

## MESA DE DISCUSIÓN

### “ALCANCES Y RETOS DEL EJERCICIO EFECTIVO AL DERECHO A LA SALUD”

*Igor Rosette Valencia*  
*Dr. José Meljem Moctezuma*  
*Min. Fernando Franco González Salas*  
*Ing. Rolando Méndez Chayeb*

#### **Igor Rosette Valencia**

*Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico del IMSS*

Buenas tardes todos, en primer lugar quiero disculpar a Salomón Cher-torivski, quien avisó que no podría venir y me pidió que lo representara, está muy apenado por no haber podido asistir, pues como ex Secretario de Salud estaba muy entusiasmado de venir a moderar este panel. Sin embargo surgió un imprevisto en la Ciudad de México, pero está muy agradecido con el Doctor Meljem principalmente, por la invitación, y con el Doctor Onofre, y manda una disculpa a todos.

A mí me corresponde representarlo, y estoy muy agradecido por estar aquí, muy honrado de poder moderar este panel de lujo, que tiene unos integrantes también de lujo, y que en un momento me permitiré presentar.

El panel que vamos a tener se llama “Alcances y retos del ejercicio efectivo al derecho a la salud”. Es un tema muy discutido, pero también es un gran pendiente que tiene el Estado mexicano; el lograr este acceso efectivo.

Como preámbulo, les diría algunas líneas, nada más para situarnos en la cronología de lo que vamos a hablar, la Secretaría de Salud se crea en México hacia los años de 1938, pero es en realidad hacia 1942, que adquiere el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia, se crea como el organismo rector de la política pública de salud, y tuvieron que pasar prácticamente cuarenta años, para que en 1983 se consignara en la constitución política el derecho a la protección en salud. Antes de esto la salud se estipulaba de manera implícita, pero

fue hasta cuarenta años después, bajo el liderazgo del Doctor Soberrón, que se consigna como un derecho humano en la Constitución, el derecho a la protección.

Después de esto tuvieron que pasar prácticamente veinte años, en el año 2003, que se vuelve a modificar la ley de salud, para dar entrada al Seguro Popular, y garantizar este acceso que se había consignado veinte años atrás en el artículo cuarto constitucional.

Se garantiza a partir de la creación del Seguro Popular, que todos los mexicanos que no tengan seguridad social, o no tengan una institución en la cual se atienda la protección a la salud, deberían asistir al derecho que les daba el Seguro Popular, que principalmente fue una garantía de financiamiento, para garantizar el acceso a la protección en salud del resto de los mexicanos que no estaban, ni en el IMSS, ni en el ISSSTE, ni en otros sistemas de salud, como como el de las Fuerzas Armadas o el Sistema de salud de PEMEX.

Es así que el siguiente ciclo ya fue veinte años, y tuvieron que pasar después de esto otros nueve años, para que en 2012, se levantara la bandera de afiliación de todos los Estados de la República al Seguro Popular, fue en 2012 cuando se logra que todos los Estados tuvieran una bandera que indicaba que tenían el cien por ciento de afiliación de su población al Seguro Popular.

La mala noticia es que han sido muchos años los que han pasado en la historia de México, para llegar a un momento como en el que hoy estamos; la buena noticia es que cada vez los ciclos se van acortando y también estos ciclos de discusión y mejora del sistema.

Hoy en día tenemos un sistema de salud que tiene grandes avances, todas las estadísticas que tenemos a la mano nos indican que tenemos mejores condiciones de salud en la población, tenemos una esperanza de vida mucho más grande que la que teníamos hace diez años, hace veinte, treinta o cuarenta años.

Hemos continuado con esta búsqueda de garantizar el derecho efectivo al acceso a la salud, recientemente, hace un par de meses, tuvimos un evento en este mismo salón, en donde, en presencia del Presidente de la República, se firmaron convenios de intercambio de servicios entre todos los Estados con el Seguro Popular con el IMSS y con el ISSSTE, para continuar en este camino de garantizar que la gente tenga un acceso universal a la salud, se incluyeron una lista más grande de padecimientos que estarían involucrados.

Y sin embargo seguimos con el pendiente, es decir, ¿hemos logrado que sea el acceso efectivo? Y parece ser que no, parece ser que hay todavía hay cuestiones por hacer, y es precisamente de lo que trata

este panel que tenemos aquí con ustedes, el panel busca discutir acerca de cuál es la complejidad que seguimos enfrentando hoy como país para garantizar este derecho, se discute si debería haber una reforma a la ley de salud, se discute si es un tema legislativo, se va a discutir si lo que se necesita es una mejor coordinación entre los diferentes niveles de gobierno, entre el gobierno Federal, los gobiernos Estatales y los gobiernos locales. Se discute si este es un tema presupuestal, si el financiamiento ha fallado, si el financiamiento tiene que ser mejor, esas son el tipo de discusión que esperamos de nuestros panelistas.

Tenemos entre nuestros panelistas a la Senadora María Cristina Salazar, bienvenida Senadora, ella es integrante de la Comisión de Salud en la Cámara de Senadores, la Senadora es Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma de Nuevo León, actualmente es presidenta de la Comisión de Gobernación en el Senado, déjenme decirles que es la primer mujer que ha asumido este cargo, muchas felicidades Senadora, ella también ha sido Diputada Federal, y también Diputada local y también fue la primera mujer en llegar a Presidencia Municipal del municipio de Guadalupe, Nuevo León, en el periodo 2006-2009, Senadora muchas gracias por estar aquí, muchas felicidades.

Contamos con la participación del Doctor José Meljem, el Doctor es Médico cirujano por la UNAM, él ha desempeñado muchos cargos en el servicio público, ha sido también investigador en la Facultad de Medicina de la UNAM, como todos ustedes saben, de 2007 a 2012 estuvo en la CONAMED, y en el 2012 fungió como Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, acaba de dejar este puesto el marzo pasado para tomar el nombramiento presidencial de Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud en la Secretaría de Salud, Pepe felicidades, bienvenido.

Contamos también con la participación del Ministro Fernando Franco González, El Ministro es Licenciado en Derecho por la escuela Libre de Derecho y Licenciado en Administración pública por la Universidad de Warwick, cuenta con una larga carrera en diversos cargos del sector público; fue el primer Secretario de Acuerdos del Tribunal para menores en 1972, ocupó cargos como Secretario técnico de la Oficialidad mayor en la Secretaria de Agricultura y Recursos hidráulicos, fue titular de la jefatura de relaciones laborales del IMSS, se ha desempeñado como procesador de tiempo completo en el departamento de derecho de ITAM; y actualmente es Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, un aplauso por favor.

En representación del Subsecretario Fernando Galindo, Subsecretario de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, nos

acompaña Rolando Méndez Challer, él es el Director general adjunto de programación de presupuesto, él es el encargado de administrar el presupuesto de salud del Gobierno Federal, les pido un aplauso por favor para Rolando.

Bien, el panel tiene un horario hasta las dos de la tarde, que es un tiempo excelente para permitir escuchar de todos nuestros panelistas sus opiniones, yo pediría que esta primera hora la dediquemos a escucharlos a cada uno de ellos, con un tiempo de quince minutos a cada uno, para que expongan, desde su trinchera cuales son los retos que cada uno de ellos ven.

El panel se conformó para que estuvieran presentes los tres poderes de la unión, de tal forma que podamos discutir un poco cuál de los poderes es el responsable, a quien le toca el siguiente turno para garantizar el acceso efectivo a la salud, o si más bien debe ser un trabajo coordinado entre los tres poderes.

Eso es lo que esperaríamos de nuestros panelistas en la siguiente hora, para continuar con la siguiente, en donde podamos abordar temas más específicos, porque tengo algunas preguntas, que formulamos entre Salomón y yo para podérselas hacer a ellos.

Muchas gracias.

**Dr. José Meljem Moctezuma***Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud*

Buenas tardes, agradezco la oportunidad de estar en este Simposio y compartir la mesa con tan importantes personalidades y a todos ustedes su confianza por acompañarnos en este ejercicio.

Desde hace algunos años el derecho a la protección de la salud ha sido tema de discusión y análisis en los simposios que ha organizado la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, particularmente ante el nuevo entorno jurídico por el que transita el país, resultado de las reformas a la Constitución, entre otras, en materia de derechos humanos, que obliga a las autoridades a promoverlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

La salud es un bien público<sup>1</sup>, debe estar disponible para todos; es un componente básico en la vida de los individuos y en el desarrollo de los pueblos; es uno de los pilares sobre los que el Estado debe sostener buena parte de sus actuaciones; aunque está reconocida como un derecho fundamental, hoy no hemos terminado de fijar el rumbo ni hemos establecido la gradualidad con la que debemos avanzar para ofrecer a la sociedad su pleno disfrute.

Más aún, ante la insatisfacción en la prestación de un servicio médico, en dónde se encuentra la diferencia entre la violación a un derecho humano, como es el de la protección de la salud, y el ejercicio de otros derechos del orden común o administrativo. Esta es una pregunta a la que todavía no le encontramos respuesta.

A partir de la reforma constitucional en materia de derechos humanos en 2011, en México se ha dado un cambio importante sobre la forma de entender y atender la responsabilidad que implica para el Estado el derecho a la protección de la salud.

Hace treinta años al derecho a la protección de la salud se le acotaba como un derecho de los denominados programáticos, con lo que se pretendía limitar su alcance, se le entendía como de cumplimiento futuro, en la medida en la que se contara con recursos, es decir, no se le consideraba inmediatamente vinculante.

Si bien a este tipo de derechos se les consideraba como estímulo y guía de la acción pública, se decía que para el pueblo representaba

---

<sup>1</sup> Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", artículo 10, numeral 2. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

la esperanza de que algún día cristalizarían; se les daba la naturaleza de normas declarativas, es decir, que no eran accionables, que no se podían hacer valer en juicio<sup>2</sup>. Incluso de alguna manera el Poder Judicial aceptaba que su efectiva consecución estaba subordinada a actuaciones legislativas y administrativas específicas en cuya ausencia los jueces constitucionales no podían hacer mucho<sup>3</sup>.

Se trataba entonces de un derecho clasificado dentro de los económicos, sociales y culturales, de cumplimiento progresivo. Principio que, por cierto, quedó plasmado expresamente en la reforma constitucional de 2011, aplicable a todos los derechos humanos.

A pesar de que el marco teórico y jurídico estaba orientado en ese sentido, conviene precisar que en la práctica el Estado mexicano asumió la responsabilidad de brindar servicios médicos desde la época del Presidente Juárez, con la nacionalización de los bienes del clero, entre los cuales se encontraban los hospitales de beneficencia.

Al iniciar el siglo XX ya existían centros hospitalarios públicos, como el Hospital General de México; los esfuerzos estaban mayormente orientados en acciones de salud pública, justificable porque las epidemias y las enfermedades infecciosas asolaban a la población. Eran las juntas o consejos de salubridad estatales quienes se encargaban fundamentalmente de este tema.

El enfoque se centraba en atender los problemas que presentaba el país; en materia de salud pública a resolver las epidemias que predominaban en el siglo XIX como la sífilis, la viruela, fiebre amarilla, tuberculosis, lepra, paludismo y tifo, a las que se habían sumado otras como la influenza, la poliomiélitis y la tosferina.

Ahora en los inicios del siglo XXI, el entorno epidemiológico es distinto, se dejó atrás la época de grandes epidemias pero han aparecido otras y han resurgido algunas como la tuberculosis, el cólera y la influenza.

Desde 1991 opera el programa de vacunación universal, que ha logrado casi todas sus metas: la erradicación de la poliomiélitis, la difteria, el sarampión y el tétanos neonatal; controlar la tosferina y las formas graves de tuberculosis. Desde 1983 se realizan los días nacionales de vacunación y desde 1993 las semanas nacionales de salud que incluyen la vacunación para adolescentes y adultos.

---

<sup>2</sup> Ruiz Massieu, Francisco, El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud, en Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, México: Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1995, p. 71.

<sup>3</sup> DERECHO A LA SALUD. SU NATURALEZA NORMATIVA, P. XV/2011, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXXIV, Novena Época, agosto de 2011, página 31.

Con ello se ha producido un cambio en el perfil epidemiológico del país; se registra una importante reducción en las enfermedades infecciosas y al mismo tiempo se presenta un incremento de las muertes por causas no transmisibles. Ahora confluyen los retos viejos con los nuevos de la salud pública; aún hay que resolver el problema de algunas enfermedades infecciosas y afrontar el rápido repunte de los factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

Las políticas y acciones públicas, en consecuencia, deben de reorientarse, pues mientras que la vacunación ha sido un pilar en la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, para las crónico-degenerativas se requieren mayores recursos, entre otros, para la atención médica especializada.

Por ello resulta importante la transformación que dio inicio a partir de 2011 y que, desde una interpretación personal, se da más bien desde el Poder Judicial, el cual a través de diversos casos que se han sometido a su resolución, ha impactado en las políticas públicas en la materia.

Es incontrovertible que el derecho a la protección de la salud es un derecho exigible, pero quién debe definir su alcance, sus límites. En este punto habría que plantearse si la definición del alcance de este derecho corresponde a los jueces al interpretar el precepto constitucional o al legislador, a través de regulaciones que desarrollen la norma constitucional o a las autoridades administrativas, mediante la orientación de las políticas públicas. No debe perderse de vista que se cuenta con recursos limitados, y aunque esto no quita la responsabilidad del Estado, tampoco puede ignorarse.

Es por ello que ejercicios como el que hoy nos convoca son muy importantes; en estos foros se pueden discutir, bajo el principio de libertad de cátedra, estos temas que nos pueden enriquecer para avanzar en la determinación del futuro de este derecho.

Cuando en 1983 se incorporó a la Constitución el derecho a la protección de la salud, se dio un gran paso, pues antes de ello la salud era sólo una parte de los servicios asistenciales y de prestaciones otorgadas por la seguridad social<sup>4</sup>; a partir de ese año se le reconoce como un derecho autónomo, además de que se transforma su naturaleza asistencial a un derecho social, ya no se trata de una concesión, sino de una obligación del Estado. También se le dio un carácter universal al reconocerlo como un derecho de toda persona; sin embargo, en cuan-

---

<sup>4</sup> Díaz Alfaro, Salomón, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, en Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, México: Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1995, p. 16.

to a su contenido, a su alcance, el Constituyente Permanente dejó a la legislación secundaria definir las bases y las modalidades de acceso a los servicios de salud, al señalar que: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Ahora con el nuevo texto del artículo 1º constitucional, la interpretación debe darse a la luz también de los tratados internacionales, en los que el Estado Mexicano sea parte.

Hay una diferencia importante entre lo que establece el orden constitucional mexicano y las disposiciones internacionales. Mientras que en México lo que se reconoce es el derecho que tiene toda persona a que se proteja su salud, a nivel internacional lo que se reconoce es el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, que es un concepto más amplio en el que uno de sus componentes es la protección de la salud, pues de acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud entraña libertades y derechos, uno de estos últimos, es 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<sup>5</sup>.

De las disposiciones internacionales se pueden desprender dos principios sobre los cuales debe determinarse el alcance del derecho a la salud: uno es el reconocimiento del derecho que tiene toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud, y el otro es el compromiso del Estado Mexicano de adoptar todas las medidas y emplear los recursos de que disponga para lograr progresivamente la efectividad de este derecho.

Aunque estos dos principios parecen claros, su instrumentación es compleja. Cómo se determina cuál es el más alto nivel de salud, especialmente cuando el concepto de salud ha cambiado; y de lograrse una definición, cómo se garantiza. Es suficiente con establecer los mecanismos necesarios para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud, o es más amplio.

Frente a la escasez, cómo se distribuyen los recursos disponibles; aquí están involucradas decisiones éticas, como por ejemplo las relativas a si sólo se deben destinar recursos para atender las enfermedades

---

<sup>5</sup> Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, párrafo 8. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>



que afectan a las mayorías y dejar a un lado las que sólo las padecen pequeños grupos. Ante nuevas enfermedades con tratamientos más costosos, a qué deben destinarse los recursos.

La Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ayuda a esclarecer este punto. En primer término el Comité reconoce que un *Estado no puede garantizar la buena salud, ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano*<sup>6</sup>, por lo que considera 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 y que en el concepto “*más alto nivel posible de salud*”, se toman en cuenta tanto condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado<sup>7</sup>.

De acuerdo con esa Observación General, la referencia al “más alto nivel posible de salud física y mental”, no se limita a la atención de la salud sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos, que denomina determinantes básicos de la salud, como son la alimentación, 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 también sano<sup>8</sup>, tema que será tratado el día de mañana.

Cuando se analiza el derecho a la salud, generalmente sólo se consideran los servicios de atención médica, y se pierden de vista otros servicios que también están comprendidos en este derecho. Sobre éstos señalaba José Laguna, que existen dos grandes campos de acción y son los de atención del ambiente (que comprende el control ambiental, el control sanitario, el control de la higiene ocupacional), que denomina no personales y los de atención médica, a los que llama servicios personales<sup>9</sup>.

Por su parte Diego Valadés, en un análisis sobre el texto constitucional, señala que al enunciarse el “derecho a la protección de la salud”, se incluyen los servicios personales de salud (atención médica preventiva, curativa y rehabilitación), y los de carácter general, o salud pública...<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Ídem, párrafo 9.

<sup>7</sup> Ídem, párrafo 9.

<sup>8</sup> Ídem, párrafo 4.

<sup>9</sup> Laguna García, José, Las perspectivas del derecho mexicano a la protección de la salud, en Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, México: Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1995, p. 83.

<sup>10</sup> Valadés, Diego, El Derecho a la protección de la salud y el federalismo, en Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, México, Miguel Ángel Porrúa, Librero-Editor, 1995, pp. 95 y 96.

La Ley General de Salud distingue tres tipos de servicios de salud: de atención médica, de salud pública y de asistencia social y los clasifica por tipo de prestador: servicios públicos a la población en general, servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que, con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros usuarios; servicios sociales y privados<sup>11</sup>. Aunque desde 2013 se creó el Sistema de Protección Social en Salud, conviene precisar que es una protección financiera a la población sin seguridad social, pero no es prestador de servicios.

La propia Observación General 14 determina como elementos esenciales de este derecho, aspectos cuantitativos como son la disponibilidad y la accesibilidad, y aspectos cualitativos como la aceptabilidad y la calidad.

En el caso de la disponibilidad se refiere al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos; por su parte, la accesibilidad comprende básicamente tres aspectos: el acceso físico (geográfico), el económico o financiero y el cultural, donde se incluye la no discriminación y el acceso a la información<sup>12</sup>.

Sobre estos dos elementos esenciales, disponibilidad y accesibilidad, se puede pensar que, en principio, en México están razonablemente atendidos. Una gran parte de la población puede recibir servicios de las instituciones de seguridad social; la otra, por los anteriormente llamados servicios a población abierta a través del Seguro Popular, y por los servicios de salud privados; todos ellos en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, todavía existen algunos aspectos cuya respuesta no es fácil. Uno de ellos es precisamente el del acceso físico, es la localización de los servicios, donde sólo a manera de ejemplo cabría preguntarse si deben existir unidades médicas en todos los centros de población, aun en las poblaciones rurales dispersas, especialmente si se considera el principio de igualdad o el de equidad, bajo el cual debe tenerse la misma oportunidad de acceso a los servicios ante una misma necesidad de salud; incluso se ha señalado que dado que la carga de la enfermedad está desigualmente distribuida entre grupos sociales y zonas del país, la equidad implica dar más atención a quien mayor carga padece<sup>13</sup>. Esto lleva a plantear si basta con resolver el

---

<sup>11</sup> Ley General de Salud, artículos 24 y 34.

<sup>12</sup> Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, párrafo 12. Recuperado de: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

<sup>13</sup> Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), p. 30. Recuperado de: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MIDAS.pdf>

acceso a los servicios para la atención primaria y cómo se atienden los requerimientos de la atención especializada, es decir, deben tener todas las poblaciones los mismos niveles de atención médica o lo que debe garantizarse es el acceso fácil y adecuado.

No se trata entonces sólo de contar con las instalaciones sino que este derecho también comprende que se cuente con el personal y los insumos necesarios para la atención adecuada y los servicios.

Sobre la calidad, la Suprema Corte de Justicia de la Nación se ha pronunciado *entendiendo a la calidad como la exigencia de que los servicios de salud sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado y condiciones sanitarias adecuadas*<sup>14</sup>.

En síntesis de acuerdo con lo mencionado hasta aquí se puede señalar que el alcance del derecho a la protección de la salud es amplio, pues va más allá de los servicios de salud; en su cumplimiento deben considerarse no sólo las condiciones biológicas de las personas, sino también los recursos con los que cuenta el Estado, por lo que resulta fundamental el principio de progresividad que mencioné al principio.

Luis Daniel Vázquez y Sandra Serrano consideran que “La progresividad implica tanto gradualidad como progreso. La gradualidad se refiere a que la efectividad de los derechos no va a lograrse de una vez y para siempre, sino que se trata de un proceso que supone definir metas a corto, mediano y largo plazo. El progreso patentiza que el disfrute de los derechos siempre va a mejorar”<sup>15</sup>.

Bajo este panorama quién debe decidir el qué y el cuándo para hacer efectivo el derecho a la salud. No debe tratarse de esfuerzos aislados, sino que de forma coordinada deben actuar los tres poderes, de lo contrario puede ocurrir que en lugar de avanzar se distraigan los esfuerzos de forma aislada.

Para terminar voy a referirme a tres casos que son útiles para ejemplificar la necesidad de la coordinación entre las distintas autoridades.

Un primer ejemplo es un caso que para algunos investigadores es emblemático. Se trata de un amparo promovido por la comunidad Mini Numa, en el Municipio de Metlatónoc. Lo que la comunidad reclamó

---

<sup>14</sup> DERECHO A LA SALUD. SU PROTECCIÓN EN EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD. 1a/J. 50/2009, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XXIX, Novena Época, abril de 2009.

<sup>15</sup> Vázquez, Luis Daniel y Serrano, Sandra, Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica, en La Reforma Constitucional de Derechos Humanos, un Nuevo Paradigma, México: Editorial Porrúa/Universidad Nacional Autónoma de México, 2013, p. 159.

fue el servicio de una unidad médica con personal capacitado para atender a la comunidad y sus alrededores y se les proporcionara el cuadro básico de medicamentos.

En la sentencia dictada en este amparo en 2008 se ordenó a las autoridades sanitarias del estado de Guerrero, al Gobernador y al Secretario de Salud, que cumplieran de inmediato con el acceso a la salud a que tienen derecho los quejosos. Hasta donde se conoce aún no se ha cumplido tal sentencia.

Otro ejemplo es el caso de diversos amparos interpuestos contra varias instituciones públicas en los que pacientes con alguna enfermedad de las denominadas “raras” demandaron, entre otros, que como parte de la atención médica integral a la que tienen derecho, se les otorgaran medicamentos de los denominados “huérfanos”.

Entre los argumentos controvertidos estaba, por parte de los pacientes, la urgente necesidad del medicamento porque según aducían tenía efectos favorables para su salud; mientras que las autoridades responsables objetaron el argumento y señalaron que podría tener efectos perjudiciales.

Contra esta sentencia, las autoridades responsables interpusieron un recurso y entre sus argumentos se encuentra el que señaló que ante la falta de estudios científicos, respecto de los riesgos del suministro del fármaco, el juez indebidamente se sustituyó en funciones de médico especialista y ordenó el suministro de dicho medicamento.

El caso fue atraído por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, la que consideró que la negativa de otorgar el medicamento huérfano no contraviene el derecho a la salud, porque si este derecho implica para el Estado garantizar la disponibilidad de medicamentos que resulten eficientes, seguros y eficaces, entonces, este derecho se protege de igual manera en sentido negativo, cuando no se suministra un medicamento que no ha probado su eficacia, seguridad y eficiencia, porque de lo contrario se estaría poniendo en riesgo la salud de las personas y, de esa manera, violentando el derecho humano a la salud.

La Corte revocó la concesión del amparo otorgada por el Juez de Distrito a fin de que las autoridades responsables dejaran de suministrar el medicamento huérfano por el hecho de no estar comprobada su seguridad, eficiencia y eficacia terapéutica.

Un tercer ejemplo es la reforma a la Ley General de Salud de 2009, mediante la cual se modificó, entre otros, el artículo 51 para establecer en su segundo párrafo el derecho de los usuarios a elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre otros médicos de la unidad de primer nivel de atención que les corresponda

por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución.

La iniciativa buscaba fomentar un mejor desempeño de los profesionales, para que el paciente se sienta más satisfecho con sus servicios<sup>16</sup>. No se tiene conocimiento que a la fecha este derecho se esté ejerciendo en alguna institución pública de primer nivel.

No hay duda que los avances en materia de salud han sido significativos y que se han emprendido acciones muy exitosas, sin embargo hoy, en este nuevo entorno jurídico, el derecho a la protección de la salud orienta el rumbo de las políticas públicas de salud y representa el compromiso del Estado para contribuir al bienestar de la sociedad. Para hacer viable la definición del rumbo y su instrumentación debe, en mi opinión, involucrar a los poderes públicos. Es una responsabilidad que se debe atender en forma coordinada, según la competencia de cada uno, para hacer más eficiente el uso de los recursos públicos.

Muchas gracias.

---

<sup>16</sup> Iniciativa que adiciona un segundo párrafo al artículo 51 de la Ley General de Salud, Gaceta Parlamentaria del 7 de febrero de 2006. Recuperada de: <http://gaceta.diputados.gob.mx/>

## **Ministro Fernando Franco González Salas** *Suprema Corte de Justicia de la Nación*

Agradezco la invitación a participar en esta mesa, en especial al Doctor José Meljem Moctezuma, acompañando a las distinguidas personalidades que la integran, para compartir algunas muy breves reflexiones sobre los “alcances y retos del ejercicio efectivo al derecho a la salud”, que en muchos aspectos serán ya conocidas por ustedes.

Por supuesto mi intervención se ceñirá básicamente a una visión esencialmente jurídica-jurisdiccional-constitucional; reconociendo que lo normado y positivado por el derecho en este ámbito debe ser necesariamente la consecuencia de un enfoque multifactorial y de estudio multidisciplinario.

Como una primera reflexión desde la óptica del derecho, debe tenerse presente que la protección de la salud es un derecho humano de toda persona, como lo reconoce nuestra Constitución.<sup>1</sup>

Pero esa connotación, por mandato del artículo 1º de ese texto fundamental se complementa con lo señalado en los instrumentos internacionales y su interpretación. El derecho a la salud está reconocido en diversos instrumentos internacionales, entre ellos, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que señala que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios ...;”<sup>2</sup>, y el 12 de del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales que manda: “Los estados partes en

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> *Artículo 25*

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”<sup>3</sup>

Así la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha señalado que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.” (Observación General N° 14 -2000). Y la salud es, según definición de la Organización Mundial (Preámbulo de la Constitución de la OMS), que se recoge en el artículo 1° Bis de nuestra Ley General de Salud: “...un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Pero más aún, la ONU también ha observado que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figuran el derecho a que la persona controle su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos ni experimentos médicos no consensuados. Por otra parte, entre los derechos figura el de contar con un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Este último concepto, implica tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, reconociendo que un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles que generan la mala salud del ser humano, pero tiene la obligación de hacer el máximo esfuerzo posible para atenderlas. De igual manera, en términos similares encontramos precedentes en el sistema interamericano de derechos humanos y en otros tribunales internacionales.

---

<sup>3</sup> *Artículo 12*

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

Otro aspecto jurídico-constitucional relevante es que siendo la protección de la salud un derecho humano, conforme al artículo 1° de nuestra Constitución, todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promoverlo, respetarlo, protegerlo y garantizarlo de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Adicionalmente a la amplitud del espectro de ámbitos que abarca el concepto de salud antes señalado y de su protección, es necesario también no perder de vista, en este análisis, la complejidad del entramado jurídico que regula a este derecho humano conforme con nuestro orden jurídico.

De manera muy esquemática se puede decir que el derecho a la salud se encuentra regulado en México, por una pirámide compleja de normas que tiene como vértice superior a la **Constitución y los instrumentos internacionales**, y a partir de ese vértice se desagregan en la **Ley General de Salud y sus reglamentos, en Normas Oficiales Mexicanas en la materia, en las leyes de salud estatales, y otros ordenamientos administrativos federales y locales (reglamentos, lineamientos, reglas, instructivos, etc)**, que en conjunto suman cientos, me atrevo a decir que quizás miles de instrumentos jurídicos.

Ahora bien, conforme a nuestra legislación principal secundaria, que es la Ley General de Salud (LGS, artículo 2°), el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I.- El bienestar físico y mental de la persona, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De igual manera, el mismo instrumento jurídico señala (artículo 33) que las actividades de atención médica son:



- I.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; (REFORMADA, D.O.F. 5 DE ENERO DE 2009)
- II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; (REFORMADA, D.O.F. 8 DE ABRIL DE 2013)
- III.- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a optimizar las capacidades y funciones de las personas con discapacidad, y (ADICIONADA, D.O.F. 5 DE ENERO DE 2009)
- IV.- Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Todo ello debe instrumentarse a través del Sistema Nacional de Salud –que tiene un apoyo muy importante en el Consejo Nacional de Salubridad–, que es el mecanismo de coordinación entre los órdenes federal y locales de gobierno así como, por conducto de la Secretaría de Salud el promover la participación de los prestadores de servicios de salud en la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional, cuyo objetivo fundamental es “proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas; (artículo 6º, fracción I de la LGS).

En este entorno esquemático, también juega un papel fundamental en la búsqueda de mejores condiciones para el ejercicio efectivo al derecho a la salud, en el ámbito fundamentalmente de la medicina pública, el sistema nacional de planeación democrática, que conforme al artículo 26 constitucional permite delinear el Plan Nacional de Desarrollo, al cual deben ajustarse los programas de la administración pública federal, entre los cuales se encuentra el programa de salud, que debe regir la planeación del sector y conforme al cual se pueden firmar convenios de coordinación con los otros órdenes de gobierno y convenios de participación con el sector privado. Esta es la forma de definir hacia dónde deben orientarse las políticas públicas, en este caso, del sector salud, en principio por el término de una administración pero con posibilidades de establecer acciones multianuales. Ello se vincula a la planeación presupuestal, que resulta esencial para contar con recursos para que los servicios de salud pública se utilicen de manera más eficaz y eficiente en beneficio de las personas que los requieren.

Dicho lo anterior, me parece que en el ámbito de la salud se ha logrado avanzar de manera muy relevante en varios frentes, pero siguen siendo inmensos los retos para lograr un sistema verdaderamente universal de atención a la salud en nuestro país. Sin eludir u ocultar el hecho de que tenemos rezagos importantes en varios aspectos.

Sin desconocer la complejidad de los retos y sobre simplificando, podría decir que el reto fundamental para hacer efectivo el derecho a la salud consiste en lograr empatar lo más posible las necesidades de servicios de salud de las personas en lo individual con las finalidades que nuestro propio ordenamiento jurídico señala para la protección a la salud que acabo de mencionar, relacionado esto con las actividades de atención médica también ya señaladas.

En este aspecto hay un magnífico y muy reciente ejercicio que se realizó bajo el auspicio del Colegio Nacional en octubre de 2014, al realizarse un Seminario sobre “Modelos médicos y jurídicos de atención médica. Sector público y privado”, coordinado por el Doctor Ruy Pérez Tamayo y el Ministro José Ramón Cossío, con el objeto de “encontrar modos de vinculación entre algunas de las modalidades más comunes de prestación de servicios médicos en la actualidad y las normas del orden jurídico mexicano que las regulan.”; abarcando este interesante ejercicio multidisciplinario la aproximación, de estos modelos a la medicina terapéutica o curativa, medicina y cuidados paliativos, medicina preventiva, medicina poblacional, medicina predictiva y retos y problemas operativos en salud pública. Todos estos trabajos quedaron plasmados en el libro intitulado “Modelos Médicos y Modelos Jurídicos”, publicado por el Colegio Nacional y la Editorial Tirant lo Blanch, que salió a principios de este año.

En este libro se confirma la afirmación anterior, pues pone de manifiesto la complejidad extrema que conlleva hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, dado que implica el esfuerzo combinado de un gran número de instituciones y personas en los sectores público, privado y social. En particular, las autoridades legislativas, administrativas y jurisdiccionales, por las relevantes funciones que tienen encomendadas.

En este contexto, quiero abordar por unos minutos únicamente el tema de la acción jurisdiccional desde la óptica constitucional, para proteger, promover, respetar, y garantizar el derecho humano a la salud, siempre bajo el principio de la interpretación más favorable a la persona, como lo mandata la Constitución. Es por ello que dediqué un buen tiempo al iniciar mi exposición a explicar el marco jurídico constitucional y convencional que nos rige para la garantía y protección de este tipo de derechos.

A partir de junio de 2011 surgió un nuevo paradigma para la protección y garantía de los derechos humanos con las reformas sucesivas en ese mes; principalmente del artículo 1º de nuestra Constitución y con la expedición de una nueva Ley de Amparo. Estas reformas tuvieron, entre otros, dos finalidades primordiales: a) facilitar a las personas el acceso a la justicia constitucional, y b) ampliar sustancialmente el marco de protección de los derechos humanos al incorporar al nivel de la constitución los instrumentos internacionales relacionados con esos derechos.

Bajo este nuevo modelo de protección de los derechos humanos, los tribunales constitucionales (Suprema Corte, Tribunales Colegiados y Jueces de Distrito), han abordado aspectos que antes no eran justiciables o lo eran de manera limitada. En este aspecto, el derecho a la protección de la salud ha ocupado un espacio relevante, desde diversos ángulos, del trabajo jurisdiccional constitucional. Aunque hay criterios interesantes de los Tribunales Colegiados, me referiré únicamente a algunos relevantes, fijados por el Pleno o las Salas de la Suprema Corte.

Algunos de estos criterios son:

- Prohibición de fumar en restaurantes en el Distrito Federal.
- Obligación de dar rehabilitación a quienes son fármaco-dependientes.
- Obligación del Estado de hacer efectivo un sistema universal de acceso a los servicios de salud.
- Responsabilidad civil médico sanitaria (la responsabilidad médica rebasa el ámbito de la pura responsabilidad contractual).
- Responsabilidad extracontractual en suministro negligente de la anestesia.
- Responsabilidad subjetiva médico-sanitaria.
- Responsabilidad solidaria de las instalaciones hospitalarias frente a la malpráctica médica.
- Constitucionalidad de la exigencia de acreditamiento de competencia para el ejercicio profesional de especialidades médicas.
- Regulación de la cirugía plástica (en particular las cirugías estéticas y cosméticas).
- Reconocimiento de la salud mental de los niños como derecho sustantivo.
- Acceso, en las clínicas u los hospitales públicos del sector salud, a los medicamentos llamados huérfanos – (LGS señala que las

enfermedades raras que son tratadas con medicamentos llamados huérfanos son aquellas que afectan a no más de 5 personas por cada 10,000 habitantes; v.gr. de medicamento huérfano: soliris eculizumab, que se solicitaba en los casos concretos que resolvió la Segunda Sala, para tratar la enfermedad rara hemoglobinuria paroxística nocturna).

- Derecho a la integridad físico-psicológica de los enfermos (pabellón de enfermos de VIH/SIDA).
- Obligación de atender a pacientes en condición de urgencia aunque no sean derechohabientes en instituciones públicas.
- Obligación de establecer un régimen universal de inclusión en las guarderías para menores con discapacidad.
- Derecho de la persona al cultivo y uso medicinal y lúdico de la marihuana.
- Últimamente hemos recibido varios amparos por violación al derecho humano de contar con un medio ambiente sano.
- Finalmente, hemos resuelto varios asuntos que involucran los regímenes de pensiones y jubilaciones de los organismos públicos (IMSS e ISSSTE), de gran relevancia puesto que han implicado la declaración de invalidez de artículos que establecen limitaciones al acceso a las pensiones o jubilaciones, lo que ciertamente tiene un impacto económico importante en las finanzas de esos organismos.

Concluyo estas referencias jurisdiccionales, compartiendo con ustedes un criterio del Pleno, dos de la Primera Sala y otro de la Segunda, que establecen estándares directos de lo que la Corte sostiene sobre el alcance de la protección del derecho humano a la salud.

Época: Novena Época

Registro: 161333

**Instancia: Pleno**

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Tomo XXXIV, Agosto de 2011

Materia(s): Constitucional

Tesis: P. XVI/2011

Página: 29

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

Del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, según el cual toda persona tiene derecho a la salud, derivan una serie de estándares jurídicos de gran relevancia. El Estado Mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho, y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él. Algunas de estas obligaciones son de cumplimiento inmediato y otras de progresivo, lo cual otorga relevancia normativa a los avances y retrocesos en el nivel de goce del derecho. Como destacan los párrafos 30 y siguientes de la Observación citada, aunque el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la limitación de los recursos disponibles, también impone a los Estados obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo las de garantizar que el derecho a la salud sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, que deben ser deliberadas y concretas. Como subraya la Observación, la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado periodo no priva de contenido significativo a las obligaciones de los Estados, sino que les impone el deber concreto y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia su plena realización. Al igual que ocurre con los demás derechos enunciados en el Pacto referido, continúa el párrafo 32 de la Observación citada, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.

Amparo en revisión 315/2010. Jorge Francisco Balderas Woolrich. 28 de marzo de 2011. Mayoría de seis votos. Disidentes. Sergio Salvador Aguirre Anguiano, Margarita Beatriz Luna Ramos, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Luis María Aguilar Morales y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia. Ponente: José Ramón Cossío Díaz. Secretarías: Francisca María

Pou Giménez, Fabiana Estrada Tena y Paula María García Villegas Sánchez Cordero.

El Tribunal Pleno, el cuatro de julio en curso, aprobó, con el número XVI/2011, la tesis aislada que antecede. México, Distrito Federal, a cuatro de julio de dos mil once.

Época: Décima Época

Registro: 2010420

**Instancia: Primera Sala**

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación

Libro 24, Noviembre de 2015, Tomo I

Materia(s): Constitucional

Tesis: 1a. CCCXLIII/2015 (10a.)

Página: 969

## **DERECHO A LA SALUD. ALGUNAS FORMAS EN QUE LAS AUTORIDADES DEBEN REPARAR SU VIOLACIÓN.**

Cuando en un caso concreto esté directamente vinculado el derecho a la salud y exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que, en efecto, buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes. Así, la protección del derecho a la salud supone la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación. Algunas de las reparaciones que se pudieran dar en estos supuestos, de conformidad con el parámetro de regularidad constitucional, son: i) establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones; ii) las autoridades deben prever mecanismos de supervisión y fiscalización estatal de las instituciones de salud, así como procedimientos de tutela administrativa y judicial para la presunta víctima, cuya efectividad dependerá, en definitiva, de la puesta en práctica que la administración competente realice al respecto; iii) cuando hay una lesión clara a la integridad de la persona, como es la mala práctica médica, las autoridades políticas, administrativas y especialmente judiciales, deben asegurar e implementar la expedición razonable y prontitud en la resolución del caso; iv) tomar todas las

medidas necesarias para salvaguardar el derecho humano al nivel más alto posible de salud; v) otorgar servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como que sean apropiados médica y científicamente. Cuando en un caso concreto esté directamente vinculado el derecho a la salud y exista una determinación de la vulneración de aquél, el juzgador tiene que buscar, dentro de sus respectivas competencias y atendiendo al caso concreto, ordenar las reparaciones pertinentes.

Amparo en revisión 476/2014. 22 de abril de 2015. Cinco votos de los Ministros Arturo Zaldívar Lelo de Larrea, José Ramón Cossío Díaz, Jorge Mario Pardo Rebolledo, Olga Sánchez Cordero de García Villegas y Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena. Ponente: Alfredo Gutiérrez Ortiz Mena. Secretaria: Karla I. Quintana Osuna.

Esta tesis se publicó el viernes 13 de noviembre de 2015 a las 10:06 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

Época: Décima Época

Registro: 2002501

**Instancia: Primera Sala**

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta

Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1

Materia(s): Constitucional

Tesis: 1a. XXIII/2013 (10a.)

Página: 626

## **DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD.**

El derecho a la salud consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos impone deberes complejos a todos los poderes públicos dentro del Estado, desde el legislador y la administración, hospitales públicos y su personal médico, hasta los tribunales; pero también a los particulares, tales como los médicos, hospitales privados, empleadores y administradores de fondos de pensiones y jubilaciones. En consecuencia, del análisis del contenido y estructura del derecho fundamental a la salud, se desprende que éste es vinculante no sólo frente a los órganos del Estado, sino que adicionalmente, posee eficacia jurídica en ciertas relaciones entre particulares. Por ello, en los asuntos de su conocimiento, los tribunales deben atender a la influen-

cia de los valores que subyacen en el derecho a la salud, fungiendo como un vínculo entre la Constitución y los particulares al momento en que resuelven un caso concreto. Así las cosas, en virtud de la fuerza normativa de la Constitución, no resulta compatible concebir que los hospitales privados y su personal médico son regidos únicamente bajo figuras de derecho privado, en especial cuando estos sujetos obran en aras a la protección de la salud de las personas. En efecto, en virtud de la complejidad de los sistemas jurídicos en la actualidad, y de la estrecha relación entre sus componentes normativos, es claro que existen numerosos ámbitos en los cuales no se puede hacer una división clara y tajante entre derecho público y privado. Lo anterior se actualiza en el ámbito de los hospitales privados y su personal médico, ya que su actuar tiene repercusiones en la protección de la salud de los pacientes. En conclusión, no puede negarse que el objetivo consistente en proteger el derecho a la salud de los pacientes es un fin público, pues excede el mero interés de los particulares al ser una meta inherente del Estado mexicano.

Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.

Época: Décima Época

Registro: 2007938

**Instancia: Segunda Sala**

Tipo de Tesis: Aislada

Fuente: Gaceta del Semanario Judicial de la Federación

Libro 12, Noviembre de 2014, Tomo I

Materia(s): Constitucional

Tesis: 2a. CVIII/2014 (10a.)

Página: 1192

### **SALUD. DERECHO AL NIVEL MÁS ALTO POSIBLE. ÉSTE PUEDE COMPRENDER OBLIGACIONES INMEDIATAS, COMO DE CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.**

El artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé obligaciones de contenido y de resultado; aquéllas, de carácter inmediato, se refieren a que los derechos se ejerciten sin discriminación y a que el Estado adopte dentro de un plazo breve medidas deliberadas, concretas y orientadas a satisfacer las obligaciones convencionales, mientras que las de resultado o mediatas, se relacio-



nan con el principio de progresividad, el cual debe analizarse a la luz de un dispositivo de flexibilidad que refleje las realidades del mundo y las dificultades que implica para cada país asegurar la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En esa lógica, teniendo como referente el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental contenido en el artículo 12 del citado Pacto, se impone al Estado Mexicano, por una parte, la obligación inmediata de asegurar a las personas, al menos, un nivel esencial del derecho a la salud y, por otra, una de cumplimiento progresivo, consistente en lograr su pleno ejercicio por todos los medios apropiados, hasta el máximo de los recursos de que disponga. De ahí que se configurará una violación directa a las obligaciones del Pacto cuando, entre otras cuestiones, el Estado Mexicano no adopte medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole, para dar plena efectividad al derecho indicado.

Amparo en revisión 378/2014. Adrián Hernández Alanís y otros. 15 de octubre de 2014. Mayoría de tres votos de los Ministros Alberto Pérez Dayán, José Fernando Franco González Salas y Luis María Aguilar Morales. Ausente: Sergio A. Valls Hernández. Disidente: Margarita Beatriz Luna Ramos. Ponente: Alberto Pérez Dayán. Secretaria: Georgina Laso de la Vega Romero.

Esta tesis se publicó el viernes 14 de noviembre de 2014 a las 9:20 horas en el Semanario Judicial de la Federación.

Como se puede apreciar, con estos criterios la Suprema Corte ha ido delineando cuales son los estándares que todas las autoridades y particulares deben adoptar para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Concluyó diciendo que felicito a los organizadores y me felicito de haber estado en este Simposio, pues creo que esta es una de las formas más eficaces de seguir enfrentando y de buscar soluciones viables, de manera multifactorial y multidisciplinaria, frente a los grandes retos que se nos presentan para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas

Muchas gracias.

**Ing. Rolando Méndez Chayeb**

*Director General Adjunto de Programación y Presupuesto de Salud y Seguridad Social / Subsecretaría de Egresos / Secretaría de Hacienda y Crédito Público*

Distinguidos miembros del presídium, señoras y señores, tengan todos ustedes buenas tardes.

Es un honor compartir con ustedes algunas reflexiones sobre el Derecho a la Salud y las actividades que realizamos desde nuestro ámbito de competencia, en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Nuestra actuación se rige bajo un marco normativo, que tiene como base la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y que en su artículo 74 se establece que es atribución de la H. Cámara de Diputados, aprobar anualmente el Presupuesto de Egresos de la Federación, previo examen, discusión y, en su caso, modificación del Proyecto de Presupuesto enviado por el Ejecutivo Federal.

Por otro lado, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en su artículo 39, indica que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y coordinar los programas y servicios de salud de la Administración Pública Federal.

Asimismo, el artículo 31 establece las atribuciones de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Particularmente, en sus fracciones XIV y XV, se indica que proyecta y calcula los egresos del Gobierno Federal y de la Administración Pública Paraestatal, haciéndolos compatibles con la disponibilidad de recursos, en atención a las necesidades y políticas del desarrollo nacional, además de que formula el programa de gasto público federal, el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación y los presenta a la consideración del Presidente de la República.

En lo que respecta a la formulación e integración del Presupuesto de Egresos de la Federación, las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, elaboran sus anteproyectos de presupuesto; posteriormente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público analiza e integra la información y luego el Ejecutivo Federal, envía el paquete económico al H. Congreso de la Unión para su aprobación.

Este proceso está dividido en diferentes etapas, en las cuales a más tardar el primero de abril de cada año, el Ejecutivo Federal envía al Congreso de la Unión los principales objetivos para la Ley de Ingresos y el Presupuesto de Egresos del año siguiente.

También se envían los escenarios sobre las principales variables macro económicas, los escenarios sobre el monto total del Presupuesto de Egresos y su déficit o superávit, en su caso, y la enumeración de los programas prioritarios y sus montos.

A más tardar el 30 de junio, se remite la Estructura Programática a emplear, junto con un informe sobre los avances físico y financiero de todos los programas y proyectos que se hayan aprobado en el Presupuesto de Egresos vigente, con relación a los objetivos plateados en el Plan Nacional de Desarrollo.

A más tardar el ocho de septiembre, se entregan los Criterios Generales de Política Económica, así como la estimación del precio de la mezcla de petróleo mexicano para el ejercicio fiscal que se presupuesta; la iniciativa de Ingresos y, en su caso, las iniciativas reformas legales relativas a las fuentes de ingresos, así como el proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Una vez recibido el Paquete Económico, la Ley de Ingresos será aprobada por la Cámara de Diputados a más tardar el 20 de octubre y por la Cámara de Senadores a más tardar el 31 de octubre.

En lo que respecta al Presupuesto de Egresos de la Federación, éste deberá ser aprobado a más tardar el 15 de noviembre.

Es importante mencionar que el artículo 42 de la Ley Federal del Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, establece que se podrán establecer mecanismos de coordinación, colaboración y entendimiento entre el Poder Ejecutivo y el Poder Legislativo, con el objeto de hacer más eficiente el proceso de integración, aprobación y evaluación del Presupuesto de Egresos.

Como lo mencionó la Senadora, también hay una participación democrática basada en la Ley de Planeación, en la cual se establece la responsabilidad del Ejecutivo Federal para conducir la planeación nacional de desarrollo con la participación de la sociedad.

Lo anterior, se traduce en la participación y consulta de los diversos grupos sociales, con el propósito de que la población exprese sus opiniones para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo.

Del Plan Nacional de Desarrollo, se derivan Programas Sectoriales y Especiales, en los cuales también se enmarcan los Programas Institucionales del ISSSTE y del IMSS.

En el caso del Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018, se establecen diversos objetivos, entre los cuales destacan: consolidar las acciones de protección, promoción a la salud y prevención de enfermedades; asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; reducir los riesgos que afectan la salud de la población; cerrar la bre-

chas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud; y avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Algunos de los resultados obtenidos en la presente Administración, es que el Seguro Popular ha contribuido de manera muy importante en la construcción de un Sistema de Salud Universal, al contar con una población cubierta de 57.3 millones de personas que no tenían Seguridad Social.

A través de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, se han construido, concluido y modernizado más de 580 unidades hospitalarias y más de 2,800 unidades de consulta externa, con una inversión que supera los 34 mil millones de pesos, durante el periodo 2012 a 2015.

A través de PREVENIMSS, PREVENISSSTE y el Seguro Popular, se promueve en la población adulta mejores hábitos de salud, como lo mencionó el Doctor Juan Ramón de la Fuente, es una cuestión de prevención.

Asimismo, el IMSS y el ISSSTE están adoptando medidas innovadoras para reducir los tiempos de espera en la atención de emergencias, así como en la programación de cirugías y consultas de medicina familiar.

Por su parte el Ejecutivo Federal, a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), incluidos en el Ramo 33, se transfieren recursos federales a las entidades federativas para llevar a cabo acciones enfocadas a la cobertura y a la calidad en salud.

Adicionalmente, los estados implementan políticas públicas en materia de salud, a través de sus propios sistemas estatales de salud.

Para dar un ejemplo, en 2016 algunos de los programas que se consideraron prioritarios, corresponden a los que benefician directamente a la población. En el caso del Sector Salud, destacan los siguientes: Seguro Popular; Fortalecimiento a la Atención Médica; Atención a la Salud; PROSPERA Programa de Inclusión Social, y Prevención y Control de Enfermedades.

Como una conclusión de esta primera participación, podemos decir que existe una responsabilidad compartida entre los tres Poderes de la Unión y los Ejecutivos Estatales y Municipales, para que el Estado Mexicano adopte las medidas económicas con los recursos disponibles, con el fin de avanzar en la protección de la salud de la población mexicana como un derecho fundamental.

Muchas gracias.