal de salud para fortalecerlo, tanto en su capacidad técnica como en su desarrollo humano.
- **Incentivos.** Habrá que introducir un esquema de incentivos no económicos basado en el desempeño, así como en metas poblacionales e individuales, en beneficio de los sistemas estatales de salud y del personal.
- **Liderazgo.** Debemos recuperar los espacios de liderazgo definiendo perfiles adecuados, para que sean cubiertos por personas que tengan formación en salud pública. No podemos dejar de lado la importancia de una remuneración digna para el trabajo bien hecho.
- **Innovación.** Aprovechemos el enorme potencial de la generación y difusión del conocimiento científico, así como de las innovaciones tecnológicas disponibles en el mundo. Ese enorme potencial se deriva de disciplinas como la genómica, la proteómica y la nanotecnología, por mencionar algunas, gracias a las cuales es posible algo que hace poco tiempo era inconcebible e incluso sonaba como una contradicción de términos: la salud pública personalizada, en la cual se mantiene el enfoque de abarcar poblaciones y a la vez se puede intervenir en cada persona según

su patrón de riesgo, garantizando con ello cabalmente el derecho a la protección de la salud.

Únicamente así es posible conceptualizar al derecho a la protección de la salud desde una visión integral, en contraposición a la idea tradicional de que éste equivale al acceso individual a los servicios de atención médica.

Ante el imperativo de evolucionar hacia un Sistema Universal de Salud, en el que el derecho a la protección de la salud deje de ser una mera aspiración, debemos enfrentar la tarea con responsabilidad, experiencia y visión innovadora e, incluso, disruptiva.

México está en un momento histórico singular, frente a la oportunidad más trascendente en materia de salud: la de garantizar el acceso efectivo y universal a los servicios. No podemos ser irresponsables y dejar, como ha ocurrido en el pasado, que el momento de escribir una nueva y mejor historia se nos escape entre las manos.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto, *Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945. Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 2007.
- CHAVKIN, Wendy y Ellen Chesler (eds.), *Where Human Rights Begin: Health, Sexuality, and Women in the New Millennium*, Rutgers University Press, 2005.
- COSSÍO DÍAZ, José Ramón, *Estado social y derechos de prestación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1989.
- CRUZ PARCERO, Juan Antonio, "Los derechos sociales como técnica de protección jurídica", en Carbonell, Miguel, *et al.* (comps.), *Derechos sociales y derechos de las minorías*, México, UNAM-IIIJ (Doctrina Jurídica, 28), 2000.
- GONZÁLEZ, Enrique, "El derecho a la salud", en Abramovich, Victor, *et al.* (comps.), *Derechos sociales. Instrucciones de uso*, México, Fontamara, 2003.
- LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos. Obra póstuma*, arreglo, preliminar y notas de Francisco Fernández del Castillo, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1949.

- MARSHALL, Thomas Humphrey, *Class, Citizenship, and Social Development: Essays*, Nueva York, Doubleday Anchor Book, 1965.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM-IHJ, 2000.
- , *et al.*, *El derecho a la protección de la salud. Notas para un nuevo enfoque*, documento entregado a los alumnos del Diplomado en Derecho, Salud y Bioética del Instituto Tecnológico Autónomo de México, 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Universal Health Coverage*, Fact sheet núm. 395, septiembre de 2014.
- RUIZ, Liliana y Arredondo, Óscar, *Transparencia presupuestaria y rendición de cuentas*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2012.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo (comp.), *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983.
- TAPIA CONYER, Roberto y Motta Murguía, María de Lourdes, “El derecho a la protección de salud pública”, en Brena Sesma, Ingrid (comp.), *Salud y derecho*, México, UNAM, 2005.

Hemerográficas

- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, 19 de enero de 1943, 13 de marzo de 1973, 12 de mayo de 1981, 31 de diciembre de 1974, 3 de febrero de 1983, 7 de febrero de 1984, 15 de mayo de 2003, 5 de abril de 2004, 4 de junio de 2014.
- EL INFORMADOR, “Fiscalía aprende a ex director del Seguro Popular Jalisco”, Guadalajara, México, 12 de febrero de 2015, en línea. Recuperado de: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/575983/6/fiscalia-aprehende-a-ex-director-del-seguro-popular-jalisco.htm>
- FIDLER, David P., “Emerging trends in International Law Concerning Global Infectious Disease Control”, en *Emerging Infectious Diseases*, marzo de 2003.
- GÓMEZ DANTÉS, Octavio, *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, 2011.
- HORNER, J. “The virtuous public health physician”, en *Journal of Public Health Medicine*, 22, 2000.
- KERSHENOBICH STALNIKOWITZ, David, “El Consejo de Salubridad General”, en *Gaceta Médica de México*, 2012.
- KURI MORALES, Pablo, “La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios”, en *Gaceta Médica de México*, 2011.

- RITTENHOUSE, Diane R.; Shortell, Stephen M., y Fisher, Elliott S., “Primary Care and Accountable Care—Two Essential Elements of Delivery-System Reform”, en *The New England Journal of Medicine*, 2009.
- SÁNCHEZ CORDERO, Olga, *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México*, conferencia, Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, Ciudad de México, 22 de noviembre de 2002.
- SECRETARÍA DE SALUD, Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.
- SHORTELL, Stephen M. y Casalino, Lawrence P., “Health Care Reform Requires Accountable Care Systems”, en *Journal of the American Medical Association*, 2008.
- SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN, *Semanario Judicial de la Federación*, t. XI, marzo 2000, tesis p XIX/2000.
- TAPIA CONYER, Roberto, “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 152.2, 2016.

Electrónicas

- AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN, “Informe general de la cuenta pública 2013”, en línea. Recuperado de: http://www.asf.gob.mx/uploads/55_ Informes_de_auditoria/Informe_General_CP_2013.pdf
- COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, “Recomendación general 15 sobre el derecho a la protección de la salud”, México, 23 de abril de 2009, en línea. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/Generales/RecGral_015.pdf
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL, *Evaluación estratégica de protección social en México*, CONEVAL, 2013, en línea. Recuperado de: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf.
- MAYERSERRA, Carlos Elizondo, “El derecho a la protección de la salud”, en *Salud Pública de México*, 2007, en línea. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200010&lng=es&tlng=es
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Resolución CE152/12 sobre Protección Social en Salud*, en línea. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9119:nueva-resolu-

cion-organizacion-panamericana-salud-sobre-proteccion-social-salud-region-americas&Itemid=2075&lang=es

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, en línea. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

TAPIA CONYER, Roberto “Una visión crítica sobre la salud pública en México”, en *Gaceta Médica de México*, 2016, en línea. Recuperado de: http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n2/GMM_152_2016_2_278-284.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Health Expenditure Database*, base de datos, 2014, en línea. Recuperado de: <http://apps.who.int/nha/database>.

Leyes, códigos y reglamentos

Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 2003.

Secretaría de Gobernación, Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta de la Patria, 1891.

Secretaría de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, México, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de abril de 2004.



INICIATIVA CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. SU PROCESO DE FORMALIZACIÓN EN 1982

Guillermo Soberón
José Cuauhtémoc Valdés

Hace poco más de treinta años, el modelo de salud en México inició su transformación más reciente y acaso más profunda. El 3 de febrero de 1983 fue incorporado en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un nuevo párrafo mediante el cual se otorga el derecho a la protección a la salud a toda persona y ordena la definición de las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Han transcurrido poco más de tres décadas desde la promulgación de ese derecho constitucional, que ha generado una gesta colosal del Estado mexicano para contar con un Sistema Nacional de Salud; años de esfuerzos que han dado como fruto: la continuidad en las políticas públicas en materia sanitaria; el quehacer persistente de las instituciones del sector salud por ofrecer servicios oportunos y de calidad; la aceptación de responsabilidades de los gobiernos de las entidades federativas para hacerse cargo de la salud de sus conciudadanos; la presencia de un sector privado cada vez más comprometido en su concurso ya sea por la prestación directa o por su aporte a una mejor infraestructura; una sociedad civil más fortalecida, solidaria y partícipe en diversas tareas de

salud, y una población más consciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud y más demandante de su atención oportuna y eficaz.¹

Hoy, a poco más de tres décadas de aquel acontecimiento, el desiderátum y el compromiso persisten para avanzar a una sociedad que supere siete obstáculos para el mejor desempeño de un sistema de salud: la inequidad, la insuficiencia, la ineficiencia, la inadecuada calidad, la insatisfacción, la inflación y la inseguridad.²

La protección a la salud debe verse como una política de Estado, un derecho social efectivo en forma creciente, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

ANTECEDENTES

El derecho a la salud es un deseo anhelado de tiempos remotos. La Asamblea General de las Naciones Unidas señaló en la declaración de 1948 que “todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia, incluyendo alimentación, habitación, atención médica y los servicios necesarios y derecho a subsistir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez y otras circunstancias fuera de su control”.

Sin embargo, se pueden ubicar los antecedentes para llegar al derecho a la protección de la salud en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Alma Ata, en 1978, que planteó la estrategia de la atención primaria a la salud como la vía para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, es decir el más alto grado posible de salud. Ahí se señaló que la salud es un derecho fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social

¹ José Cuauhtémoc Valdés Olmedo, “El derecho a la protección de la salud. Una gesta de 30 años”, en *México Social*, 2014.

² Julio Frenk, *et al.*, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

cuya realización exige la intervención de muchos actores sociales y económicos, además de la salud.³

Con ello dio inicio un movimiento generalizado para construir e implantar la estrategia con medidas específicas tales como la formulación de planes y programas nacionales de salud, el fortalecimiento de los marcos jurídicos nacionales, en especial con la inclusión en las cartas constitucionales del derecho a la salud. De esta manera, algunas de las naciones miembros de la Organización Mundial de la Salud fueron incorporando esta garantía social en sus cartas magnas. En efecto, cerca de una veintena de naciones de la Región de las Américas incluyen ahora este derecho en sus ordenamientos nacionales.⁴

Gro Harlem Bruntland, Directora General de la OMS, impulsó en el marco del Decenio de las Naciones Unidas para la Educación en la Esfera de Derechos Humanos una historieta de amplia difusión, con el ánimo de dar a conocer a la población que “el goce del grado máximo de salud que pueda alcanzarse es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano... es preciso que la población conozca mejor sus derechos, para que pueda tener mayor control sobre sus vidas... espero que ello constituya un paso hacia una mayor comprensión y conocimiento del derecho a la salud como un instrumento para habilitar a los más necesitados”.⁵

El derecho a la salud implica que cualquier persona, independientemente de su estado o condición social, económica o cultural, tiene derecho al acceso a los servicios de salud en la medida que cada sociedad los pueda producir y prestar. También significa que el Estado y la población son corresponsales en la procuración individual y colectiva de la salud.

HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La tarea de conducir el sector salud durante un periodo sexenal de gobierno federal ofrece buenas oportunidades de introducir cambios para

³ OMS, UNICEF, *Alma Ata 1978*, Atención Primaria a la Salud, OMS, Ginebra, 1978.

⁴ Hernán Fuenzalida Puelma y Susan Schoell Connor (eds.), *El derecho a la salud en las Américas*, Publicación Científica 509, Washington, OPS.

⁵ Valdés Olmedo, *op. cit.*

perfeccionar su estructura y mejorar su desempeño. Esta posibilidad se deriva de un sólido planteamiento elaborado al inicio de la gestión en sus primeras etapas o bien durante la solución de los problemas y contingencias que surgen durante la gestión misma.

En 1981 se dio una de tales oportunidades cuando el Presidente José López Portillo creó el 25 de agosto de ese año la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, con el propósito de analizar y proponer opciones de política que permitieran alcanzar un mayor grado de integración y equidad dentro del sistema de salud. La Coordinación se constituyó como un organismo de carácter temporal, que operó de esa fecha hasta el 30 de noviembre de 1982. Tuvo como objetivo principal “determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros y necesarios para establecer las bases que permitan integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubra a toda la población”.⁶ Este tipo de arreglo fue un esquema de trabajo del Presidente López Portillo que, en ciertas áreas del conocimiento, cruzaban planes e ideas de las secretarías del gobierno federal que se relacionaban con el planteamiento de posibles soluciones a problemas existentes. Si bien podían significar duplicidades, también representaban potenciales sinergias y, acaso, estimulantes competitividades. En ese entonces se establecieron ocho de tales coordinaciones.

En esa misión fueron claves ciertos conceptos: “se decía determinar y no otro verbo que comprometiera más o dejara afuera algo [...] era suficiente para decir lo que queríamos [...] servicios públicos, nada de los privados, y pertenecientes al gobierno federal, no a otras entidades así fueran gubernamentales... la palabra sistema pesó mucho, y lo mismo el sentido de dar cobertura a toda la población. Ya estaba implícito el derecho a la protección de la salud”.⁷

En el caso de la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, el problema a tratar era que en ese entonces existían dos programas de extensión de cobertura de los servicios de salud, uno a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social orientado

⁶ Guillermo Soberón, *et al.*, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, UNAM, Facultad de Medicina, 1983.

⁷ Guillermo Soberón, *El médico, el rector*, México, Fondo de Cultura Económica, 2015, p. 339.

a la población rural, no cubierta por la propia seguridad social, denominado IMSS-Coplamar, y el otro orientado a las zonas marginadas de las grandes urbes, al cuidado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, denominado Programa de Atención a la Salud a Población Marginada de las Grandes Urbes, que operó en cuatro ciudades: Guadalajara, León, México y Monterrey. Se requería, en opinión del entonces Secretario de Programación y Presupuesto, Miguel De la Madrid Hurtado, de estudios necesarios para contar con una apreciación general sobre el sistema de salud del país en su conjunto y establecer vías de solución para cómo seguir hacia delante.

Se daba así una oportunidad para incidir en un asunto de trascendencia social, que representaba retos que, de superarse, serían beneficiosos para grandes grupos poblacionales; era una especie de investigación operativa encaminada a generar información dura para tomar decisiones importantes, y que requería un gran esfuerzo de planeación.

Se planteó así hacer un estudio que pudiera realizarse rápidamente, que llegara a conclusiones fundadas y oportunas, habida cuenta que habría que aprovechar el cambio de gobierno que se avecinaba, ya que era una gran oportunidad de cambios, de la magnitud que ya podría predecirse.

“Los intensos trabajos que Soberón condujo al frente de dicha coordinación se materializaron en lo que constituye un documento seminal, convertido ya en un clásico por su profundidad analítica y su visión innovadora. Se trata del libro *Hacia un sistema nacional de salud*, que trazó el mapa de los cambios que México requería en materia de salud”.⁸

Conviene relatar, brevemente, la experiencia que se tuvo con los trabajos de la Coordinación, que se describen con mayor detalle en el mencionado libro.

LOS TRABAJOS DE LA COORDINACIÓN

La primera tarea que llevó a cabo la Coordinación fue ir a los estados de la República a fin de seleccionar algunos de ellos habida cuenta que,

⁸ Julio Frenk, “Proemio”, en Soberón, *op. cit.*, p. 321.

por el tiempo, no podría visitarse a todos. Se seleccionaron doce de ellos, algunos con problemas complicados en la prestación de servicios de salud y de ahí compilar información que pudiera dar luces a todo el espectro del país. Con ello se formularon diagnósticos situacionales para conocer cada uno de los sistemas estatales, para llegar a planteamientos concretos de qué hacer en cada estado. Se pudo avanzar a completar el ejercicio en 19 entidades y finalmente el Distrito Federal.⁹ Se pudieron así caracterizar duplicaciones y omisiones, estimar la cobertura real y llevar a cabo acciones para alinear los servicios dentro de las estructuras que les correspondían.

La segunda estrategia a seguir fue atender el proceso de descentralización, que se consideraba era el motor de los cambios que veíamos necesarios en la situación entonces existente. Así señalábamos que “vamos a aprender a descentralizar descentralizando”.

En tercer lugar se identificaron aquellos elementos que incidían preponderantemente en lo que se quería hacer para estudiarlos a fondo. Se seleccionaron 20 temas y se convocó a expertos en cada una de las materias, se propiciara la discusión y se hicieran estudios específicos, por ejemplo la estructura jurídica del sector para proponer una estructura que fuera sustentable para todas las reformas que se vislumbraban.

Para cumplir con todo lo anterior, la Coordinación procedió a elaborar estudios y a hacer los planteamientos correspondientes, obtuvo la colaboración de funcionarios, de expertos en la gestión de sistemas y servicios de salud y de profesionales de otras disciplinas interesados en contribuir a la modernización del sector. Para organizar su trabajo se formaron grupos técnicos que analizaron tanto las características de la situación de salud como los avances institucionales; revisaron la documentación del sector e hicieron estudios de campo. Conocieron los niveles de salud, apreciaron la segmentación sectorial, la insuficiente coordinación institucional y con otros sectores, valoraron la centralización política y administrativa. Destacaron los avances logrados, pero también identificaron los rezagos, insuficiencias y necesidades de

⁹ Las entidades federativas estudiadas fueron Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Colima, Guanajuato, Guerrero, México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

modernización, las cuales dieron lugar a un conjunto de propuestas que con el nombre de “cambio estructural de la salud” se verán más adelante.

El 14 de diciembre de 1981 la Coordinación planteó, en la reunión del Gabinete de Salud, la realización de acciones inmediatas y de acciones mediatas. Entre las primeras se establecieron convenios de integración de servicios entre dependencias federales tales como la transferencia de unidades de atención médica de primer nivel del Sistema Nacional DIF a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); la transferencia de los servicios de higiene escolar de la Secretaría de Educación Pública a la SSA; la transferencia de los servicios de salud de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Por lo que toca a las acciones mediatas se planteó realizar un diagnóstico de la salud en el país para identificar los elementos políticos, organizacionales e institucionales que han condicionado el desarrollo de los servicios de salud, definir los perfiles de demanda de servicios y conocer las características de los servicios y recursos de atención médica. Se propuso, asimismo, examinar los aspectos normativos en materia de salud e identificar las posibilidades y limitaciones derivadas de la entonces ordenación jurídica para, en cada caso, proponer medidas conducentes a la integración de los programas o de los organismos responsables de ciertas actividades en el campo de la salud.

El documento final aportó entonces un análisis de la situación de la salud en el país en ese entonces, así como las bases para la planeación de un sistema nacional que cuide la salud de los mexicanos. Fue un ejercicio de planeación estratégica, limitado fundamentalmente a definir los objetivos en materia de salud, precisar los problemas más importantes, especificar los programas prioritarios, identificar los principales recursos, poner en práctica las políticas para avanzar en la compleja tarea de proteger la salud de los mexicanos, y valorar la factibilidad y efectividad del esfuerzo.¹⁰

Los resultados del trabajo de la Coordinación señalaron cuatro tipos de necesidades que vale traer a colación:

¹⁰ Soberón, *op. cit.*, 1983, pp. 4-8.

- La necesidad social de contar con mejores servicios de salud para la población no amparada por la seguridad social.
- La necesidad económica de utilizar al máximo los recursos disponibles, a través de su redistribución de una manera prudente, racional y efectiva.
- La necesidad administrativa de hacer más efectivos los servicios prestados y superar la competencia que establecen las dependencias federales, cuya función consiste en servir al gobernado y cooperar con el Ejecutivo.
- La necesidad política en el sentido de atenuar presiones y satisfacer legítimas expectativas, tanto de las instituciones de salud y de su personal, como de destinatarios de los servicios que ofrecen.

Concluía el estudio señalando:

Lo que se sugiere es que, a partir de lo que existe y contando con la decisión de transformarlo, se alcance, en el menor tiempo posible, con la mayor prudencia, la integración de los servicios públicos de salud. Será así que podremos marchar hacia un Sistema Nacional de Salud que permita cumplir con un compromiso del estado Mexicano y satisfacer una justificada expectativa de todos los ciudadanos: la cobertura total de los servicios de salud.¹¹

Así pues, la propuesta estuvo completa para presentarla al Presidente López Portillo en octubre de 1982. El día 10 se le presentó y el día 15 al Presidente electo, Miguel De la Madrid Hurtado y finalmente quedó planteada en el referido libro *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, que ha sido señalado por Julio Frenk de “ser un parteaguas en la segunda generación de reforma del sistema mexicano de salud, la del cambio estructural de la salud que encabezó Guillermo Soberón”.

Al término de la reunión del 15 de octubre el licenciado De la Madrid indicó: “traduzcan en acciones legislativas y mensajes políticos los cambios que hemos aprobado (...) que habré de mencionar en mi mensaje de toma de posesión, el 1o. de diciembre”.

A fin de ubicar el significado de esta reforma, señala Frenk, es preciso recordar que en 1982 México enfrentó la peor crisis económica de

¹¹ *Ibidem*, p. 8.

su historia. Tradicionalmente la respuesta convencional había consistido en reducir los programas de bienestar social, incluidos los de salud. Una de las innovaciones más trascendentes del proyecto de reforma fue rechazar dicha lógica y dar a la salud un lugar prioritario para así estructurar una respuesta social más adecuada a las complejas condiciones del país.¹²

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Esta concepción amplia requería de un nuevo sustento jurídico. Al día siguiente de la toma de posesión, el Presidente De la Madrid envió al Congreso cinco iniciativas relacionadas con la salud. La más relevante fue la enmienda al artículo 4o. constitucional, aprobada el 3 de febrero de 1983, que estableció que: “toda persona tendrá el derecho a la protección a 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 como lo dispone el artículo 73 fracción XVI de esta Constitución”. En esa ocasión el Secretario Soberón hizo las siguientes reflexiones:

La salud es el ámbito predilecto de la sociedad igualitaria. Poca importancia tiene la disminución de desigualdades sociales, si no se manifiesta una vida sana y de mejor calidad [...]. Si bien la consagración constitucional de este derecho social fue respuesta a una demanda popular por años diferida, podría alzarse voces disidentes: para algunos puede ser innecesaria [...] para otros, podría mirarse como un acto efectista, pues de suyo no acelera ni ensancha la cobertura de los servicios de salud y más de alguno pudiera calificarla de tardía [...] la Constitución da mandato al Estado para que se aboque a dar cumplimiento creciente a ese derecho social. A partir de este gran hito de la evolución sanitaria en México, el Estado y sus funcionarios podrán ser conminados por el pueblo si no se esfuerzan suficientemente en darle efectividad progresiva al derecho a la protección de la salud.¹³

¹² Frenk, *op. cit.*, p. 322.

¹³ Guillermo Soberón, *Derecho constitucional a la protección de la salud*, México, Miguel Ángel Porrúa, 1983, p. 10.

En ese entonces, se editó un libro sobre el tema en el cual un grupo selecto de especialistas analizó diversas facetas de las implicaciones que tendría el derecho a la protección de la salud.

La salud de los mexicanos, como valor ético y social, ha tenido elevada prioridad entre las políticas del gobierno de México a lo largo de poco más de tres décadas. El compromiso adquirido se ha manifestado en al menos tres circunstancias:

- La elevación, como se ha expuesto, a rango constitucional del derecho a la protección de la salud, vigente desde el 3 de febrero de 1983 en el artículo 4o. constitucional.
- La modernización del marco jurídico para el cumplimiento de la garantía constitucional, encabezada por la promulgación de la Ley General de Salud.
- La voluntad política del gobierno y del Congreso en privilegiar los recursos financieros destinados a los programas sociales, entre ellos los de salud y otros inherentes a su mejora.

LA LEY GENERAL DE SALUD

En diciembre de 1983 el Congreso de la Unión aprobó la Ley General de Salud, que fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, seguido de la emisión de seis reglamentos en materias específicas,¹⁴ emitidos entre 1984 y 1986, los que fueron acompañados de más de 300 normas técnicas. Este cuerpo jurídico dio forma al más extenso proceso de modernización jurídica emprendido en el campo de la salud. La Ley General de Salud tuvo como misión definir las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud; establecer la separación de competencias en materia de salubridad general; y definir los rubros específicos de la salubridad general. No sólo sustituyó a los siete diversos códigos sanitarios que habían sido vigentes y difundían diversos

¹⁴ Los reglamentos emitidos fueron de: sanidad internacional; disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; atención médica; control sanitario de la publicidad; investigación en salud; control sanitario de actividades, locales, establecimientos, productos y servicios.

conceptos y esfuerzos, sino que introdujo modalidades de organización, de gestión técnica y de estructura para la acción sanitaria. No fue producto de un trabajo puramente legislativo sino de la discusión colegiada y ordenada por parte de funcionarios y especialistas de la salud, que lograron integrar los conocimientos; actualizados en las diferentes disciplinas de la salud, como son la epidemiología, la tecnología médica y sanitaria, dentro de una gestión gubernamental sistematizada. Todo ello actualizado a las condiciones sociales del México moderno.

En los 18 títulos que integraron la Ley General de Salud se definieron aspectos de trascendencia como son:

- Las finalidades del derecho a la protección de la salud.
- La conformación del Sistema Nacional de Salud, sus objetivos y operación.
- Las competencias de los niveles de gobierno.
- La naturaleza de los servicios de atención médica, de salud pública y de asistencia social.
- Los recursos humanos para la salud.
- La naturaleza y propósitos de la investigación en salud.
- La información en salud.
- La promoción de la salud.
- Las actividades de prevención y control de enfermedades y accidentes así como el establecimiento de la vigilancia epidemiológica.
- Las acciones de asistencia social.
- La acción extraordinaria en casos de amenazas sanitarias.
- Los programas contra las adicciones.
- El control sanitario en amplio sentido.
- El control sanitario de la publicidad, así como el de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- La autorización y certificación sanitarias.
- La vigilancia sanitaria.
- Las medidas de seguridad, sanciones y delitos.

Asimismo, las 32 entidades federativas emitieron sendas leyes estatales de salud.

La Ley confirmó la responsabilidad de la Secretaría de Salud en la rectoría y coordinación del Sistema Nacional de Salud, y se dio cabida a los sectores público, social y privado. Se atendieron las disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal que incluyeron: los servicios de la SSA no descentralizados, las instituciones de la seguridad social, los servicios de salud de los organismos estatales descentralizados, el subsector de los institutos nacionales de salud y el subsector de la asistencia social.

EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN LA SALUD

Los estudios realizados durante la etapa en que estuvo vigente la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República y luego, en los trabajos de diagnóstico para la integración del Programa Nacional de salud 1983-1988, permitieron conocer, en todas sus dimensiones, los avances logrados por el sector hasta fines de la década de 1970. Sin embargo, también se hizo evidente que el modelo técnico imperante, orientado hacia la atención hospitalaria y la medicina de especialidad, empezó a alcanzar sus límites. El costo de los servicios aumentó como resultado de la ampliación de la demanda y la carga tecnológica de la atención. Las poblaciones pobres, sobre todo de las comunidades rurales, no podían acceder de manera regular a servicios básicos de salud y muchos hogares se veían obligados a acudir a los servicios privados, insuficientemente regulados y que, con frecuencia, ofrecían una atención de mala calidad. A esto había que sumar el impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica. El país empezaba a transitar hacia un nuevo perfil de salud caracterizado por un predominio creciente de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, los padecimientos cardiovasculares y el cáncer, problemas que subsisten y que han crecido.

Las principales iniciativas del sexenio se enmarcaron en cinco grandes estrategias: a) la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada; b) la sectorización institucional; c) la modernización administrativa de la SSA; d) la coordinación intersectorial y

e) la participación comunitaria, mismas que fueron consideradas como estrategias macro, se apoyaron en estrategias connotadas como micro, sólidas políticas de financiamiento, de investigación en salud, de desarrollo de recursos humanos, de información y de producción de insumos para la salud, así como otras medidas para mejorar el desempeño del sistema de salud.

De las estrategias macro cabe decir que la descentralización haría el sistema más eficiente operativamente y desde luego más equitativo pues se avanzaría en la solución de los problemas en el sitio donde son generados y así también se facilitarían la implantación de las innovaciones; la sectorización introduciría mayor armonía en las funciones de las instituciones de salud; la modernización de la Secretaría de Salud no sólo prepararla para nuevas responsabilidades, ya que transfiere las primordialmente operativas a los Sistemas Estatales de Salud sino que retiene los que de suyo le son propias inherentes a su carácter rector del Sistema Nacional de Salud y que les confiere la Ley General de Salud como la planeación, la evaluación, la gestión financiera global suprainstitucional y la interlocución internacional de la salud, entre otras; la coordinación intersectorial, sumando esfuerzos con el Consejo de Salubridad General, el Gabinete de Salud y comisiones o grupos especiales que tienen que ver con temas globales como recursos humanos, demografía y salud reproductiva, accidentes, adicciones, nutrición y alimentación; y, en fin la participación comunitaria para el cuidado de su propia salud y para su participación directa, ahí en donde es necesaria.

Entre las grandes estrategias, la descentralización fue la que más requirió los mayores esfuerzos y, por eso mismo, ha tenido mayor trascendencia en la vida nacional. Fue preparada minuciosamente con medidas legislativas, como las leyes locales de salud ya referidas, así como convenios entre los gobiernos federal y estatales. Se dio peso mayor a la culminación de la integración del Programa IMSS-Coplamar al sistema estatal de salud. La descentralización no sólo constituyó un proceso administrativo y una redistribución de funciones, sino que representó una política de Estado y una decisión de gobierno para equilibrar las relaciones y las responsabilidades de la administración federal con los gobiernos locales.

Los 14 estados que culminaron el proceso de descentralización en el sexenio 1982-1988 fueron: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, y Tlaxcala. El proceso de descentralización iniciado en la gestión de Guillermo Soberón en la década de 1980 y culminado en la gestión de Juan Ramón de la Fuente en la primera década del siglo XXI, llevó a establecer un mecanismo de coordinación para la programación, la congruencia de presupuestos y la evaluación entre las dependencias del sector salud federal y las entidades federativas, para lo cual fue creado el 25 de marzo de 1986 el Consejo Nacional de Salud, reestructurado el 27 de enero de 1995 y refundado el 27 de enero de 2009, como una instancia permanente de coordinación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Podría verse un símil de este arreglo con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España que busca promover la cohesión del Sistema entre las responsabilidades nacionales y las autonomías.

El avance fundamental en la distribución de competencias en materia de salubridad general y en la efectividad creciente del derecho a la protección de la salud ha sido el proceso de descentralización de los servicios de salud, así como el fortalecimiento de los servicios regionales y locales de las instituciones de seguridad social para mejor responder a las demandas de salud a niveles más próximos a sus poblaciones atendidas. Se trata, en todo caso, acercar las decisiones de las políticas y programas de salud a las poblaciones beneficiarias de los servicios de salud. De esta manera, en las 32 entidades federativas de México existen ahora secretarías o instituciones de salud locales encargadas de la prestación de servicios de salud, conforme, insistimos, a lo señalado en la distribución de competencias en materia de salubridad general.

Puede afirmarse así que está considerada en forma amplia, la distribución de competencias entre la federación y los estados en materia de salubridad general, como lo precisa el derecho a la protección de la salud, si bien es cierto que es necesario perfeccionar los mecanismos para hacer más accesibles y eficaces los servicios de salud de las diferentes entidades participantes.

Fernando Martínez Cortés, médico internista que ha sido muy adepto a la historia y filosofía de la medicina, en un escrito suyo sobre el Consejo de Salubridad General, expresó:

“Hay cambios en las instituciones que son modificaciones indispensables que se deben introducir porque son consecuencia de la experiencia que se va acumulando y que indican la manera de hacer mejor las cosas. Pero hay otros cambios en las instituciones que son altos en el camino, un reacomodo integral con nuevos y renovados paradigmas, y éstos sí son cambios revolucionarios [...] las modificaciones que se hicieron en el sexenio 1982-1988 corresponden a esta serie de cambios.”

Resulta gratificante constatar que las reformas emprendidas realmente trascendieron y han encontrado continuidad en el siglo XXI. Jesús Kumate ha señalado que en materia de salud ha habido una clara política de Estado.

REFLEXIONES FINALES

Hoy todavía, en México el acceso pleno a los servicios de salud es un afán, no obstante son innegables los avances que se han alcanzado en la mejoría de los niveles de salud de la población mexicana. Varios indicadores fundamentales así lo demuestran. Se han implantado estrategias para combatir epidemias y amenazas a la salud pública como el cólera, la influenza y el dengue. Se ha dado una ampliación de la oferta de servicios con nuevos hospitales regionales de alta especialidad, hospitales de segundo nivel y clínicas de primer contacto, así como los nuevos institutos nacionales de salud de: Salud Pública, Medicina Genómica, Rehabilitación y Geriátrica. El Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) es una entidad de seguridad social que ha abierto la movilización de recursos a poblaciones que antes no estaban protegidas.

Pero los avances enfrentan retos aún no suficientemente superados: la mortalidad materna es un punto rojo en la lista de las metas del milenio para el país. El embarazo y las enfermedades de contagio sexual a edades tempranas han aumentado. La violencia intrafamiliar, en particular hacia la mujer aún es una prueba no superada. La falta de

acceso efectivo a los servicios de salud, no sólo a los especializados, sino incluso a los básicos persiste. El embate de las enfermedades crónicas degenerativas continúa en ascenso y ya representa una carga importante del gasto en salud. La pandemia de la obesidad y la diabetes mellitus nos ubican en nada honrosos primeros lugares en el plano mundial. La carga de enfermedades como la hipertensión y la obesidad infantil afectan cada vez a más mexicanos. La falta de una atención integral al anciano es una constante en los servicios. Todos ellos representan sólo algunos de los retos que ya enfrenta y enfrentará en forma más grave el Sistema Nacional de Salud en los años por venir.

Sin duda se requiere avanzar en forma más decidida hacia la universalidad de los servicios de salud en un afán de lograr un sistema unificado de salud y contribuir así al avance hacia la protección de la salud que merece todo mexicano.

La universalidad de los servicios de salud deberá proporcionar soluciones eficaces de salud a todos los mexicanos en todas sus etapas de la vida. Deberá atender a sus necesidades esenciales; con servicios equitativos, oportunos y de calidad que hagan efectivo el derecho a la protección de su salud. Ya se plantea generar y perfeccionar mecanismos estructurales y de gestión dentro de las instituciones públicas para el adecuado aprovechamiento de los recursos humanos, instalaciones, equipos y materiales, financieros y de información, así como de conocimiento que hagan efectivo, oportuno y con calidad el servicio que se brinda a la población, independientemente de su condición laboral, social y cultural. Al mismo tiempo, se hace necesario fortalecer a las entidades federativas para avanzar a una equilibrada distribución de competencias de las responsabilidades en materia de salud pública y de atención a la salud de las personas. Un paso más decidido y firme hacia la descentralización de la vida nacional en materia de salud se hace necesario. Además, se requiere garantizar recursos financieros suficientes para la salud pública de forma adecuada en un balance con los que se requieren para la atención a la persona, con énfasis a los servicios preventivos.

Además de los esfuerzos para caminar hacia la reorganización funcional del sistema de salud, hace falta andar por el camino del fortalecimiento de los recursos humanos que cuenten con incentivos adecuados

para que brinden un trato digno, respetuoso, profesional y de calidad; respaldado por la investigación en salud que proporcione la evidencia necesaria para atender las necesidades de salud, al tiempo que impulse la innovación tecnológica que demanda el perfil epidemiológico y demográfico del país. Y estos son, en nuestra opinión, los retos más importantes de la salud en los años próximos.

Avanzar hacia la universalidad requerirá un esfuerzo más allá del ámbito de los gobiernos federal, estatales o municipales. Habrá de contar con la valiosa participación del sector privado y de la sociedad civil para desarrollar asociaciones de inversión en infraestructura, abasto de insumos y medicamentos, obra social, sistemas de información y tecnología de comunicaciones, así como en la prestación de servicios. La apertura de los programas públicos a los servicios privados y a las organizaciones de la sociedad civil, será un ingrediente necesario si queremos que el derecho a la protección a la salud sea una garantía efectiva de los ciudadanos.

El concepto de universalidad no es algo totalmente definido y hay quienes piensan que es inviable en nuestro país debido a la estructura segmentada de sus instituciones y a la variedad y alcance de los servicios que se ofrecen, sobre todo en lo que se refiere a la heterogénea calidad, que da lugar a una iniquidad incompatible con la igualdad biológica implícita en el derecho, en la equidad y en la bioética. Vencer barreras, crear formas audaces y ofrecer alternativas viables es el reto que nos enfrenta el siglo actual. Hay que encarar el reto con mente abierta, escuchando a los profesionales y a los expertos como se hizo en el cambio estructural. Aceptemos las diversas aportaciones con el espíritu democratizado avanzado que requiere el país, pues un sistema universal de salud llevado a su cabal realización constituirá un gran alivio para la hoy afligida sociedad mexicana.¹⁵

La tarea de la salud no es sólo una tarea de gobierno. La salud es responsabilidad de todos. Se requiere el concurso de una sociedad mejor informada, más conocedora de sus derechos y obligaciones, más demandante y exigente de los servicios que recibe o que no recibe.

¹⁵ Soberón, *op. cit.*, p. 362.

Requiere el concurso del sector privado y, sobre todo, de la sociedad civil organizada.

Los hogares, las escuelas, los centros de trabajo, los núcleos de convivencia de las comunidades, son lugares idóneos para identificar, gestar y ejecutar acciones, sobre todo preventivas, para lograr una mejor salud. Más de 6 mil organizaciones de la sociedad civil llevan a cabo acciones de asistencia social, de atención médica, de rehabilitación; de promoción de la salud, de nutrición y alimentación, de fomento a la investigación; a la actividad física, de formación de cuadros profesionales, de combate a las adicciones y a problemas sociales como el SIDA; de defensa de los derechos humanos, de atención a grupos vulnerables, de atención al anciano. Es inminente la necesidad de fomentar el nacimiento de nuevas organizaciones, de contribuir a su fortalecimiento institucional, a su desempeño. Son tareas que requiere impulsar el sistema de salud para avanzar hacia la universalidad de los servicios de salud.

Durante los años transcurridos después de aquella época de reformas, se han expresado diversos comentarios, ciertamente halagadores en su mayoría, pero también algunas observaciones sobre lo que faltó hacer para alcanzar un cambio mayor, más ambicioso. Se ha podido mostrar a la sociedad mexicana que, a pesar de las resistencias poderosas y de la falta de recursos, es posible intentar y lograr la transformación del sistema. En principio no es nada menor que se haya hecho un amplio reconocimiento del derecho a la protección de la salud de los mexicanos, que este tenga ahora una expresión constitucional y que ahora sea guía conductora de nuevos cambios, para los cuales siempre habrá espacio por ser necesarios y, sin duda, provechosos.

Lo mismo puede decirse de la Ley General de Salud, un instrumento que en el transcurso del tiempo ha tenido diversas reformas para adecuarla a los avances del conocimiento y la innovación, a las cambiantes condiciones de la sociedad y de sus necesidades, pero en su momento, también, se ha podido demostrar que pueden ser llevadas a un rango legal las aportaciones científicas y tecnológicas que contribuyen a la salud; así como el hecho de que se puede reglamentar la organización de las medidas para impulsar la medicina preventiva, la atención médica y la vigilancia epidemiológica y de otras condiciones sanitarias.

Haber emprendido y logrado medidas de un cambio estructural en el sistema de salud mexicano es una muestra de que no debe haber temor para emprender reformas de profundidad. Un sistema de salud actualizado, con características de verdadera universalidad, en cobertura, equidad y financiamiento efectivo, puede ser sin duda alguna un instrumento que no sólo se ocupe de los cuerpos de los ciudadanos enfermos o en desgracia; sino que puede ser una medida de prevención y un remedio de tal alcance que alivie la angustia de una sociedad agobiada, tanto por las profundas heridas que ahora recibe en su tejido, como otras que pudieran estar por venir. México ya tiene la capacidad para enfrentar con éxito estas contingencias.

COLOFÓN

Tres décadas desde la promulgación del derecho a la protección de la salud han generado una empresa colosal del Estado mexicano para contar con un Sistema Nacional de Salud, fruto de la continuidad en las políticas públicas, del quehacer persistente de las instituciones del sector salud, de la asunción de responsabilidades de los gobiernos de las entidades federativas, de un sector privado cada vez más comprometido en su concurso, de una sociedad civil más fortalecida, de una población más consciente de su salud.

La protección de la salud debe comprenderse como una política de Estado, un derecho social crecientemente efectivo, un instrumento estratégico para el combate a la pobreza, un componente esencial de la democracia, una divisa de participación de la sociedad civil organizada, una estrategia fundamental para el desarrollo económico y una responsabilidad de todos.

En perspectiva, los afanes emprendidos en nuestras respectivas patrias habrán de avanzar hacia el logro de brindar protección a la salud de sus habitantes. Estoy cierto que este propósito seguirá guiando a las futuras generaciones que asuman el mando de los respectivos sistemas nacionales de salud.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- FRENK, Julio, *et al.*, *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- FUENZALIDA PUELMA, Hernán y Schoell Connor, Susan (eds.), *El derecho a la salud en las Américas*, Publicación Científica 509, Washington, OPS.
- OMS, UNICEF, *Alma Ata 1978. Atención Primaria a la Salud*. OMS, Ginebra, 1978.
- SOBERÓN, Guillermo, *et al.*, *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Facultad de Medicina, UNAM, 1983.
- , *El médico, el rector*, Fondo de Cultura Económica, México, 2015.
- , *Derecho constitucional a la protección de la salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

Hemerográficas

- VALDÉS OLMEDO, José Cuauhtémoc “El derecho a la protección de la salud. Una gesta de 30 años”, en *México Social*, 2014.



SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN. EL CASO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Mikel Andoni Arriola Peñalosa
Manuel Gerardo Mac Farland González

A 72 años de su creación, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la principal institución de nuestro país en materia de derecho a la salud y seguridad social, al ser responsable de poco más de 62 millones de derechohabientes y de 12 millones de beneficiarios del Programa IMSS-Prospera. En un día típico, el IMSS atiende poco menos de 490 mil consultas.¹ Además, diariamente se registran poco más de 5,400 egresos hospitalarios y 4,200 cirugías; se atienden 1,244 partos; se realizan más de 700 mil análisis clínicos, 57 mil estudios de radiodiagnóstico² y se cuenta con más de 200 mil niños inscritos en las guarderías de todo el país.

Igualmente, existen 2 millones de derechohabientes y no derechohabientes que tuvieron acceso a los servicios que brinda el IMSS, a través de sus centros de seguridad social, unidades deportivas, centros de extensión de conocimiento, teatros, centros de bienestar social y de centros

¹ De las cerca de 482 mil consultas impartidas por el IMSS 327 mil son de medicina familiar, poco más de 79 mil son de especialidades, 57 mil son atenciones por urgencias y cerca de 19 mil son consultas dentales. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016.*

² *Idem.*

vacacionales. Tarea que se lleva con el esfuerzo y compromiso de los más de 430 mil trabajadores: médicos, enfermeras y personal administrativo, que, día a día, operan las casi seis mil unidades médicas de este Instituto. Sin embargo, el origen, los logros y el propio futuro del IMSS no podrían comprenderse, sin entender la importancia de dos factores de esencial relevancia:

En primer lugar, se encuentra el proceso de incorporación del derecho a la seguridad social y el derecho a la protección de la salud en nuestra Constitución; derechos que representan dos de los principales reclamos de la Revolución Mexicana, esenciales en el desarrollo del IMSS.

En segundo lugar y, como consecuencia natural del desarrollo de las instituciones de excelencia y del refrendo de nuestro país en materia de derechos humanos, recientemente se inició el proceso de “judicialización del derecho a la salud”; mismo que ha abierto un motor adicional y un nuevo diálogo para el perfeccionamiento del diseño de políticas públicas en las instituciones de salud, la sociedad civil y los órganos jurisdiccionales; proceso que únicamente ha sido posible gracias al desarrollo institucional en la materia, la reforma constitucional de derechos humanos y amparo de 2011 y la publicación de la nueva Ley de Amparo en 2013.

LA CONSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SEGURIDAD Y SU INFLUENCIA EN EL ORIGEN Y DESARROLLO DEL IMSS

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido el derecho a la seguridad social como “un sistema de protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte incluyendo la asistencia médica”,³ derecho que es un instrumento esencial para promover la equidad y fortalecer la solidaridad entre los individuos. En este sentido, como se verá posteriormente, el derecho a la seguridad social fue

³ Organización Internacional del Trabajo, *Seguridad Social, hechos concretos sobre la seguridad social*, 6 de junio de 2003.

el eje por el cual se desarrolló el derecho a la salud en nuestro país. Ambos, sin lugar a dudas, derechos altamente interdependientes y complementarios.

En este contexto, debe mencionarse que la noción de seguridad social nace en Alemania, con la creación de la Ley del Seguro de Enfermedad de 1883. En cuanto a nuestro país, los primeros antecedentes legislativos se encuentran en la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México de 1904 y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida en 1906, disposiciones que buscaban el bienestar de los obreros, al establecer la responsabilidad civil de los patrones en los accidentes de trabajo.⁴

Sin embargo, el punto de arranque se encuentra en el texto de la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución de 1917, donde, por primera vez a nivel de textos constitucionales en nuestro país, se considera de utilidad social los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria y de accidentes de trabajo, estableciendo la obligación del gobierno federal y de los gobiernos estatales para establecer seguros de previsión popular, al textualmente establecer lo siguiente:

“XXIX. Se considera de utilidad social: el establecimiento de las cajas de seguro populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros con fines análogos, por lo cual tanto el gobierno federal como el de cada estado, deberá fomentar la organización de instituciones de esta índole, para infundir e inculcar la previsión social”.⁵

No obstante la parca redacción de la referida fracción, la innovación legislativa representó un avance muy progresista, al igual que el resto de las disposiciones contenidas en el artículo 123 constitu-

⁴ Maximiliano García Guzmán, “La seguridad social en México”, en *Estudios Políticos*, 9a. época, núm. 32, mayo-agosto, 2014, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, pp. 13-39.

⁵ Cabe hacer mención que, si bien la inclusión de derecho social es a nivel constitucional (tal como lo son el derecho a la salud o a la seguridad social), representó un avance considerable en términos jurídicos, también lo es que en esas épocas ese tipo de disposiciones en los textos constitucionales eran considerados normas aspiracionales y no verdaderas normas jurídicas exigibles y aplicables de forma directa. La idea referida en este párrafo está contenida en la obra de Ángel Guillermo Ruiz Moreno, *Nuevo derecho a la seguridad social*, México, Porrúa, 14a. ed., 2015, pp. 86-137.

cional.⁶ Debe recordarse que en esas épocas el contrato de trabajo fue considerado una mera “modalidad” del contrato civil de arrendamiento, en donde el trabajador se equiparaba a una cosa o un bien y su esfuerzo representaba una mercancía, sin gozar de las garantías individuales propias de la dignidad humana.

De la misma manera, debemos hacer hincapié que tampoco se había consagrado la libertad de asociación, ni se obligaba a que los locales donde se prestaba el trabajo tuvieran mínimos requisitos de seguridad o higiene. El patrón no tenía más obligación que el pago del salario. Entonces, la enfermedad, los accidentes de trabajo o la vejez, fácilmente representaba una tragedia familiar, al perder la única fuente de ingresos.

Por tal motivo, el hecho de que se estableciera en la Constitución Federal la necesidad de establecer un “sistema de protección”, representó el inicio de una política de Estado más justa e integradora para la clase trabajadora.

Igualmente, en el camino del desarrollo del Seguro Social, debe destacarse la reforma constitucional publicada en el *Diario Oficial de la Federación* de 6 de septiembre de 1929, por medio de la cual, la referida fracción XXIX del artículo 123, fue modificada para elevar a la Ley del Seguro Social como de utilidad pública, como sigue: “XXIX. Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vida de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos”.

Dicha reforma también representó una innovación trascendente, pues se otorgó al seguro social la categoría de un derecho público obligatorio y se reservó al Congreso de la Unión la facultad exclusiva de legislar el régimen nacional de seguros, federalizando la materia; así se determinaron las prerrogativas que originalmente se habían compartido a las entidades federativas para expedir leyes y promover la previsión y seguridad sociales; elemento que había provocado el desarrollo de disposiciones diversas y sin integración

⁶ *Idem.*

nacional entre las entidades federativas.⁷ Igualmente, dicha reforma constitucional ayudó a asentar los cimientos para expedir la Ley del Seguro Social y al mismo tiempo ayudó a incorporar la protección contra enfermedades.

En esta dinámica, pese a que existieron diversos proyectos para la elaboración de la Ley del Seguro Social, el difícil contexto económico de la crisis de 1929, en conjunto con las dificultades en el ámbito interior y exterior, llevaron a que la expedición de la referida Ley tuviese que esperar veinticinco años.⁸ Así, el 19 de enero de 1943, bajo la presidencia de Manuel Ávila Camacho, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley del Seguro Social. En dicha ley se dispuso la creación del IMSS como el primer órgano descentralizado de nuestro país, con personalidad jurídica propia y libre disposición de su patrimonio; cuestión que ayudaría al proceso de profesionalización del Instituto.⁹ Igualmente, destaca que se estableció que en la dirección del Instituto se contaría con un Consejo Técnico integrado por representantes del gobierno federal y los sectores patronal y obrero.

Gracias a la citada Ley, se fue creando nuestra Institución como un sistema permanente, estable y progresivo de bienestar social que habría de favorecer en una primera etapa a los mexicanos sujetos a una relación de trabajo, pero que estaba destinado a extenderse en todos los sectores de la población.¹⁰

Así, el IMSS inició operaciones formales en el Distrito Federal y Puebla; luego en Nuevo León y después en Jalisco. Programada y extensivamente los servicios del IMSS, se fueron ampliando en todo el territorio nacional con las Cajas Regionales de Seguridad Social.¹¹ Cabe mencionar que desde sus inicios, el IMSS procuró establecer las bases de su sano financiamiento. Es por ello, que se determinó, en principio, a limitar el servicio a aquellas personas que se encontraban

⁷ *Idem.*

⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, “IMSS, 50 años cumpliendo”, en *Revista Mexicana de Seguridad Social*, 19 de enero de 1993, pp. 1-12.

⁹ *Idem.*

¹⁰ Ruiz, *op. cit.*

¹¹ *Idem.*

sujetas a una relación laboral, lo que permitía constituir un universo humano razonable; determinación que permitió que se desarrollaran los procedimientos para el cumplimiento de las obligaciones laborales y la retención de las aportaciones de los trabajadores.¹²

Otro gran acierto para el fortalecimiento del Instituto, fue el decreto presidencial del 24 de noviembre de 1944, por el cual se modificó el artículo 131 de la Ley de Seguro Social, el cual le dio el carácter de obligación fiscal a los pagos de las cuotas de los tres sectores que integran el seguro social. Se logró que el cobro de las cuotas, se dieran a través de la vía económica coactiva de las oficinas federales de la Secretaría de Hacienda.¹³

En esta dinámica, fue una constante el esfuerzo por ensanchar las coberturas por parte del IMSS mediante regímenes progresivos, por lo que se efectuaron reformas adicionales, para incorporar a más sectores de la población. Así, en 1955 se hizo obligatorio el aseguramiento de los empleados de las instituciones de crédito, organizaciones auxiliares de seguros y fianzas de la República Mexicana; en 1973, el Congreso de la Unión aprobó reformas que ampliaron los beneficios del régimen obligatorio, al extender la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados, además de incorporar el servicio de guarderías a nivel nacional (1 de abril de 1973); reforma que estuvo encaminada a facilitar el acceso a la mujer al mundo laboral en igualdad de circunstancias.

Igualmente, el IMSS extendió su cobertura a poblaciones marginadas a través del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria que se convirtió en el Programa IMSS-Coplamar en 1979, luego en IMSS-Solidaridad, posteriormente en IMSS-Oportunidades

¹² *Idem.*

¹³ Debe destacarse que en los inicios del Seguro Social, existió una resistencia por parte de los patrones de sufragar las cuotas correspondientes al seguro social lo que, naturalmente, dificultaba obtener los ingresos suficientes para sufragar los gastos del Instituto. Por tal motivo, el que se haya dado la naturaleza fiscal de las cuotas del IMSS y que se haya establecido la vía coactiva, originalmente, a través de la Secretaría de Hacienda, permitió que se utilizaran las instituciones y vías contenciosas existentes para exigir a los patrones el cobro correspondiente de las citadas cuotas de seguridad social. *Revista Mexicana de Seguridad Social*. La idea referida en este párrafo está contenida en Ruiz, *op. cit.*

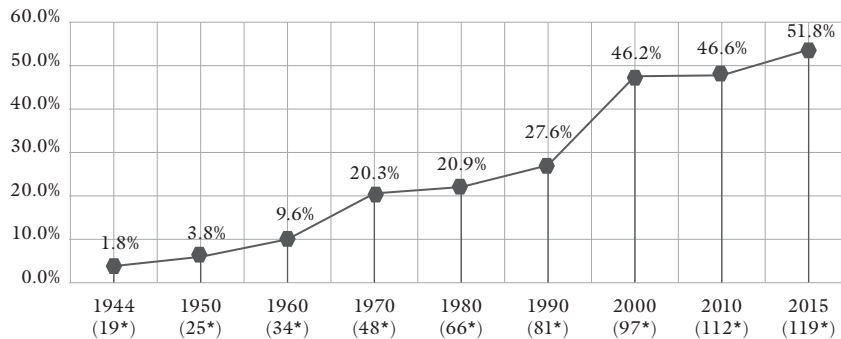
y actualmente es el Programa IMSS-Prospera. Debe mencionarse que, aunque este programa incluye únicamente acciones relacionadas con la atención a la salud (salud reproductiva y materno-infantil, atención integral a la salud ginecológica, nutrición), el mismo es un ejemplo más de la búsqueda que se ha tenido en la institución, por tratar de alcanzar un sistema tendiente hacia la universalidad de los derechos de seguridad y salud en nuestro país.

Ese esfuerzo constante por consolidar y extender los servicios impartidos es lo que ha permitido al Instituto constituirse como el eje de los servicios de seguridad social y de salud en nuestro país.

Actualmente, el nivel de cobertura del Instituto es superior a los 62 millones de habitantes, lo cual cubre más de 50 por ciento de la población total de nuestro país, tal y como se refleja en la gráfica de derechohabientes del IMSS de la Figura 1.

FIGURA 1.

DERECHOHABIENTES DEL IMSS



Fuentes:

<http://www.inegi.org.mx><http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2015>

*Población total aproximada en millones de personas a nivel nacional.

Finalmente, cabe subrayar que el concepto de seguridad social también ha cambiado considerablemente. En términos jurídicos, en principio se le identifica como un derecho laboral, protector de los grupos desfavorecidos, sin embargo, actualmente, la seguridad social es conce-

bida en el derecho nacional e internacional como un derecho humano interdependiente del derecho a la salud.¹⁴

LA CONSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO DEL IMSS

El derecho a la salud, al igual que el derecho a la seguridad social, surge conceptualmente a finales del siglo XIX, con la aparición de los derechos sociales y a partir de la necesidad de regular la salubridad, especialmente en los centros urbanos.

El primer antecedente en nuestro país data de 1891 cuando el Ejecutivo Federal, en uso de sus facultades extraordinarias, expidió el primer Código Sanitario del México independiente. Después, en 1908 se modificó la Constitución de 1857 para facultar por primera vez al Congreso de la Unión a expedir las leyes que garantizaran una apropiada actividad sanitaria en todo el país.¹⁵

Posteriormente, el Congreso Constituyente de 1917 habría de preparar la fracción XVI del artículo 73, en la cual se disponía de un Consejo de Salubridad General dependiente del Ejecutivo Federal y encargado de emitir las disposiciones generales en materia de salud. En ese mismo año, se creó el Departamento de Salubridad Pública y, en 1938, la Secretaría de Asistencia Pública (en 1943 ambas secretarías se fusionarían para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública).¹⁶ Sin embargo, la verdadera consolidación del derecho a la salud se da con su incorporación en la Constitución Federal en 1983, cuando se adicionó el artículo 4o., incorporándose un párrafo, por medio del

¹⁴ García, *op. cit.*

¹⁵ Con la citada modificación constitucional se dio al legislativo federal la facultad para legislar a nivel nacional en el área de salud, misma que años anteriores había empezado a ser regulada por el poder ejecutivo, sin contar con las facultades para ello. Olga Sánchez Cordero, participación en el “Simposio Internacional. Por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico Paciente”, auditorio “Jaime Torres Bodet”, Museo Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, 9 de octubre de 2000.

¹⁶ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, “Antecedentes”, en *Seguridad Social*, 17 de febrero de 2006, pp. 1-10.

cual se otorgó un reconocimiento explícito al derecho a la protección de la salud. Tal determinación estuvo en plena concordancia con diversos tratados internacionales suscritos por nuestro país, tal como la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Así, en el artículo 4o. de nuestra Constitución se dispuso lo siguiente: “Artículo 4o. [...] 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”.

La incorporación de este derecho en la Constitución ha sido esencial en el funcionamiento de las instituciones de salud, ya que las autoridades jurisdiccionales han empezado a vigilar los actos de aplicación de las leyes en la materia y la actuación de las propias instituciones de salud, destacando que aún y cuando el derecho fundamental a la protección de la salud se desarrolle en la ley, lo establecido en nuestra Carta Magna permanece como parámetro de constitucionalidad.¹⁷ Este fenómeno de injerencia de las autoridades jurisdiccionales, en los últimos años ha propiciado la “judicialización de la salud”, facilitando que los juzgadores adquieran un papel creciente en el desarrollo de las políticas públicas de salubridad. Es decir, cuando el legislador decide crear una ley para ampliar el contenido del derecho a la protección de la salud, se obliga a salvaguardar la dimensión esencial de dicho derecho. De no hacerlo así, el particular afectado podrá válidamente reclamar, vía el juicio de amparo, la inconstitucionalidad de la misma.¹⁸

De esta manera, se concluye que, una vez llevado a nivel constitucional el derecho a la salud, no puede desconocerse, sino que el legislador se obliga a regularlo, afianzando el derecho del individuo a combatir situaciones que violenten derechos garantizados por la Constitución.¹⁹

¹⁷ Sánchez, *op. cit.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

JUDICIALIZACIÓN DE LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL

En épocas recientes, debemos mencionar que el poder legislativo y las propias instituciones de salud, se han visto influenciados por el proceso que el Banco Mundial ha denominado “judicialización de la salud”; mecanismo de utilización creciente en la resolución de controversias entre usuarios de los servicios de salud y las instituciones públicas y privadas que los prestan. Las sentencias resultantes suelen producir impactos en los sistemas de salud e, incluso, pueden influir en el diseño de políticas públicas en la materia.²⁰

Es decir, mediante la promoción de juicios ante tribunales, por parte de los usuarios de los servicios de salud, que reclaman medicamentos, tratamientos o, simplemente, ejercitar su derecho a la protección social, se va creando participación creciente de los jueces en la definición de las políticas públicas.

Cabe hacer mención que no debemos confundir el “proceso de judicialización” con las reparaciones integrales de los daños causados por malas praxis, pues tales procesos, generalmente, tienen efectos que restringen a las partes involucradas.

En este sentido, el Banco Mundial ha desarrollado seis puntos específicos que enmarcan de manera concreta el concepto de “judicialización de la salud”, al señalar que el mismo:

1. No es un fenómeno resultante de la organización de un sistema de salud.
2. Refleja una evolución social en diferentes áreas como democratización, acceso a la justicia, toma y seguimiento a las decisiones, incluyendo la demanda de participación ciudadana.

²⁰ Mery Bolivar, *et al.*, “Diálogos construyendo futuro en los derechos fundamentales. Una experiencia latinoamericana sobre procesos de cambio en derechos a la Salud y Políticas Públicas”, en *NORAD-SaluDerecho*, Instituto del Banco Mundial, 2014, pp. 21-41.

3. Es un medio que desnuda oportunidades de mejora en el diseño y la implementación de diferentes políticas sanitarias, comenzando por el acceso a los servicios.
4. Es un signo de encuentro entre el derecho a la salud y los servicios de salud.
5. La conceptualización y el ejercicio del derecho a la salud son procesos tan inacabados como la conceptualización y puesta en marcha de los mismos servicios de salud.
6. Existen importantes sinergias entre el derecho a la salud y los sistemas de salud.²¹

Por tales motivos la “judicialización de la salud” no implica un sistema defectuoso de servicios, simplemente, representa un mecanismo adicional en el ejercicio de derechos que favorece el entendimiento entre diversas personas e instituciones involucradas en la materia, a favor del respeto a conceptos jurídicos y al diseño de nuevas políticas; este mecanismo surge de la propia evolución social en diferentes áreas como la democratización y el acceso a la justicia en materia de protección a la salud, con rango constitucional.

Judicialización de la salud en el mundo

El avance real en la cobertura y vigencia de los derechos sociales proviene de la interacción entre la ampliación de sus alcances, determinados políticamente por el Estado, y las demandas ciudadanas para hacerlos valer y ensancharlos.

En los hechos, el riguroso cumplimiento de un derecho sin la facultad de demandarlo, es un derecho imperfecto que sólo se completa al hacerlo exigible ante los tribunales. Ese juego de dialéctica jurídica entre política y posibilidades económicas reales, explican en el caso de México la abundante incorporación de derechos sociales a nivel cons-

²¹ Leonardo Cubillos Turriago, presentación “La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos”, conferencia ISPOR, Buenos Aires, 2013, especialista Senior en Salud del Instituto del Banco Mundial.

titucional y su rezago atribuible al más lento proceso de votar leyes secundarias que los hagan jurídica y económicamente exigibles.²²

En este contexto, la judicialización de la salud es un fenómeno positivo a nivel internacional con vigencia ascendente en cada vez más países. Entre las zonas que presentan posibilidades de desarrollo significativo se encuentra América Latina, por ser una de las regiones con más grandes oportunidades de crecimiento.

Para Siri Gloppen, “la accesibilidad a los tribunales” determina el grado de dificultad que enfrentan individuos y organizaciones para interponer demandas vinculadas con los derechos a la salud. Esa dificultad está en función del costo, así como de las barreras jurídicas, incluidas las reglas de legitimación procesal (por ejemplo, si la posibilidad de entablar una demanda en nombre del interés público o si sólo pueden iniciarla los interesados directos), los procedimientos de apelación y las posibilidades de acceso directo a tribunales superiores.²³

Costa Rica cuenta con tribunales bastante accesibles. Los ciudadanos pueden interponer recursos ante la Sala Constitucional, sin necesidad de contratar a un abogado o abonar honorarios.

El acceso a los medios de defensa judicial es más difícil en Sudáfrica, donde el procedimiento jurídico es rígido y la asistencia legal escasa. Brasil se sitúa en un punto intermedio. Respecto de los países con sistemas priorizados de salud, el acceso a la justicia es por lo general sencillo: en Colombia, el mecanismo de tutela permite a los ciudadanos entablar demandas ante cualquier tribunal local, sin necesidad de contratar a un abogado y recibir una rápida decisión judicial. El acceso es algo más difícil en Argentina e India, que requieren de asistencia legal.²⁴

²² Esto ya que las normas constitucionales eran vistas como aspiraciones y no verdaderas normas jurídicas exigibles.

²³ En Estados Unidos los derechos sociales exigibles (*mandatory*) jurídicamente representan una fracción importante del presupuesto federal (más de 40 por ciento).

²⁴ Siri Gloppen, “La lucha por los derechos de la salud. Marco de análisis”, en Alicia Ely Yamin y Siri Gloppen, *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2013, pp. 34-35.

Judicialización de la salud en México

La judicialización de la salud suele ocurrir cuando se presentan tres factores concurrentes: el reconocimiento constitucional y/o la incorporación al derecho interno de normas internacionales con carácter vinculante; la presencia de mecanismos procesales efectivos de protección de los derechos fundamentales; y, la existencia de cierto desarrollo económico, institucional y social que permite aspirar a la satisfacción de los derechos a la protección de la salud. En nuestro país dichos factores se encuentran cada vez más presentes y generan nuevas demandas para satisfacerles.

Tal como se describió, un logro importante es que los derechos a la seguridad social y a la protección de la salud, están establecidos en el texto de nuestra Carta Magna, factor que obliga a todas las instituciones, a darles vigencia y a apresurar la expedición de las leyes secundarias. La constitucionalización de los accesos a la seguridad social y a la protección de la salud no sólo ha fortalecido dichos derechos, sino que ha facilitado que las instituciones jurídicas a nivel central vigilen tanto el cumplimiento del mandato constitucional como la conducta de los organismos de salud, esto, debido al cambio de enfoque de las normas constitucionales, pues ya no son simples aspiraciones, sino que se conciben como verdaderas normas jurídicas. En ese mismo sentido, quedando mucho por hacer, el desarrollo institucional de nuestro país, donde el IMSS es piedra angular, ha permitido acrecentar progresivamente los servicios de salud; y, al propio tiempo, garantizar a los ciudadanos el goce de derechos más amplios.

La “judicialización del derecho a la salud” se ha visto favorecida por dos modificaciones jurídicas trascendentes: la reforma constitucional en materia de derechos humanos de 2011 y la nueva Ley de Amparo de 2013. En efecto, la citada reforma constitucional de 2011 hizo una modificación de grandes dimensiones (primer y segundo párrafo del artículo 1o. constitucional) al otorgar la misma jerarquía a los derechos consagrados en la Constitución Federal y a los derivados de los tratados internacionales ratificados por México.

De la misma forma, se dispuso el principio de interpretación “pro persona”. Ambas modificaciones incorporaron a nuestro sistema jurí-

dico a las normas internacionales sobre derechos humanos.²⁵ En términos prácticos se ha logrado, no sólo que los jueces, organizaciones y ciudadanos cuenten con un rico arsenal normativo para proteger los ordenamientos fundamentales, sino que ha otorgado a los criterios de los organismos internacionales de derechos humanos un elevado valor interpretativo. Con ese avance y al ampliarse la procedencia del juicio de amparo, ha crecido el número de juicios en los cuales se exige del gobierno o de las institucionales privadas, la satisfacción de los derechos de protección a la salud.

En particular, la nueva Ley de Amparo ha ampliado las posibilidades de utilizar dicho mecanismo de protección constitucional, al dejar de establecer que el mismo únicamente puede invocarse ante la presencia de un interés jurídico, sino que ahora es procedente al interés legítimo; cuestión que permite promover acciones de amparo a favor de demandas colectivas. El IMSS ha jugado un papel importante en este campo, pues además de discutir y sensibilizar a los tribunales sobre los nuevos problemas que enfrentan las instituciones de salud, también ha sido promotor activo de los derechos humanos en el país.

En este contexto a continuación se analizan algunos precedentes emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), respecto a la “judicialización de la salud” en nuestro país.

PRINCIPALES CASOS DE JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD EN MÉXICO

La inclusión de medicamentos contra el VIH-SIDA en el cuadro básico de medicamentos

Uno de los primeros precedentes del derecho a la protección de la salud, emanó del Pleno de la SCJN al resolver el amparo en revisión 2231/97.²⁶ El litigio se originó por una persona infectada por el virus del VIH/SIDA

²⁵ Miguel Carbonell, “Derechos humanos en la Constitución Mexicana”, en Eduardo Ferrer Mac-Gregor, José Luis Caballero Ochoa y Christian Steiner (coord.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de la jurisprudencia constitucional e interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 21-45.

²⁶ Amparo en revisión 2231/97, radicado en el Tribunal Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, ministro ponente Mariano Azuela Güitrón, secretaria Lourdes Ferrer Mac-Gregor Poisot, resuelto en sesión del 25 de octubre de 1999.

que solicitó amparo contra actos de autoridades del Sector Salud, reclamando la inclusión de una serie de medicamentos básicos para su tratamiento que no se le suministraban, en razón de no encontrarse incluidos en el cuadro básico y Catálogo de Medicamentos 1996 del Sector Salud, aun cuando se encontraban disponibles en el mercado y contaban con registro sanitario de la Secretaría de Salud.

El juzgado en primera instancia determinó, por una parte, sobreseer el juicio y, por otra, negar el amparo bajo el argumento de que no existía una norma de derecho que obligara a las autoridades a suministrarle el medicamento que pretendía el quejoso y que si bien era cierto que conforme al artículo 4o. constitucional, toda persona tiene derecho a la protección de la salud y el acceso a los servicios, ello no se traducía en un derecho subjetivo a recibir los medicamentos recientemente descubiertos que se reclamaban, pues también prevalecían el interés público por otras enfermedades en la población que merecían la mayor prelación médica.²⁷

La sentencia fue recurrida por el quejoso, correspondiendo al Pleno de la SCJN su resolución. Así, el 25 de octubre de 1999, por unanimidad de votos, los ministros determinaron modificar la sentencia de primera instancia por considerar incorrecta su interpretación al artículo 4o. de la Carta Magna y, entonces, determinaron que el derecho a la protección de la salud comprende tanto el servicio básico a la atención médica, como en su fase curativa, incluyendo medicinas esenciales que correspondan al tratamiento.

Igualmente, el Pleno de la SCJN desestimó el argumento de que los medicamentos solicitados por el quejoso fuesen recientemente descubiertos y que existían otras enfermedades que merecían igual o mayor prelación médica. La Corte destacó que tales planteamientos atienden cuestiones ajenas al derecho del individuo a recibir los medicamentos apropiados como parte integrante del derecho a la protección individual consagrada en el artículo 4o. de la Carta Magna.²⁸

Como conclusión, debe subrayarse que en el citado amparo nuestro Máximo Tribunal explícitamente aclaró que el derecho constitucional

²⁷ Sánchez, *op. cit.*

²⁸ *Idem.*

a la protección de la salud comprende el derecho a la recepción de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades, tal como se encuentra establecido en la Ley General de Salud, constituyendo una cuestión de legalidad la determinación relativa a cuáles son los medicamentos que deben considerarse como básicos para el tratamiento de enfermedades.

*Suministro del medicamento
para hemoglobinuria*

Por otro lado, tenemos la resolución dictada por la Segunda Sala de la SCJN, el 17 de septiembre de 2014, en la cual, un paciente con una enfermedad poco frecuente: hemoglobinuria paroxística nocturna,²⁹ demandó del IMSS el suministro de un medicamento no incluido en el cuadro básico para el tratamiento paliativo de su enfermedad. Después de un estudio minucioso por parte de los ministros, llegaron a la conclusión de no conceder el amparo de la justicia federal al quejoso por no estar comprobada la seguridad, eficiencia y eficacia terapéutica del medicamento aludido.³⁰ La importancia del citado asunto radica en que el Máximo Tribunal precisó la trascendencia del procedimiento de inclusión de medicamentos en dicho cuadro básico en la protección y bienestar de la población.

Es este sentido la Corte señaló que:

[...] cuando el Estado decide la inclusión de un medicamento en el Cuadro Básico, por conducto de la Comisión Interinstitucional, no sólo garantiza que se ha probado su eficiencia, seguridad y eficacia terapéutica, sino, además, a partir de esa determinación, se cumple con una de las obligaciones que involucran el derecho a la salud, esto es, la disponibilidad del medicamento que cure y alivie la enfermedad en cuestión. Esto, porque se explicó

²⁹ Es una enfermedad rara en la cual los glóbulos rojos se descomponen antes de lo normal, algunos de los síntomas son: dolor abdominal, dolor de espalda, en algunas personas se pueden formar coágulos sanguíneos, orina oscura intermitente, tendencia al sangrado y a la formación de hematomas, dolor de cabeza y dificultad para respirar. Su incidencia se estima en promedio de 0.2 a 13 habitantes por cada cien mil habitantes.

³⁰ Amparo en revisión 350/2014, radicado bajo la ponencia del ministro Luis María Aguilar Morales, resuelto en sesión del 17 de septiembre de 2014.

con anterioridad que la salud constituye un derecho humano amplio e integral, es decir, que debe asegurarse la disponibilidad de la medicina y de otros insumos esenciales.

Cuestión que en el caso específico no satisfizo y que el medicamento no contaba con pruebas contundentes que avalaran la eficiencia y seguridad del mismo.

De la resolución anterior, los ministros no sólo analizaron una cuestión meramente jurídica, sino ponderaron la integridad de la salud de las personas y el riesgo de suministrar un medicamento carente de los estándares establecidos por las autoridades sanitarias del país.

*Construcción y equipamiento
de un pabellón de servicio
clínico para pacientes con VIH/SIDA
y co-infección por enfermedades
de transmisión aérea*

Siguiendo con los precedentes relevantes emitidos en la materia por el Máximo Tribunal del país, tenemos una resolución dictada por la Segunda Sala de la SCJN, en la cual un grupo de personas demandaron de distintas autoridades del gobierno federal, la “Construcción y Equipamiento del Servicio Clínico para Pacientes con VIH/SIDA y Co-infección por Enfermedades de Transmisión Aérea”, proyecto que se había cancelado por cuestiones presupuestarias.

Al respecto, los ministros de la Segunda Sala de la SCJN,³¹ hicieron alusión a pronunciamientos anteriores acerca del derecho a la salud tutelado por el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los cuales se considera oportuno enunciar literalmente, dada su relevancia:

- El derecho a la salud no se limita a prevenir y tratar una enfermedad, sino que, atento a la propia naturaleza humana, va más allá, en tanto comprende aspectos externos e internos, como el buen

³¹ Amparo en revisión 378/2014, radicado bajo la ponencia del ministro Alberto Pérez Dayán, resuelto en sesión del 14 de octubre de 2014.

estado mental y emocional del individuo; es decir, se traduce en la obtención de un determinado bienestar general integrado por el estado físico, mental, emocional y social de la persona, del que deriva un derecho fundamental más, consistente en el derecho a la integridad físico-psicológica.

- Del artículo 4o. de la Constitución Federal, que establece que toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización.
- Si bien para la “justiciabilidad del derecho a la salud” en el juicio de amparo es menester constatar que se invoque la violación de un derecho fundamental que incorpora pretensiones jurídicas subjetivas y que la invasión al derecho que se denuncia represente un tipo de vulneración remediable por dicha vía lo cierto es que, ello, no permite descartar que, en ciertas ocasiones, dar efectividad al amparo cuando implique adoptar medidas que colateral y fácticamente tengan efectos para más personas que las que actuaron como partes en el caso concreto, siempre y cuando tales efectos tengan una relación fáctica o funcional con los de las partes.

Tomando en consideración lo anterior y, llevando a cabo un estudio minucioso de lo que es el derecho al nivel más alto posible de salud, dicha Sala determinó conceder el amparo a los quejosos para el efecto de que las autoridades responsables tomen las medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano a la salud de los quejosos, considerando que son portadores del VIH; motivo por el cual deben recibir tratamiento médico en instalaciones separadas

del resto de los pacientes, a efecto de evitar el contagio de alguna enfermedad.

Razón por la cual, el cumplimiento a dicha sentencia implica que las autoridades responsables consideren qué medida resulta más adecuada para poder brindar a los quejosos un tratamiento médico apropiado a su padecimiento, ya sea mediante remodelación del Servicio Clínico 4, en donde actualmente son tratados; o bien mediante la construcción de un nuevo pabellón hospitalario. Así, en caso de que se acredite que ninguna de las opciones antes mencionadas resulte compatible con las políticas públicas en materia de salud implementadas por las autoridades responsables, deberán realizar las gestiones que estimen pertinentes para que los quejosos sean atendidos en algún otro hospital o clínicas del sector salud en el que puedan recibir su tratamiento en las condiciones adecuadas e idóneas a su enfermedad, a efecto de garantizarles el ya referido derecho a obtener el nivel más alto posible de salud.

Como se puede ver, la protección al derecho a la salud que hacen las autoridades judiciales va en aumento pues, incluso, el presente caso llevó al Máximo Tribunal a efectuar un profundo escrutinio, no exento de debates, en el diseño de las políticas públicas en la materia con la intención de obtener el nivel más alto posible de salud.

*Consentimiento informado
y sus alcances*

Otro criterio trascendente que ha modificado la relación entre los médicos con sus pacientes, tanto de instituciones públicas como privadas, es el precedente sentado por la Primera Sala de la SCJN en materia del consentimiento informado y sus alcances, en los amparos directos 42/2012, 43/2012, 44/2012 y 45/2012, resueltos en sesión del 5 de agosto de 2015 (siendo la ponencia del señor Ministro José Ramón Cossío Díaz); amparos en los que, si bien el IMSS no formó parte, las orientaciones resultantes fueron de vital importancia para todas las instituciones de salud.

El tema aludido se originó en la cirugía de una institución de salud pública, que lesionó el nervio ciático de una paciente, ocasionándole

una cierta incapacidad. Como consecuencia, se demandó la revisión de la responsabilidad civil subjetiva por daño corporal y moral, al considerar que no se informó correctamente de los alcances y consecuencias sobre el proceso médico al que se le sometió.

Al respecto, la SCJN, ejerció su facultad de atracción, a fin de determinar los elementos constitutivos, los alcances y las consecuencias del consentimiento informado del paciente, el cual fue definido como “un proceso de comunicación en el ámbito médico, dirigido a facilitar a los pacientes la toma de decisiones y a hacerse responsable de éstas”. El Máximo Tribunal determinó que se siguió una conducta antijurídica, toda vez que el personal médico del hospital conocía de la situación física del paciente y los riesgos de la intervención, por lo que debieron justificar que no existía otra opción para su mejoría excepto la cirugía, además de exponer los riesgos o explicar que la lesión se produjo de manera fortuita.

Asimismo, la SCJN al resolver el mencionado asunto, también estableció que la responsabilidad por daño moral puede generarse por la falta de “consentimiento informado”, pues tal hecho limita la autonomía de decisión de los pacientes, destacando que una plática grupal o de sensibilización, si bien puede llegar a ser complemento que fortalezca los nexos entre el paciente y el médico, no puede sustituir la carta de consentimiento informado. Así, el máximo tribunal señaló que entre los requisitos que deben incluirse en la carta de consentimiento informado están: la autorización del acto y el señalamiento tanto de los riesgos como de los beneficios esperados del procedimiento médico. De la misma forma, se mencionó que entre los eventos que requieren de la carta en cuestión, están el ingreso hospitalario, los procedimientos de cirugía mayor y los de anestesia general.

En este sentido, la SCJN destacó que uno de los requisitos del consentimiento informado es que sea claro y expreso (por “claro” la Corte determinó que el paciente, al consentir reciba información comprensible, relevante, estructurada y adaptada a su caso particular), a fin de que tenga la posibilidad de tomar una decisión adecuada, de lo contrario, no se conjugaría la información y la voluntariedad. La Primera Sala de la SCJN, señaló que la intención de la NOM-168-SSA1-1998, relativa al consentimiento informado, no es exponer exhaustivamente todos

los riesgos del acto médico, sino que se ofrezca información suficiente para que el paciente pueda tomar la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento que se le propone.

Finalmente, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, indicó que el consentimiento informado debe constituir “un diálogo permanente entre el médico y el paciente, para imprimir seguridad jurídica a ambos”, frente a resultados difíciles de pronosticar con exactitud.

EL IMSS Y SU COMPROMISO
EN LA UNIVERSALIZACIÓN
Y MEJORA EN LOS DERECHOS
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL
HACIA EL SIGLO XXI

Los desafíos

Debe mencionarse que, pese a lo mucho que se ha avanzado en ensanchar los derechos a la salud y a la protección social, el camino hacia adelante requiere enfrentar muy diversos desafíos. Hoy, el Instituto, tal como diversas instituciones de salud a nivel mundial, debe enfrentar fenómenos que ejercen una considerable presión sobre sus finanzas, como lo son: la transición demográfica, la transición epidemiológica y una situación económica no exenta de dificultades.

En efecto, el número relativo de adultos mayores es hoy superior que en épocas anteriores; cuestión que acrecienta el gasto de las instituciones de salud, en circunstancias en que deben financiar la atención médica con un menor porcentaje de personas en edad de trabajar. Debe mencionarse que de 1970 a 2010 la población mayor de 60 años en México pasó de 2.7 millones a 10.2 millones; cifra que representa un incremento superior al 400 por ciento. De la misma forma en 1973 había 14 trabajadores por cada pensionado, en 2012 esta cifra bajó a cinco.

Igualmente, el cambio demográfico va acompañado de una evolución en que el envejecimiento de la población requiere de servicios médicos de alto costo, relacionados con padecimientos crónico-degenerativos, como diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión y distintos tipos de cáncer (Figura 2 y Figura 3).

FIGURA 2.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO
(MILLONES DE PERSONAS)

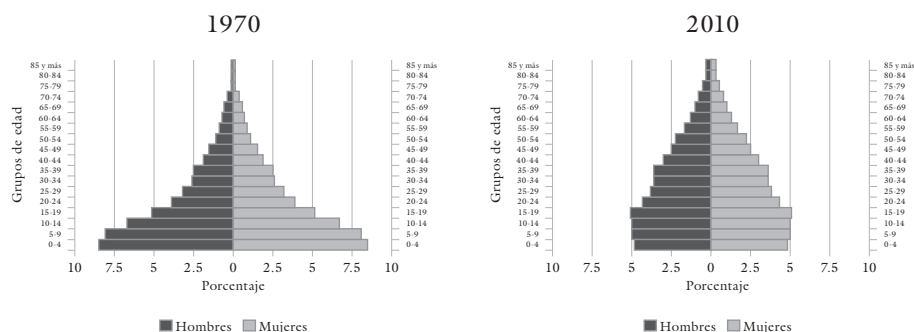
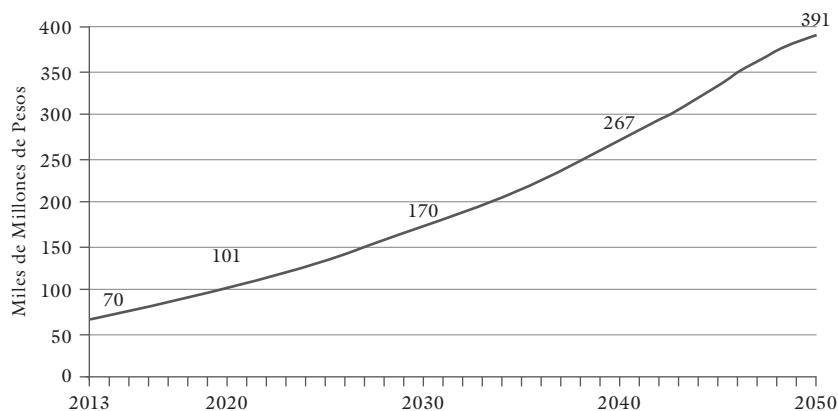


FIGURA 3.

CRECIMIENTO DEL GASTO MÉDICO EN LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEGENERATIVAS 2013-2050 ¹
(MILES DE MILLONES DE PESOS DE 2013)



Fuente: Programa Institucional del Intituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018.

¹ Se refiere a diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA.

Por último, el lento crecimiento de la economía mundial, los problemas propios en torno al financiamiento de la balanza de pagos y las presiones financieras vinculadas al pago de pensiones y jubilaciones, que tan solo este año representan un monto estimado de 68,054 mi-

llones de pesos, auguran un panorama financiero difícil para la institución;³² hecho que nos obliga a hacer más con menos.

Los ejes para el fortalecimiento del IMSS

A pesar de los referidos factores adversos, el IMSS y el gobierno federal refrendan su compromiso por avanzar en la universalización de los accesos a los servicios de salud en el país. En este sentido, al designarme Director General del IMSS, el Presidente de la República, Enrique Peña Nieto, me instruyó fortalecer tres ejes centrales rumbo a la universalización de la salud y el otorgamiento de mejores servicios en la materia: 1) el fortalecimiento financiero del Instituto; 2) el mantenimiento y aceleración de los procesos de simplificación de trámites, de modernización de infraestructura y equipamiento, y 3) mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos.

En lo tocante al “fortalecimiento financiero del Instituto”, se han implementado una serie de medidas que han permitido eficientar sus gastos como son: compras consolidadas;³³ contratación de servicios integrales (hemodiálisis ambulatoria, servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión);³⁴ sustitución de parque vehicular por servicios integrales de arrendamiento;³⁵ el establecimiento de un programa de in-

³² Se estima que el pago de pensiones y jubilaciones a cargo del IMSS, representa una presión de gasto de más de dos billones de pesos durante los próximos 70 años.

³³ En 2016 se calculan ahorros en conjunto con las dependencias del sector, entidades federativas e institutos por 2,521 millones de pesos, de los cuales 1,602 millones de pesos corresponden al IMSS. En este sentido, en los últimos tres años el IMSS ha logrado alcanzar ahorros por 6,141 MDP y junto con todos los participantes de las compras se han acumulado 10,863 MDP en total.

³⁴ Los ahorros totales en terapias de sustitución renal son de 1,477 MDP anuales lo que permitirá, al final de los cuatro años de contrato, ahorros por 5,908 MDP. Por otra parte, durante la semana del 11 al 15 de abril concluyeron las licitaciones de los servicios de laboratorio, banco de sangre y mínima invasión, los cuales generarán ahorros de aproximadamente 1,492 MDP por año, respecto a las condiciones en las que se prestan hoy los servicios y casi 4,500 MDP en los 3 años de duración de los contratos. De esta forma, para los siguientes 3 años permitirá otorgar de manera oportuna y eficiente los servicios de: laboratorio clínico, mínima invasión y banco de sangre a los derechohabientes del IMSS en todo el país, con mejores condiciones de calidad y control por parte del IMSS.

³⁵ En 2016, se estiman ahorros por este tipo de contratos de alrededor de 101 MDP durante la duración del servicio; ahorro que ayudará a arrendar 312 vehículos operativos

centivos a la permanencia. Gracias a estas medidas se tiene pronosticado un ahorro estimado para 2016 de 5,610.5 millones de pesos (MDP).

Como complemento de las medidas de eficiencia en el gasto, el IMSS ha puesto especial énfasis en buscar mejores mecanismos en materia de recaudación, los cuales se encuentran orientados a establecer: un acelerado proceso de formalización del empleo; simplificación administrativa para el cumplimiento de obligaciones; un nuevo modelo de fiscalización; medidas que han incrementado los ingresos del IMSS al pasar de 191,827 MDP en 2012 a 242,356 MDP en el año 2015, lo que representa un crecimiento del 26 por ciento.

Respecto a la búsqueda por acelerar los procesos de simplificación de trámites emprendida por el Instituto debe destacarse que dicho compromiso es determinante en la universalización del derecho a la protección de la salud, pues de acuerdo con organismos internacionales de la talla del Comité de Derechos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas es esencial que los servicios de salud sean cada vez más accesibles a la población en términos de tiempo y distancia.³⁶

En este rubro debe hacerse hincapié que el Instituto diseñó el programa IMSS Digital, el cual, entre otras cuestiones, ha llevado a digitalizar 18 de los 25 trámites registrados en la Comisión Federal de Mejora Regulatoria (COFEMER), vinculados con afiliación y recaudación, lo que ha favorecido a los usuarios en términos de gastos, desplazamientos y tiempo.³⁷ Igualmente, en esta dinámica de digitalización y simplificación administrativa, deben destacarse los programas de: mejora para la comprobación de supervivencia³⁸

más para delegaciones como y 380 ambulancias más para unidades médicas de alta especialización (UMAE).

³⁶ Omar Gómez Trejo, “Los derechos a la alimentación, al agua, la salud y la vivienda contenidos en el artículo 4o. constitucional a la luz de derecho internacional de los derechos humanos en México”, en *Derechos Humanos en la Constitución: Comentarios de la Jurisprudencia Constitucional e Interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, pp. 579-627.

³⁷ De 2013 a 2015, dejaron de realizar trámites presenciales en las oficinas del IMSS cerca de 60 millones de derechohabientes en comparación a 2012, cuando ningún trámite se realizaba de manera digital.

³⁸ Anteriormente, los pensionados del IMSS debían comprobar su supervivencia ante la institución para poder recibir su pensión. Esto obligaba a que los pensionados acudie-

y la simplificación de los trámites de pensiones³⁹ e incapacidad por maternidad.⁴⁰

Como ejemplo de los beneficios logrados, debe destacarse que con la simplificación del trámite de incapacidad por maternidad las futuras madres ahora pueden transferir desde una y hasta cuatro semanas del periodo de descanso prenatal al postnatal.

Además se redujo de cinco a una el número de visitas médicas que necesitan, para poder tramitar incapacidad por maternidad, aquellas mujeres que deciden atender su parto fuera del IMSS. Esta simplificación ha liberado consultas médicas que ahora pueden ser aprovechadas por otros derechohabientes, representando un uso eficiente de 284 millones de pesos que equivalen a la construcción de siete Unidades de Medicina Familiar (UMF) con 12 consultorios cada una.

Por último, en cuanto a “Mejorar la calidad y calidez de los servicios médicos”, es de resaltar programas como: la implementación de la “unifila”, que permite a los pacientes sin cita recibir atención médica en el primer consultorio disponible de su UMF;⁴¹ la “iniciativa Triage”, que crea un nuevo proceso para clasificar a todos los pacientes por nivel de urgencias antes de realizar cualquier trámite de tipo administrativo;⁴² la implementación de la iniciativa “Código Infarto”, en la que se capacita a vigilantes, asistentes médicos y enfermeras para reconocer los sín-

ran dos veces por año al instituto. No obstante desde julio de 2015 inició el programa de mejora para la comprobación de supervivencia, con el cual los pensionados ya no acuden a las ventanillas del IMSS; medida que logra una reducción del 100 por ciento en visitas al IMSS beneficiando a un total de 3.2 millones de pensionados.

³⁹ La simplificación del trámite de pensión tiene el objetivo de facilitar a los solicitantes el acceso oportuno y seguimiento del trámite, reduciendo el número de visitas a las ventanillas del IMSS. Ahora gracias al citado programa el asegurado iniciará el trámite de pensión a través de medio electrónico y realizará solamente una visita a ventanilla para identificación y entrega de la resolución de pensión. De esta forma, se alcanza a un total de 440 mil personas al año, mismas que actualmente realizan entre dos y cuatro visitas por año para realizar este trámite.

⁴⁰ Anualmente, 75 mil mujeres derechohabientes deciden atender su parto fuera del IMSS. Antes estas mujeres estaban obligadas a acudir entre 4 y 5 revisiones médicas durante el embarazo para poder tramitar su incapacidad por maternidad y el pago de subsidio. Ahora, estas mujeres sólo tendrán que acudir a una revisión médica durante la semana 34 de su embarazo; estrategia que permitirá evitar 350 mil visitas innecesarias a unidades médicas.

⁴¹ Se ha implementado en 245 unidades, estimándose alcanzar 291 UMF.

⁴² Se ha implementado en 104 hospitales, estimándose alcanzar 154.

tomas de un evento cardíaco, con el objetivo de canalizar rápidamente al paciente para así proporcionar en forma urgente la atención médica especializada, reduciendo las fatalidades;⁴³ así como el programa de trasplantes.⁴⁴

El Comité de Derechos Humanos

Finalmente, en adición a lo anterior el IMSS, en su esfuerzo por lograr el pleno respeto a los derechos humanos, recientemente integró el primer Comité de Derechos Humanos e Igualdad con el acompañamiento de la Secretaría de Gobernación y la Comisión Nacional de Derechos Humanos; el Comité será la punta de lanza para capacitar a los funcionarios del Instituto en la materia y canal de diálogo con diversas instituciones nacionales en el diseño de políticas públicas orientadas a crear conciencia y abatir las violaciones a los derechos humanos.⁴⁵

Con la finalidad de robustecer los esquemas de capacitación del Seguro Social se han instrumentado diversos programas en derechos humanos, igualdad, género, no discriminación y buen trato, tales como: “SER IMSS”, “Capacitación conjunta sobre la Reforma Constitucional IMSS-Segob-CNDH”, “Capacitación en materia de igualdad, género y no

⁴³ Se ha implementado en 12 redes de atención especializada.

⁴⁴ Durante el periodo enero-diciembre 2016, el número de trasplantes creció 7 por ciento en comparación con el mismo periodo del año anterior, las donaciones crecieron 20 por ciento durante el mismo periodo.

⁴⁵ Cabe destacar que el 9 de agosto de 2016 el IMSS dio a conocer la política institucional en materia de derechos humanos e igualdad del Seguro Social, teniendo como principales objetivos: 1) Alinear el actuar institucional con la Política de Derechos Humanos, Género, Igualdad y No Discriminación del gobierno federal y del Sector Salud; 2) Asegurar el involucramiento de todas las áreas normativas institucionales, coordinar acciones con dependencias, organismo nacionales e internacionales, así como instituciones receptoras o referentes de derechos humanos, género, igualdad y no discriminación, etc.; 3) Prevenir las violaciones de derechos humanos y actos de discriminación; 4) Detectar las incidencias de las violaciones de derechos humanos y actos discriminatorios en el IMSS; 5) desarrollar un programa de abatimiento de quejas médicas, quejas por discriminación y recomendaciones en materia de derechos humanos; 6) Implementar un modelo de atención a casos especiales, entre otros; 7) Impulsar una cultura de respeto a los derechos humanos, género, igualdad y no discriminación además de consolidar el programa SER-IMSS, mediante al cual se diseñarán campañas de comunicación social internas y externas, etc., y 8) Posicionar al IMSS ante la Administración Pública Federal y la sociedad, en materia de derechos humanos, género, igualdad y no discriminación.

discriminación” y “Actívate por los derechos humanos”; programas que registran un avance mayor a 50 por ciento, con más de 45 mil trabajadores en adiestramiento.

CONCLUSIÓN

Con base en lo anteriormente expuesto, debo resaltar que gracias a la constitucionalización y posterior judicialización de los derechos a la salud y seguridad social, como al constante esfuerzo de los funcionarios que integramos esta gran institución, podemos concluir que en el IMSS los derechos humanos contenidos en la Constitución Federal de 1917 podrán perfeccionarse y crecer, pero nunca negarse.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- CARBONELL, Miguel, “Derechos humanos en la Constitución Mexicana”, en Ferrer Mac-Gregor, Eduardo; Caballero Ochoa, José Luis, y Steiner, Christian (coord.), *Derechos humanos en la Constitución. Comentarios de la jurisprudencia constitucional e interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- GLOPPEN, Siri, “La lucha por los derechos de la salud. Marco de análisis”, en Yamin, Alicia Ely y Gloppen, Siri, *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Siglo XXI, Buenos Aires, 2013.
- GÓMEZ TREJO, Omar, “Los derechos a la alimentación, al agua, la salud y la vivienda contenidos en el artículo 4o. constitucional a la luz de derecho internacional de los derechos humanos en México”, en *Derechos Humanos en la Constitución: Comentarios de la Jurisprudencia Constitucional e Interamericana*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- RUIZ MORENO, Ángel Guillermo, *Nuevo derecho a la seguridad social*, 14a. ed., México, Porrúa, 2015.

Hemerográficas

- BOLIVAR, Mery, *et al.*, “Diálogos construyendo futuro en los derechos fundamentales. Una experiencia latinoamericana sobre procesos de cambio en

derechos a la Salud y Políticas Públicas”, en *NORAD-SaluDerecho*, Instituto del Banco Mundial, 2014.

GARCÍA GUZMÁN, Maximiliano, “La seguridad social en México”, en *Estudios Políticos*, 9a. época, núm. 32, UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, mayo-agosto, 2014.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, “IMSS, 50 años cumpliendo”, en *Revista Mexicana de Seguridad Social*, 19 de enero de 1993.

Electrónicas

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE OPINIÓN PÚBLICA, “Antecedentes”, en *Seguridad Social*, 17 de febrero de 2006, en www.diputados.gob.mx/cesop/

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, *Seguridad social, hechos concretos sobre la seguridad social*, 6 de junio de 2003, en línea. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf

Presentaciones y conferencias

CUBILLOS TURRIAGO, Leonardo, presentación “La judicialización del derecho a la salud: un encuentro de dos mundos”, conferencia ISPOR, Buenos Aires, 2013, Especialista Senior en Salud del Instituto del Banco Mundial.

SÁNCHEZ CORDERO, Olga, participación en el “Simposio Internacional. Por la Calidad de los Servicios Médicos y la Mejoría de la Relación Médico Paciente”, auditorio “Jaime Torres Bodet”, Museo Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México, 9 de octubre de 2000.



SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN. EL CASO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

José Reyes Baeza Terrazas

SEGURIDAD SOCIAL
PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

Antecedentes constitucionales y normativos

La seguridad social es un componente de la política social que incluye el conjunto de disposiciones legales, administrativas, políticas e instituciones que norman la prevención, reparación y rehabilitación de los riesgos y contingencias que pueden afectar a las personas y a sus familias durante y después de su vida laboral.¹

Esta dimensión, fundamental en el marco de protección de los trabajadores mexicanos y sus familias, signo distintivo de la Constitución Mexicana de 1917, fue consagrada en su artículo 123, el cual se encontraba debidamente armonizado con el resto de las garantías individuales (hoy conceptualizadas como derechos y garantías para su

¹ En la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Filadelfia en 1944, se destacó que la “seguridad social”, engloba el conjunto de medidas adoptadas por la sociedad con el fin de garantizar a sus miembros, por medio de una organización apropiada, una protección suficiente contra los riesgos, a los cuales se hallan expuestos.

protección) en el que se destacan por su afinidad el derecho a la salud, a la vivienda digna y a la libre ocupación, entre otros.

El texto del antes referido precepto constitucional, originalmente contemplaba, por primera vez a nivel mundial por cierto, los derechos con los que contaban todos los trabajadores, sin hacer distinción respecto de aquéllos que prestan sus servicios a la iniciativa privada con aquéllos que laboran para instancias públicas: duración de la jornada laboral de 8 horas; trabajo nocturno máximo de 7 horas, prohibición del trabajo insalubre y peligroso a mujeres y niños menores de 16 años; mínimo un día de descanso; prohibición de trabajo a mujeres embarazadas; igualdad de la paga del salario y salario mínimo; pago de horas extras; pago de riesgos de trabajo; derecho a huelga; entre otras.

La fracción XXIX del artículo 123 constitucional original establecía que se consideraría de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y otros fines análogos, por lo que el gobierno federal, como el de cada estado, tendría la obligación de fomentar la organización de instituciones de esa índole. Este dispositivo, motivó la promulgación de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro de 1925, en la que se estableció la creación de la Dirección de Pensiones Civiles, cuya función fue convertir a las pensiones de los trabajadores del Estado en universales, obligatorias y equitativas, otorgadas por vejez, inhabilitación, muerte o retiro a los 65 años y después de los 15 años de servicio. Para dar cumplimiento a esta función se creó el Fondo de Pensiones generado a partir de la ayuda del propio Estado y las aportaciones del trabajador durante el tiempo que prestara sus servicios. Además se estableció en la referida ley que el excedente de dicho fondo se utilizara para el otorgamiento de préstamos a corto plazo y para la adquisición de terrenos o casas para los trabajadores.

Por su parte, los servicios de salud eran prestados por instituciones contratadas por cada una de las dependencias, lo que originaba que no se brindaron de forma homogénea en la administración pública.

TABLA 1.
ANTECEDENTES DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

<i>Ordenamiento jurídico</i>	<i>Aspectos relevantes</i>
<p>Ley de Pensiones y de Retiro (<i>Diario Oficial de la Federación</i>, 19 de agosto de 1925)</p>	<p>Se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, antecedente de la Junta Directiva del ISSSTE. Su objeto era establecer un sistema bajo el cual el propio trabajador con la ayuda del Estado, contribuiría a la formación de un fondo sobre el cual apoyaría el otorgamiento de pensiones y préstamos hipotecarios. Los tipos de pensión que contempló esta ley fueron: la pensión por vejez y la pensión por inhabilitación física o intelectual. Préstamos por 3,000 pesos para establecer o explotar pequeñas industrias.</p>
<p>Ley de Pensiones Civiles (<i>Diario Oficial de la Federación</i>, 31 de diciembre de 1947)</p>	<p>Esta ley reguló las siguientes pensiones y prestaciones: Pensiones por vejez o por inhabilitación para los trabajadores. Pensiones para los familiares del trabajador que fallezca a causa del servicio o a consecuencia de él, o cuando teniendo derecho a la pensión no la hubiera solicitado. Pensiones para familiares por muerte del trabajador pensionado. Devolución de descuentos para el Fondo de trabajadores que se separen del servicio. Devolución de los descuentos para el Fondo, a familiares cuando los trabajadores fallezcan sin tener derecho a pensión. Obtención de préstamos hipotecarios. Obtención de préstamos quirografarios. Obtención en propiedad o arrendamiento, a precios baratos y con facilidades de pago, de casas o terrenos de la Dirección. Tenían derecho a pensión: los trabajadores que cumplieran 55 años de edad y contribuyeran normalmente durante 15 años, como mínimo, al Fondo de Pensiones, para lo cual se estableció una tabla de porcentajes de los montos de la pensión, de acuerdo al número de años de servicios, teniendo como mínimo 40 por ciento, el cual aumentaba gradualmente por cada año de servicio.</p>

LA CREACIÓN DEL INSTITUTO
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

En 1959 el Presidente de la República, Adolfo López Mateos, con impulso de los representantes sindicales de los trabajadores del Estado, presentó una iniciativa de reformas constitucionales, que contenía dos cambios fundamentales:

Reforma al artículo 123 constitucional, para dividirlo en dos apartados. El apartado B contemplaba las relaciones laborales de los trabajadores de los poderes de la Unión, de la Ciudad de México y los estados.

Desaparición de la Dirección General de Pensiones Civiles y creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargado de brindar a los empleados públicos, servicios de salud, salario, alimentación, formación social y cultural, así como protección a la familia.

La creación del ISSSTE benefició a más de 300 mil trabajadores y sus familiares, otorgando servicios y prestaciones de alcance avanzado para proteger al trabajador en su salud, su salario, alimentación, vivienda, promover su formación social y cultural, así como la protección de su familia en caso de separación del servicio por invalidez o vejez.

TABLA 2.

LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y SUS REFORMAS

<i>Ordenamiento jurídico</i>	<i>Aspectos relevantes</i>
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (<i>Diario Oficial de la Federación</i> , 30 de diciembre de 1959)	Se crea el ISSSTE y desaparece la Dirección de Pensiones Civiles. Entre las prestaciones y seguros que reguló esta Ley, se encuentran: – Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad. – Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

*Ordenamiento jurídico**Aspectos relevantes*

– Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.

– Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia.

Se crea el ISSSTE y desaparece la Dirección de Pensiones Civiles. Entre las prestaciones y seguros que reguló esta Ley, se encuentran:

– Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.

– Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

– Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.

– Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia.

– Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia.

– Créditos para la adquisición en propiedad, de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinados a la habitación familiar del trabajador.

– Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto.

– Préstamos hipotecarios.

– Préstamos a corto plazo.

– Jubilación.

– Seguro de vejez.

– Seguro de invalidez.

– Seguro por causa de muerte.

– Indemnización global.

El derecho a la jubilación correspondía a los trabajadores con 30 años o más de servicios e igual tiempo de contribución al Instituto, cualquiera que fuera su edad. Tenían derecho a la pensión por vejez los trabajadores con 55 años de edad cumplidos y mínimo 15 años de servicios e igual tiempo de contribución al Instituto. La pensión por invalidez se otorgaba a los trabajadores que se inhabilitaran física o mentalmente, siempre que hubiesen contribuido al Instituto al menos por 15 años. La pensión por causa de muerte del trabajador daba derecho a las pensiones de viudez y de orfandad siempre y cuando el trabajador hubiese contribuido al Instituto cuando menos durante 15 años.

<i>Ordenamiento jurídico</i>	<i>Aspectos relevantes</i>
<p>Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (<i>Diario Oficial de la Federación</i>, 27 de diciembre de 1983)</p>	<p>Con esta Ley se incorporan en materia de seguros, prestaciones y servicios los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina preventiva. - Seguro de retiro por edad y tiempo de servicios. - Servicios de atención a pensionados y jubilados. - Seguro de cesantía en edad avanzada. - Préstamos a mediano plazo. - Servicios turísticos. - Servicios funerarios. <p>En materia de pensiones destaca que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendrían derecho a la jubilación los trabajadores con 30 años o más de servicios e igual tiempo de contribución al Instituto, cualquiera que fuera su edad. - La anterior pensión por vejez, cambió de denominación por pensión de retiro por edad y tiempo de servicios, y se siguió otorgando a los trabajadores con 55 años de edad cumplidos y mínimo 15 años de servicios e igual tiempo de cotización al Instituto. - La pensión por invalidez se otorgaba a los trabajadores que se inhabilitaran física o mentalmente, siempre que hubiesen contribuido al Instituto al menos por 15 años. - Se incorporaron como sujetos de derecho a la pensión por causa de muerte del trabajador, además de la de viudez y de orfandad, la de concubinato o descendencia, siempre y cuando el trabajador hubiera contribuido al Instituto cuando menos durante 15 años, cuando su muerte ocurriera cumpliendo 60 años o más de edad y mínimo 10 años de cotización. - Se incorpora la pensión por cesantía en edad avanzada, la cual se otorgaba al trabajador que se separara voluntariamente del servicio o que quedara privado de trabajo remunerado después de los 60 años de edad y hubiera cotizado por un mínimo de 10 años al Instituto. - Se incorporaron los préstamos a mediano plazo para adquisición de bienes de uso duradero.

<i>Ordenamiento jurídico</i>	<i>Aspectos relevantes</i>
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (vigente desde 2007)	<p>Creación del Pensionisste y establecimiento de la Comisión Ejecutiva del FOVISSSTE.</p> <p>Se amplía la edad para pensionarse de 48 a 58 años de edad para las trabajadoras y de 50 a 60 años de edad para los trabajadores una vez cumpliendo 30 años de servicio.</p> <p>Agrupar los 21 seguros y prestaciones que venía contemplando la ley anterior en cuatro grandes grupos: retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; invalidez y vida; riesgos del trabajo; salud.</p> <p>Se crea el sistema de cuentas individuales.</p> <p>Se implementa el ahorro solidario.</p>

LA TRANSVERSALIDAD INSTITUCIONAL

La configuración *sui generis* que le brindaron tanto la Constitución, como su Ley, hicieron al ISSSTE, una de las instituciones de seguridad social más completas e integrales en América Latina. En efecto, además de encargarse de la prestación de los servicios de salud, por mandato constitucional, conforme a lo dispuesto por el artículo 123, apartado B, fracción XI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el ISSSTE se encuentra obligado a:

- Establecer centros de vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares, y
- Establecer un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos a favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgarles créditos para construir, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.

Actualmente, el ISSSTE atiende a más de 13 millones de derechohabientes² mediante 21 servicios, prestaciones y seguros a su derechohabencia,

² El artículo 1o. de la Ley del ISSSTE establece que dicho ordenamiento se aplicará a las dependencias, entidades, trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de la Presidencia de la República, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto; ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores, así como los trabajadores de la Entidad de Fiscalización Superior de la Federación; el Poder Judicial de la Federación, incluyendo a

concentrando en una sola institución, diferentes empresas especializadas: servicios de salud, una afore pública, una financiera hipotecaria, banco de consumo, centros deportivos y culturales, agencia de viajes, tiendas de autoservicio, sistema de guarderías, servicios de aseguradora, entre otros.

En la Tabla 3 se desglosan los seguros, servicios y prestaciones del ISSSTE y se relacionan con el fundamento constitucional que les da origen:

TABLA 3.
SEGUROS, SERVICIOS Y PRESTACIONES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

<i>Prestación</i>	<i>Texto de la Constitución.</i>
<i>Seguros</i>	
Seguro de salud	Artículo 4o., párrafo cuarto:
Atención médica preventiva (1)	(...)
Atención médica curativa y de maternidad (2)	“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.”
Rehabilitación física y mental (3)	Artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso d): (...) “Los familiares de los trabajadores tendrán derecho a asistencia médica y medicinas, en los casos y en la proporción que determine la ley.”

los ministros de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, magistrados y jueces, así como consejeros del Consejo de la Judicatura Federal; la Procuraduría General de la República; los órganos jurisdiccionales autónomos; los órganos con autonomía por disposición constitucional; el gobierno del Distrito Federal (ahora Ciudad de México), sus órganos político administrativos, sus órganos autónomos, sus dependencias y entidades, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, incluyendo sus diputados, y el órgano judicial del Distrito Federal, incluyendo magistrados, jueces y miembros del Consejo de la Judicatura del Distrito Federal, conforme a su normatividad específica y con base en los convenios que celebren con el Instituto, y los gobiernos de las demás entidades federativas de la República, los poderes legislativos y judiciales locales, las administraciones. El universo de derechohabientes del ISSSTE se integra por 56 por ciento de mujeres y el restante 44 por ciento por varones; pero presenta una especificidad con efectos importantes: el Instituto atiende a 1,054,191 pensionados, lo que no corresponde a la correlación porcentual con el total de la población, es decir, teniendo bajo su responsabilidad la seguridad social de 10 por ciento de la población, tiene 20 por ciento de los pensionados.

Seguro de riesgos del trabajo (4)	Artículo 123, apartado B, fracción XI, incisos a) y b):
Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez (5)	“La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:
Seguro de invalidez y vida (6)	a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, la invalidez, vejez y muerte. b) En caso de accidente o enfermedad, se conservará el derecho al trabajo por el tiempo que determine la ley.”

Prestaciones y servicios

Préstamos hipotecarios y financiamiento general para la vivienda	Artículo 4o., párrafo séptimo: (...)
Adquisición de propiedad en terrenos o casa habitación (7)	Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La Ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.
Construcción (8)	Artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso f): (...)
Reparación, ampliación o mejoras (9)	“Se proporcionarán a los trabajadores habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas previamente aprobados. Además, el Estado mediante las aportaciones que haga, establecerá un fondo nacional de la vivienda a fin de constituir depósitos en favor de dichos trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos crédito barato y suficiente para que adquieran en propiedad habitaciones cómodas e higiénicas, o bien para construirlas, repararlas, mejorarlas o pagar pasivos adquiridos por estos conceptos.
Pago de pasivos adquiridos por estos conceptos (10)	Las aportaciones que se hagan a dicho fondo serán enteradas al organismo encargado de la seguridad social, regulándose en su Ley y en las que corresponda, la forma y el procedimiento conforme a los cuales se administrará el citado fondo y se otorgarán y adjudicarán los créditos respectivos.”

<p>Préstamos personales Ordinarios (11) Especiales (12) Para adquisición de bienes de consumo duradero (13) Extraordinarios para damnificados por desastres naturales (14)</p>	<p>Artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso e): “Se establecerán centros para vacaciones y para recuperación, así como tiendas económicas para beneficio de los trabajadores y sus familiares.”</p>
<p>Servicios sociales Programas de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar, a través de SUPERISSSTE (15)</p>	
<p>Servicios turísticos, a través de TURISSSTE (16)</p>	
<p>Servicios funerarios (17)</p>	
<p>Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil (18)</p>	<p>Artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso c): (...) “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; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de ayudas para la lactancia y del servicio de guarderías infantiles.”</p>
<p><i>Servicios Culturales</i></p>	
<p>Programas educativos y de capacitación (19)</p>	<p>Artículo 123, apartado A, fracción XIII: “Las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo. La ley reglamentaria determinará los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.”</p>

Atención a jubilados y pensionados y discapacitados (20)	<p>Artículo 123, apartado B, fracción XI, inciso a):</p> <p>“La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:</p> <p>a) Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; así como la jubilación, la invalidez, vejez y muerte.”</p>
Programas de fomento deportivo (21)	<p>Artículo 4o.</p> <p>(...)</p> <p>“Toda persona tiene derecho a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.”</p>

CENTRALIDAD DEL DERECHOHABIENTE. EL ISSTE, CERCAÑO

Las reformas constitucionales de 2011³ adecuaron nuestra Carta Magna al contexto internacional de protección a los derechos humanos, particularmente al principio jurídico *pro personae*, en virtud del cual las normas nacionales e internacionales deben aplicarse e interpretarse favoreciendo en todo tiempo a las personas, la protección más amplia y exigieron a los Poderes de la Unión, así como los estatales y municipales, y a la administración pública en su totalidad, que en el respectivo

³ Los días 6 y 10 de junio de 2011, se publicaron dos importantes reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En la forma, se modificó la denominación del capítulo I (artículo 1o. al 29) “De las garantías individuales” a “De los derechos humanos y sus garantías”. De fondo, esta reforma evidencia el reconocimiento de la progresividad de los derechos humanos, mediante la expresión clara del principio *pro persona* como rector de la interpretación y aplicación de las normas jurídicas, en aquellas que favorezcan y brinden mayor protección a las personas. Así, la ampliación de los derechos que significa la concreción de algunas cláusulas constitucionales, como aquella relativa a los migrantes o a la suspensión de garantías, aunada a la obligación expresa de observar los tratados internacionales firmados por el Estado mexicano. Además, el juicio de amparo, institución protectora de los derechos fundamentales por excelencia, se ve robustecido al ampliarse la procedencia del amparo respecto de cualquier norma general, al preverse su procedencia por violaciones a los derechos humanos plasmados en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte y se presentan nuevas figuras como el amparo adhesivo y los intereses legítimos individual y colectivo.

ámbito de sus atribuciones adecuaran las leyes, normas y principios hacia este enfoque.

Este cambio de paradigma no sólo incluye a la seguridad social, sino que por la relevancia que tiene en todas las esferas competenciales del individuo, lo considera como uno de los aspectos fundamentales en los que debe proyectarse la renovada protección a los derechos humanos, ya que como se había esbozado anteriormente, en ella confluyen el derecho a la vida, a la salud, a la educación, a la vivienda, a la libertad de ocupación, a decidir el número de hijos. Es decir, todos aquellos derechos que tienden a garantizar la dignidad en la vida de los mexicanos.⁴

Bajo esta perspectiva, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,⁵ así como el resto de normatividad interna aplicable, fue reformado a fin de recoger el principio *pro personae* y colocar al derechohabiente en el centro de sus decisiones, idea recogida en el principio de centralidad del derechohabiente, previsto en el propio Estatuto del Instituto.

La adopción de estos principios y en general del enfoque de privilegiar los derechos individuales por parte del ISSSTE se ha traducido en la reformulación de sus políticas de operación a fin de fortalecer el sentido de pertenencia en los derechohabientes respecto de su Instituto y no colocarlos solo como meros beneficiarios.

⁴ La Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación considera que los servicios sociales, seguros o pensiones en casos de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y, en general, cualquier otro supuesto previsto en las leyes en la materia por el que una persona se encuentre imposibilitada para acceder a medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad forman parte del derecho fundamental a acceder a un nivel de vida adecuado. Época: Décima época, Registro: 2012504, *Semanario Judicial de la Federación*, 9 de septiembre de 2016, Instancia: Primera Sala, Tipo de Tesis: Jurisprudencia, Tesis: 1 a/j. 40/2016 (10^a) DERECHO A ACCEDER A UN NIVEL DE VIDA ADECUADO, LA OBLIGACIÓN DE ASEGURAR LA PLENA EFICACIA DE ESTE DERECHO RECAE TANTO EN LOS PODERES PÚBLICOS COMO EN LOS PARTICULARES.

⁵ El 18 de junio de 2014, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, el Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (aprobado mediante acuerdo 57.1344.2014 de la Junta Directiva). La publicación del estatuto, coincide con las modificaciones efectuadas a la Carta Magna, al incluir también el principio *pro personae* y la centralidad del derechohabiente como objetivo principal en el desempeño de sus actividades diarias.

Esta manera de abordar la seguridad social cobra mayor visibilidad cuando hablamos de la prestación de los servicios de salud, área especialmente sensible para los individuos y en general, para la sociedad. El reto que asume en consecuencia el Instituto, es el de humanizar la atención médica, lo cual implica que el personal completo se ponga en la piel del paciente y brinde atención con calidad y calidez, valiéndose de los recursos tecnológicos disponibles en el campo médico.

TABLA 4.
UN DÍA EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Un día típico en el ISSSTE			
Atenciones	72,229	Urgencias	6,968
Consultas	64,550	Cirugías	711
Nacimientos	102	Hospitalizaciones	998

El 24 de mayo de 2016, el ISSSTE detonó como cruzada la campaña “Trato para un buen trato”, con la que se busca humanizar la atención, a través de la promoción del respeto hacia la derechohabiente, mejorar la calidad del entorno laboral, favorecer el compromiso de los pacientes para el autocuidado de la salud y provocar la reciprocidad de los servidores públicos.

El programa se aplica en las 35 delegaciones, los 15 hospitales regionales y en las 185 unidades de medicina familiar del Instituto.

Con su implementación, se han reducido las quejas por una mala actitud en los servicios que brinda el Instituto a su derechohabiente; se han instalado módulos de atención en las unidades médicas con el

fin de que los afiliados presenten sus inconformidades, los cuales cuentan con internet gratuito y cargadores para celular, con el propósito de dar un mejor servicio a los familiares de pacientes hospitalizados en áreas de urgencias.

LOGROS Y RETOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO EN EL MARCO DE LA CONSTITUCIÓN

El ISSSTE ha respondido desde su creación a las exigencias establecidas por nuestra Constitución Política. Desde la innovación que en su momento significó la regulación y protección expresa de los derechos sociales, hasta la reconfiguración con enfoque en derechos humanos que arrancó en 2011.

Ello se ha logrado modificando gradualmente estructuras y procesos y entendiendo que la seguridad social sigue la misma línea de evolución sin freno que el resto del sistema social. Las necesidades del derechohabiente habrán de modificarse a la par que lo hace el entorno demográfico,⁶ económico, jurídico y político alrededor del mundo y así habrá de adaptarse el Instituto, que tiene la responsabilidad, en el ámbito de su competencia, de coadyuvar en la cristalización en las personas que atiende, los derechos constitucionales más importantes: la vida, la salud, la vivienda y en general la de llevar una vida digna.

Tal compromiso se ha instrumentado con una política que implica dos elementos de acción fundamentales y paralelos alineados al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Garantizar la sustentabilidad institucional y mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y que

⁶ Los datos demográficos en México, demuestran que existe un incremento de la esperanza de vida de la población, por factores como progreso tecnológico, fortalecimiento de políticas sanitarias, educativas y los efectos acumulados de la seguridad social del Estado. El fenómeno de transición demográfica reflejará en 2050 un envejecimiento de la población mexicana como consecuencia de la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad. Entre diciembre de 2015 y 2016, el número de pensionados creció 3.47 por ciento. Esta cifra llama la atención, porque si además analizamos la pirámide demográfica que esquematiza nuestra derechohabiencia, es evidente que el porcentaje de pensionados y adultos mayores por atender irá creciendo, con los consecuentes retos en materia de salud y pensiones.

han arrojado ya importantes logros, como los que se detallan a continuación.

*Pensiones en menos tiempo
y con menos requisitos*

Como parte de las acciones implementadas por el Instituto, a fin de modernizar los trámites que ofrece a su derechohabiente y con el propósito de disminuir los plazos para concesión y pago de pensiones, a partir del segundo semestre de 2015, se implementó un esquema seguro, eficiente y controlado de dispersión de los primeros pagos, así como los subsecuentes, a los trabajadores próximos a jubilarse o pensionarse bajo el régimen del artículo décimo transitorio, a través de una transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionada por el futuro pensionado.

Antes de ello, el trámite de otorgamiento y pago de una pensión, se realizaba en 180 días como promedio. Los derechohabientes acudían a cobrar sus cheques a las ventanillas delegacionales, tanto de primeros pagos, como de pagos ordinarios y el Instituto imprimía más de 6 mil cheques mensualmente.

La reestructuración de procesos, disminuyó ese periodo a menos de 10 días en todo el país y hoy se dispersan electrónicamente los recursos directamente a la cuenta del derechohabiente.

En franco beneficio para este segmento de la población, a partir de abril de 2014, el ISSSTE eliminó el pase de vigencia presencial para un millón de jubilados y pensionados, asumiendo lo que se pudiera conceptualizar como carga de la prueba.

Lo anterior fue posible a partir del registro de supervivencia a través de la interconexión de bases de datos de pensiones con la base de datos del RENAPO, cuyo campo llave es la CURP, la cual facilita la extracción de bajas por defunción de pensionados.

Más y mejores préstamos personales

Los derechohabientes del Instituto tienen accesos a más préstamos personales y por montos más altos. Los préstamos que otorga el ISSSTE, son

los más baratos del mercado y constituyen una herramienta que ayuda a los trabajadores a resolver urgencias o necesidades económicas.

En el ejercicio 2017 se invertirán hasta 28 mil millones de pesos en préstamos personales, cuando en 2012, se otorgaron 17 mil millones de pesos. Estos préstamos beneficiarán a 695,097 familias.

Créditos hipotecarios para todos

El FOVISSSTE se ha consolidado como la segunda hipotecaria del país y una entidad financiera de pleno derecho. Con la creación de los esquemas cofinanciados “Nuevo FOVISSSTE en Pesos”, “FOVISSSTE en Pesos” y “Pagos Crecientes”, se amplía la oferta crediticia y posibilita que los derechohabientes accedan a créditos hipotecarios de mayor monto, sin necesidad de inscribirse en procesos de selección aleatorios.

Debo decir, que la acción institucional, también se ha ocupado de resolver problemas generados en el pasado y hoy se destina energía laboral y recursos económicos, además de creatividad, para resolver problemas que en el pasado se generaron seguramente por la falta de experiencia en el mercado, pero también por crisis económicas de efectos indeseables.

En 2017 está contemplado otorgar 112 mil créditos que representan una derrama económica de 37,560,556,200 millones de pesos.

Mejora significativa en los servicios de salud

Sin lugar a dudas, el tema más sensible para los derechohabientes es el relativo a la salud. Voces interesadas provocan incertidumbre creando la especie de una supuesta privatización, a partir de la firma de un acuerdo hacia la universalización de dichos servicios entre la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE y otros entes del sector.

La universalización no es privatización ni fusión ni portabilidad; es la elaboración de un catálogo de servicios que pudiésemos intercambiar entre instituciones de salud, una vez detectadas las necesidades y fortalezas en cada una de ellas.

El ISSSTE trabaja con la Secretaría de Salud y el IMSS, fundamentalmente, a fin de lograr convenios específicos que aterricen este proceso

y que nos lleven a completar nuestra oferta de servicios, así como a coadyuvar con instituciones hermanas en aquellos rubros que se requiera.

Se han reducido los rezagos en consultas, cirugías y terapias. La productividad del personal médico se incrementó con la utilización de quirófanos en fin de semana a partir de 2016; el rezago de cirugías se redujo a la mitad: de 8,373 a 4,307. En 2017, se habrá eliminado.

Se prestan mejores servicios con infraestructura pertinente. En tiempos difíciles desde el punto de vista presupuestal, hay necesidad de conjugar factores para dar respuesta a necesidades sociales. Nuestra capacidad de atención hospitalaria instalada requiere fortalecerse y adecuar su equipamiento.

Se encuentran en marcha 4 proyectos bajo el esquema de asociación público privada, con lo que se construirán o sustituirán clínicas y hospitales en Yucatán, Tabasco, Nayarit y Ciudad de México con una inversión total de 3,891 millones de pesos.

La compra consolidada de medicamentos en el Sector Salud, hemos reiterado constantemente, es un éxito en todos los sentidos. En 2016, se adquirieron 1,030 claves de medicamentos y materiales de curación por 11,312 millones de pesos. Las compras consolidadas incluyen 624 claves del total señalado con un gasto de 7,664 millones de pesos. El ahorro institucional acumulado por este proceso de 2013 a 2016, asciende a 3,210.4 millones de pesos.

El ISSSTE, es parte fundamental del aparato institucional para hacer efectivo el derecho constitucional de los mexicanos a la seguridad social y seguirá empeñándose en lograr la satisfacción de sus 13 millones de derechohabientes como beneficiarios de 21 seguros y prestaciones, respondiendo de esta manera al compromiso de la administración del Presidente Enrique Peña Nieto.

FUENTES CONSULTADAS

Hemerográficas

Diario Oficial de la Federación, 19 de agosto de 1925, 31 de diciembre de 1947, 30 de diciembre de 1959, 27 de diciembre de 1983, 18 de junio de 2014.

Semanario Judicial de la Federación, 9 de septiembre de 2016. 10a. época, Registro: 2012504, Instancia: Primera Sala, Tipo de Tesis: Jurisprudencia, Tesis: 1 a/j. 40/2016 (10a) “Derecho a acceder a un nivel de vida adecuado, la obligación de asegurar la plena eficacia de este derecho recae tanto en los poderes públicos como en los particulares”.



LA SALUD Y EL FEDERALISMO SOCIAL

Juan Ramón de la Fuente

INTRODUCCIÓN

El panorama de la salud en México en 1994 era de considerables contrastes. De una parte había avances inobjetable: la esperanza de vida al nacimiento rebasaba los 72 años y la mortalidad infantil había disminuido a cerca de la mitad de la que existía en 1970. Previamente se habían concebido y ejecutado programas eficaces con logros contundentes: sólo había que darles continuidad. Por otro lado, subsistían algunos problemas estructurales serios, con amplios segmentos de la población, tanto en zonas urbanas marginales, como en zonas rurales dispersas que carecían de servicios básicos, y la coordinación del sector estaba fragmentada.

El 12 por ciento de la población abierta, es decir no derechohabiente de la seguridad social, no contaba con acceso geográfico a los servicios de salud, y cerca de una tercera parte de esa población que sí tenía acceso geográfico, no estaba funcionalmente cubierta. Para fines prácticos, su acceso a los servicios médicos estaba limitado.

La dispersión de localidades con menos de 500 habitantes supone un problema complejo y aún no del todo resuelto: proveer de servicios básicos a esas comunidades es costoso y complicado. La experiencia de las brigadas de vacunación que se impulsaron eficientemente durante las gestiones de los doctores Guillermo Soberón y Jesús Kumate, mos-

traban que era posible llegar a esas comunidades, si bien no con una infraestructura permanente, sí a través de unidades móviles con un Paquete Básico de Servicios.

Mejorar la cobertura funcional en las zonas urbanas y suburbanas, en ciudades de 15 mil o más habitantes, requería a su vez de una coordinación sectorial mucho más eficiente, de estructuras regionales y locales con mayor autoridad, más responsabilidad y más recursos. Era necesaria también una mayor eficacia en el uso de la infraestructura disponible, mejor capacitación del personal, así como intervenciones más focalizadas.

La trama, de por sí imbricada, debió cargar además con el hecho de la transición epidemiológica: en realidad una yuxtaposición epidemiológica en la que convergían problemas derivados de la insalubridad y la ignorancia (factores ligados casi siempre a la pobreza y a la marginación) y, en las zonas urbanas más desarrolladas, la creciente incidencia de problemas crónicos, metabólicos y degenerativos, que ya mostraban para entonces un crecimiento acelerado. Todo ello sucedía en un marco estricto de austeridad y de grandes limitaciones presupuestales.

¿Cómo dar continuidad a aquellos programas que habían mostrado sus bondades y emprender, simultáneamente, nuevas acciones para reorientar a aquéllos que habían tenido menor rendimiento? ¿Cómo promover el desarrollo de otros programas capaces de atender de manera oportuna problemas locales, que no necesariamente son nacionales? Para dar respuesta a esas y otras interrogantes similares, se planteó un programa de reformas con el propósito de encontrar soluciones al complejo entorno en el que se encontraba la salud de la población mexicana en las postrimerías del siglo xx.

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD 1995-2000

El Programa de Reforma del Sector Salud fue el instrumento mediante el cual el gobierno de la República se propuso alcanzar los principales objetivos que, en materia de salud, se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo. Los objetivos fueron: a) ampliar la cobertura de los servicios de salud, tanto para la población derechohabiente de la seguridad social como para la población abierta; b) impulsar la coordinación sec-

torial para mejorar la calidad y la eficiencia; c) descentralizar los servicios de salud en el marco de un nuevo federalismo que pudiera redistribuir atribuciones, recursos y responsabilidades, y fortalecer los sistemas locales de salud; d) dar prioridad a las acciones preventivas, así como establecer y desarrollar programas prioritarios con indicadores de desempeño específicos que permitiesen su evaluación periódica.

Con el propósito de fortalecer la coordinación sectorial, se rescató la idea de conformar un gabinete de salud para establecer políticas generales y acuerdos conjuntos en la solución de problemas comunes.

El gabinete de salud, presidido por el Secretario, contó con la participación de los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como de los Institutos de Salud de las Fuerzas Armadas (ISSFAM). Se trataba de hacer más funcional el concepto de sector salud y facilitar, con ello, la aplicación de políticas públicas en la materia. El gabinete de salud fue también fundamental para el desarrollo de programas como Progresá, y para la aplicación de la Ley del Seguro Social de 1995, sobre todo en lo referente a la prestación de servicios médicos, que permitió ampliar de modo significativo la cobertura para la población derechohabiente. Para 1999, por ejemplo, el número de afiliados al IMSS había crecido en 21.9 por ciento, llegando a 44.5 millones de derechohabientes; en tanto que en el ISSSTE el crecimiento fue de 8.7 por ciento, con una cifra de 9.8 millones de derechohabientes. La política consistió en aumentar la cobertura para la población abierta, sin menoscabo de la seguridad social, por el contrario, fortaleciéndola. Se trataba de llevar servicios de salud de buena calidad, tanto preventivos como curativos, al mayor número posible de personas.

Para la descentralización de los servicios a la población abierta, se contaba con un antecedente importante en la década de 1980, cuando se desconcentraron algunas entidades federativas. El objetivo fue llevar la descentralización hasta sus últimas consecuencias: responder con mayor agilidad y oportunidad a las necesidades propias de cada entidad federativa y de cada región; eliminar la existencia de sistemas paralelos para atender a una misma población; involucrar a los municipios en tareas sanitarias y preventivas; redistribuir con mayor eficiencia el gasto federal en

salud y dejar su ejecución a las autoridades estatales, y su vigilancia a los Congresos locales. En suma, se buscó reconocer la gran heterogeneidad de los problemas de salud y de los servicios, de modo que pudieran generarse las condiciones para que los problemas se atendieran y resolvieran de manera oportuna, en el lugar en el que se presentaban, con recursos materiales y humanos suficientes tanto en cantidad como en calidad.

Para llevar servicios de salud a las zonas urbanas de más alta marginación y a las zonas rurales más dispersas, se diseñó un Paquete Básico de Servicios de Salud, con intervenciones de bajo costo y de alto impacto que, si bien tenían elementos comunes para todo el territorio nacional, permitían a las entidades federativas añadir aquellas que fueran pertinentes en la región.

Se gestó así un nuevo modelo asistencial, en el que se privilegiaba lo preventivo sobre lo curativo, tomando en consideración las distintas etapas del ciclo vital, la distribución regional de las tasas de morbimortalidad, y una mayor corresponsabilidad con la participación de los tres órdenes de gobierno: el municipal, el estatal y el federal.

Para mantener la rectoría del Estado, mejorar la calidad y establecer mecanismos de evaluación, se creó el Consejo Nacional de Salud por Acuerdo Presidencial del 27 de enero de 1995. Al Consejo, presidido por el Secretario de Salud, se incorporarían los 32 secretarios estatales de Salud, toda vez que la descentralización contemplaba la creación de estas figuras (en muchos estados inexistentes) para reemplazar a la de los Servicios Coordinados de Salud Pública, que eran en realidad delegados, nombrados y removidos en el nivel central. En contraparte, los secretarios estatales de Salud fueron nombrados por los gobernadores, aunque en muchos casos, no de manera obligada, previa consulta con el Secretario federal.

El Consejo también impulsó mecanismos de vinculación entre las jurisdicciones sanitarias y los municipios, lo que permitió eventualmente el desarrollo de un programa de suyo exitoso: el Programa de Municipios Saludables.

Los alcaldes participarían por primera vez de manera sistemática en tareas propias de los ayuntamientos (como el alcantarillado, agua potable, control de la fauna nociva, manejo de residuos, etc.), pero

ahora vinculados a las jurisdicciones sanitarias, con recursos específicos y como parte de una política nacional.

LA DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización fue el eje fundamental de la política de salud durante el periodo de 1995-2000. La convicción del gobierno federal fue impulsar un nuevo federalismo en todas las tareas de gobierno. El esquema centralista acusaba signos claros de insuficiencia y, en materia de salud, era ya impensable seguir tomando decisiones de manera oportuna y efectiva desde la capital de la República, sobre todo considerando la gran diversidad de las distintas regiones que conforman nuestro territorio. Había que descentralizar y, a la vez, mantener la rectoría del Estado en materia de salud; redistribuir atribuciones y recursos, pero también responsabilidades y compromisos.

El proceso de descentralización fue largo y planteó retos formidables. La firma de los acuerdos de coordinación suscritos entre el gobierno federal y las 32 entidades federativas, requirió de un trabajo político minucioso con cada uno de los gobiernos estatales y con el gobierno del entonces Distrito Federal. Dicho Acuerdo comprendió la transferencia de 7,400 unidades médicas y administrativas, incluidas todas las instalaciones y el equipamiento correspondiente, así como más de 100 mil trabajadores a los que se homologó en salarios y prestaciones, lo cual requirió de una importante suma de recursos económicos.

Después de casi dos años de negociaciones, en agosto de 1996 se suscribió el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, con el apoyo decidido del Sindicato Nacional de los Trabajadores de la Secretaría de Salud, y la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado. Este marco jurídico permitió a los estados operar los servicios en forma autónoma, a través de un organismo público descentralizado que fue el responsable de recibir los recursos humanos, materiales y financieros que fueron transferidos por el gobierno federal.

De manera paralela se reformó la Ley de Coordinación Fiscal, lo que permitió que los recursos transferidos fueran canalizados a través

de un fondo específico destinado a salud, denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, el cual se ubicó en el ramo 33: “Aportaciones Federales a Entidades y Municipios”. Fue así como los estados y la ahora Ciudad de México, ejercieron a partir de entonces 70 por ciento del presupuesto total del Sector Salud para la población abierta.

Para garantizar la equidad en la distribución de los recursos financieros, en la misma Ley de Coordinación Fiscal se especificó una fórmula de asignación presupuestaria *per cápita* que incluyó variables como mortalidad, marginalidad y necesidades prioritarias de salud, sin afectar los irreductibles necesarios para la operación de los servicios.

En lo referente a los recursos materiales, las entidades federativas tuvieron, a partir de entonces, la posibilidad de llevar a cabo sus propios procesos de adquisición de bienes e insumos. Obviamente se impulsaron en paralelo los mecanismos de compras consolidadas de medicamentos y materiales de curación, pero las responsabilidades en la adquisición y pago de los insumos quedaron descentralizadas. Asimismo, se estableció, en el marco de la Ley, la responsabilidad para fiscalizar dichos recursos por parte de los Congresos Estatales.

La descentralización fortaleció el federalismo y fue un paso decisivo para mejorar los indicadores de salud en prácticamente todo el territorio nacional. Obviamente, algunos estados lo hicieron mejor que otros; tuvieron apoyos adicionales de sus gobiernos; responsabilizaron de la operación de los servicios a personas mejor capacitadas, más competentes, más comprometidas; en tanto que otros le dieron menos prioridad a sus políticas de salud y, en consecuencia, tuvieron avances menos significativos.

A través del Consejo Nacional de Salud se crearon los Comités Estatales de Planeación, Desarrollo y Control de Infraestructura Física en Salud. Estos fueron los responsables de planear, programar, coordinar, evaluar y controlar las acciones inherentes que permitieran mantener e incrementar la infraestructura física y coordinar los programas con las diferentes instituciones del sector, con el propósito de minimizar las multiplicidades y aprovechar mejor la infraestructura disponible. Por su parte, los Programas Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la población abierta, fueron los encargados de definir las necesidades de obra, conservación y mantenimiento, lo cual permi-

tió a los organismos públicos descentralizados insertar sus programas y prioridades de obra pública en los mecanismos de coordinación ya existentes (como los COPLADE), para captar recursos adicionales a los fondos federales. En todo caso, se privilegió la funcionalidad de la infraestructura existente en los tres niveles de atención y el trabajo sistemático en las zonas de mayor marginación.

El costo y los riesgos de la descentralización son altos, pero son aún mayores los de mantener un esquema centralista. Al concluir el periodo de gobierno en el año 2000, la descentralización dejó de ser prioritaria, y no tuvo la continuidad y la supervisión que requiere un programa de esta naturaleza, cuyos beneficios cabales sólo pueden percibirse en el mediano y largo plazo. En el campo de la salud tenemos muy buenos ejemplos de programas que han tenido continuidad en el tiempo, se han convertido en verdaderas políticas de Estado, y han mostrado reiteradamente sus beneficios sociales. También hay otros que por no haber tenido la continuidad y el apoyo necesarios, han evolucionado de forma más accidentada, con avances y retrocesos.

Ocurre que, descentralizar, implica también, en términos políticos, transferir parte del poder a las entidades federativas, implica gobernar con autoridad y no sólo con el poder de los recursos financieros y de la nómina. El Consejo Nacional de Salud permitió durante estos años la toma de decisiones verdaderamente colegiadas y, en consecuencia, de compromisos colectivos firmes, de la persecución de objetivos comunes y esfuerzos mejor coordinados en el ámbito propio del federalismo, respetando la autonomía de los estados y municipios.

LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud para la población abierta, no derechohabiente de la seguridad social, se sustentó sobre todo, aunque no exclusivamente, en la distribución masiva y gratuita de un Paquete Básico de Servicios de Salud. El objetivo fue llegar a los grupos más dispersos y marginales, pero también a los más vulnerables: grupos indígenas, mujeres y niños. El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) fue el principal instrumento de estrategia global de extensión de la cobertura.

Conceptualmente, el PAC se sustentó en la eficacia y eficiencia de los programas de atención primaria de salud; y a nivel comunitario, en el hecho de que éstos tenían como objeto fundamental los núcleos familiares, a partir de los cuales se pudieron universalizar una serie de intervenciones de atención primaria con carácter preventivo y, en algunos casos, también curativo.

Para 1999 el PAC cubría a cerca de 18 millones de personas, y su universalización fue certificada por la Organización Panamericana de la Salud en los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.

Por eso, al hablar de universalización de los servicios de salud, es conveniente especificar qué servicios, qué acciones y qué programas alcanzan esa cobertura universal. Así, por ejemplo, el Paquete Básico llegó por primera vez a poco más de nueve millones de habitantes que recibían atención médica. A ellos, ¿se les curó de todo? Por supuesto que no. Sus necesidades básicas fueron atendidas en su mayoría por brigadas sanitarias en unidades móviles, o en casas de salud y centros de atención que podían ofrecer una gama limitada y modesta de servicios, pero con un impacto importante en las condiciones de salud de esas pequeñas localidades. En algunos casos, la ampliación de la cobertura se dio a través de las instituciones de seguridad social, como ya se mencionó, en tanto que en otros, los servicios en forma ampliada se otorgaron a través de los programas prioritarios, o en las unidades de segundo y de tercer nivel.

El Paquete Básico fue, en esencia, un conjunto de intervenciones de salud dirigido a la población más pobre y marginal, capaz de satisfacer sus necesidades primarias que eran, por tanto, prioritarias. Operó bajo una normatividad acordada por el Consejo Nacional, pero su ejecución fue, desde su origen, una ejecución descentralizada. La definición de las intervenciones del Paquete Básico fue producto del análisis realizado por todas las secretarías estatales de salud, y su contenido fue flexible, precisamente para atender las necesidades propias de cada región, bajo la asesoría de expertos en diversos campos de la salud pública, y bajo criterios de costo-efectividad. Las prioridades fueron las derivadas de la morbilidad propia de cada región, es decir, las causas más im-

portantes de enfermedad, discapacidad o muerte, tomando en cuenta que para su prevención o control, se emplearían medidas preventivas o terapéuticas efectivas y de bajo costo.

El Paquete Básico de Servicios de Salud constó de 12 intervenciones en promedio, que buscaban ofrecer una atención primaria integral. Se incluyeron ocho de las diez principales causas de muerte en el país, prevalentes en esos años. Fue tan el Paquete fue efectivo, que hoy esas causas han cambiado sustancialmente.

El mérito, en todo caso, fue haber llegado a través de equipos de salud itinerantes a aquellas regiones a las que históricamente no llegaban los servicios, salvo algunas campañas intensivas, como había sido el caso de las de vacunación. Con unidades móviles, brigadistas y un enorme compromiso social, se llegó a las localidades más pequeñas y dispersas, hasta entonces inaccesibles.

En 1999, en el Programa de Ampliación de Cobertura, trabajaban 1,632 médicos, 1,598 enfermeras, 1,614 paramédicos, 489 técnicos y auxiliares; se contaba con 960 vehículos, 412 de ellos eran unidades móviles terrestres mediante las cuales se movilizaron quienes trabajaban en el Programa, aunque también fueron fundamentales para el abasto y distribución de insumos. Cuando se visitan esas localidades y queda de manifiesto la dificultad que existe para llegar a ellas, se comprende a cabalidad el fenómeno de la marginación. Es obvio que ninguno de los distribuidores de medicamentos disponibles en el mercado está interesado en cubrir estas regiones.

La participación municipal en los programas de salud significó un complemento importante en la ampliación de la cobertura. La filosofía fue, en esencia, la misma: la toma de decisiones debe estar lo más cerca posible del lugar en donde se originen los problemas. Los organismos centralizados no conocen a fondo esos problemas y, por estar lejos de donde ocurren, muchas veces tampoco se interesan en ellos.

El Programa de Municipios Saludables fue el instrumento rector para impulsar una serie de actividades que propiciaron la participación organizada de la comunidad, no sólo en la definición de prioridades, sino también en la elaboración de programas de salud local y en su evaluación. Los comités de salud, integrados sobre todo por mujeres, se multiplicaron por todo el país.

Muchas tareas sanitarias son propias de la actividad municipal: los servicios de agua potable, el manejo adecuado de desechos, diversos programas de educación para la salud, el control de las zoonosis, etc. Involucrar a los ayuntamientos y entusiasmarlos con el Programa no fue tarea sencilla, pero resultó altamente estimulante. A finales de 1999 había 1,246 municipios inscritos voluntariamente en el Programa.

Ya la Organización Panamericana de la Salud había planteado años atrás la necesidad de fortalecer los sistemas locales de salud, lo cual es imposible sin el compromiso decidido de las autoridades municipales. Todos los presidentes municipales que yo conozco quieren un hospital en su cabecera municipal y, si es de tercer nivel, tanto mejor. Muchos lo tienen, pero son más quienes no. Eso no implica que no se pueda mejorar la salud de los habitantes de una municipalidad, con independencia de sus dimensiones poblacionales, su ubicación geográfica o su infraestructura.

Ampliación de la Cobertura, Paquete Básico de Servicios, Saneamiento Comunitario, Ejecución Descentralizada de los Programas, fueron incidiendo gradualmente en las condiciones de salud de muchas y muy diversas comunidades. Todo lo anterior fue reforzado con el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), hoy conocido como “Oportunidades”. Su principio rector fue el de mantener activas diversas acciones intersectoriales encaminadas a la promoción de la salud, como parte de un enfoque integral junto con la educación y la alimentación. Hubo en Progresá una gran operación que inició en 11 entidades federativas con muchas expectativas y buenos resultados. Pero también había una filosofía: salud no es la ausencia de enfermedad, sino la disposición de los elementos necesarios para poder tener una vida digna, con calidad, que permita acercar la realidad cotidiana de muchas comunidades a la definición que ha sustentado la Organización Mundial de la Salud desde hace ya varias décadas.

También contribuyeron a reforzar la ampliación de la cobertura algunos programas prioritarios que se dividieron en dos grandes grupos: uno orientado a la salud del niño, a la salud reproductiva y a la salud del adulto y del anciano; en tanto que el otro concentró diversas acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica.

El Programa de Atención a la Salud del Niño se enfocó en alcanzar la vacunación universal y fortalecer la prevención y el control de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias agudas y nutricionales. Para todos ellos se fijaron metas y se definieron indicadores que permitieran su evaluación. Por ejemplo, en el caso de salud reproductiva, se logró un descenso significativo en la tasa global de fertilidad que era de 3.5 hijos por mujer, y que bajó a 2.7 en el año 2000. Esquemas similares se siguieron para lograr una disminución en las tasas de mortalidad materna y de mortalidad por cáncer mamario y cérvico-uterino.

Las enfermedades transmitidas por vectores fueron consideradas también como prioritarias por su mayor incidencia en los sectores más desprotegidos.

Paludismo, dengue, Chagas, oncocercosis, diversas zoonosis, mycobacteriosis resistentes, y VIH/SIDA, entre otros, fueron considerados como programas prioritarios. Se abatió la epidemia de cólera y se desarrollaron las primeras encuestas sobre adicciones. Los 71 indicadores, las metas establecidas para el año 2000 y el grado de avance que se obtuvo en cada uno de los programas, están debidamente documentados en las publicaciones que se incluyen en la bibliografía.

En los programas nacionales de vacunación se introdujeron seis nuevas vacunas, así como otras combinadas, con diferentes tipos de protección como la triple viral y la pentavalente. En 1999, 94 por ciento de los niños de 1 año y 97 por ciento en el rango de 1 a 4 años contaban con esquemas completos de vacunación.

LA CALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL

La descentralización y todo lo que se requirió para llevarla a cabo, trajo como consecuencia que la Secretaría de Salud cambiara radicalmente en su estructura y, en buena parte, en sus funciones. La nueva estructura orgánica de la Secretaría reconoció el papel que, a partir de entonces, le correspondería a las entidades federativas, pero también sus responsabilidades indeclinables de normar, coordinar, asesorar, supervisar y evaluar los diversos programas en marcha, y fortalecer su propio papel como órgano rector de las políticas de salud del país.

La calidad de los servicios de salud fue un referente en la reforma de 1995. Pero la calidad es un proceso más que un fin en sí mismo. Se trata de hacer las cosas lo mejor posible, y de superarlas al paso del tiempo. Es así como se tomaron diversas medidas y se crearon programas específicos para incentivar la calidad en los servicios médicos, en su administración y gestión.

La homologación salarial que benefició a 43 mil trabajadores de las ramas médica y paramédica, y los incrementos paulatinos pero constantes en los salarios permitieron incrementos reales superiores al 70 por ciento. De manera paralela, se estableció un programa de estímulos a la productividad y calidad a favor del personal de enfermería, mismo que permitió el desarrollo y la superación de este recurso invaluable e insustituible del Sistema de Salud. Asimismo, con los trabajadores administrativos y su representación sindical, hubo diversos programas de estímulos y capacitación, además del de recodificación que benefició a más de 18 mil trabajadores, todo lo cual redundó en una mayor productividad y mejor desempeño. El Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud fue un aliado fundamental en el proceso federalista.

Otros proyectos que ilustran la importancia que se le dio a la calidad durante estos años fueron: el Programa de Certificación de Hospitales, La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), y el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables. Los tres siguen vigentes.

El Programa de Certificación de Hospitales, instrumentado por el Consejo de Salubridad General, venció las resistencias naturales de las instituciones hospitalarias a ser sujetos de una evaluación externa. Hoy, prácticamente todos los hospitales tantos públicos como privados, lo aceptan, y quienes ya han sido certificados, que por fortuna son muchos, ostentan su certificación con orgullo. En poco tiempo se logró desarrollar una metodología que se ha ido perfeccionando, pero que fue inédita en su momento. El trabajo sigiloso pero eficiente de los evaluadores comenzó a incidir paulatinamente en la vida de las estructuras hospitalarias. En forma paralela se trabajó con la Academia Nacional de Medicina y la Secretaría de Educación Pública para fortalecer el valor de la certificación que otorgan los consejos de especialidades médicas

reconocidos por las Academias de Medicina y Cirugía. Se lograron, por cierto, avances sustantivos en este tema.

La idea detrás de estas acciones es muy sencilla: médicos certificados que trabajan en hospitales certificados, tiene como consecuencia un servicio de mejor calidad. También los médicos generales recibieron estímulos para certificarse y actualizarse a través de diversos programas desarrollados conjuntamente con las instituciones académicas.

El programa de medicamentos genéricos intercambiables tuvo como propósito fundamental estimular, en nuestro país, un nuevo mercado de medicamentos de alta calidad (de ahí el término intercambiable) a un costo más accesible para la población. Nuevamente su inicio fue complicado. Los laboratorios farmacéuticos transnacionales se opusieron y demandaron a la Secretaría. El asunto se dirimió en los tribunales, conforme a derecho, y al darle razón jurídica a la Secretaría de Salud se abrió la posibilidad de ofrecer medicamentos entre 30 y 40 por ciento más baratos que los medicamentos de patente. La clave fue una vez más, la calidad del producto. Por ello se exigieron pruebas de bioequivalencia, biodisponibilidad y otras, de acuerdo con los estándares internacionales por laboratorios externos autorizados. En los últimos años el programa volvió a adquirir prioridad, y hoy el mercado de genéricos intercambiables en nuestro país es una realidad irreversible con enormes beneficios sociales.

Por su parte, CONAMED, fue resultado de largas sesiones de análisis con diversos organismos representativos del gremio médico. Es un hecho que los jueces ineludibles de la calidad de los servicios médicos son los propios usuarios, es decir, los pacientes. Lo es también el que a veces las cosas no salgan bien; me refiero a que en ocasiones puede o no haber responsabilidad del médico respecto de sus funciones, de modo que hubo que construir el espacio apropiado para dirimir tales controversias, ya que las demandas en los juzgados civiles y penales contra los médicos iban en aumento. Muchas de esas disputas podían resolverse fuera del ámbito judicial.

Hoy la CONAMED es una institución acreditada para tutelar el derecho a la protección de la salud, pero también para mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos. El modelo fue bien aceptado y se crearon comisiones estatales en diversas entidades federativas.

La idea original fue que la Comisión fuera teniendo cada vez mayor autonomía y también mayores atribuciones. Eso no ha ocurrido, pero tendrá que ocurrir si se quiere tener una institución más sólida, con mayor autoridad y márgenes más amplios para emitir resoluciones capaces de incidir con más fuerza en la calidad del servicio, y en la información a la que tiene derecho todo paciente, como parte de sus derechos fundamentales.

Estos son algunos ejemplos de programas que se concibieron para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones de salud. Obviamente el tema de la calidad seguirá siendo imprescindible en la elaboración y ejecución de cualquier política de salud, y es seguro que siempre habrá nuevas propuestas.

COLOFÓN

En noviembre de 1999 fui invitado por la Junta de Gobierno de la UNAM a participar en la auscultación para la designación de Rector. Faltaba un año para concluir mi responsabilidad como Secretario de Salud. Tras una cuidadosa reflexión, le pedí al Presidente de la República que me relevara de la honrosa y delicada tarea que me había encomendado, para presentarme ante la Junta de Gobierno, ya sin cargo público alguno y solo con mi bagaje de universitario a cuestas. La Junta me confió la responsabilidad de asumir las riendas de la Universidad en medio de una situación compleja. Así concluí mi gestión. Llevo desde entonces a la emblemática casona de Lieja y Reforma en mi memoria y en mi afecto. Guardo un gran respeto por esa singular institución, y procuro servirle, cuando se me requiere, con mi mayor lealtad.

Tuve el privilegio de contar con un grupo extraordinario de colaboradoras y colaboradores durante el tiempo que estuve al frente de la Secretaría de Salud. A todos, sin excepción, mi reconocimiento y gratitud. Sin el trabajo en equipo y el compromiso compartido, lo aquí descrito no habría sido posible.

FUENTES CONSULTADAS

- CONSEJO NACIONAL DE SALUD, *Hacia la federalización de la salud en México*, México, 2a. ed., 1998.
- DE LA FUENTE, Juan Ramón, *Referentes de salud pública en México*, UNAM, México, 2003.
- y Juan, Mercedes, *La descentralización de los servicios de salud. Una responsabilidad compartida*, México 1998.
- y Sepúlveda, Jaime, (eds.), *Diez problemas relevantes de salud pública*, México, FCE, 1999.
- y López Bárcena, Joaquín, *Federalismo y salud en México. Primeros alcances de la Reforma de 1995*, México, UNAM/Diana, 2000.
- y Tapia Conyer, Roberto (coord.), *La medición en salud a través de indicadores*, México, Siglo XXI, 2001.
- , Tapia Conyer, Roberto y Lezana Fernández, Miguel A. (coord.), *La información en salud*, México, McGraw Hill, 2002.



LOS DESAFÍOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Gabriel Jaime O'shea Cuevas

La incansable y apasionante búsqueda por preservar el estado de bienestar físico, mental y social, tanto individual como colectivo, ha desencadenado una diversidad de pugnas ideológicas, políticas y sociales; desde los incesantes debates tras el surgimiento del naturalismo hipocrático, la conquista tecnológica de las ciencias de la salud, que colocó en el escenario la importante relación de los factores económicos, políticos y sociales hasta su asunción como un derecho, que ha motivado una demanda generalizada y un reto para el sector público; y es que la salud constituye en sí misma el valor primario de la humanidad, a partir del cual se construyen proyectos de bienestar y desarrollo.

En México, el anhelo de salud, ha implicado en primera instancia, una lucha constante por los principios de libertad e igualdad, alimentados por la doctrina del liberalismo que motivó la Guerra de Independencia en 1810 y a partir de la cual se construye, bajo tropiezos, la República Mexicana; puesto que pese a asentar en una carta constitutiva esos anhelos consagrados como derechos, la opresión y distinción social únicamente se transformaron, sin consolidar las condiciones propicias para un cambio integral, en bienestar de la población.

Para el año 1900, la modernidad llegaba a México con tintes de indignación, producto de una gran deuda social que se vio recru-

decida durante el Porfiriato. La concentración de la riqueza en una minoría, primordialmente extranjeros, sumía en la pobreza y subordinación al país, que a su vez se reflejaba en el deteriorado estado de salud de la mayoría trabajadora, pese a los logros higienistas como la “reducción de los peligros ambientales y los brotes epidémicos”¹ tras la creación del Consejo Superior de Salubridad en 1887.

Una vez más, la libertad, equidad y justicia social, confluyen en el espíritu de una lucha encarnizada, la mayor sin dudas en la historia de nuestro país, que definió el orden social y la gobernabilidad, al consagrar un cúmulo de derechos sociales en la Constitución Política de 1917, dentro de los cuales, la salud constituyó un factor esencial. Así, la Revolución Mexicana, se erige como el antecedente inmediato del México moderno, del México de las instituciones.

La industrialización del país y el proceso sustitutivo de importaciones, que representó durante las tres décadas posteriores a 1940, una tasa de crecimiento económico anual mayor a 6 por ciento, generó a su vez una creciente urbanización, diferencias entre la población del campo y la ciudad, así como de los trabajadores formales e informales y desempleados, en el “desarrollo de políticas de expansión capitalista que simultáneamente atemperaran las desigualdades socioeconómicas y la pobreza del país”,² con lo cual se crea en enero de 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con la finalidad de proteger a la clase trabajadora asalariada, a partir de la seguridad social, que incluyó la protección en servicios de salud; posteriormente en el mes de octubre se formalizan los servicios de salud pública en beneficio de la población sin empleo formal y de escasos recursos, tras la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Años más tarde (1960), surgió para protección de los trabajadores de la Administración Pública Federal, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Es así como paradójicamente en los comienzos de un Estado Nación, que enarbolaba los principios de la democracia moderna, se

¹ Ma. del Consuelo Chapela Mendoza y Ma. Elena Contreras Garfias (coord.), *La salud en México*, UAM-Xochimilco, 2011, p. 98.

² Chapela, *op. cit.*, p. 103.

instaura un sistema nacional de salud fragmentado y en condiciones de inequidad para la mayoría más desprotegida.

Los efectos de una política de desarrollo económico fincado en la industrialización, que privilegió a un reducido grupo de productores, finalmente encontró su punto de inflexión en la década de 1970, develando la realidad económica del país, el incremento del desempleo, la inflación y, por ende, los niveles de pobreza entre la población mexicana que dieron paso a la instauración del modelo neoliberal en una época de crisis y gran endeudamiento externo.

La condición económico-social de la población pronto se vio reflejada en la salud, puesto que predominaron infecciones comunes, padecimientos relacionados con la mala nutrición y los asociados con la reproducción, en suma, padecimientos propios de la pobreza; la atención de las inequidades y la calidad de la atención para la población se volvió una necesidad imperiosa. La respuesta fue la descentralización de los servicios de salud, dejando en manos de los estados la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud, consagrando en el artículo 4o. de la Constitución Política de la Nación la protección a la salud como un derecho fundamental, consumado en la reforma de 1983.

El reto entonces se centró en la creación de los mecanismos que permitieran en la medida de lo posible garantizar el derecho a la protección social de la salud y romper con las diferencias históricas heredadas y recrudescidas con el devenir de proyectos y políticas impulsoras de un crecimiento económico sin desarrollo, inmersas en un panorama caracterizado por la transición demográfica y epidemiológica.

El país aclamaba por una reforma que respondiera a sus demandas y que le otorgara la misma oportunidad de atención médica a los trabajadores independientes que a los derechohabientes de la seguridad social y que les permitiera hacer frente a los costosos tratamientos de las enfermedades cronicodegenerativas de la época.

Fue entonces cuando se concluye en la creación de un esquema de aseguramiento público voluntario que, bajo un esquema de financiamiento tripartita, ofreciera cobertura en servicios de salud para la población carente de seguridad social.

El 15 de mayo de 2003, fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, la reforma a la Ley General de Salud (LGS) que crea al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo, el Seguro Popular, brindó a partir del inicio de operaciones en enero de 2004, una oportunidad de financiamiento público en servicios de salud para los más necesitados y que contemplaba entonces un catálogo de servicios de 90 intervenciones básicas de salud (de primer y segundo nivel de atención), así como un catálogo de 142 medicamentos.



De igual forma, se contempló el financiamiento para padecimientos de alto costo, con el objetivo de no descapitalizar a las familias mexicanas ante la necesidad de subsanar con su bolsillo, el tratamiento de algún familiar, en un fondo sin límite de anualidad para

el diagnóstico y tratamiento de padecimientos considerados como catastróficos.

A comienzos del SPSS, el objetivo primordial, se centró en consolidar lo que se denominó “cobertura universal”, que consistió en afiliar al mayor número de familias mexicanas posible, con la finalidad de asegurar la protección en salud de la totalidad de la población mexicana.

El modelo financiero del SPSS señalado con anterioridad, es uno de los componentes centrales de su operación y se sustenta en un esquema con aportaciones del gobierno federal: una cuota social consistente en 3.92 por ciento de un salario mínimo general vigente para la Ciudad de México, que tiene actualizaciones en función del factor inflacionario y una aportación solidaria federal equivalente a 1.5 veces la cuota social; la distribución entre las entidades federativas de esta aportación se realiza de conformidad con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud vigente en 2011, la cual contiene componentes de asignación por persona afiliada, necesidades de salud, esfuerzo estatal y desempeño, de tal forma que la aportación es diferente para cada entidad federativa.

Esta nueva política en la asignación de recursos permitió a su vez, otorgar mayor equidad en la distribución de los mismos, a nivel nacional; al tiempo de equiparar el gasto público en la atención de la salud de la población con y sin seguridad social; toda vez que al transferir recursos en función de la población afiliada y no en la capacidad instalada como solía efectuarse, permitió incrementar el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel nacional.

Asimismo, como parte del financiamiento del SPSS se contempla la participación de las entidades federativas, a través de contribuciones denominadas aportación solidaria estatal (ASE); según se establece en la LGS los gobiernos de las entidades tienen la obligación de efectuar aportaciones solidarias por persona afiliada, la cual debe ser equivalente a la mitad de la cuota social.

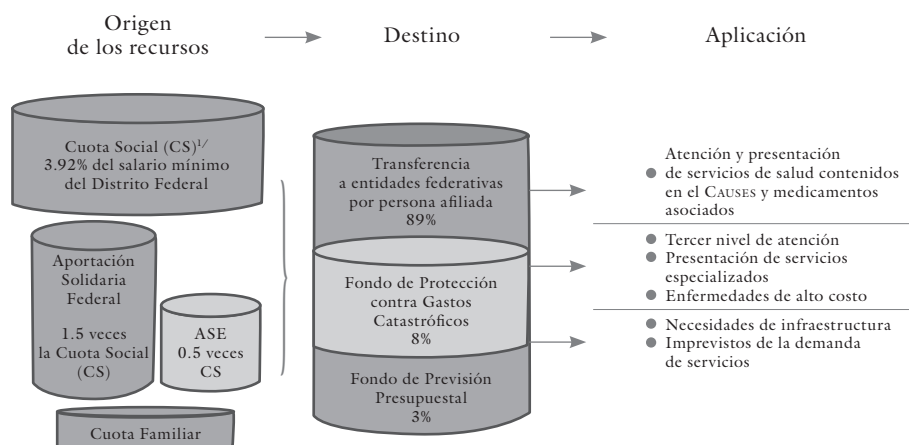
La cuota familiar, es el monto que paga anualmente cada familia afiliada y es proporcional a su condición socioeconómica; no obstante en ningún caso, la incapacidad económica para cubrir dicha

cuota es impedimento para la incorporación al seguro popular; en este sentido al momento de la afiliación, el registro se efectúa en dos clasificaciones: régimen contributivo y régimen no contributivo; actualmente 99 por ciento de las personas afiliadas pertenecen al régimen no contributivo.

La distribución de los recursos para la operación del sistema, son ejercidos de la siguiente forma (Figura 1):

- Las entidades federativas ejercen 89 por ciento para la prestación de los servicios de salud que se encuentran contenidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).
- El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) recibe 8 por ciento para cubrir el tratamiento de padecimientos de alta especialidad y alto costo, que representan un riesgo financiero para la economía de las familias.
- Al Fondo de Previsión Presupuestal (FPP) se transfiere 3 por ciento, del cual dos terceras partes se destinan a la atención de necesidades de infraestructura y equipamiento de unidades médicas de primer nivel y de especialidades básicas, preferentemente en zonas de mayor marginación social; mientras que una tercera parte permite cubrir las diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal.

FIGURA 1



Tras la creación del SPSS, por el que se brinda una alternativa palpable de acceso al derecho establecido en el artículo 4o. constitucional, la LGS define a la protección social en salud como “un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud [...]”.³

Se establece a su vez, la concurrencia entre la Federación y los gobiernos de las entidades federativas, siendo el ámbito federal, por conducto de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, el encargado de regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones en la materia; en tanto que los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), quedaron colocados como los encargados de operar y prestar los servicios de salud, a través de unidades médicas acreditadas para el efecto; depositando en las entidades la responsabilidad de la prestación de los servicios en los términos establecidos por la LGS.

Para la selección de intervenciones que integrarían el catálogo de servicios; se conformaron diversos grupos de trabajo, basados en el paquete básico de intervenciones cubiertas por el entonces Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), el cual extiende el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES), tanto en el área rural como urbana. Asimismo, se consideraron las intervenciones en los programas federales como: Salud del Adulto y del Anciano, Salud Reproductiva, Salud en la Infancia y la Adolescencia, entre otros. Finalmente, se tomaron también como referencia un paquete elaborado por FUNSALUD en 1994 y el análisis de la demanda de servicios, tomando como referencia los egresos hospitalarios, la consulta de primer nivel y las principales causas de morbilidad.

Así, el Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), al comienzo integró 95 por ciento de los problemas por los que la población acude al primer nivel de atención, así como con el 66 por ciento de las causas de egresos hospitalarios; con la posibilidad de ampliarse y modificarse en función de la demanda y suficiencia de recursos. Posteriormente, el

³ Artículo 77 bis I, párrafo segundo de la Ley General de Salud.

CABEME cambió su denominación a Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) y posteriormente a Catálogo Universal de Servicios de Salud, conocido actualmente como CAUSES.

Con una estructura conformada y posterior a una etapa de pilotaje que duró aproximadamente 3 años, con 5 estados iniciales (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), en enero de 2004, comenzó de manera formal la operatividad del SPSS a nivel nacional, con una amplia campaña de difusión sobre los beneficios a los que se hacían acreedores, quienes completaran sus procesos de afiliación, toda vez que la incorporación quedó constituida como un acto voluntario.

La afiliación tiene como objetivo identificar y registrar a las personas que recibirán el apoyo financiero en servicios de salud, cuya vigencia debe ser renovada cada tres años. En el proceso de afiliación se toman en cuenta, la residencia del solicitante, la no derechohabencia a instituciones de seguridad social, a través de una carta de buena fe y la Clave Única de Registro de Población (CURP), que en cierta medida, sustenta la confiabilidad del padrón de beneficiarios.

Tras la validación de los documentos personales, los nuevos afiliados reciben una carta de derechos y obligaciones que les permite conocer los alcances del SPSS, así como la asignación a una unidad médica de primer nivel para atención y seguimiento de su estado físico y emocional.

Para diciembre de 2004, el Seguro Popular, cerró con un padrón de 5.3 millones de afiliados, mismos que a través de los años se han incrementado de manera exponencial, siendo su año de mayor auge el 2010, en el que se registró un aumento de más de 12 millones de personas; para entonces, el SPSS ya representaba para la ciudadanía una alternativa real de atención a sus necesidades en materia de salud, que se tradujo en la multiplicación del presupuesto en salud, en específico del ramo 12, así como en la disminución del porcentaje de diferencia entre el gasto público para población con seguridad social y sin seguridad social que durante el año 2000 representaba un 48 por ciento, para el 2010 se situaba en 31 por ciento, en tanto que el gasto de bolsillo, de conformidad a las cifras de la OCDE, pasó de 55.7 por ciento en 2003 a 48.9 por ciento en 2010 y que actualmente, de conformidad con las últimas cifras disponibles, se sitúa en el orden de 44.7 por ciento.

Como bien lo señaló el investigador Octavio Gómez Dantés, la creación del Seguro Popular, representa sin lugar a dudas, uno de los avances más significativos en materia de salud durante los últimos 50 años, otorgando un respiro económico tanto a los gobiernos como a la población, puesto que el anhelo por el que siempre se había luchado, pareciera haberse alcanzado.

Adicionalmente, el SPSS, permitió fortalecer la infraestructura en salud de primer y segundo nivel en todo el país, toda vez que se considera, un apoyo para el desarrollo de infraestructura en zonas de mayor marginación social, a través del Fondo de Previsión Presupuestal, que sí considera límite de anualidad y que, como se señalaba anteriormente, se constituye con 3 por ciento de los recursos totales del SPSS, de los cuales 2 por ciento es destinado a este propósito, quedando 1 por ciento a la atención de la demanda imprevista. Al parecer, esto permitía atender con oportunidad el incremento de la demanda tras el crecimiento del padrón; no obstante la disponibilidad de unidades médicas, equipo médico y personal no se presentaron con la velocidad que la demanda ameritaba.

Por otra parte, y considerando que los niños representan uno de los factores más importantes en el desarrollo de toda sociedad, en 2007 se crea el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG), con el fin de que quienes nacieron después del 1 de diciembre de 2006 estuvieran cubiertos contra los principales padecimientos que se presentan en los primeros años de vida, pero sobre todo en el primer mes de vida, que es donde se presenta el mayor número de casos de mortalidad neonatal.

A partir de 2013 esta cobertura se otorga a través del programa Seguro Médico Siglo XXI (SMS XXI), que está dirigido exclusivamente a menores de 5 años de edad. La afiliación a este programa ha crecido casi 7 veces, de 819,410 menores registrados al cierre de 2007 a 5.4 millones de menores de 5 años de edad a septiembre de 2016; en tanto que el número de intervenciones adicionales ha pasado de 110 a 146 en la actualidad.

La disminución de los indicadores de pobreza, han constituido un asunto prioritario en cada administración gubernamental, por ello se han desarrollado una diversidad de programas de apoyo so-

cial, que fomenten el desarrollo y por ende la calidad de vida de la población en situación de pobreza y pobreza extrema; uno de los más significativos es Prospera, Programa de Inclusión Social, que pese a ser gestionado por la Secretaría de Desarrollo Social, la coordinación del Componente Salud reside en la CNPSS, ya que los recursos para su operatividad provienen del ramo 12 de la Secretaría de Salud y dado que la población objetivo (sin seguridad social) es la misma que la del SPSS, se consideró necesaria la afiliación gradual de los beneficiarios del Programa, ampliando el paquete de servicios y evitando en este sentido, duplicidades administrativas.

Concretamente Prospera, anteriormente Oportunidades, otorga un paquete básico garantizado de salud, acciones en materia de capacitación para la salud y la provisión de suplementos alimenticios a niños de 6 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y en lactancia. En 2004 se contaba con una afiliación al Seguro Popular de 2.2 millones de personas beneficiarias del Programa denominado entonces Oportunidades y al primer semestre del 2016 se registraron 18 millones de afiliados.

A más de una década de la creación del SPSS, el mundialmente conocido Seguro Popular, constituye un tema interesante de análisis y críticas, con opiniones polarizadas entre la aprobación y el rechazo; sin embargo, lo cierto es que, como sucede o debiera suceder en toda política pública, está obligada a evolucionar con el mismo dinamismo de la sociedad para asegurar su continuidad.

Tras el cambio de administración federal en diciembre de 2012, los efectos de una afiliación desmedida y la transferencia de recursos sin mecanismos óptimos de control definidos, develaron las debilidades del Sistema y la necesidad imperante de emprender acciones correctivas inmediatas.

Las directrices de un México incluyente, enfocadas a revertir el desánimo social, marcaron como pauta primordial el trabajo conjunto y coordinado hacia un desarrollo equitativo y consistente, que garantizara el pleno ejercicio de los derechos sociales y en el que la salud se erige como bastión fundamental.

Dicho objetivo, perfilaba la asunción de considerables retos enmarcados en la misión impostergable de realizar un cambio estruc-

tural al Sistema Nacional de Salud, un cambio que se tradujera en mayores oportunidades para todos y que no se lograrían en el seno de un esquema fragmentado. Es entonces cuando el tema de la Universalización de los Servicios de Salud, se hace presente como proyecto gubernamental y como una meta transexenal.

La posibilidad de materializar el intercambio de servicios entre las tres principales instituciones del sector público (IMSS, ISSSTE y SPSS), implicaba promover el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, para la conducción integral del Sistema Nacional de Salud, la coordinación intersectorial y para el diseño del esquema financiero del sistema y gestión de los recursos, entre otros.

Sin embargo, previo al planteamiento de cualquier proyecto, resultaba forzoso revisar y analizar las debilidades y fortalezas en el interior de las instituciones, implementando las mejoras correspondientes para propiciar la convergencia y portabilidad de los servicios como primeros pasos.

En este sentido, para el SPSS se determinó, como un primer objetivo, transparentar el ejercicio de los recursos, puesto que los cuestionamientos sobre la operatividad del mismo versaban precisamente en este tema. La labor no se tornaba sencilla, puesto que existía un pendiente histórico de recursos por comprobar y la ausencia de un responsable directo del manejo de los mismos.

Para ello, se comenzaron a estructurar estrategias que condujeran a regularizar los pendientes y que permitieran llevar un control sobre el uso de los recursos. Dicho esfuerzo se vio reflejado en una modificación al marco jurídico aplicable (LGS y su reglamento en materia de Protección Social en Salud), así como a los Acuerdos de Coordinación del SPSS.

Las reformas aplicadas a la LGS se resumen en lo siguiente:⁴

- Se fijó un término máximo de 5 días hábiles para la transferencia de recursos líquidos de las Secretarías de Finanzas estatales u homólogas a los REPS. Puesto que una gran problemática identificada en el ejercicio de los mismos se encontraba en la

⁴ *Diario Oficial de la Federación*, 4 de junio de 2014.

tardía y escasa transferencia de los recursos a las instancias ejecutoras del gasto.

- En congruencia con lo anterior, se estableció a la figura del REPSS como financiador de las políticas públicas estatales en salud.
- Se definió la aplicación de 4 a 7 años de prisión y multa de mil a 500 mil días de salario mínimo a la persona que desvíe recursos del SPSS.
- Se fortalecieron los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, así como de fiscalización de los recursos, otorgando facultades a los órganos fiscalizadores, tanto federales como locales, para evaluar el desempeño de las acciones del SPSS.
- Se promovieron las compras consolidadas al contemplar transferencias de recursos en líquido o en especie, provocando las mejores condiciones de adquisición de insumos, para la atención de una política nacional de salud (ejemplo: vacunas).
- Se definieron mecanismos para impulsar la prestación interestatal de servicios de salud y portabilidad entre los diferentes prestadores de servicios, facultando a la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS, a retener recursos líquidos de las entidades cuyos afiliados hayan recibido servicios en otra entidad o institución de salud para transferirlos a estos como pago.

Asimismo, para atender a cabalidad las reformas a la Ley General de Salud:

- Se fortalecieron las estructuras, a través de las cuales operan los REPSS, constituyéndose 32 organismos públicos descentralizados, a los que se les otorgó autonomía operativa para el mejor aprovechamiento de los recursos.
- Se abrieron 32 cuentas en la Tesorería de la Federación, que permitieron el depósito de los recursos federales, asegurando que los mismos se destinaran para la compra de medicamentos, material de curación y servicios subrogados necesarios para la prestación de servicios a los afiliados del SPSS.

- Se estableció el 30 de junio de 2016 como plazo máximo para comprobar los ejercicios anteriores a 2016, mismo que se cumplió a cabalidad, permitiendo sanear, un pendiente histórico del SPSS.

Por otra parte, se definió de forma paralela a las modificaciones citadas con anterioridad, una nueva agenda del SPSS, encaminada a mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a los afiliados, tanto en la parte operativa, es decir en los procesos que integran su funcionamiento, como en las relaciones que se presentan entre los actores involucrados en el mismo que terminan en la relación final médico-paciente.

En este sentido, se reforzaron las actividades de supervisión en la operatividad del sistema en las 32 entidades federativas, mismas que se concretaron en la conformación de un Plan Estratégico de Supervisión, que de manera formal fue puesto en marcha a comienzos de 2015, dando así mayor puntualidad y precisión al seguimiento de las actividades propias del Sistema. A su vez, se habilitó la línea 01 800 POPULAR (7678527) como mecanismo de atención ciudadana.

De igual forma, se implementó el Modelo de Supervisión y Seguimiento Estatal de Servicios de Salud, que tiene como objetivo monitorear el desempeño de los servicios a los afiliados, promoviendo la mejora continua y contribuir a la tutela de derechos de los afiliados.

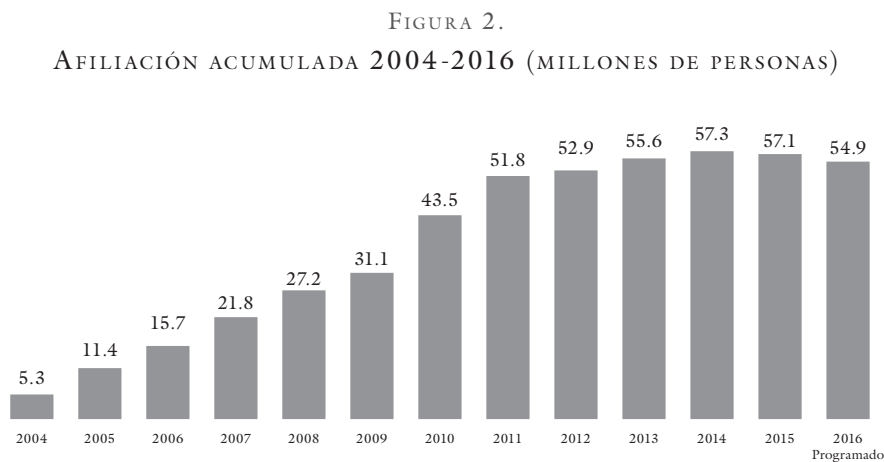
Lo anterior ha sido acompañado con el impulso de la figura del gestor del Seguro Popular, quien tiene la función de informar a los beneficiarios sobre los servicios de salud que recibe junto con su póliza, así como de guiarlos en el proceso de atención médica, con la finalidad de que se les proporcione un servicio eficiente, de calidad y sin costo alguno. Así, durante la presente administración, los gestores del seguro popular, han registrado un crecimiento de 23.8 por ciento pasando de 1,300 registrados en el 2012, a 1,610 gestores existentes al primer semestre de 2016.

En materia de afiliación, el comportamiento del padrón presentó un crecimiento sostenido hasta el 2014, recordemos que los avances del Seguro Popular eran considerados en función del incremento del padrón que supondría la cobertura universal en términos de acceso a

servicios de salud; no obstante, el tema de la doble derechohabencia permanecía como un gran pendiente por afrontar aún con los ejercicios de cotejo de padrones efectuados por el Consejo de Salubridad General. El Padrón del SPSS se concibe como uno de los de mayor confiabilidad, a partir de la validación realizada de la existencia u obtención de la CURP (94 por ciento con el Registro Nacional de Población e Identificación Personal (RENAPO); así como en la aplicación de 49 criterios de validación e integración, contemplados en el Manual de Afiliación y Operación.

Atendiendo el tema de la duplicidad de registros, se implementó desde el año 2015, una estrategia de validación en tiempo real de la no derechohabencia al IMSS, y con un ligero desfase con los registros del Padrón General de Salud. Esto permite corroborar, al momento de la afiliación, si el solicitante se encuentra o no registrado en la base de datos del IMSS.

Lo anterior se tradujo en una depuración del padrón aplicada en el mes de abril de 2016, que consolidó un padrón conformado por 54.9 millones de mexicanos (Figura 2).



El descenso registrado en el 2015, obedece a la falta de cumplimiento de metas mínimas de reafiliación preestablecidas por parte de 3 entidades federativas. Fuente: Secretaría de Salud, CNPSS, junio 2016.

Las modificaciones también se hicieron presentes en el método de actualización del CAUSES, bajo un proceso de revisión y análisis efectua-

do por un grupo de trabajo multidisciplinario que implicó un reajuste en el catálogo de medicamentos asociados; en tanto las intervenciones se ampliaron con la inclusión de la estabilización de urgencias, el manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico; ampliando a su vez la cobertura del diagnóstico y control del dengue clásico con la suma de la fiebre por virus de chikungunya y la enfermedad por virus del zika, en respuesta a las necesidades actuales de la población, tras el surgimiento y resurgimiento de brotes infecciosos.

Especial mención adquiere la incorporación al CAUSES en 2013 del “Diagnóstico y Tratamiento de Catarata”, previa desincorporación del FPGC, en razón de no ser considerada como gasto catastrófico por el Consejo de Salubridad General, por lo que únicamente su cobertura paso a otro catálogo del mismo SPSS. A su vez, el diagnóstico y atención de catarata congénita, se incorporó a la cobertura de servicios del Seguro Médico Siglo XXI.

Durante la actual administración, el FPGC también ha consolidado dos inclusiones importantes: el Síndrome de Turner, que afecta el crecimiento y desarrollo de las niñas, y de igual forma la cobertura del cáncer de ovario epitelial que, aunado al ya contemplado cáncer de ovario germinal, aseguran la cobertura total de este padecimiento.

Cabe señalar que, para establecer la última de dichas inclusiones, el estudio de evaluación externa del SPSS de 2013, se enfocó en el análisis de tres trazadores esenciales: el porcentaje de sobrevivencia en cáncer de mama, cáncer cervicouterino y leucemia linfoblástica aguda, como padecimientos financiados por el FPGC.

El estudio a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública, arrojó los siguientes resultados: La cobertura por cáncer de mama reportaba una sobrevivencia en las etapas clínicas 0 y I del 100 por ciento, mientras que en la fase más crítica, etapa clínica IV, se obtuvo una sobrevivencia del 38 por ciento de las pacientes; lo más contundente para este padecimiento es que, si se mejora la detección temprana, se reduciría el riesgo de morir en 31 por ciento de los casos.

Respecto al cáncer cervicouterino, se aseguró una sobrevivencia del 98.2 por ciento de las pacientes en las etapas clínicas 0 y I, en tanto que en la fase avanzada, etapa IV, el 21 por ciento de las pacientes presentaron sobrevivencia.

Los pacientes de leucemia linfoblástica aguda, presentaron a su vez una sobrevivida de 70 por ciento a los 30 meses de seguimiento de estudio, en el caso de los niños de riesgo habitual 29.5 por ciento murió antes de los 3 años de seguimiento.

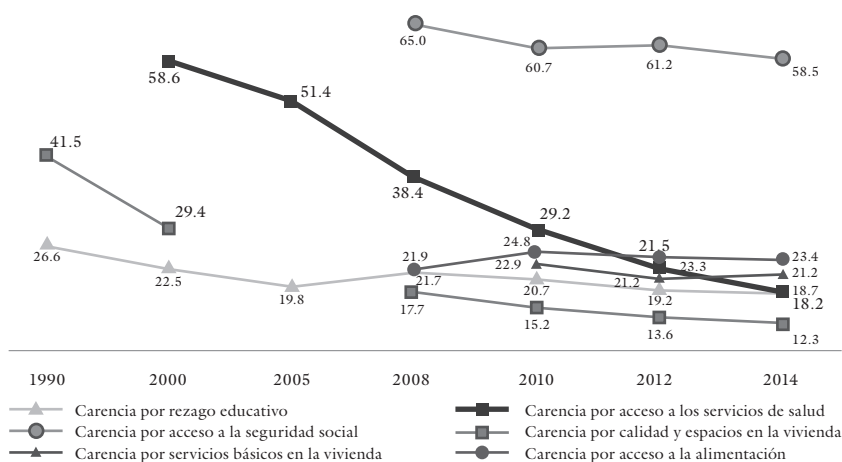
Lo anterior ponía de manifiesto la efectividad del spss, tras el apego de los pacientes al tratamiento médico, cuyo financiamiento no implicaba la descapitalización de las familias.

Estas modificaciones, aunadas a los esfuerzos por emprender un camino diferente, contribuyeron de manera satisfactoria en 2014 a una disminución de 3.3 puntos porcentuales en el indicador multidimensional de carencia por acceso a servicios de salud, efectuado por el CONEVAL. De 25.3 millones de personas registradas con carencia de acceso efectivo a servicios de salud en 2012, esta cifra se había reducido a 21.8 millones de personas en 2014, es decir, que 3.5 millones de personas más contaban ya con protección social en salud (Figura 3).

En tanto que el gasto de bolsillo, de conformidad con los datos estadísticos de la OCDE, representó a lo largo de 10 años una disminución de 11 puntos porcentuales, pasando de 55.7 por ciento, registrado en 2003, a 44.7 por ciento en 2013.

FIGURA 3.

EVOLUCIÓN DE LA POBREZA 1990-2014, EN MATERIA DE CARENCIAS SOCIALES



Fuente: CONEVAL. Los datos anteriores a 2008 son de los Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000 y del Censo de población 2005; los datos de 2008 en adelante son del Módulo de Condiciones Socioeconómicas.

Los resultados en estos indicadores, permiten demostrar la viabilidad del spss y que a 13 años de su creación, constituye una respuesta acertada al clamor social, expresado desde la época de la Revolución con despertares periódicos, fincados en las peculiaridades del desarrollo económico y político de nuestro país que tras la ambiciosa visión reformista del México de hoy, parecen finalmente encontrar cabida.

El derecho a la protección de la salud, es precisamente el garante que tienen tanto los individuos como la colectividad de gozar de un estado de bienestar físico, psíquico y social, en el que a su vez se encuentra implícita la obligación del Estado de desarrollar acciones tendientes a proteger la salud o repararla cuando haya sido afectada. Para lograrlo, se deben considerar el fortalecimiento de al menos 3 características esenciales sobre las que se asientan los grandes desafíos del spss: la universalidad, la equidad y la calidad, en un contexto caracterizado por la transición demográfica y epidemiológica del país.

Sin duda, el incremento de los padecimientos crónico degenerativos, cuya atención implica un costo considerable, representa un riesgo latente para el sistema sanitario, motivo por el cual la prevención adquiere un papel prioritario, aunado a la maximización de resultados con el mejor aprovechamiento de los recursos.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

Chapela Mendoza, Ma. del Consuelo, y Contreras Garfias, Ma. Elena (coords.), *La salud en México*, UAM-Xochimilco, 2011.

Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, junio 2016.

Hemerográficas

Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003, 4 de junio de 2014.

Electrónicas

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Censos de Población y Vivienda 1990 y 2000, Censo de población 2005, Módulo de Condiciones Socioeconómicas, en línea. Recuperado de: <http://www.coneval.org.mx>

Ley General de Salud, 7 de febrero de 1984, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf

———, Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, 5 de abril de 2004, en línea. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>



SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL

Ernesto Rubio del Cueto

INTRODUCCIÓN

Una perspectiva empresarial posiciona a la salud como factor dinámico en un sistema abierto, complejo e insoslayable de la globalidad. La participación en este ámbito implica un compromiso y exige comprender sus causas y efectos para una actuación consciente, responsable y ética. Así lo ha demostrado históricamente el sector privado como aliado del Sistema Nacional de Salud.

Como lo expresa nuestra Constitución Política, la salud y la seguridad social son un “bien público” vinculado directamente al capital social del país,¹ desde el punto de vista sociológico, consistente en el conjunto de normas y estructuras organizacionales fundadas en confianza y reciprocidad, que contribuyen a la cohesión, el desarrollo y el bienestar social, la capacidad de sus miembros para actuar de manera concertada en beneficio mutuo; e igualmente está asociado al capital humano, entendido como las cualidades de las personas: formación, educación, conocimiento, salud, entre otros, considerados como activos de las empresas.²

¹ Jokin Alberdi y Karlos Pérez, “Capital Social”, en *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*, Barcelona, Icaria, 2000.

² Theodore Schultz, “Inversión en capital humano”, en Mark Blaug, *Economía de la educación*, Madrid, Tecnos, 1972.

Estos conceptos son congruentes con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, en armonía con el medio ambiente [...]”,³ y debo añadir: con la capacidad de funcionar con eficacia a nivel macro (entorno sociocultural, económico y político que es tangible e intangible) y micro (en lo individual). Ello requiere de su mejoramiento constante para prevenir y atender los riesgos a la salud, personal y colectiva.

La salud es un derecho humano inscrito en el artículo 4o. de nuestra Constitución Política. Es el tercero de los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, que señala: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.⁴

En nuestro país, la atención a la salud ha recorrido un camino sinuoso, subrayadamente en las últimas seis décadas. El Sistema de Salud, con sus múltiples variables, funciona con procesos eventualmente contradictorios, inscritos en diversas agendas e intereses que no siempre coinciden en contenido, tiempo y espacio y de hecho operan con decisiones equilibradas pero temporales.

Más allá de las ambivalencias, han prevalecido los acuerdos apegados a derecho, al imprimir el sentido del cambio en el papel de cada actor. Se trata de garantizar los principios de seguridad jurídica y de justicia para todos, en los cuales la salud es un componente importante. Aun cuando estos principios están incompletos y son insuficientes, las acciones concertadas generan buenos resultados; un ejemplo es el incremento de la esperanza de vida promedio de 57 años en 1960 a 75 en 2016.

En efecto, es el momento de definir políticas públicas y mecanismos de participación ciudadana, con el fin de alinear la base con la cúpula y viceversa, y así evitar las ambigüedades y la complejidad normativa consecuente, la cual puede resultar obsoleta o sobrerregulada e inhibir o paralizar acciones cualitativas en todos los sectores. Debemos preservar, insisto, a la salud y seguridad social como un

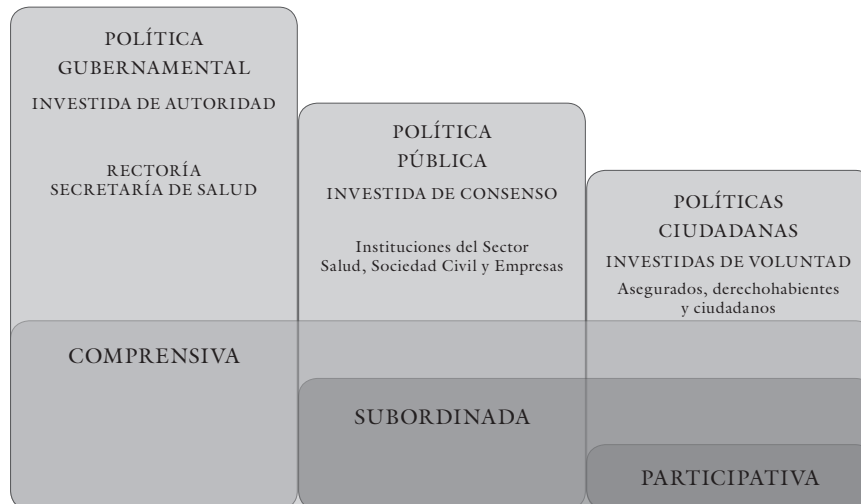
³ Organización Mundial de la Salud, “Acta Constitutiva”, 1946.

⁴ Organización de las Naciones Unidas, “Agenda 2030”.

binomio, ese “bien público” indispensable para el desarrollo integral de la Nación.

El esquema de la Figura 1 puede ser útil para comprender la interrelación de las políticas de conducción en México, centrándonos en la obligación de considerar a la salud y seguridad social como una política de Estado.

FIGURA 1.
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL:
UNA POLÍTICA DE ESTADO

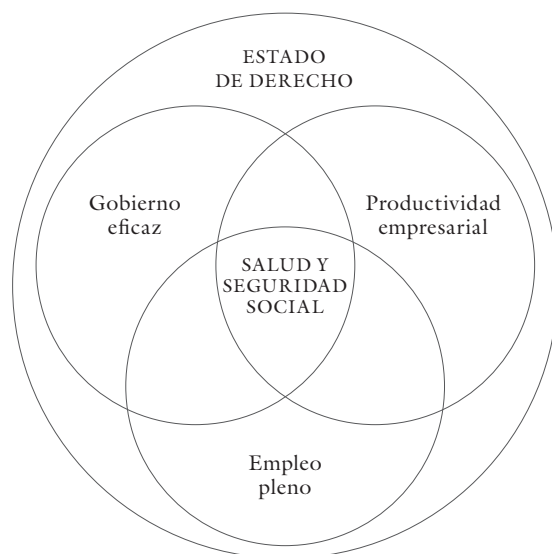


Robustecer este enfoque de gobernanza, nos invita a recorrer la evolución de la atención a la salud en nuestro país, su situación actual y la prospectiva empresarial en la materia.

Es en este escenario donde, en busca de soluciones concomitantes, debe reconfigurarse un sistema integral de salud y seguridad social, capaz de armonizar las acciones gubernamentales y empresariales con la producción y la productividad, sumándole el empleo pleno, estos elementos deben estar interconectados como se aprecia en la Figura 2.

FIGURA 2.

ENTORNO
FÍSICO, POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL



EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO: DE LO EMPÍRICO A LO CIENTÍFICO Y HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN

La salud en el México prehispánico

“Testimonios indígenas acopiados por los europeos en el nuevo continente, dan cuenta de las prácticas de prevención de enfermedades, y de la atención y rehabilitación de pacientes, con fundamento en el equilibrio entre fuerzas benignas y malignas, atribuidas tanto a los humanos como a los dioses: Quetzalcóatl era el gran curandero de todas las enfermedades; a Ehécatl, dios del viento, se le achacaban los males respiratorios y reumáticos; la diosa Tlazoltéotl era la encargada de recoger las inmundicias; XipeTotec, el dios sin piel, era causante de los males cutáneos y oculares; Tezcatlipoca, el dios oscuro, provocaba las grandes epidemias; Tláloc premiaba o castigaba con fenómenos relacionados con la lluvia y el agua [...]”.⁵

⁵ Francisco Javier Torres Vaca, *et al.*, “La salud pública en el México prehispánico. Una visión desde la salud pública actual”, en *Vertientes. Revista especializada en ciencias de la salud*, vol. 17, núm. 1, 2014, pp. 48-60.

Pero no todo era superstición: a las creencias religiosas, se sumaban prácticas dictadas por los gobernantes o Tlatoanis, acompañadas por los medios necesarios para mantener la salud.⁶ Incluso hay noticias de la existencia de infraestructura hospitalaria, como el pabellón en el palacio de Moctezuma que acogía a enfermos incurables; en el Netlatilopan se acogía a los albinos, leprosos y pintos; en Texcoco se asentó un hospital militar y en Culhuacán hubo otro sostenido por el gobierno mexica para atender a inválidos por las constantes guerras⁷ y para el retiro de servidores civiles de avanzada edad.

De esta manera (junto con otros factores, como la alimentación rica en vitaminas y minerales, la ausencia de epidemias, los baños en temazcales y la educación higiénica sobre todo para las mujeres), la esperanza de vida promedio oscilaba entre los 37 y 40 años, superior a la de Francia en ese entonces, calculada en 29 años.⁸

Conquista y colonización

En materia de salud, el contacto de las dos culturas fue afortunado debido a la apertura de mente de los misioneros y a la disposición de los poseedores del saber autóctono. La expresión más temprana y valiosa de este intercambio es la obra de Martín de la Cruz, traducida del náhuatl al latín por Juan Badiano, consistente en un catálogo de plantas medicinales, silvestres o cultivadas en jardines botánicos como los de Chapultepec y Oaxtepec; salpicado con referencias a remedios ya conocidos en Europa, incluidos algunos provenientes de los árabes.⁹ Se trata de la primera sistematización del conocimiento empírico en nuestras tierras. El Códice de la Cruz-Badiano, conocido también como

⁶ Por ejemplo, Torres Vaca refiere que se destinaba un lugar específico cerca de la casa donde se desechaban las heces y se cubrían con cal; además, los Consejos de Ancianos disponían la colocación de letrinas de uso público llamadas *axixcalli*. *Vid.* nota 4.

⁷ Esta idea es notablemente anterior al Palacio de los Inválidos de París, dispuesto por Luis XIV doscientos años después. *Vid.* <http://www.musee-armee.fr/lhotel-des-invalides/lhotel-national-des-invalides.html>

⁸ Alfredo López Austin y Carlos Viesca Treviño, *Medicina prehispánica de México*, t. I, UNAM/Academia Nacional de Medicina, 1984.

⁹ Jorge Amador García, *La medicina tradicional del México prehispánico*.

Librito de las hierbas medicinales de los indios, fue escrito en 1552, con la intención de enviarlo a Carlos V.

El obsequio surtió efecto, en correspondencia, el Rey otorgó una subvención al Colegio de Tlatelolco, donde veinticinco años más tarde, Bernardino de Sahagún culminaría su “Historia General de las Cosas de la Nueva España”, que comprendía interesantes referencias a la salud; son peculiares los párrafos dedicados a “las médicas” y “los médicos”: “[...] buenos conocedores de las propiedades de las yerbas y raíces, árboles y piedras [...] saben bien curar á los enfermos, y por el beneficio que les hace casi los vuelve de muerte á vida, haciéndoles mejorar ó convalecer, con las curas que hacen [...] saben sangrar, dar la purga, echar melecina, untar el cuerpo, concertar los huesos, curar bien las llagas, la gota, el mal de los ojos, y cortar la carnaza de ellos”.¹⁰

Los hospitales coloniales

El primer hospital fundado en el Continente fue el de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno (conocido actualmente como Hospital de Jesús), auspiciado por Cortés para atender a los soldados españoles heridos en las batallas conducentes a la toma de Tenochtitlan. Le siguieron el de San Lázaro para leproso; el de los Naturales, establecido por Pedro de Gante que atendió a indígenas víctimas de las epidemias de sarampión, entonces una enfermedad letal; el de San Juan, en la ciudad de Puebla, exclusivo para mujeres; el del Amor a Dios, fundado por Zumárraga, para enfermos venéreos; el de Belem, en la actual Tlaxcala; el de San Hipólito, dedicado a menesterosos y, más adelante, a enfermos mentales, creado por Bernardino Álvarez, considerado precursor de la psiquiatría, quien también erigió hospitales en Jalapa y el puerto de Veracruz. En Valladolid, hoy Morelia, se instauró el de San José, y en Mérida el del Rosario.¹¹

¹⁰ Bernardino Sahagún, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, Libro Décimo, capítulos VIII “De los médicos” y XIV “De las médicas”, México, Porrúa.

¹¹ Wikipedia ofrece una completa monografía y valiosa bibliografía sobre este tema. *Vid.* https://es.wikipedia.org/wiki/Hospitales_en_el_Virreinato_de_Nueva_Espa%C3%B1a

Es de notarse que la fundación de estas instituciones se realizó por decisión y con patrocinio tanto de religiosos como de autoridades virreinales y de particulares, en unos casos de manera aislada, en otros mediante la conjunción de esfuerzos en un incipiente ejercicio de corresponsabilidad socio-gubernamental.

La profesión médica en el Virreinato

Con los conquistadores llegaron varios médicos, cirujanos barberos, licenciados y maeses, inclusive una enfermera partera. Sucesivamente inmigraron a la Nueva España más médicos titulados en las universidades ibéricas y un buen número de practicantes empíricos. La Real Cédula del 11 de enero de 1570, buscaba un control efectivo del ejercicio de la medicina tanto en la metrópoli como en las colonias, no obstante, a pesar de la existencia de esa ordenanza, los médicos que actuaban sin autorización eran numerosos.¹²

Hubo quienes ejercieron la profesión de manera privada y quienes se adscribieron a instituciones, o bien, se desempeñaron simultáneamente en los dos ámbitos,¹³ práctica que prevalece hasta nuestros días.

Consolidado el régimen virreinal, se inició la organización administrativa bajo los dictados de la Corona. En 1528 entró en funciones el primer “Protomédico” de la Nueva España, a quien se le encargó velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y de las otras artes y profesiones afines, así como vigilar todo aquello que estaba en conexión con la higiene y la salubridad pública.¹⁴

En cuanto a la enseñanza científica, se inicia cuando Carlos V expidió una orden para crear la Real y Pontificia Universidad de México en 1551, que otorgó el primer diploma médico de la Nueva España, el 10 de agosto de 1553, a Juan Blanco de Alcázar.

En 1578 y 1599, respectivamente, se aprobaron la primera y segunda Cátedras de Medicina y se planteó un programa apegado a la tradi-

¹² Alfredo de Micheli Serra, “Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm. 3.

¹³ María Luisa Rodríguez Sala, *Los médicos en la Nueva España. Roles sociales y profesionales de los médicos: etapa pre-universidad (1524-1552)*, UNAM-IIS, 2012.

¹⁴ UNAM, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*.

ción del galeno-hipocratismo-renacentista, con lo cual se fue relegando el conocimiento autóctono. En 1621 se agregaron dos cátedras más: las de Anatomía y Cirugía. A mediados del siglo XVII se impuso un modelo teórico-práctico que incluyó la disección en cadáver.

A partir de 1646 se constituyó el Real Protomedicato¹⁵ como tribunal que ejercía varias funciones, entre ellas: decidir cuáles eran los libros de texto, tener la potestad de imponer castigos y examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía (sangrías); a quienes aprobaban el examen profesional, popularmente conocido como “juicio final”, les expedían una licencia con la que adquirirían la facultad de atender pacientes en la calle (consulta externa) y podían ejercer la práctica médica remunerada. En suma, este tribunal cuidaba del buen ejercicio de médicos, cirujanos, parteros, hernistas (hernias), oculistas, algebristas (reparadores de huesos y articulaciones), flebotomianos, farmacéuticos y droguistas.

En 1768, utilizando los recursos del Hospital de Naturales (espacios, enfermos y cadáveres), se creó la Real Escuela de Cirugía y el Anfiteatro Anatómico o Cátedra de Anatomía Práctica, donde se impartieron clases de anatomía descriptiva, fisiología y clínica quirúrgica.

La profesión médica de entonces posibilitaba, a quienes a ella se dedicaron, una vida económica decorosa y, sobre todo, contar con el prestigio y reconocimiento de la comunidad.

La decadencia del régimen colonial y sus efectos

En la segunda mitad del siglo XVIII, el imperio español sufrió sucesivas crisis políticas, económicas y sociales. Con un sistema monárquico obsoleto, y una economía basada en la explotación de los recursos de las colonias, la distancia entre la sede del gobierno y las posesiones, hacía casi imposible el conocimiento y la obediencia a las reales ordenanzas.

¹⁵ José Ortiz Monasterio señala 1628 como el año en que se constituyó el Protomedicato en la Nueva España. *Vid. Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos.* En su trabajo describe con precisión las responsabilidades de las distintas categorías y especialidades relacionadas con la atención médica.

La población se distribuía de manera contrastante, por una parte la concentración demográfica provocaba que las calles, las fuentes, el interior de las viviendas, los arroyos, manantiales, las iglesias, los mercados y los lugares de trabajo se convirtieran en verdaderos focos de infección; en otras zonas, la población estaba tan dispersa que hacía nugatoria toda intención de atenderla.

El hambre, las pésimas condiciones de salubridad, la miseria, el hacinamiento, la falta de aseo personal, la convivencia cotidiana con animales, entre otros factores, incidieron sobre la población, creando ambientes propicios para la proliferación de agentes patógenos que afectaron a todas las clases sociales.

Entre las reformas borbónicas se incluía la responsabilidad de las autoridades de atender la salud del reino, por lo cual debían tomar providencias para “limpiar, airear, remover, recoger y obedecer”. Es de destacar la disposición de que los ayuntamientos contrataran carretones para alejar de los poblados los desechos humanos, cadáveres de animales y basura. Estas medidas en un principio fueron efectuadas, pero al poco tiempo, la falta de recursos de los gobiernos locales hizo imposible su cumplimiento.

En la Nueva España, el Segundo Conde de Revillagigedo, encabezó numerosas tareas enfocadas a la mejora de los espacios públicos y de la convivencia social, entre ellas la reubicación de basureros y mataderos de animales en las afueras de las ciudades, así como la inclusión de medidas sanitarias en bandos de policía y buen gobierno, primeras manifestaciones de la responsabilidad gubernamental.

Bases para la institucionalización de la salud

Al finalizar el siglo XVIII y hasta mediados del XIX, México se vio envuelto en la guerra por la Independencia, las intervenciones extranjeras y luchas internas. En esta situación, los gobiernos se enfocaron más en la conservación del poder que al servicio público; la salud no escapó a este fenómeno y pasó a segundo plano en los focos de atención de los políticos.

Los insurgentes mexicanos expresaron su interés en los aspectos sanitarios, al incluir en la Constitución de Apatzingán de 1814, la

facultad del Supremo Congreso para aprobar los reglamentos que condujeran a la sanidad de los ciudadanos, a su comodidad y demás objetos de policía.¹⁶ Sin embargo, no se encuentran más referencias a aspectos de salud en las constituciones de 1824 y 1857.

Persistieron las prácticas médicas y las acciones sanitarias del régimen colonial, muestra de ello son el Bando de Policía y Buen Gobierno emitido en 1825, inspirado todavía en el modelo borbónico; así como la prolongación de la existencia del Protomedicato hasta 1831, al entrar en funciones la Facultad Médica del Distrito Federal, que a su vez fue sustituida diez años después por el Consejo Superior de Salubridad.

La supresión de las órdenes religiosas hospitalarias en 1820, tuvo como consecuencia que los servicios de salud pasaran a ser responsabilidad de los ayuntamientos. Las Leyes de Reforma, principalmente las referentes al Registro Civil y la secularización de los cementerios, fueron el punto de partida para construir un sistema de estadísticas demográficas.

Aun con una sociedad mexicana sumida en la desigualdad, el panorama para la ciencia médica y los servicios de salud pública encontraron posibilidades de desarrollo. El modelo colonial de enseñanza y el ejercicio de la medicina fue progresivamente reemplazado por los adelantos en el conocimiento científico, principalmente provenientes de Francia y, más tarde, de Alemania.

En 1879 se otorgó autonomía al Consejo Superior de Salubridad, lo cual le dotó de mayor margen de maniobra, entre otras medidas estableció “las igualas médico-farmacéuticas nacionales” (lo que en nuestros días serían los estándares); asimismo vinculaba la atención médica con la medicina preventiva; también emprendió estadísticas de mortalidad y procuró un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos.¹⁷

Durante el régimen presidencial de Porfirio Díaz, se crearon instituciones que denotaban el interés por la atención a la salud, por ejemplo, en 1888, el Instituto Médico Nacional, cuyo propósito fue crear

¹⁶ Cámara de Diputados, *Constitución de Apatzingán 1814*.

¹⁷ Álvarez Amézquita, José, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, pp. 196-211.

“ciencia nacional”; en 1905, el Hospital General de México, aun existente, y el hospital de “La Castañeda”, inaugurado en 1910 como parte de los festejos del centenario de la Independencia (antecedente del actual sistema de salud mental).

El Código Sanitario de 1891,¹⁸ define la naturaleza y organización de los servicios sanitarios, establece las competencias y disposiciones de prevención y protección a la salud tanto a las autoridades gubernamentales y a los particulares. Esta amplia gama de disposiciones reglamentarias significó un paso determinante en el proceso de institucionalización de la atención a la salud y el reconocimiento expreso de la corresponsabilidad entre sociedad y gobierno.

Para dar cuenta de este proceso incremental de institucionalización, nos referiremos a la normalización a partir de la Constitución de 1917, en el siguiente apartado.

EL MARCO JURÍDICO QUE SUSTENTA LA INSTITUCIONALIDAD DE LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

El Congreso Constituyente de 1916-1917

En este Congreso, 10 por ciento de los 218 Constituyentes fueron médicos; entre ellos se distinguió el Dr. José María Rodríguez con la iniciativa para crear el Departamento de Salubridad Pública.

La Constitución de 1917 es una norma integradora y programática que da al Estado la responsabilidad de promover el desarrollo integral de la colectividad, reflejada en el artículo 73, que facultó a la Cámara de Diputados para crear una tercera generación de rectoría en la materia: el Consejo de Salubridad General que, con algunas actualizaciones, se mantiene vigente.

De la Constitución se derivó la Ley de Secretarías de Estado, en la que se incluyó el Departamento de Salubridad Pública, con atribuciones de legislación sanitaria en la República; policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras; medidas contra el alcoholismo, enfermedades epidémicas y contagiosas; preparación y aplicación de vacunas y sueros

¹⁸ Código Sanitario, 1891.

preventivos o curativos; vigilancia sobre ventas y uso de sustancias venenosas; inspección sobre sustancias alimenticias, drogas y semejantes puestos a la circulación, así como la supervisión de congresos sanitarios.

El Departamento mencionado se bifurcó en dos funciones en 1937, prevalece el Departamento de Salubridad Pública y se crea la Secretaría de Asistencia Pública. En 1943 se convierte en Secretaría de Salubridad y Asistencia, hasta que en 1985 se crea la actual Secretaría de Salud.

La salud en la Constitución Mexicana

La salud, como derecho humano y corresponsabilidad del Estado y la sociedad, se encuentra plasmado en diversos artículos de nuestra Constitución, como lo veremos a continuación:¹⁹

- El artículo 1o., párrafo quinto, prohíbe la discriminación, entre otros motivos, por las condiciones de salud de la persona.
- El artículo 2o., apartado B, fracciones III y V, garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas al acceso efectivo a los servicios de salud, reconoce a la medicina tradicional y enfatiza en la atención a las mujeres indígenas, migrantes y jornaleros.
- El artículo 4o., es el alma de la salud en la Constitución, en sus párrafos cuarto, sexto y noveno, la consagra como derecho universal y, junto con la alimentación y la educación, como objeto del interés superior de la niñez, asimismo especifica el derecho al acceso al agua como elemento básico de la vida sana.
- La libertad de tránsito en el territorio nacional con las limitaciones inherentes a la salubridad general es normada en el artículo 11.
- La Salud Pública se encuentra entre los supuestos de excepción en la protección de datos personales, garantizada por el artículo 16, párrafo segundo.
- La salud en los centros penitenciarios, se previene en el artículo 18, párrafo segundo; así como la tipificación de los delitos contra la salud en el artículo 19, párrafo segundo.

¹⁹ Para efectos de este artículo, con la intención de aportar la información precisa y actualizada, se consultó la versión en Word contenida en la página electrónica de la Cámara de Diputados de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- En el artículo 26 se contempla la participación de los particulares en el Sistema Nacional de Planeación, de éste se deriva el Plan Nacional de Desarrollo, que de manera específica remite al Programa Sectorial de Salud.
- El texto constitucional, en su artículo 41, párrafo segundo, señala que las campañas de comunicación social en la materia, junto con las de protección civil y servicios educativos, no son objeto de restricción durante las vedas electorales.
- El artículo 73, fracción XVI, faculta al Congreso de la Unión para dictar leyes sobre salubridad y establece el Consejo de Salubridad General dependiente de la Presidencia de la República, cuyas disposiciones son obligatorias. Asimismo, previene medidas en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas.
- Las funciones y servicios públicos relacionados con la sanidad pública: agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales; limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; mercados y centrales de abasto; panteones y rastros, quedan a cargo de los gobiernos municipales en el artículo 115. Todas estas medidas son de orden preventivo, que al no cumplirse o ser insuficientes, derivan en problemas de salud, por ello, los esfuerzos nacionales han de enfocarse a la satisfacción de los mismos, a través de los gobiernos locales.
- La reciente reforma a la categorización de la Ciudad de México como entidad federativa, establece, en el artículo 122, apartado C, párrafo segundo, la organización y funcionamiento del Consejo de Desarrollo Metropolitano, al que corresponderá acordar las acciones en materia de asentamientos humanos; protección al ambiente; preservación y restauración del equilibrio ecológico; agua potable y drenaje; recolección, tratamiento y disposición de desechos sólidos, entre otras.
- El artículo 123, establece medidas preventivas en materia de salud, higiene y seguridad laboral. En el apartado A, las correspondientes a los trabajadores del sector privado, la instauración de la Ley del Seguro Social (LSS) y la del Instituto del Fondo Nacional

de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit). En el apartado B, fracción XI, establece las bases de organización de la seguridad social para los trabajadores del sector público.

- Es de interés para el empresariado el artículo 134, que traza las reglas para participar como proveedores en las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios y contratos de obra.

*El marco legal de la salud
y la empresa*

Como norma de normas, la Constitución dicta el “deber ser”, mientras las leyes indican el “cómo” se conseguirán los fines perseguidos y “quiénes” habrán de hacerlos realidad. La Constitución mexicana recoge esta filosofía en su artículo 133.

La Ley General de Salud señala la organización y acciones específicas con la finalidad de garantizar el derecho a la protección de la salud, la disponibilidad de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, y el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, así como el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.²⁰

A lo anterior se suman las disposiciones contenidas en diversas normas que cubren prácticamente todos los aspectos concernientes a la salud y seguridad social, vinculadas a la empresa, productividad y empleo.

Las listas presentadas en la Figura 1 son una muestra de las leyes que se relacionan con nuestro objeto de estudio.

En este escenario es posible ubicar la participación empresarial en la atención a la salud y la seguridad social en diferentes vertientes, como se reflexiona en el siguiente apartado.

²⁰ Ley General de Salud. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf

FIGURA 1.
LEYES QUE SE RELACIONAN CON LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL.



El orden en que se presentan las leyes es ilustrativo, por lo cual no implica que exista una correlación entre las que aparecen en el mismo renglón.

LA PARTICIPACIÓN EMPRESARIAL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Comencemos por señalar que la participación de la medicina privada en México, ha venido institucionalizándose por sí misma al acrecentar paulatinamente su presencia en la enseñanza, la investigación y el ejercicio libre de la profesión que, por otro lado, se organiza en gremios especializados y forma parte de algunas de las directivas de los principales organismos públicos de salud y seguridad social.

Igualmente, como un sector socialmente responsable, ha creado fundaciones generales y específicas dedicadas a la atención de diversas enfermedades y también destinadas a la prevención; las instituciones de

asistencia privada revisten una importancia considerable en el apoyo a los grupos más vulnerables.

La creación de hospitales, clínicas y centros de atención con una visión empresarial, igualmente se ha venido consolidando en la medida de la aparición de nuevas tecnologías para soportar todos los procesos involucrados en la prevención y tratamiento, desde estudios clínicos, hasta las cirugías no invasivas, medicina genómica, nuclear, robótica, etcétera.

En el campo de los insumos a la salud y seguridad social, el sector privado tiene injerencia como productor e innovador de bienes y servicios para todas aquellas personas e instituciones dedicadas a la materia que nos ocupa. Asimismo, es un importante proveedor, importador y distribuidor de medicamentos, materiales, equipos y capacitación técnica, entre otros aspectos.

Como representante de un sector de la sociedad

El Consejo de Salubridad General, órgano cúpula de la política de salud en el país, es responsable, entre otras importantes tareas, de “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”.²¹

En este Consejo, el sector privado tiene una representación dual: como vocales con voz y voto, participan los presidentes de las Academias de Medicina y de Cirugía; y únicamente con voz, los presidentes

²¹ Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, artículo 9, fracción XIII, Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de diciembre de 2009. Al respecto, puede llamar a confusión el que el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señale que este Consejo depende directamente del Presidente de la República, “sin intervención de ninguna Secretaría de Estado” [*sic*], lo cual se ratifica en el artículo 1 del Reglamento Interior de dicho Consejo, para inmediatamente entrar en contradicción en el artículo 3 del mismo Reglamento cuando señala que el Presidente del Consejo será el Secretario de Salud [*sic*]. Por lo tanto se hace necesario corregir esta redacción para evitar errores de interpretación porque, como se sabe, ninguna ley y mucho menos un reglamento puede ser causa de controversia.

de la Fundación Mexicana para la Salud, la Academia Mexicana de Pediatría, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, Asociación Nacional de Hospitales Privados, Colegio Médico de México, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, y Cámara Nacional de la Industria de la Transformación.

En el IMSS, Organismo Fiscal Autónomo (artículo 270, LSS) fundado en 1943, como organismo tripartita (gobierno, trabajadores y patrones, fórmula exitosa que debe ser perfeccionada), se protege a los asegurados y derechohabientes en materia de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; guarderías y prestaciones sociales. El sector empresarial participa en la Asamblea General (autoridad suprema del Instituto), a través de las “Organizaciones Patronales”, en el Consejo Técnico (Órgano de Administración Supremo y vigilante del equilibrio financiero para cumplir con los fines del Instituto), representado por tres vocales de la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN) y uno de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO-SERVYTUR), y en la Comisión de Vigilancia (vigilar inversiones, sugerir ahorros para el retiro y con ello, responder a la demanda de servicios y a las necesidades de la población, con oportunidad y transparencia), actualmente sólo por CONCANACO-SERVYTUR.

El Consejo Técnico debe impulsar el buen gobierno y la transparencia, y para ello la integración y la formación de comisiones y comités *ad hoc* para atender con oportunidad, calidad y suficiencia de recursos las múltiples demandas y necesidades de los asegurados y sus familias, es vital.

La regionalización del IMSS, a través de los Consejos Consultivos Delegacionales, permite atender las necesidades específicas determinadas por la geografía, la demografía y las condiciones socioeconómicas de las entidades federativas agrupadas en cada Consejo con representación tripartita.

Por otro lado, hace casi 14 años se crearon las Unidades Médicas de Alta Especialidad (25) dentro del Sistema IMSS, reportándose los

Directores de dichas Unidades a la Dirección General del Instituto, bajo la coordinación de la Dirección Médica. Siguiendo la estructura tripartita, se crearon las Juntas de Gobierno como máximo órgano administrativo con la participación de dos representantes de los sectores patronal y obrero, y a partir del inicio exitoso de operaciones a estas instituciones, orgullo del IMSS y del país en la atención médica del 3er. nivel, con toda claridad se detectó que su estructura, funcionamiento y abasto debería ser perfeccionado para que cumplieran con sus nobles objetivos y a la vez se propiciara la investigación y la auto generación de recursos propios, proceso que lamentablemente sigue pendiente y que debería culminarse para evitar el deterioro de los hospitales.

El reto que tiene el IMSS que da atención a más de 60 millones de derechohabientes, no solamente se refiere a estructura financiera, sino a la atención médica de excelencia en los 3 niveles.

Dentro del Sistema Nacional de Salud debe avanzarse con el liderazgo del Seguro Social en la homogeneidad de los servicios, la subrogación, la portabilidad, la Cartilla o Identificación Médica Única, etcétera, y todo esto podría llevar a la propuesta de perfeccionar la estructura administrativa, incorporando a consejeros independientes del sector privado y académicos, sin alterar esa estructura tripartita, que tendrá que ser financiada por las cuotas obrero patronales o bien con recursos fiscales, y sobre todo respaldada por un sindicato realista y leal.

Bajo la rectoría y coordinación total de la Secretaría de Salud, funcionan y operan los institutos nacionales de salud, hospitales federales de referencia y hospitales regionales que han sido creados y que funcionan con eficiencia, algunos desde hace más de un siglo y por sus instalaciones hospitalarias, y sus quirófanos han pasado los más notables y prestigiados médicos del país, en ellos funcionan como principal órgano de gobierno las Juntas de Gobierno, en las cuales paulatinamente se comienzan a designar consejeros independientes del sector privado, para propiciar el buen gobierno. Asimismo, como un apoyo fundamental para lograr sus nobles objetivos y apoyarlos en su infraestructura, operan los patronatos conformados fundamentalmente por integrantes del sector privado y la academia que han estado dejando constancia de su noble tarea de ayudar y apoyar a los más necesitados.

Sin embargo, la complejidad que significa la salud en México va mucho más allá de las acciones que a través de la Secretaría de Salud o el IMSS, se puedan realizar, a ellas habría que agregar las del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, las efectuadas por los Institutos Nacionales de Salud, los Sistemas Estatales de Salud, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), servicios de salud de PEMEX y otras instituciones públicas presentes en el Consejo de Salubridad General que tienen un efecto tangencial en la sanidad, ya no sólo humana sino animal, vegetal y medioambiental.

En cuanto a la cobertura de protección social en salud, será necesario extender la visión para robustecer la vertiente de afiliación, al ampliar el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

En la enseñanza e investigación

En la enseñanza el avance es considerable, como se infiere de la revisión a la clasificación de las escuelas de medicina, publicada anualmente por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que registra la participación de alumnos provenientes de 103 planteles: 61 de estos públicos y 42 privados, cabe observar que los tres primeros lugares son ocupados por universidades particulares.

En lo tocante a investigación, esta se realiza desde la creación de los primeros institutos nacionales de salud, esto es, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en 1939; el Hospital Infantil en 1943; el Instituto Nacional de Cardiología en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología en 1950, y el Instituto Nacional de Neurología en 1964, así como la creación del Instituto Nacional de Salud Pública en 1988. A este aspecto han contribuido también el IMSS, el ISSSTE, las instituciones de educación superior y el Sistema Nacional de Investigadores, bajo el criterio del número de artículos en publicaciones científicas.²²

²² Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Investigación para la Salud*.

Las patentes para productos y procedimientos relacionados con la salud, alcanza 8 por ciento de solicitantes nacionales y 92 por ciento lo hacen empresas extranjeras (laboratorios y fabricantes de equipos), a través de agentes en México.²³ Por su parte, hasta 2001 (los datos disponibles más recientes), la iniciativa privada sólo participaba con el 20 por ciento de los recursos dedicados a la investigación, orientada más hacia el desarrollo tecnológico. Por tal motivo, del Conacyt surgió la propuesta para apoyar a las empresas a realizar investigación, mediante estímulos fiscales. Lo cual se ha visto reforzado con las reformas de 2015 a la Ley de Ciencia y Tecnología, y la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos que autorizan la colaboración público-privada en inversiones de investigación.

El ejercicio libre de la profesión en los tres niveles de atención

En este punto, vale anotar que en las proyecciones estadísticas a 2016, los consultorios privados significan el 14 por ciento de los 104,500 que están a disponibilidad del público. De los aproximadamente 230 mil médicos existentes en el país, alrededor del 36 por ciento prestan sus servicios de manera privada en los tres niveles, aunque de ellos una cifra indeterminada combina su desempeño con el servicio público.

Ahora bien, ha venido creciendo el número de hospitales y clínicas particulares en todo el país (9 por ciento en los últimos 10 años),²⁴ lo cual puede atribuirse a factores como las oportunidades de inversión rentable en este campo; las preferencias de la clase media que acuden a los servicios privados a pesar de contar con acceso a la seguridad social; la necesidad de aquéllos que se desenvuelven en la economía informal (calculada en 50 por ciento de la población económicamente activa), lo cual origina múltiples problemas de atención a la salud y seguridad social, pero también en ese estrato pueden hallarse las soluciones; la urbanización del país que concentra a 85 por ciento de la clase media en sus distintas categorizaciones (media-baja, media-media y media-alta),

²³ Muestreo del autor en el Sistema de Información de la *Gaceta de la Propiedad Industrial* del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial, 25 de enero de 2017.

²⁴ Estimación del autor a 2016, con base en datos de 2013, *Numeralia de recursos físicos de los sectores*, Secretaría de Salud.

y el desbordamiento de la capacidad de atención por la demanda en los servicios públicos de salud.

Desde el punto de vista del mercado, el ejercicio libre de la profesión encuentra amplias posibilidades de desarrollo, a condición de estructurarse conforme a un modelo que integre aspectos que hagan socialmente más útil la inversión pública y más rentable la inversión privada, en beneficio de la población.

Un asunto medular en el ejercicio profesional, es la formación ética de los trabajadores de la salud y el combate a la negligencia médica.

El sector empresarial como agente económico esencial en la atención a la salud

Del total del PIB nacional, las actividades económicas del sector salud, incluyendo el público, el privado y el trabajo no remunerado, representaron 6.3 por ciento en 2014,²⁵ considerando impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud; servicios médicos de atención ambulatoria; servicios hospitalarios; centros y residencias para el cuidado de la salud; actividades auxiliares del cuidado de la salud; administración de la salud pública; fabricación de bienes para el cuidado de la salud, y bienes y servicios conexos.

Esta masa de recursos se traduce en una actividad múltiple, dentro de la cual destaca el sector privado como importante propulsor en este rubro del desarrollo. Ello conduce a inferir el rol de proveedores y prestadores de servicios, importadores y distribuidores de medicamentos, materiales, equipos y capacitación técnica, frente a un presupuesto público que asciende a 535,645 millones de pesos (de los cuales 96.5 por ciento es de gasto corriente).²⁶

Las demandas que plantea el sistema de salud al sector privado, son de relevancia tangible por sus efectos en la prevención, atención y tratamiento de enfermedades, e intangible por sus contribuciones al bienestar comunitario, familiar e individual.

²⁵ Banco Mundial, *Gasto en salud, total (por ciento del PIB)*, México, 2014.

²⁶ <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/31903-menor-presupuesto-al-sector-salud-en-2017-instituto-belisario-dominiguez.html>

El sector empresarial como socialmente responsable

La responsabilidad social de las empresas se define como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las mismas, en este caso, aplicada a la salud. Para los fines de este artículo, destaco la presencia de la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Carlos Slim de la Salud y las Juntas de Asistencia Privada.

Desde su creación, 22 de mayo de 1985, la Fundación Mexicana para la Salud ha sido un eje para convocar a un conglomerado de importantes empresas privadas relacionadas con la materia (sin haber buscado ni obtenido nunca ventajas mercantiles), así como otras interesadas en el desarrollo, con el propósito de organizar una serie de acciones para canalizar la filantropía y la inversión social en beneficio de la salud; generar, conjuntar y aplicar experiencias, recursos económicos y talento empresarial, académico y científico, con el fin de apoyar áreas específicas de la salud, entre otros altos propósitos que fortalecen la responsabilidad social del sector privado.

El Instituto Carlos Slim de la Salud, creado en 2007 como una organización no lucrativa, dedicada a generar soluciones para ayudar a resolver los principales problemas de salud de la población más vulnerable de América Latina, mediante la generación de soluciones sustentables y replicables encaminadas a mejorar la salud y calidad de vida de las personas, y establecer alianzas con actores clave de los sectores público, privado y social para la implantación de modelos innovadores, de soluciones tecnológicas y de fortalecimiento del capital humano.

Como pudimos apreciar en el recorrido histórico, la asistencia privada se ha realizado por distintos actores bajo diversas formas de organización, esta evolución se concreta actualmente en una red de Juntas de Asistencia Privada en 16 entidades federativas, que rige y vigila el funcionamiento de las instituciones avocadas a esta noble tarea de cohesión social, fundamentalmente orientadas a la atención de los grupos vulnerables por efecto de la desigualdad y la pobreza. Por ejemplo, sólo en la Ciudad de México, se cuenta con 92 organizaciones

destinadas específicamente a aspectos relacionados con la salud,²⁷ que generalmente se clasifican como donatarias autorizadas por el Sistema de Administración Tributaria.

PROSPECTIVA DEL SECTOR EMPRESARIAL
EN LA SALUD: HACIA UN SISTEMA INCLUYENTE,
CONFIABLE, VISIBLE Y FISCALIZABLE

Desde su promulgación hace 100 años, la Constitución mexicana ha promovido y albergado los principios que buscan establecer condiciones de salud para todos; las sucesivas reformas en la materia han acompañado la evolución de la sociedad, del gobierno, de la política y la administración, particularmente en lo social, porque no obstante los aspectos demográficos y problemas económicos, el sector salud se ha mantenido y multiplicado, basta revisar los indicadores, el número de derechohabientes de las instituciones de seguridad social, los beneficiarios del Seguro Popular y la participación del sector empresarial en las instituciones públicas.

Sin embargo, la complejidad orgánica del sector público de la salud, lo coloca en riesgo de entrar en una curva decreciente en cuanto a su eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, evaluación social, política financiera, entre otras variables; todo lo cual nos lleva a estar conscientes de la necesidad de establecer un sistema susceptible de mejora constante de este elemento clave del desarrollo nacional, un sistema que sea incluyente, confiable, visible y fiscalizable.

Como lo ha establecido el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en su propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud elaborada en 2012,²⁸ se debe interconectar a la sociedad y al individuo; a la primera para que la prestación sea equitativa, como un

²⁷ http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=584

²⁸ *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, elaborada en 2012 por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

principio de justicia que garantiza el derecho no sólo al acceso, sino al más alto nivel de salud posible; en lo correspondiente al individuo, se habrá de respetar su libertad, como un principio de autonomía para decidir el tipo de atención que prefiera conforme a sus posibilidades, ya sea en instituciones públicas o privadas.

Ante la fragmentación existente en la atención a la salud, tomando como base el marco constitucional y legal vigente, la participación del empresariado pudiera ser más relevante si presta atención a varias dimensiones en la prospectiva de alcanzar la universalización de los servicios de salud, tomando en consideración diversos factores como:

- Reconocer la rectoría del Estado en la salud, privilegiando la cooperación del empresariado en igualdad de condiciones frente al gobierno.
- Intervenir en el diseño y operación de programas y manuales de operación transversales en todas las instituciones de salud, desde el Consejo de Salubridad General, para lo cual habrá que modificar su eficacia, dando voz y voto a los empresarios del sector, y no tan sólo opinión. Esta intervención podría dar pauta a reformar tanto el artículo 73 constitucional, como el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.²⁹
- Involucrarse corresponsablemente, en el marco del artículo 26 constitucional y la Ley de Planeación, en los procesos de toma de decisiones, para contar con certeza jurídica que permita comprometer inversiones a largo plazo y participar en la creación, crecimiento, desarrollo y consolidación de asociaciones público-privadas de producción y distribución de insumos (la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios enlista más de mil seiscientos productos y equipos de bajo riesgo),³⁰ y prestación de servicios de salud.
- Inducir las acciones y concertar la ejecución del Programa Sectorial de Salud con la sociedad, en nuestro caso, con el sector empresarial.

²⁹ *Vid. supra*, nota 21.

³⁰ *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 2011.

- Impulsar legislación adecuada a las condiciones de cambio para dotar de capacidad adaptativa a las instituciones de salud, públicas y privadas.
- Procurar la coordinación horizontal (interinstitucional) y vertical (intergubernamental) con el sector empresarial organizado, en toda la República Mexicana.
- Diseñar un sistema eficaz de administración y finanzas, para la sustentabilidad del sistema público-privado de salud a largo plazo, lo que incluye seguros, pensiones y jubilaciones, financiamiento interno y externo, donaciones, formación y capacitación para el trabajo del capital humano, etcétera.
- Eliminar la duplicidad en el otorgamiento de seguros a las altas esferas de la administración pública y privada, como los seguros de gastos médicos mayores, con el propósito de reorientar estos recursos a fortalecer las finanzas de las instituciones públicas de seguridad social (IMSS o ISSSTE).
- Procurar una subrogación confiable de los servicios públicos de salud hacia el sector privado, sujeta a reglas (que ya existen), con el objeto de incrementar la productividad tanto en la atención como en el tratamiento a asegurados y derechohabientes, mediante alianzas que garanticen eficiencia y calidad.
- Resaltar los alcances de la Ley de Ciencia y Tecnología en la investigación y desarrollo tecnológico, en beneficio de la comunidad empresarial, y promover la socialización de los avances científicos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, como lo son la medicina genómica, la robótica, la biónica, la microcirugía, y otras innovaciones.
- Fortalecer a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a fin de proteger los derechos tanto de los usuarios como de los prestadores de los servicios de salud, con sentido de equidad, fundado en la ética y en la confianza, para evitar la negligencia médica y excesos en el uso de los servicios de salud.
- Promover la consciencia social en todo el sector empresarial, para contar con recursos que atiendan integralmente el ciclo de necesidades que implica la atención a la salud, en tanto prioridad del desarrollo nacional.

- Comprometerse firmemente desde las empresas con la integración social, mediante el diseño e implementación de seguros médicos para grupos carentes de acceso a las instituciones de seguridad social por estar situados en la economía informal, conforme a sus necesidades de atención más sentidas y al alcance de sus posibilidades.
- Reforzar y/o lograr nuevos acuerdos de cooperación internacional para elevar la competitividad del sector, con el fin de replicar, con los debidos ajustes a nuestra realidad, prácticas de atención y tratamiento en el sector salud, que han demostrado su efectividad en otras latitudes.

COROLARIO

De lo expresado, se desprenden una serie de conclusiones:

- Establecer la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud, entendida como una forma de conducción fundada en liderazgos institucionales, es decir, legales, racionales y legítimos; inducido y concertado por los sectores público y privado conforme lo plantea el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Imbuir en todos los actores, un comportamiento capaz de congregar las experiencias de la historia con las demandas actuales: ampliar la cobertura, establecer la portabilidad mediante una identificación reconocida en todas las instituciones, incrementar la calidad, mejorar la eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, prácticas anticorrupción, apertura hacia conocimientos de vanguardia, mediante la implementación de una gestión comprometida con la universalización del derecho a la protección de la salud, que podría agregarse como concepto programático: “Sistema Universal de Salud”.
- Reformar el marco jurídico, constitucional, legal, reglamentario y administrativo para evitar una sobrerregulación que inhiba las iniciativas de inversión productiva, creación de empleo pleno, o frene las posibilidades de cumplir cabalmente con la aspiración de ofrecer condiciones cualitativas de salud para todos los mexi-

canos. En este cometido, la Secretaría de la Función Pública, con los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal, habrían de colaborar en la flexibilización de la operación institucional, sin perder el sentido de las necesarias demandas de control.

- Propiciar la integración del Sistema Nacional de Salud, a partir de las reformas constitucionales y legales que están aún pendientes para erradicar la segmentación de instituciones, planes programas y políticas de atención y desempeño; ya que hacer depender el derecho a la salud del *status* laboral de los derechohabientes, inhibe el considerar a la salud como derecho humano universal. En este sentido, urge rediseñar y poner en marcha políticas públicas de aplicación general destinadas al abatimiento de la dispersión actual, induciendo la interdependencia como estrategia para obtener resultados concretos y mensurables en favor de la población.
- Interpretar la realidad, a fin de identificar oportunidades de crecimiento empresarial en el campo de la salud, para cubrir los déficit del sector público; incursionar en nuevos nichos de mercado caracterizados por la imparable tendencia a la urbanización, el envejecimiento, los hábitos de consumo, las adicciones, los problemas de movilidad de la fuerza de trabajo y las afectaciones al medio ambiente, cuyas consecuencias redundan en la progresiva modificación del mapa patológico, evitando la progresividad de las enfermedades infecto-contagiosas a crónico degenerativas.

En suma:

La salud y la seguridad social han sido una preocupación a lo largo de la historia de México, tanto para los gobiernos como para la iniciativa privada, lo cual se evidencia en el marco legal que da espacio a la presencia y participación del sector empresarial.

En las condiciones actuales de globalidad y compleja organización socio-económica y política en el interior de la República, es momento de actuar para detener los deterioros y a la vez impulsar una transformación cualitativa en todos los ámbitos de la vida nacional.

La salud no escapa a este gran desafío, que para los empresarios significa el mayor nutriente de su actividad, ahora orientada a la política de cooperación con los sectores público y social, para encontrar, juntos, nuevos caminos y preparar fértiles campos de productividad y creación de empleo, con un valor social compaginado con los legítimos intereses de los emprendedores, e integrado con la educación, la alimentación, la vivienda digna y la calidad de vida de los trabajadores, elementos éstos que resultan indispensables en cualquier programa de justicia social que permiten contar con una política de Estado en materia de salud, basada en los principios constitucionales aquí plasmados, con lo cual, México avanzaría en el impulso a la justicia social y, con una población sana, propiciaría una mayor productividad.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL Y Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, México, 2012.
- LÓPEZ AUSTIN, Alfredo y Viesca Treviño, Carlos, *Medicina prehispánica de México*, t. I, Academia Nacional de Medicina/UNAM, 1984.
- SAHAGÚN, Bernardino, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, Porrúa.

Hemerográficas

- Diario Oficial de la Federación*, 11 de diciembre de 2009, 31 de diciembre de 2011.

Electrónicas

- ALBERDI, Jokin y Pérez, Karlos, “Capital Social”, en *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*, Barcelona, Icaria, 2000, en línea. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/29>

- BANCO MUNDIAL, *Gasto en salud, total (% del PIB)*, México, 2014, en línea. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=MX&start=1995&view=chart>
- DE MICHELI SERRA, Alfredo, “Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm. 3, en línea. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013j.pdf>
- GARCÍA, Jorge Amador, *La medicina tradicional del México prehispánico*, en línea. Recuperado de: [http://www.consejosupremo.org.mx/fotos/LA%20MEDICINA%20TRADICIONAL%20DEL%20MEXICO%20PREHISPANICO%20\(1\).pdf](http://www.consejosupremo.org.mx/fotos/LA%20MEDICINA%20TRADICIONAL%20DEL%20MEXICO%20PREHISPANICO%20(1).pdf)
- INSTITUTO MEXICANO DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL, *Gaceta de la Propiedad Industrial*, 25 de enero de 2017, en línea. Recuperado de: <http://siga.impi.gob.mx/content/common/busquedaSimple.jsf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “Agenda 2030”, en línea. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Acta Constitutiva”, 1946, en línea. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- ORTIZ MONASTERIO, José, *Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos*, en línea. Recuperado de: http://www.estudioshistoricos.inah.gob.mx/revistaHistorias/wp-content/uploads/historias_57_35-50.pdf
- RODRÍGUEZ SALA, María Luisa, *Los médicos en la Nueva España. Roles sociales y profesionales de los médicos: etapa pre-universidad (1524-1552)*, UNAM-IIS, 2012. <http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/bitstream/IIS/4405/1/Roles%20sociales%20y%20profesionales%20de%20los%20medicos.pdf>
- SCHULTZ, Theodore, “Inversión en capital humano”, en Mark Blaug, *Economía de la educación*, Madrid, Tecnos, 1972, en línea. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/311/31112987002.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa de Acción Específico: Investigación para la Salud*, en línea. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/invest_salud.pdf
- , *Numeralia de recursos físicos de los sectores*, 2013, en línea. Recuperado de: www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf_19022015.xlsx
- TORRES VACA, Francisco Javier, *et al.*, “La salud pública en el México prehispánico. Una visión desde la salud pública actual”, en *Vertientes. Revista*

especializada en ciencias de la salud, vol. 17, núm. 1, 2014, en línea. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre141f.pdf>

UNAM, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*. <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion.html>

Leyes, códigos y reglamentos

CÓDIGO SANITARIO 1891, en línea. Recuperado de: <https://archive.org/details/cdigosanitariod00mexigoog>

CONSTITUCIÓN DE APATZINGÁN 1814, Cámara de Diputados, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/const-apat.pdf

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Cámara de Diputados, en línea. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marco.htm>

LEY GENERAL DE SALUD, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf

REGLAMENTO INTERIOR DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, publicado el 11 de diciembre de 2009.



Al Poder Ejecutivo, como responsable de aplicar las leyes, le corresponde instrumentar las políticas públicas necesarias para conducir al gobierno, labor que lleva a cabo a través de las secretarías de Estado para el despacho de los asuntos, de acuerdo con su materia.

En el marco de las actividades para conmemorar el Centenario de la Constitución que nos rige, el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México (INEHRM) presenta la serie Memoria y Prospectiva de las Secretarías de Estado, de la colección Biblioteca Constitucional.

El INEHRM se congratula en coeditar la obra de la Secretaría de Salud, impulsada por su titular, el Dr. José Narro Robles. Esta investigación nos permite conocer la evolución del Sector Salud, esencial para todos los mexicanos.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA

