

## INTRODUCCIÓN

### VIDA, BIENESTAR, DERECHO Y MEDICINA

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> *Ibidem*, pp. 16 y 17.

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

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

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

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

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

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

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

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

## DERECHO A LA SALUD

<i>Determinantes básicos para la salud</i>	<i>Cuidado de la salud</i>
<p>Políticas públicas de prevención, difusión y promoción, saneamiento público, cuidado del medio ambiente, y salubridad. Estos determinantes básicos de la salud se pueden dividir en los siguientes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Condiciones sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, entre otros.</li><li>b) Condiciones biológicas: epidemias, principales causas de muerte, expectativa de vida, enfermedades nuevas, entre otros.</li><li>c) Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones sanitarias sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza, entre otros.</li><li>d) Condiciones ecológicas: emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales, entre otros.</li><li>e) Acceso a la información, sobre cuestiones relacionadas con la salud.</li><li>f) Condiciones de violencia y conflictos armados.</li></ul>	<p>Servicios materiales y humanos de salud que se prestan, así como las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos; y que se pueden dividir de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Sistemas de salud. Se refiere a los elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud, como lo son los hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez o vejez, entre otros.</li><li>b) Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud como programas, sean públicos, privados o mixtos, y los recursos económicos del Estado destinados a la salud, entre otros.</li></ul>

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

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

Otro problema se relaciona con el papel que juega el derecho en esta clase de proceso, puesto que en el artículo 4o. constitucional se destaca que “La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”. Como se advierte, existe en el nivel constitucional una distinción entre el acceso a los servicios de salud y la salubridad general.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>13</sup> *Idem*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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