

CAPÍTULO SEGUNDO MEDICINA Y DERECHO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 734.

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

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

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

II. LA ENFERMEDAD Y SUS COSTOS

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

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

Estados Unidos	0
México	3
Guinea	40,585

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

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

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

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS 2010 POR CADA 100,000
PERSONAS

Puerto Rico	2
México	16
Suazilandia	1,287

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

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

China	0.1
México	0.3
Suazilandia	25.9

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

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

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

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

GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

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

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

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

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

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

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

PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO Y PRIVADO

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

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

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

¹²⁶ *Idem.*

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

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

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

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

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE PAÍSES DE LA REGIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

III. LOS ORGANISMOS SUPRANACIONALES Y LA MEDICINA

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

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

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

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹³⁵ *Ibidem*, pp. 353 y 354.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹³⁹ Punto 8 de la observación general 14.

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

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

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

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

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

¹⁴⁰ *Ibidem*, punto 9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

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

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

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

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

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

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

EL DERECHO EN LA MEDICINA

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

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

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

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

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

LEYES FEDERALES QUE CONTIENEN LA PALABRA “SALUD”

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

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

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

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

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

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

VI. LAS NORMAS BÁSICAS DEL DERECHO A LA SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. *Concurrencia constitucional en materia de salud*

El artículo 4o., párrafo cuarto, de la CPEUM, establece la reserva de ley en lo que se refiere a las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; además, en lo que se relaciona con la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

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

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

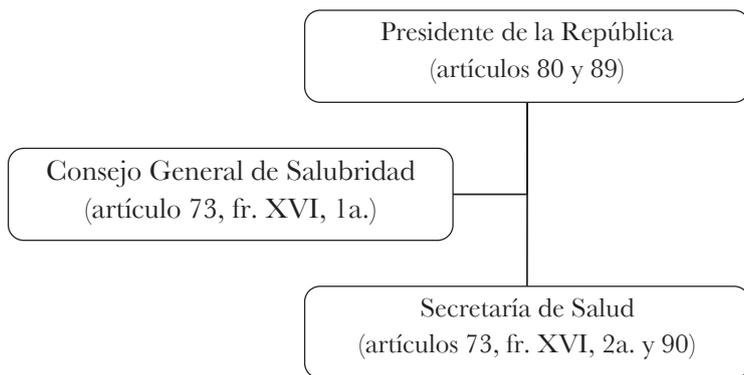
No obstante, habría que destacar la posibilidad de distinguir entre autoridad sanitaria “constitucional” (el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud) y autoridad sanitaria “legal” (Ejecutivo federal, Secretaría de Salud y ramas de salud de las entidades federativas).

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

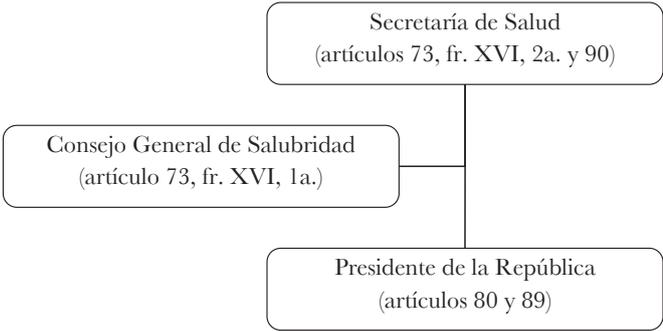
sión de enfermedades exóticas, al Consejo General de Salubridad, que depende directamente del presidente de la República y a la Secretaría de Salud.

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

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



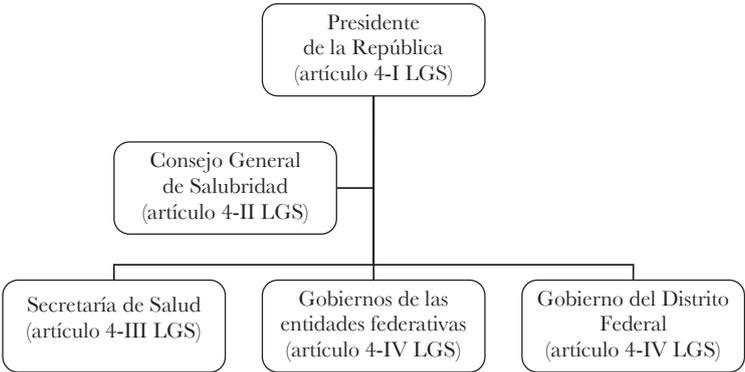
Sin embargo, debemos destacar que la relación se invierte en casos de epidemia grave, porque, como ya lo destacamos, en estos casos el Consejo General de Salubridad y la Secretaría de Salud actúan frente a una “emergencia”. Por lo anterior, el artículo 73, fracción XVI, de la CPEUM, establece con claridad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



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

- Artículo 4o. Son autoridades sanitarias:
- I. El Presidente de la República;
 - II. El Consejo de Salubridad General;
 - III. La Secretaría de Salud, y
 - IV. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Atención médica a grupos vulnerables.

3. Protección social a la salud.

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

5. Atención materno infantil.

6. Programa de nutrición en pueblos y comunidades indígenas.

7. La salud visual y auditiva.

8. Planificación familiar.

9. Salud mental:

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

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

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

33. Tratamiento del dolor.

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

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

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

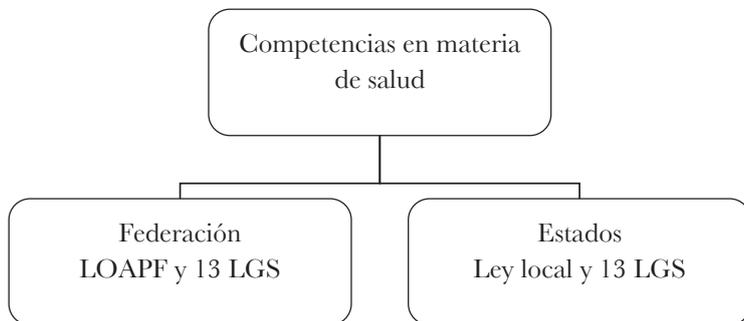
Por último, la Ley General de Salud, en su artículo 1o., destaca que esa norma es de interés social (o sea, lo que conviene o beneficia a toda la sociedad).

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

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

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

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



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

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

A. Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Reglamento de Insumos para la Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contra actos y resoluciones de la Secretaría, que con motivo de la aplicación de este Reglamento dé fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, el cual se sustanciará en los términos de la Ley.

G. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios

Este Reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de enero de 1988, y tiene por objeto

...establecer el control, fomento y regulación sanitarios sobre actividades establecimientos, productos, y servicios, constituye una herramienta en la consecución de la salud de la población; Que el sistema de control y regulación sanitarios tiene como finalidad establecer los mecanismos de vigilancia e inspección de los productos y servicios a que se refiere el Título Décimo Segundo, el Capítulo Cuarto del Título Séptimo y el Capítulo Único del Título Décimo Séptimo de la Ley General de Salud, con el propósito de evitar un riesgo a la salud de las personas.¹⁶¹

Su aplicación corresponde a la Secretaría, en coordinación con las demás dependencias del Ejecutivo Federal, en los térmi-

¹⁶¹ Párrafos sexto y séptimo del considerando del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos Productos y Servicios.

nos de este instrumento, y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, y de conformidad con los acuerdos de coordinación que en su caso se suscriban (artículo 4o.).

Son materias de regulación, control y fomento sanitarios en el Reglamento:

a) Las actividades y servicios que impliquen un riesgo para la salud humana que:

- presten los responsables y auxiliares a los que se refiere el artículo 200 de la Ley General de la Salud;
- se relacionen con el control de la condición sanitaria y tengan repercusión en la salud humana; comprendan el proceso de los productos a que se refiere este mismo Reglamento;
- comprendan la importación y exportación de los productos a que se refiere este Reglamento en los términos de la Ley General de Salud;
- se realicen o presten en los establecimientos a que se refiere este reglamento.

b) Los establecimientos destinados al proceso de los productos:

- que se enumeran en este Reglamento y en su caso, a la utilización y disposición final de los mismos;
- al proceso, almacenamiento, distribución o destino final de plaguicidas y fertilizantes;
- al almacenamiento y distribución de gas licuado de petróleo (L.P.) y otros gases industriales de alta peligrosidad, en los aspectos sanitarios;
- Ubicados en las vías generales de comunicación, y donde se desarrollen actividades ocupacionales, en los que se ponga en riesgo la salud de los trabajadores.

c) productos:

- Agua y hielo para uso y consumo humanos;
- Leche, lácteos, derivados e imitaciones;
- Carne y derivados; de la pesca y derivados;
- Huevo y derivados; aceites y grasas comestibles;

- Aditivos para alimentos;
- Frutas, hortalizas, leguminosas y sus derivados;
- Alimentos para lactantes y niños de corta edad;
- Cacao, café, té, y sus derivados;
- Bebidas no alcohólicas, productos para prepararlas y productos congelados de las mismas;
- Para regímenes especiales de alimentación;
- Cereales y productos de estos y harinas de leguminosas; Edulcorantes nutritivos y sus derivados;
- Condimentos y aderezos;
- Alimentos preparados;
- Bebidas alcohólicas;
- Tabaco;
- Medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas;
- Sustancias tóxicas;
- Perfumería, belleza y aseo;
- Fuentes de radiación, y
- Los contemplados en el capítulo VIII del título décimo segundo de la Ley General de Salud.

d) Los vehículos

- destinados al transporte de gas licuado de petróleo (L.P.) y otros gases industriales de alta peligrosidad;
- los destinados al transporte de los productos a que se refiere la fracción III de este artículo, y
- transporte federal de pasajeros.

e) Los sistemas de abastecimiento de agua y equipos domésticos de purificación de la misma.

Dentro de las facultades y obligaciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios se encuentran revocar autorizaciones y certificados sanitarios relativos a las actividades, servicios, establecimientos y productos de su competencia conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en el Reglamento; también le corresponde la aplicación de sanciones.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y

Servicios tiene varias disposiciones derogadas. Al entrar en vigor el Reglamento de Insumos para la Salud el 4 de febrero de 1998, derogó diversas disposiciones relacionadas con insumos médicos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas del reglamento en comento. De igual forma, al entrar en vigor el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios el 9 de agosto de 1999, se eliminaron diversas disposiciones del reglamento ya citado. El 28 de diciembre del 2004 fue publicado en el *DOF* el Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación y Exportación y Certificados de Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materiales Tóxicos o Peligrosos, derogando las disposiciones que se opongan al citado reglamento, entre ellas las previstas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Contra actos y resoluciones de las autoridades sanitarias, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad.

H. *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos*

Este reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de febrero de 1985. Su objeto es proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos con fines terapéuticos, de investigación y de docencia.

Su aplicación compete, de acuerdo con su artículo 3o., a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en términos de los acuerdos de coordinación que suscriban.

Le corresponde a la Secretaría de Salud la expedición y revocación de licencias sanitarias a establecimientos que realicen actos de disposición de órganos, tejidos y células humanas, conforme a los procedimientos y requisitos establecidos en la Ley.

También le corresponde lo relativo a los avisos relacionados con los establecimientos mencionados, la vigilancia, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, a los establecimientos mencionados que incumplan las disposiciones en esta materia, contenidos en la Ley General de Salud y en este Reglamento.

Contra actos y resoluciones de la Secretaría (de Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), que con motivo de la aplicación de este Reglamento den fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad, y su tramitación se ajustará al capítulo IV del título décimo octavo de la Ley.

I. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco

Este instrumento se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 31 de mayo de 2009. Su objeto es reglamentar la Ley General para el Control del Tabaco. Su aplicación corresponde a la Secretaría, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que al efecto se suscriban, según el artículo 3o. del reglamento en comento.

En el citado Reglamento se regula lo concerniente a la fabricación e importación; las licencias sanitarias de establecimientos; el permiso sanitario previo de importación, el empaquetado y etiquetado, la publicidad y promoción; la venta de productos de tabaco; la protección contra la exposición de humo de tabaco, y la vigilancia sanitaria, medidas de seguridad y sanciones.

El Reglamento hace mención explícita de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en diez ocasiones en los artículos 1o., fracción III; 16, 19, 24, 27 y 80. En el artículo primero del reglamento se encuentran las definiciones, y se establece en la fracción III que por Cofepris se entenderá la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. En los artículos 16, 19, 24 y 27 se alude a la Comisión Federal para

la Protección contra Riesgos Sanitarios, y se establece que esta es la autorizada para otorgar licencias sanitarias a los productores, fabricantes e importadores de productos del tabaco, así como los permisos sanitarios previos de importación de productos de tabaco en sus distintas modalidades.

El artículo 80 establece la competencia de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para sancionar administrativamente las violaciones a los preceptos de la Ley General para el Control del Tabaco y de su Reglamento.

Sin embargo, cuando se refiere en el Reglamento a la atribución de la vigilancia sanitaria, medidas de seguridad y sanciones, se establece que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias; aunque en el artículo 80, ya referido, del reglamento en comento, se establece la atribución de la Cofepris para sancionar administrativamente las violaciones a los preceptos de la Ley General para el Control del Tabaco y de su Reglamento.

Además, en el artículo 5o. se establecen como atribuciones de la Secretaría de Salud, recibir y atender las denuncias o quejas que al efecto se interpongan por incumplimiento de la Ley; implementar los procedimientos de vigilancia y control sanitarios; imponer en el ámbito de su competencia las medidas de seguridad y las sanciones que al efecto se determinen por incumplimiento de la Ley, de su Reglamento y demás disposiciones aplicables; emitir y revocar las autorizaciones correspondientes a las que hace referencia la Ley, este Reglamento y demás disposiciones aplicables; todas, atribuciones de la Cofepris, conforme al artículo 17 bis de la Ley General de Salud.

Es de señalar que este reglamento sí hace referencia a medios de impugnación a favor de los particulares, y aunque no menciona ninguno explícitamente, remite a la Ley General de Salud.

J. *Reglamento en Materia de Registros, Autorizaciones de Importación, Exportación de Plaguicidas, Nutrientes Vegetales y Sustancias y Materias Tóxicas o Peligrosas*

Este reglamento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 28 de diciembre de 2004. Su objeto es reglamentar los requisitos y procedimientos conforme a los cuales la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, ejercerán las atribuciones que les confieren los ordenamientos legales en materia de registros, autorizaciones de importación y exportación y certificados de exportación, de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias y materiales tóxicos o peligrosos.

Este reglamento es muy claro en cuanto que regula las atribuciones de la Secretaría de Salud que se realizan a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Establece que su aplicación corresponde a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a la Semarnat y a la Sagarpa, y delimita claramente las atribuciones de cada una de ellas.

Así, compete a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios:

- autorizar el registro y expedir certificados de libre venta y exportación de plaguicidas y nutrientes vegetales,
- otorgar permisos de importación de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas o peligrosas, previo análisis, evaluación y dictamen de la información técnica, toxicológica y de seguridad correspondiente

A la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales le corresponde:

- emitir opinión técnica respecto de la protección del ambiente en los casos que establece el Reglamento, previo análisis y evaluación de la información técnica y ecotoxicológica,

- autorizar la importación y exportación de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias y materiales tóxicos o peligrosos;

A la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación le corresponde:

- emitir opinión técnica sobre la efectividad biológica de plaguicidas y nutrientes vegetales y sobre los aspectos fitosanitarios de los límites máximos de residuos de plaguicidas, en los casos que establece el Reglamento.

Estas tres dependencias están facultadas para emitir criterios de carácter técnico para el cumplimiento de este Reglamento.

K. *Reglamento de la Ley de la Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados*

Este ordenamiento fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 19 de marzo de 2008, y tiene por objeto reglamentar la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados, a fin de proveer a su exacta observancia. Las secretarías competentes para la aplicación de este Reglamento son la Semarnat y la Sagarpa; sin embargo, en él se mencionan algunas atribuciones de la Cofepris, aunque no hace referencia explícitamente a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, sino a la Secretaría de Salud.

Conforme al artículo 16, fracción VII, un requisito para la liberación experimental al ambiente de los organismos genéticamente modificados es el número de autorización expedida por la Secretaría de Salud cuando el organismo genéticamente modificado tenga finalidades de salud pública o se destine a la biorremediación. Asimismo, para el permiso de liberación al ambiente de organismos genéticamente modificados en programas pilotos se requiere el número de autorización expedida por la Secretaría de Salud, cuando el organismo genéticamente modificado se destine para uso o consumo humano, o se destine a procesa-

miento de alimentos para consumo humano, o tenga finalidades de salud pública o se destine a la biorremediación, conforme a la fracción VII del artículo 17 del Reglamento en comento.

En los casos en que sea necesaria la autorización de la Secretaría de Salud, y no se haya expedido, se prorrogará el plazo de las secretarías competentes para resolver sobre el permiso hasta después de la obtención de la autorización correspondiente de la Secretaría de Salud.

El impacto directo de este Reglamento en las atribuciones de la Secretaría de Salud se observa en varios artículos. En los artículos del 23 al 31 se establece el procedimiento que debe realizar la Secretaría de Salud para otorgar las autorizaciones, incluidas las de importación, que le competen en materia de organismos genéticamente modificados.

Se contempla el recurso de reconsideración, y se establece el procedimiento del mismo, en caso de una resolución negativa por parte de la Secretaría de Salud, a otorgar la autorización correspondiente, así como la obligación de la Secretaría de Salud de informar a la secretaría competente de la resolución recaída a tal recurso.

Se establece la competencia concurrente de la Semarnat, la Sagarpa y la Secretaría de Salud, para expedir las listas de organismos genéticamente modificados.

Las autorizaciones sanitarias referidas en este Reglamento que competen a la Secretaría de Salud son atribuciones de la Cofepris, conforme al artículo 17 bis, que establece como materia competente de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios los productos biotecnológicos. Así, este Reglamento determina que la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios debe realizar ese acto de autoridad de expedición o la negativa de expedición de autorizaciones sanitarias en materia de organismos genéticamente modificados (procedimiento), así como los requisitos requeridos para la expedición.

Además, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es la autoridad que lleva a cabo la evaluación de

riesgos caso por caso y conforme a protocolos reconocidos, en donde se determina la inocuidad de los organismos genéticamente modificados y sus productos para el consumo humano.

Por último, no debemos ser omisos para destacar que este complejo sistema de atribuciones o facultades se complementa con diversas disposiciones legales de índole inferior, como son decretos, acuerdos, manuales, circulares, NOM, Nomex, doctrina médica, etcétera.