

5. La salud	215
A. Salud prehispánica y colonial	215
B. Compromiso de México ante la Organización Mundial de la Salud	220
C. Derecho constitucional a la salud	221
D. Sector Salud	222
E. Ley General de Salud	223
F. Sistema Nacional de Salud y características de sus servicios	224
G. Financiamiento de los servicios de salud	225
H. Correlación entre salud y pobreza	226
I. Zonas de pobreza detectadas en México	227
J. La prestación de servicios a los grupos que más lo necesitan	228
K. Binomio salud-enfermedad	229
L. La seguridad social en México	233
M. El Sistema de Ahorro para el Retiro	234
N. Reflexiones en torno a la salud	235

el cual tenía una visión optimista de los lugares alimentarios de la ciudad, y en parte tenía razón al afirmar :

al pasar una rápida revista mental por las potencialidades gastronómicas especializadas de nuestra ciudad, me aparecía, de pronto patente su importancia, su magnitud, su universalidad y la bendición que representa, a pesar de todos nuestros retobos contra el gobierno, el hecho de que habitemos un punto singular y privilegiado del planeta en el que el chino, el árabe, y el español, y el polaco, y el rumano, y el francés, y el yankee, coman todos a su placer, y a nadie le falte, ni muera nadie de hambre; y en donde si alimentarse en lugares caros es concomitantemente oneroso, es también cumplidamente posible hacerlo en restaurantes y fondas modestas.²¹⁵

La historia de la humanidad es la historia del comer, desde la manzana. Muchos no se fijan en ello de tan obvio que es. Una compilación absoluta sobre las costumbres nutritivas de los pueblos del mundo arrojaría una luz más objetiva para comprender a la humanidad más que la mayoría de los tratados convencionales.²¹⁶

Para terminar con este título, podríamos advertir que en el mundo alimentario, la poca comida daña y el exceso sobrepesa, al gordo rico le angustia perder su capital, y el famélico indigente aun sin dinero ríe aunque desnutrido esté en razón de su bolsillo.

¿Cómo alcanzar equilibrio en esta realidad social?, donde existen dos formas de vida, para reflexionar acerca del punto del alimento y el mundo, de la dieta forzada a la forzosa. No aislar ni por un segundo tres conceptos que son claves: ¡Salud, felicidad y justicia social en este mundo!

5. LA SALUD

A. *Salud prehispánica y colonial*

La medicina en el México prehispánico tuvo gran desarrollo como lo atestiguan los textos que han persistido y las crónicas de los conquistadores y evangelizadores más antiguos. Pero hablar de medicina indígena implica

215 Novo, Salvador, *Nueva Grandeza Mexicana*, Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1948, p. 30.

216 Cepeda, Luis, "Gusto de Reyes", en *Comiendo con Reyes. Homenaje a Alfonso Reyes*, México, Editorial Posada, 1986, p. 42.

hablar de las enfermedades que padecían, de los sistemas terapéuticos que utilizaban y de los médicos o poseedores de dichos conocimientos.²¹⁷

El contenido místico y herbolario representado en Tláloc, Tlazohtéotl y Tzapotlatena de nuestra historia prehispánica, cambió por la también mística y rudimentaria medicina del siglo XVI. Los hospitales fueron vectores de la colonización española, como las escuelas y las iglesias.²¹⁸

En el siglo XVI y por interés particular de la Corona Española, de los misioneros y de las autoridades virreinales, se recogieron de los sabios indígenas los conocimientos acerca de los productos naturales y de su influencia sobre el organismo humano.

En la capital de la Nueva España, en 1612, los cabildos utilizaron los cuerpos de policía médica y expidieron las ordenanzas de policía, para el control sanitario de las poblaciones. Severas penas fueron establecidas para quien atentaba contra la limpieza y el saneamiento de la ciudad. Al depender de los cabildos, la acción sanitaria no estaba sujeta al gobierno central, a diferencia de Francia e Inglaterra que lo habían centralizado.

En 1628, se fundó el Protomedicato, que fue el primer intento de ordenar medidas de sanidad. La Real Junta de Medicina con carácter de tribunal, de destierro y multa a los que ejercían la medicina sin licencia, señalaba los textos autorizados y examinaba a los que la querían ejercer. Tenía dentro de sus funciones impedir contagios, cumplir cuarentenas, la exacta aplicación de los cordones sanitarios y recluir en los Lazaretos a los enfermos.

Una vez consumada la Independencia, en 1825, se incrementó la actividad jurídica en el área de salud; así, el Bando de Policía y Buen Gobierno se ocupó de la limpieza urbana, manejo de alimentos, algarabía, desorden público y convivencia con animales, sin embargo, más que prácticas son formalismos jurídicos.

La fe cristiana y su actividad hospitalaria hizo crisis en 1831, durante la primera República Federal con la supresión del Protomedicato. Un par de años después, Valentín Gómez Farías, asesorado por el Doctor Mora, clausuró la Universidad Nacional y Pontificia de la Escuela de Cirujía, obra que rehace Antonio López de Santana al restablecer las universidades que existían antes de esta reforma, ordenando al Colegio de Medicina que entregara a las monjas de la Nueva España, de Santa María de Guadalupe, todo el

217 Anzures y Bolaños, María del Carmen, *La medicina tradicional en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1983, p. 17.

218 Mateos Cándano, Manuel, "El derecho a la salud", en *Los desafíos del desarrollo social*, México, El Día en libros, 1989, p. 159.

material utilizado en la enseñanza. Más tarde, Maximiliano de Habsburgo hizo resurgir el interés por la salud y los hospitales. El Consejo General de Beneficencia y el Consejo de Salubridad entraron en funcionamiento a través de la policía.

El presidente Juárez tomó el control del Estado. Sin una acción unificada en materia de salud, el poder se encontraba disperso en los gobiernos locales sobre el central, pero no pudo nacionalizar los edificios destinados a la beneficencia. Las Leyes de Reforma en lo referente al aspecto médico, señalaron dos transformaciones de capital importancia: la secularización de los cementerios y las regulaciones aplicadas a las inhumaciones —julio de 1859—, en ellas se establecieron el manejo de los restos humanos, lo que vendría a dar paso a los estudios patológicos en cadáveres descuidados en aquel tiempo; y estableciendo con ello principios de higiene pública, reiterando prohibiciones para sepultar en los templos. Año y medio más tarde habría de decretarse la secularización de los hospitales y establecimientos de beneficencia, publicándose la ley respectiva el 2 de febrero de 1861.

Nueve años después, Lerdo de Tejada enfrenta al poder del clero personificado en las Hermanas de la Caridad y las expulsa de todos los hospitales del país. Lo que provocó que surgieran fundaciones médico hospitalarias como la Béistegui, la Filantrópica Mexicana, la francesa, la española y la inglesa, de esta manera, la medicina privada promovida por el Estado cobró un inusitado auge.

En 1872 se aprobó el Consejo Superior de Salubridad por la Secretaría de Gobernación y la Dirección de Beneficencia Privada incorporó los hospitales previamente expropiados al clero. El primer código sanitario fue expedido por el Consejo Superior de Salubridad, en la dictadura porfirista, que continuó una política más definida.

En suma, se podría decir que en una primera etapa hay una participación tangencial del Gobierno Federal en los servicios de atención médica. No existe articulación de un sistema nacional, ni el Estado se responsabiliza con un criterio de universalidad.

De acuerdo a la Constitución de 1857 la salubridad no era competencia de la Federación, y da la responsabilidad a los estados y municipios, sólo llevaba a cabo programas epidemiológicos en fronteras y puertos. En 1908, se modificó la Constitución Política para responsabilizar a los Poderes de la Unión de la salubridad general de la República.

La salud es uno de los valores más importantes que integran la riqueza de los países. De la salud física y mental de sus hombres y mujeres, dependerá la energía con que se enfrenten sus problemas.

De una adecuada instrumentación jurídica y una oportuna prestación de los servicios de salud a la población, dependerá que su salud sea protegida y, en ocasiones, salvada la vida misma. Como todo valor humano es menester preservarlo y enriquecerlo colectivamente, con la participación del Estado y sus organismos públicos y privados.

El problema sanitario de la nación fue objeto de vivo interés en el Constituyente de Querétaro, estableciendo desde 1917 las bases para el sistema jurídico mexicano de salud.

En nuestra Carta Magna, además de las disposiciones contenidas en el artículo 73 sobre salubridad general, en el artículo 123 definió, dentro de las garantías laborales y de seguridad social, el derecho de los trabajadores subordinados a la protección por riesgos de trabajo.

En las últimas décadas ha habido una mejora permanente y radical. Entre los logros más espectaculares figuran los avances que han registrado los regímenes de seguridad social por lo que hace a los servicios de salud. La política social ha llevado a que los servicios de salud alcancen a la población abierta que no es amparada por los sistemas de seguridad social, a través de los programas asistenciales que lleva a cabo el gobierno de la República.

La innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la productividad y de la producción, es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan la justicia social.

En el contexto integral de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el derecho a la protección de la salud constituye, ahora, uno de los elementos primordiales para alcanzar la justicia social. La salud es uno de los ingredientes fundamentales para que los mexicanos no sólo accedan a los mínimos de bienestar social, sino para que se sumen con éxito a los quehaceres del desenvolvimiento nacional.²¹⁹

Los mandatos contenidos en la Constitución de 1917, por lo que se refiere a las relaciones entre el capital y el trabajo, a la garantía de asociación profesional, a la jornada máxima, al salario mínimo, al descanso obligatorio, a la prohibición del trabajo a menores y a las limitaciones del trabajo de las

219 Soberón, Guillermo y Cuauhtémoc Valdés Olmedo, "Crisis y salud: estrategias de solución", en *Los desafíos del desarrollo social*, México, El Día en libros, 1989, p. 121.

mujeres, así como a la higiene en las fábricas, a la indemnización por riesgos profesionales y a las prestaciones sociales en favor de los obreros y a cargo de los patrones, constituyen el marco jurídico del sistema mexicano de seguridad social.²²⁰

El Constituyente de 1917 abordó el tema de la salud de manera tangencial, sólo en relación con la higiene y salubridad en los centros de trabajo, de acuerdo al artículo 123, fracciones XIV y XV:

XIV.- Los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

XV.- El patrono estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores la mayor garantía compatible con la naturaleza de la negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes.²²¹

Como se puede inferir, no se trata de un derecho a la salud ni siquiera elemental, sino apenas de una protección inicial contra el riesgo de trabajo o profesional, que en su momento resultó avanzado y fue la base de los amplios sistemas de seguridad social que se fueron desarrollando en el país.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 25, primer párrafo:

Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral, 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 libertad y la dignidad de los individuos, grupos y clases sociales, cuya seguridad protege esta Constitución.²²²

220 Morones Prieto, Ignacio, *Tesis mexicanas de seguridad social*, México, Centro de Documentación del IMSS, 1970, p. 23.

221 *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, texto original, vigente y de sus reformas, Puebla, Editorial Cajica, 1994, pp. 248 y 259.

222 *Ibid.*, p. 61.

En este artículo se establece que corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional, al estar comprendido dentro del capítulo de derechos públicos fundamentales, confiar al Estado la responsabilidad y el deber frente al individuo en particular, grupos o clases, de garantizarles un desarrollo social integral, que fortalezca a la nación, a su régimen democrático, un crecimiento económico, el pleno empleo y una justa distribución del ingreso y la riqueza.²²³

El otorgamiento de esa nueva garantía social confía a los poderes públicos la responsabilidad de adoptar las medidas indispensables para que se avance con celeridad en su proceso de cumplimiento. La naturaleza programática del derecho a la protección de la salud es un lineamiento del poder revisor que no puede ser desatendido por el Estado cuando programa su actividad y asigna sus recursos.

El Estado, por ello, ha actuado en consecuencia. El Plan Nacional de Desarrollo ha señalado que la salud es una de las prioridades del desarrollo social:

La salud no sólo es un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, ni acrecentar, ni restaurar sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular. En ese terreno, la libertad individual halla espacio muy amplio para sustraerse de normas tutelares y para hacer ineficaces dispositivos burocráticos.²²⁴

B. *Compromiso de México ante la Organización Mundial de la Salud*

México procura ser congruente con el compromiso contraído ante la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata en 1979,²²⁵ en relación a la salud para todos en el año 2000, con base en la atención primaria. El proceso para impulsar y seguir de cerca los avances locales y regionales de este compromiso, se lleva a cabo con base en un esquema específico de evaluación. Así, la OMS define la evaluación como un medio sistemático formado por una serie ordenada de acciones vinculadas entre sí, y tiene como propósito mejorar la programación y orientación de los recursos.

223 Polo Bernal, Efraín, *Breviario de garantías constitucionales*, México, Porrúa, 1993, p. 242.

224 H. Cámara de Diputados, Ley General de Salud. Exposición de motivos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984, p. 9.

225 Organización Internacional del Trabajo, *La seguridad social en la perspectiva del año 2000*, Alma Ata, Rusia, 1979, p. 126.

La evaluación comprende el cotejo entre lo programado y lo realizado, ponderar la efectividad de la acción del Estado y la eficiencia en el empleo de los recursos, con la intención de realimentar el proceso de planeación y, en última instancia, modificar la realidad y mejorar las condiciones de salud de la población.

El proceso de planeación es, entonces, un ciclo en que se pone de manifiesto la importancia de vincular las necesidades del desarrollo nacional en materia de salud, con la realización de acciones para elevar el nivel de bienestar de la población. Representa una forma de buscar los medios que permitan establecer los recursos necesarios para satisfacer las necesidades y orientar los esfuerzos. El reto para contar con una planeación provechosa consiste en fincar, de común acuerdo, los patrones que permitan indicar a qué fines y en qué medida se debe avanzar en la conformación y consolidación en un sistema nacional de salud.²²⁶

C. Derecho constitucional a la salud

La innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la productividad y de la producción, es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan la justicia social.

La actual legislación se ocupa ya de cuestiones que inicialmente no eran contempladas por la norma sanitaria, como son: la prevención de invalidez y la rehabilitación de inválidos, disposición de órganos, tejidos y cadáveres; control de alimentos, bebidas y medicamentos, estupefacientes y sicotrópicos; protección de la salud de la niñez y de los ancianos; mejoramiento y cuidado del medio ambiente.

El derecho del hombre a la salud fue introducido a nuestra Constitución por la reforma del 3 de enero de 1983, que establece en el penúltimo párrafo del artículo 4°:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubri-

226 Soberón Acevedo, Guillermo, *La protección de la salud en México (1986-1988)*, vol. II, México, Porrúa, 1988, p. 89.

dad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.²²⁷

Esta reforma tuvo como propósito revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha llevado a que la Federación tome responsabilidades que pertenecen por su naturaleza a las jurisdicciones local y municipal. La ley sanitaria ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general que concibió el Constituyente de Querétaro, y con los convenios de servicios coordinados de salud pública tradicionales prácticamente se ha liquidado el carácter concurrente de la materia sanitaria.

Para el acceso a los servicios de salud: una ley reglamentaria definirá las bases y modalidades de ese acceso para que se tengan en cuenta las características de los distintos regímenes de seguridad social, que se fundan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso; de los sistemas de solidaridad social, que usan recursos fiscales, la cooperación comunitaria y la colaboración institucional, y de los sistemas de asistencia, que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado

Este derecho, reconocido en la Constitución, tiene según Efraín Polo,

un contenido de derecho subjetivo público, que implica un deber para el Estado y no una mera pretensión ética que demanda el particular, quien tiene la potestad de su exigencia, y más, cuando el derecho a la salud y la continuación de su tratamiento que demandó se le estaba otorgando y lo demandó porque le fue interrumpido.²²⁸

D. Sector Salud

A efecto de implantar el Sistema Nacional de Salud y de formular un Programa Nacional de Salud, se constituyó en México a partir de 1982, el Sector Salud.

Este sector quedó formado por diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud en el país, como son el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y el Departamento del Distrito Federal, todos bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Lo integran, además, otros organismos y dependencias: los institutos nacionales de salud dependientes de la propia secretaría,

²²⁷ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Secretaría de Gobernación, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1994, p. 6.

²²⁸ Polo Bernal, Efraín, *op. cit.*, p. 78.

que son: el de Cancerología, Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Pediatría, Perinatología, el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Hospital Infantil de México, que juntos constituyen un subsector, y el subsector de asistencia social que incluye el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), y otros componentes: dos hospitales generales y el Patronato de la Asistencia Privada.²²⁹

Entre los objetivos que persigue el Sector Salud mexicano se pueden mencionar: integrar a las instituciones de salud, que estaban tradicionalmente dispersas; promover la programación integral; propiciar la autonomía técnica y organizativa de los integrantes del sector; concertar e inducir a los sectores social y privado; lograr la disponibilidad oportuna del material y equipo necesario en una infraestructura.

El Sistema Nacional de Salud ha adoptado como programas de acción los siguientes: atención médica, atención materno infantil, salud mental, prevención y control de enfermedades, educación para la salud, nutrición, salud ocupacional, lucha contra adicciones, salud ambiental, saneamiento básico, control sanitario, planificación familiar y asistencia social.

El Sistema Nacional de Salud tiene así dos orientaciones generales: la primera consiste en ampliar la cobertura de los servicios, dando prioridad a los núcleos rurales y a los urbanos desprotegidos, armonizando los programas del gobierno federal, de los gobiernos estatales y de los sectores público y privado. La segunda, en elevar la calidad de los servicios a un mínimo satisfactorio. El consenso mundial en relación con la calidad de los servicios médicos establece que debe darse prioridad a la atención médica de los problemas de salud más frecuentes, incrementando al máximo posible las acciones médico preventivas y de salud pública.

E. *Ley General de Salud*

La Ley General de Salud fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984 y modificada el 14 de junio de 1991, fijó las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud: a fin de dar impulso a la efectividad de la nueva garantía social, se sistematizan las bases legales del Sistema Nacional de Salud, se clarifica la distribución de

²²⁹ Álvarez Alva, Rafael, *Salud pública y medicina preventiva*, México, Editorial El Manual Moderno, 1993, pp. 67 y 68.

competencias entre dependencias federales que inciden, así sea indirectamente, en el ámbito de la salud; se moderniza la legislación sanitaria, se señalan mecanismos para que los sectores social y privado contribuyan al mejoramiento de la salud y se avanza en el proceso de nacionalización de su regulación.

En materia de salud ocupacional, se distinguen con claridad las competencias entre las Secretarías del Trabajo y Previsión Social y la hoy denominada Secretaría de Salud, dándole a ésta la facultad de establecer normas técnicas y ejercer el control sanitario sobre los establecimientos en que se desarrollen actividades ocupacionales que no estén sujetas al apartado A del artículo 123 constitucional, y que por ser parte de la previsión social corresponde a la autoridad laboral.²³⁰

F. Sistema Nacional de Salud y características de sus servicios

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 señala el hecho de que la seguridad social hace integral el propósito de atender el bienestar de los trabajadores y sus familias en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación, al tiempo que cuenta con medios para proteger su poder adquisitivo y garantizar apoyos financieros y en casos de enfermedad, accidentes de trabajo, jubilación, cesantía y muerte.

El propósito general de la política de salud, asistencia y seguridad social que se incluye en el Programa Nacional de Salud pretende

impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestaciones oportunos, eficaces, equitativos y humanitarios, que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio eficaz para asegurar los recursos necesarios.²³¹

En el Sistema Nacional de Salud se proporcionan servicios de atención médica, salud pública y asistencia así como seguridad social, a través de tres tipos de instituciones. Las públicas, que atienden a la población en general o población abierta, y las de seguridad social, que cubren asegurados y derechohabientes, y las que prestan servicios sociales y privados.

²³⁰ Exposición de Motivos de la Ley de Salud, presentada ante la H. Cámara de Diputados, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, pp. 11 y 16.

²³¹ Narro Robles, José, *La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI*, México, Fondo de Cultura Económica, 1993, p. 19.

Los servicios de salud son 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.

Los servicios de salud, en atención a los prestadores de los mismos, se clasifican en servicios públicos a la población en general; servicios a asegurados y derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria

G. Financiamiento de los servicios de salud

Cada uno de los servicios de salud referidos: a población abierta, a población asegurada y derechohabiente, a población que acude a servicios privados, o a población atendida por asociaciones y organizaciones sociales, tiene su propio esquema de financiamiento.

El financiamiento de servicios a población abierta, se cumple a través de las aportaciones del gobierno federal (más del 80% en promedio) y de los gobiernos de los estados que financian a las instituciones que atienden a la población abierta como la Secretaría de Salud, el Programa IMSS-Solidaridad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, y los gobiernos en donde se han descentralizado los servicios, así como el Departamento del Distrito Federal.

Estos servicios incluyen también el esquema de cuotas de recuperación, que se aplica con un criterio diferencial de acuerdo con la capacidad económica del usuario de los servicios, llegándose dentro de los rangos definidos a la exención de cuotas. De esta manera se incorpora la posibilidad, que no la obligación, de la gratuidad de los servicios.

El financiamiento de servicios a población asegurada y derechohabiente tiene fundamentalmente dos esquemas de financiamiento: el régimen de seguridad social para los trabajadores al servicio del gobierno federal administrado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, que se financia con las cuotas que sobre el salario devengado aportan los trabajadores las dependencias, las entidades públicas y los empleadores; también se aplica a similares institutos de seguridad social para empleados de gobierno de los demás estados.

El régimen de seguridad social destinado a la población que se encuentra vinculada por relaciones formales de trabajo en empresas del sector

privado y en algunas del sector social, está administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y se financia con las cuotas que sobre el salario integrado aportan los trabajadores, los empleadores y el gobierno federal.

El financiamiento de los servicios privados se rige por las leyes del mercado; se compran servicios particulares que están a disposición de la población que los demanda y que tiene capacidad para pagarlos. También operan en el país compañías de seguros que ofrecen los seguros de gastos médicos.

Sin embargo, existen personas que teniendo derecho a los servicios de seguridad social o que pueden ser atendidas por instituciones para la población abierta, recurren a la medicina privada.

Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados o sociales se rigen por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca la Ley General de Salud a ese respecto

H. Correlación entre salud y pobreza

En México existen los fundamentos constitucionales para la protección de la salud, así como la reglamentación para su cumplimiento. Sin embargo, de los cuarenta millones de mexicanos que viven en condiciones de pobreza, de los cuales 14 se encuentran en pobreza extrema, no todos tienen acceso a la infraestructura que proteja su salud. Por ello, es preciso, con fundamento en nuestra ley vigente en el rubro de salud, estructurar programas lo suficientemente duraderos en el tiempo y flexibles en las necesidades de aplicación para que efectivamente estén en un programa de salud todos los mexicanos sin importar el grado de participación laboral o económica dentro de la sociedad.

En los países con desarrollo insuficiente que se caracterizan por su desigualdad, se encuentra presente un patrón que reúne elementos propios de la patología de las naciones industrializadas y elementos propios de la patología del subdesarrollo. En ellos, el reducido y desigual ingreso, la desnutrición, el deterioro ambiental y los bajos niveles de cultura, conspiran en contra de la salud, por eso son dramáticas las diferencias que se dan entre quienes tienen y quienes carecen, entre los que están protegidos por la seguridad social y los que no tienen este beneficio, entre los que habitan en las ciudades y los que viven en la zona rural.

De la misma manera, el cotejo de los indicadores de salud en los países desarrollados o los de menor desarrollo, permite ver que la desigualdad también campea en la comunidad internacional, con perfiles asimismo dramáticos en los extremos de la escala del desarrollo. Es preciso borrar esos abismos de riqueza y pobreza, que equivalen a decir “de salud y enfermedad”, si hemos de proyectarnos hacia una sociedad más justa y hacia un concierto internacional más armonioso.²³²

I. Zonas de pobreza detectadas en México

La salud de una población depende de la satisfacción de sus necesidades esenciales, del acceso y distribución de dichos elementos en la clase social, y ésta se define por el lugar que ocupa en el sistema productivo.

Los diversos grupos que componen una población se enfrentan de diferentes maneras a los riesgos de la muerte, enfermedad e incapacidad. La salud, como proceso social e histórico no es homogéneo para una población diferenciada en sectores socioeconómicos diversos. Las necesidades esenciales de salud sólo pueden ser definidas racionalmente, tomando en cuenta lo anterior y considerando que la satisfacción de las mismas únicamente puede ocurrir en una sociedad que pretenda abatir las profundas diferencias sociales y económicas de los grupos que la integran.

Para ello, la primera condición es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuados, un nivel mínimo de educación, empleo digno, salario remunerador y alimentación suficiente y balanceada; condiciones sin las cuales el nivel de educación y la calidad de vida de la población no puede mejorar, como se hace evidente en las enfermedades y mortalidad de los países carentes de crecimiento económico que no generan empleo.

En la República Mexicana, las zonas que carecen de las óptimas condiciones de salud, y por consiguiente presentan pobreza extrema, son los estados del sur, centro y sureste, en condiciones menos favorables que las del norte y del Valle de México; cabe destacar que carecen de óptimas condiciones de salud Chiapas, Oaxaca y Guerrero, como estados que se encuentran en peores condiciones. En contraposición están los estados industriales del norte como: Baja California, Sonora, Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas, Jalisco, el Estado de México y el Distrito Federal.

232 Soberón Acevedo, Guillermo, *op. cit.*, p. 112.

Diversos documentos de la OMS/OPS señalan, como problema recurrente, el desconocimiento de las necesidades de salud de la población y, en consecuencia, el desarrollo de servicios incongruentes con tales necesidades. Para resolverlo, se proponen varios modelos, cuyo elemento común es el establecimiento de un sistema de salud único, que contaría con servicios estructurados por niveles y regiones, que permitan un eficiente manejo económico de los recursos y que descentralicen la responsabilidad de tomar decisiones, además es preciso instrumentar sistemas adecuados de información de salud que ofrezcan oportunamente indicadores para la evaluación de los servicios, presupuestos y programas.

Aun en condiciones sociales y ambientales óptimas, el proceso de maduración y envejecimiento conlleva la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. El énfasis debe darse a los servicios de carácter preventivo como las inmunizaciones, el examen periódico a la población de alto riesgo, seguimiento y control del niño sano, de embarazadas y de enfermedades transmisibles. Los servicios personales deben contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar; especialidades y subespecialidades, enlazados con un sistema de referencia de pacientes.

J. La prestación de servicios a los grupos que más lo necesitan

La preservación de la salud y la prolongación de la vida, valen en cuanto permiten bienestar, eficiencia y capacidad de desarrollar acciones útiles al individuo y a la sociedad, dicho objetivo sólo se alcanza mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. Las funciones de la salud pública, y las áreas a las que se dirigen sus acciones son: el saneamiento del ambiente, el control de padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en cuanto a higiene personal, organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Es necesario conocer a la comunidad, sus intereses, sus necesidades de salud, sus problemas, así como investigar sus condiciones y los recursos disponibles para resolver o disminuir los problemas existentes, con ello se obtendrá una participación activa de la comunidad.

La mejor política contra la pobreza es la que efectivamente ayuda a individuos y grupos a adquirir o fortalecer capacidades básicas. La experiencia del Pronasol indica que se requiere una acción de política que

trascienda el ámbito de las instituciones, al menos para acercarse a las comunidades marginadas.

A pesar de que no se puede esperar a que Solidaridad por sí solo satisfaga los requisitos de una política social comprensiva, la acción a que da lugar, por ser multidisciplinario, será, en muchos casos, la primera en materia de infraestructura social (educación y salud), como es el caso de IMSS-Solidaridad.

La satisfacción de las necesidades de salud de la población sólo se pueden alcanzar mediante la atenuación del enfrentamiento desigual a los daños a la salud, lo que supone la satisfacción de las otras necesidades esenciales y el acceso universal de la población a la totalidad de los servicios personales y colectivos en un sistema nacional de salud único, donde la población participe activamente en el autocuidado de la salud.

La salud y la enfermedad conforman un dinámico proceso bio-psico-social que está determinado fundamentalmente por la estructura económica y las relaciones sociales. Al proceso de salud-enfermedad se enfrentan los grupos sociales de manera diferenciada. Así, en función de su posición en el proceso productivo, varían los riesgos de muerte, enfermedad e incapacidad. De acuerdo con esta concepción, la necesidad esencial en salud es atenuar el enfrentamiento diferencial de la población al proceso salud-enfermedad.

Los servicios médicos por sí solos tienen poco efecto en la salud global de la población media y en los indicadores de salud; no es aconsejable continuar con el tradicional modelo de atención médica para incidir positivamente en el proceso salud-enfermedad. Es preciso prevenir los daños contra la salud por medio de una estrategia basada en medidas sociales y ambientales, combinada con la adecuada atención médica que ofrezca las mayores posibilidades de mejorar la salud de la población.

K. Binomio salud-enfermedad

En las últimas décadas, se registran en México altas tasas de natalidad y bajas de mortalidad, la población total de México ha mostrado una tendencia acelerada de crecimiento. De esta manera tenemos que, mientras en 1950 ésta ascendía a 25 791 000 habitantes, cuarenta años después se multiplicó por un factor de más de tres, y alcanzó una cifra cercana a los 81 250 000 habitantes, con un crecimiento anual promedio, en la década anterior, de 2.8%, tal como se puede apreciar en el cuadro 17.

Cuadro 17. Población total de México 1950-1990
(miles) ²³³

<i>1950</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>
25 791	34 923	48 225	66 846	81 250

La natalidad en el país ha presentado una variación a la baja, dado que la tasa por mil habitantes era, en 1940, de 44.5%, mientras que en 1990 fue de 33.7%. No obstante, a pesar del cambio en las tasas a partir de la década de los sesenta, y en virtud del tamaño de la población, el número absoluto de nacimientos sigue incrementándose, como se observa a continuación en el cuadro 18:

Cuadro 18. Tasas brutas de natalidad, México 1940-1990 ²³⁴

<i>Año</i>	<i>Nacimientos</i>	
	<i>Número</i>	<i>Tasa</i>
1940	875 471	44.55
1950	1 174 947	45.56
1960	1 614 929	46.24
1970	2 150 977	42.43
1980	2 469 021	36.94
1990	2 734 000	33.70

Tasas por cada 1 000 habitantes

Respecto de la mortalidad general puede advertirse que el decremento ha sido mucho más acentuado. Para el lapso de 1940 a 1990, el descenso fue de casi 78%, ya que el indicador pasó de 23.3 por mil habitantes, a 5.2%. Por lo tanto, sí ha existido una estabilidad en el número de defunciones en el medio siglo. Como es lógico esperar, los próximos años no dejarán constancia de decrementos tan importantes como los alcanzados. Como se señala en el cuadro 19.

²³³ Instituto Nacional de estadística Geografía e Informática, *Censos Generales de Población*, VII, VIII, IX y XI.

²³⁴ Narro Robles, José, *op. cit.*, p. 31.

Cuadro 19. Tasas brutas de mortalidad, México 1940-1990 ²³⁵

<i>Año</i>	<i>Defunciones</i>	
	<i>Número</i>	<i>Tasa</i>
1940	458 906	23.30
1950	415 370	16.11
1960	396 119	11.34
1970	467 447	9.22
1980	428 985	6.42
1990	422 803	5.20

Tasa por cada 1 000 habitantes

En el país aún se padece el azote de enfermedades que reflejan los rezagos e inequidades existentes en la sociedad. La pobreza, caracterizada por deficiencias notables en la alimentación, el nivel educativo, el ingreso familiar, las condiciones sanitarias, la vivienda, el empleo y el acceso a los servicios de salud, todavía golpea a núcleos importantes de la población y contribuye a que parte de la patología perinatal, la influenza y las neumonías, las infecciones intestinales, los hechos violentos, las enfermedades carenciales, la tuberculosis y el sarampión, estén representados entre las veinte primeras causas de muerte.²³⁶

El doctor Narro Robles tomó de la Dirección General de Epidemiología el cuadro señalado por nosotros con el número 20 para sustentar su planteamiento.

En las zonas de pobreza, el sector salud ha enfocado sus programas y acciones para abatir las causas que generan dichos padecimientos. Para ello es necesario que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuado; un nivel mínimo de instrucción educativa, empleo digno y salario remunerador, y de alimentación suficiente y balanceada, condiciones sin las cuales el nivel de salud y calidad de vida de la población no puede mejorar, como está demostrado por la evolución de la mortalidad en los países desarrollados.

En igual forma, se precisa la extensión universal de los servicios no personales de salud, que incluyen todas las medidas de promoción de la salud y de prevención de los daños, en los cuales no se establece una relación personal bilateral con la población, como sería el caso de inmunizar a los

²³⁵ *Ibid.*, p. 32.²³⁶ *Ibid.*, p. 41.

menores mediante la aplicación de vacunas para prevenirlos de padecimientos que alteren su salud.

Cuadro 20. Las veinte principales causas de muerte en los Estados Unidos Mexicanos, en 1990

<i>Número de orden</i>	<i>Causa</i>	<i>Número de defunciones</i>	<i>Tasa</i>
1	Enfermedades del corazón	59 742	69.6
2	Tumores malignos	41 168	48.0
3	Accidentes	39 400	45.9
4	<i>Diabetes mellitus</i>	25 782	30.1
5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	23 063	26.9
6	Influenza y neumonía	22 205	25.9
7	Enfermedades infecciosas intestinales	22 196	25.9
8	Enfermedad cerebrovascular	19 760	23.0
9	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	17 902	20.9
10	Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	14 497	16.9
11	Deficiencias de la nutrición	11 788	13.7
12	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	9 629	11.2
13	Anomalias congénitas	8 969	10.5
14	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	8 269	9.6
15	Tuberculosis con todas formas	6 355	7.4
16	Sarampión	5 899	6.9
17	Anemias	4 475	5.2
18	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	3 066	3.6
19	Úlceras gástrica y duodenal	3 042	3.5
20	Septicemia	2 826	3.3
	Las demás causas	72 770	84.8
	<i>Total</i>	422 803	492.8

Tasa por 100 000 habitantes

La extensión universal de los servicios personales de salud constituye otra característica para preservar la salud, porque aún en condiciones sociales y ambientales óptimas, el proceso de maduración y envejecimiento conlleva la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. El énfasis debe darse fortaleciendo los servicios de carácter preventivo como las inmunizaciones, el examen periódico a población de alto riesgo, seguimiento y control del niño sano, de las embarazadas y de enfermedades transmisibles.

Abundando: en las zonas de pobreza, el Sector Salud ha enfocado sus estrategias para abatir las causas que generan dichos fenómenos sociales, con el fomento de elementales hábitos higiénicos, hasta la prevención vía vacunación, propiciando el conocimiento de las sustancias que componen una buena nutrición en beneficio de la población; sin embargo, el problema salud-pobreza persiste y en ocasiones rebasa el programa o supera el esfuerzo oficial y particular.

L. La seguridad social en México

El proceso que ha vivido la sociedad mexicana durante los últimos años ha tenido un solo propósito: promover el progreso social para mejorar así las condiciones de vida de todos los mexicanos, en particular las de aquellos grupos con quienes existe una histórica deuda social. Lo que se busca y pretende es alcanzar, entre otros objetivos, mayores niveles de salud.

El sistema de seguridad social de México es heterogéneo y complejo, y en él participan numerosas instituciones, la realidad es que debido a su peso específico, son dos las que lo describen y caracterizan mayormente: el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado. De hecho, entre las dos cubren 95% de la seguridad social que se presta en el país.²³⁷

En relación con ésta, nos advierte Ortiz Quezada:

el gasto en salud se ha recuperado y supera ya los niveles que tenía antes de la crisis económica, las estimaciones actuales para algunos oscilan entre 185 y 220 dólares *per cápita*, y consideran que México dedica ya entre el 4.82 y el 5.73% de su riqueza a la salud. Sin embargo, están muy por debajo de lo que se invierte en los países miembros de la OCDE a la cual hemos ingresado y también de lo que destinan en la actualidad Canadá 9.1% y Estados Unidos 14%; de esta

²³⁷ *Ibid.*, p. 8.

manera, México requiere mayor gasto en la salud para cubrir al 10% de la población que aún no recibe servicios médicos, la mayor parte indígenas de nuestro país que sufren de padecimientos ya superados por la ciencia médica y prácticamente desterrados de las naciones desarrolladas. Muertes a todas luces prevenibles que revelan un alto grado de injusticia social.²³⁸

No es nada más la pobreza de nuestro sector la causa de que nuestro sistema de salud esté enfermo. A tal patología contribuye la inequidad; los cinco estados más pobres de la República tienen el doble de mortalidad infantil, que las cinco entidades más ricas, y la mortalidad de Oaxaca es comparable a la de la India.

M. *El Sistema de Ahorro para el Retiro*

Este sistema representa la posibilidad efectiva, que ahora tienen los trabajadores mexicanos, de una jubilación más digna y significativa para nuestro país, para ello fue establecida la Ley de Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con objeto de establecer mecanismos, criterios y procedimientos para el funcionamiento de dicho sistema, así como proporcionar el soporte técnico necesario para su funcionamiento, operar los mecanismos de protección a los intereses de los trabajadores beneficiarios y efectuar la inspección y vigilancia de las instituciones, sociedades y entidades financieras que manejan los recursos.

La Ley del Seguro Social fue modificada por el decreto aparecido en el *Diario Oficial de la Federación* el 24 de febrero de 1992, donde se reforman e incorporan como adiciones diversas disposiciones de su ordenamiento legal, tomando en consideración la materia de seguridad social:

en la realidad, el sistema que se ha seguido es uno de reporte simple. Esto significa que lo que cotizan los trabajadores en activo se distribuye entre los que se han retirado. Este sistema funciona mejor para el caso de instituciones que incidan su proceso y en las cuales la población trabajadora es joven. De hecho actúa como una suerte de mecanismo de subsidio intergeneracional. Cuando se acumulan generaciones cuantitativamente importantes de pensionados, o cuando los trabajadores en activo no son jóvenes, si no se han constituido las reservas adecuadas los sistemas entran en un proceso de dificultades financieras.²³⁹

²³⁸ Ortiz Quezada, Federico, "Doctor, mañana no...", en *Salud pública en México*, periódico *Excelsior*, suplemento cultural El Búho, México, 25 de septiembre de 1994, p. 7.

²³⁹ *Ibid.*, p. 94.

El Sistema de Ahorro para el Retiro reúne las siguientes características: se presenta como un seguro adicional; a través de él se beneficia a todos los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE; permite que existan incorporaciones voluntarias al sistema, o que se puedan efectuar depósitos adicionales a los marcados por la ley; la cuota de este ramo del seguro es equivalente a 2% del salario base de cotización y queda a cargo del patrón, se eleva el límite superior del salario base de cotización a 25 salarios mínimos, lo que supera el previsto en la legislación, que era de diez veces; con los recursos del seguro del retiro, se abren cuentas individuales a nombre de cada uno de los trabajadores; en las instituciones de crédito del país, se incorpora a la cuenta la aportación que por concepto de Infonavit se debe hacer para cada trabajador. Esto significa que la cuenta en realidad recibe 7% del salario mensual; los fondos que se depositen en las cuentas, así como los intereses que generan, están exentos del impuesto sobre la renta.

N. Reflexiones en torno a la salud

El compromiso del Estado y la sociedad en su conjunto es respetar esa composición pluricultural de lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, ya establecidas y reconocidas en nuestra Carta Magna, y fortalecer los programas de salud entre la población y, en especial, en los grupos de pobreza y pobreza extrema.

Por conducto de la educación se extenderá el ejercicio democrático y, con ello, el mejoramiento económico, social y cultural del pueblo, fortaleciéndose los programas de salud, modificándose hábitos que propicien la higiene y la capacitación que prevengan accidentes, y entre la niñez, las condiciones para un adecuado crecimiento físico y mental, además de becas y ayudas para los estudiantes.

En el aspecto alimentario, es necesario difundir propiedades y posibilidades de hacer más variada nuestra dieta diaria, procurando la economía familiar al divulgar el consumo de alimentos olvidados por nuevas costumbres y que guardan un potencial importante en la mesa del mexicano.

La salud es un factor fundamental para toda la comunidad; es la vivencia de su progreso, o la testimonial de su atraso. La preservación de la salud es la premisa para emprender todas las actividades humanas, de ahí la importancia concedida en foros internacionales y programas nacionales; sin embargo, su ciclo vital involucra aspectos genéticos que necesariamente

plantean nuevos retos: surgen padecimientos endémicos para los que aún no hay medicamento y sólo la prevención puede impedir su proliferación, mediante una difusión cultural entre la población y la integración de acciones dispersas que permitan a la población una participación con iguales oportunidades en el progreso del país

No puede dejar de reconocerse que aún se aprecian graves carencias que no por antiguas son menos lacerantes: todavía no se alcanza el propósito de la plena cobertura; en algunas áreas existe un manejo dispendioso de recursos y una operación desarticulada; más aún, se advierte una dolorosa discriminación en el campo de la salud: la calidad de los servicios varía radicalmente de una institución a otra y de región en región.

La descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas que actúan en el campo de la salud, genera duplicidades, contradicciones, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de los mexicanos.

Esta descoordinación ha conducido a que todavía no se opere cabalmente, ni se cumpla con uno de los elementos primarios de cualquier sistema de salud: el cuadro básico de medicamentos. Tal carencia lleva al menoscabo de la economía de los ciudadanos y de las finanzas públicas, provoca el rezago de la industria farmacéutica nacional y la dependencia del exterior.

6. EL AMBIENTE

La Constitución Política de 1917 no soslayó la protección del ambiente. Los diputados constituyentes interpretaron el concepto de propiedad desde la perspectiva de una función social, lo introdujeron en el artículo 27 de la norma constitucional, y de esta manera permitieron a la nación condicionar la utilización de los recursos naturales al supremo interés definido por aquélla, al tiempo que dieron fundamento a los poderes públicos para imponer limitaciones al desarrollo de las vocaciones en aras de un desarrollo equilibrado.

Con este espectro legal fueron decretadas en México las primeras reservas de la biósfera: la Isla de Guadalupe y el Cazón del Diablo, el 27 de octubre de 1922 y el 14 de septiembre de 1937, respectivamente. Estas acciones se pueden considerar como los primeros antecedentes en materia ambiental. Después, con base en este mismo fundamento, el Congreso de