

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE DERECHO**

**El papel del legislador en materia de regulación  
sanitaria con base en las políticas públicas en el Estado  
de México**

**TRABAJO TERMINAL DE GRADO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**Maestro en Derecho Parlamentario**

**PRESENTA**

**Alfredo Ramsés Valdivia Sánchez**

**TUTORA ACADÉMICA**

**Dra. en D. María de Lourdes Morales Reynoso**

**TUTORES ADJUNTOS**

**Dra. en C. Soc. y Pol. Gabriela Fuentes Reyes**

**M. en D. Luis Fernando Ayala Valdés**

**Ciudad universitaria, Toluca, México, Diciembre de 2018**

## **Introducción.**

México se encuentra entre los países que ha incorporado a su Carta Magna el derecho de protección de la salud. Desde que esto sucedió en los años ochenta, no ha dejado de crecer el aparato legislativo que permite la actuación fundada y oportuna de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud, que ha procurado, muchas veces sin los recursos necesarios, el bienestar de los mexicanos mediante la promoción de la salud.

Incorporar el derecho a la protección de la salud implicó no solo una tarea legislativa y administrativa colosal, sino que ha requerido del reconocimiento e identificación de situaciones que pueden poner en peligro uno de los bienes más preciados de una persona: su salud. Además, se relaciona de forma directa con la idea de salud pública, conforme a la cual cada uno de nosotros es responsable no solo por nuestro bienestar, sino por el de los demás. A la identificación de estas situaciones se dedican las instituciones de las que mayormente habla este trabajo: la Comisión Federal para la prevención de riesgos sanitarios (COFEPRIS) y la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México. Ambos órganos se encargan de prevenir riesgos sanitarios, actividad indispensable para que el Estado garantice el derecho a la protección de la salud contenido en el artículo cuarto constitucional. Sus tareas son enormes, ya que el caso de la regulación sanitaria es muy complejo, interviniendo en situaciones que involucran alimentos, bebidas, medicamentos, suplementos alimenticios, mala prestación de servicios profesionales en salud, disposición de residuos y materiales peligrosos entre otros muchos aspectos.

En este contexto, el presente trabajo tiene el propósito de dar a conocer el concepto, las características y funciones de la regulación sanitaria, lo mismo que algunas consideraciones sobre el papel de apoyo que juega el legislador como instrumento preventivo para evitar riesgos y daños a la salud de la población en atención a las relaciones que tienen con otros poderes y con las políticas públicas en la materia.

El trabajo se ha dividido en cuatro capítulos: en el primero se aborda el derecho a la salud, a la protección de la salud y la forma en que se ha incorporado en nuestra Carta Magna a partir de documentos de importancia internacional. En el segundo capítulo, se aborda la idea de salud pública, salubridad general y se expone el sistema nacional de salud, incluyendo su marco jurídico, incluyendo el de la COFEPRIS y el de la COPRISEM. En el tercer capítulo, se expone la génesis de estas entidades, sus funciones, atribuciones y estructura. Finalmente, en el último capítulo se aborda la función legislativa, su relación con otros poderes del Estado y las políticas públicas, así como el papel del legislador en la generación de políticas eficaces y pertinentes en materia de regulación sanitaria.

Quienes hemos dedicado nuestros esfuerzos profesionales al fortalecimiento de la salud pública mexicana (en lo particular, desde mi trinchera como servidor público en la COPRISEM) debemos entender el estado que guardan la ciencia, las nuevas tecnologías y los nuevos desarrollos para no solamente evitar el rezago, sino situarnos en la vanguardia, como corresponde a la acreditada protección contra riesgos sanitarios de nuestro país. Pero sobre todo, debemos entender que la colaboración entre los diversos órganos que ejercen las funciones del estado y que en su conjunto constituyen la actividad estatal, es indispensable para el logro de los fines de este, incluyendo el de protección de la salud mediante la prevención de riesgos sanitarios.

## **Glosario.**

<b>CAEM:</b>	Comisión del Agua del Estado de México.
<b>CNDH</b>	Comisión Nacional de Derechos Humanos.
<b>COFEPRIS:</b>	Comisión Federal para la protección contra Riesgos Sanitarios.
<b>Constitución:</b>	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
<b>COPLAMAR:</b>	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados.
<b>COPRISEM:</b>	Comisión para la protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México.
<b>DOF:</b>	Diario Oficial de la Federación.
<b>LGS:</b>	Ley General de Salud.
<b>NOM:</b>	Norma Oficial Mexicana.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>PIDESC:</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
<b>Protocolo:</b>	Protocolo de San Salvador.
<b>SSA:</b>	Secretaría de Salubridad y Asistencia.
<b>SPSS:</b>	Sistema de Protección Social en Salud.
<b>SS:</b>	Secretaría de Salud.

## Capítulo primero

### La salud como derecho humano.

#### 1.1. El concepto de salud.

La forma en que se aplica el término salud en la actualidad es muy diversa de la que se entendía hace solo algunos años, ya que los avances de la medicina han permitido no solo atender los problemas, sino prevenirlos y pronosticar su aparición en el tiempo. Así, una persona que hoy goza de salud, si incurre en prácticas no saludables, estará poniéndola en riesgo aún y cuando no esté enfermo, siendo de interés de los sistemas de salud que la necesidad de curar se minimice gracias a políticas de prevención. Tener claro que la salud no solo atañe a los enfermos, sino a quienes sin estarlo hoy día, verán una merma por malos hábitos, es vital para los profesionales de la salud, ya que las personas a quienes se dirigen las políticas preventivas son personas sanas, que pueden no solo ahorrar recursos, al sistema, sino permitirle enfocar sus esfuerzos en aquellas que precisan de tratamientos por dolencias que no pueden prevenirse.

Lo anterior se relaciona con la discusión sobre si el concepto de salud ha de ser positivo o negativo. El concepto de salud negativa, entendido “como ausencia de enfermedad”<sup>1</sup> no satisface a todos los profesionales de la salud ni a todas las entidades encargadas de velar por este, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no solo la considera como la ausencia de enfermedad, sino como la existencia de bienestar, como se aprecia en la definición referenciada en párrafos inferiores.

---

<sup>1</sup> Juárez, Fernando. “El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud”, en *International Journal of Psychological Research*, vol 4 núm 1, 2011, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>, consultado el 20 de agosto de 2018, p. 71.

La enfermedad también es difícil de definir en sentido negativo, ya que resulta más complejo que la mera presencia de salud, ya que “el concepto de enfermedad incorpora síndromes clínicos, desviaciones estructurales, funcionales o mixtas, mecanismos etiológicos y patogénicos y dificultades interpersonales”<sup>2</sup> dando como resultado un panorama que no resulta útil solamente como contrario. Es preciso señalar lo que es y no solo lo que no es.

Fernando Juárez, afirma que la ausencia de enfermedad no necesariamente significa que exista salud y por ello se decanta por un concepto positivo de salud, a partir de referencias a diversos autores, que además abarcaría diversas dimensiones:

En la salud positiva caben dimensiones, tales como la salud social, física, intelectual, espiritual y emocional, propiciándose la interacción entre sus componentes. También pueden existir indicadores molares del estado de bienestar y de percepción de los individuos sobre su vida, caracterizándose la salud como una propiedad del nivel de la persona, pero no de niveles inferiores, como los órganos.<sup>3</sup>

La OMS desde 1946 ha pugnado, como se ha señalado en párrafos anteriores, por una definición amplia y positiva del concepto de salud. Este concepto sigue siendo una de las principales referencias en lo que respecta a la sanidad pública, porque implica acciones que van más allá de sanar el cuerpo:

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud, plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental

---

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.<sup>4</sup>

En suma, la salud no solo es de los órganos, sino un estado general de bienestar de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está constituida sobre nueve principios que son los siguientes y que ha de considerarse para comprender cabalmente el concepto de salud:

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
2. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
3. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
4. Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
5. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
6. El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
7. La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
8. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
9. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Alcántara, Gustavo. "La definición de salud en la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad" en *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, vol. 9, núm. 1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, 2008, p. 96, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>, consultada el 26 de julio de 2018.

<sup>5</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

Estos principios se dirigen a mantener la salud, lo cual involucra otros elementos de carácter económico, ambiental, político y social. El reconocimiento de la salud como derecho humano implica que el estado se comprometa con los principios anteriores, que se avocan en gran medida a la prevención, precisamente, de riesgos sanitarios. Hablar de la salud como un estado de bienestar tanto físico como mental, implica una permanencia en el tiempo de estas condiciones.

## **1.2. La salud como derecho humano.**

Antes de abordar el derecho a la salud de forma concreta, se expondrá brevemente la noción de derecho humano en general, a fin de tener un panorama más claro sobre su alcance, ya que los derechos humanos no solo son un límite al ejercicio del poder del estado, sino que en el caso de los derechos sociales y políticos implican la acción del Estado para procurar los medios necesarios para su disfrute.

Los derechos humanos pueden definirse, en términos amplios, como aquellos que las persona tienen “por el solo hecho de ser tales, es decir, todos los seres con capacidad potencial para tener conciencia de su identidad como titular independiente de intereses y para ajustar su vida a sus propios juicios de valor.”<sup>6</sup> Para Antonio Pérez Luño, constituyen el “conjunto de facultades e instituciones que, en cada momento histórico concretan las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamiento jurídicos a nivel nacional e internacional<sup>7</sup>.”

---

<sup>6</sup> Squella, Agustín. *Positivism jurídico, democracia y derechos humanos*, Fontamara, México, 1998, p. 82.

<sup>7</sup> Pérez Luño, Antonio, citado por Carbonell, Miguel. *Los derechos humanos en México*, Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 2006, p. 9.

Positivamente significa que las normas de cada país, empezando por la de mayor jerarquía, debe reconocerles y procurar todos los elementos para su protección. Estas concepciones se complementan, ya que si es cierto que se goza de derechos humanos por ser una persona, también lo es que para su disfrute adecuado deben ser reconocidos y protegidos por los ordenamientos de cada país.

Esta forma de entender dichos derechos responde a tres principios, relacionados con la calidad de ser humano que son: el principio de dignidad de la persona, el principio de autonomía de la persona y el principio de inviolabilidad de la persona.

El principio de inviolabilidad de la persona es el que impide la posibilidad de “imponer a los hombres, contra su voluntad, sacrificios y privaciones que no redunden en su propio beneficio<sup>8</sup>.” Esto tiene su base en la idea de que los hombres no deben ser usados como medios para servir a otros, pero de ninguna manera esta en contra de la solidaridad que han de tener las personas con sus pares, ya que el ejercicio de un derecho por alguien no debe lastimar el ejercicio del derecho de otro.

El principio de autonomía de la persona, dicta que:

...el estado (y los demás individuos) no debe interferir en esa elección o adopción [de las aspiraciones o fines de las personas], limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Nino, Carlos Santiago. *Op. Cit.*, p. 239.

<sup>9</sup> *Ibidem*, pág. 204.

Es decir, que las personas no pueden ser obligadas a realizarse de forma que no llene sus anhelos y preferencias, con independencia de su capacidad en áreas en las que no les interese desempeñarse.

El principio de dignidad de la persona, afirma que “los hombres deben ser tratados según sus decisiones, intenciones o manifestaciones de consentimiento.”<sup>10</sup> Es decir, que la persona tiene fines propios que le son personalísimos y que no pueden ser utilizadas (como objetos o medios) para los fines de otros.

En cuanto a las características más notorias de los derechos humanos son: a) naturalidad; b) universalidad; c) imprescribibilidad; d) indivisibilidad, que a continuación se describen.

a) Naturalidad, en el sentido de que los derechos humanos son “inherentes al hombre en cuanto hombre que tiene naturaleza (o esencia) del tal, o en cuanto cada hombre y todo hombre participa de una naturaleza que es común a toda la especie humana como distinta e independiente de las demás especies<sup>11</sup>.” Es decir, no implica más mérito que ser humano.

b) Universalidad, que se refiere a “su validez, ya que con independencia de la nacionalidad, el régimen jurídico y político de un país, la raza o la religión, su quiddidad prevalecerá sobre estas diferencias”.<sup>12</sup>

c) Imprescriptibilidad, de acuerdo con la cual ninguna persona puede perderlos por el simple transcurso del tiempo.

---

<sup>10</sup> Ibidem, pág. 287.

<sup>11</sup> Bidart Campos, Germán J. *Teoría general de los derechos humanos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1993, pág. 3.

<sup>12</sup> Quintana Roldán, Carlos F. y Sabido Peniche, Norma. *Derechos humanos*, Porrúa, México, 2009, pág. 22.

d) Indivisibilidad, que se manifiesta en dos sentidos:

En primer lugar no hay una jerarquía entre diferentes tipos de derechos... todos igualmente necesarios para una vida digna. En segundo lugar, no se pueden reprimir algunos derechos para promover otros. No se pueden conculcar los derechos civiles y políticos para promover los derechos económicos y sociales, ni se pueden conculcar los derechos económicos y sociales para promover los derechos civiles y políticos.<sup>13</sup>

Una vez que tenemos claridad sobre los conceptos de derechos humanos y de salud, podemos abordar el derecho humano a la salud en los principales documentos internacionales.

La Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, señala respecto de la salud en el numeral primero de su artículo 25, lo siguiente:

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.

En cuanto al derecho a recibir la atención del Estado, el artículo 22 preceptúa:

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

En cuanto al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su artículo 12 dispone:

---

<sup>13</sup> ONU. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México 2003*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos México, 2003, pág. 20.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
  - a) La reducción de la mortinatalidad 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.

Para alcanzar el bienestar físico, mental y social en la mejor situación, el Estado debe atender a las situaciones de riesgo ya detectadas, entre otras, la reducción de la mortalidad infantil (y muerte materna para el caso exclusivo del Estado de México), el sano desarrollo de los niños, la higiene del trabajo y del medio ambiente, prevención, tratamiento y lucha de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras, y condiciones de asistencia y servicios médicos, situación que se refieren a la fragilidad de grupos vulnerables como los niños.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) establece en el artículo 10:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
  - b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
  - c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

- d. La prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Como observamos, esa disposición incluye en su referencia a la salud el principio de la OMS, considerando que su naturaleza corresponde a un bien público, procurando hacer énfasis en la población más vulnerable.

Por otro lado, enlaza el trabajo y la seguridad social con el derecho a la salud, ya que en su artículo 9.2 prescribe:

Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

De tales documentos se puede conformar el contenido de la expresión salud, pero también apreciamos algunos de los alcances como derecho humano, los cuales se complementan con las interpretaciones que en el ámbito internacional y nacional se han elaborado y que se analizarán a continuación, atendiendo al contenido del concepto por parte de la OMS.

En lo que respecta al nivel de bienestar físico, mental y social, reside en un estado que permite al cuerpo desarrollarse de forma integral en todos los aspectos de la vida, funcionando de forma adecuada sin menoscabo de sus potencialidades, con el propósito de procurar a la persona la posibilidad de acceder a las metas que se ha planteado en su vida, atendiendo a sus intereses, gustos y demás elementos necesarios para desarrollarse

integralmente. La salud no es el propósito de la existencia, pero si una condición indispensable para alcanzar sus fines.<sup>14</sup>

Podemos hablar de salud cuando alguien puede actuar sin interferencias con otros en distintos niveles, con plena capacidad física y mental, que procure el desarrollo personal y social. Esto se relaciona no solo con indicadores médicos, sino con la percepción que la persona tenga de su propio estado de salud y la forma en que este se entiende en su medio social y cultural.<sup>15</sup> De ahí que hablar de niveles sea variable de una sociedad a otra.

En cuanto al nivel de vida adecuado, como medida para la preservación y atención de la salud por medio de la asistencia médica o bien como facilidades, bienes, servicios y condiciones relacionadas con determinantes sociales, depende de diversas circunstancias sociales, culturales y geográficas. No es posible establecer un estándar universal, sino solamente condiciones básicas sin las cuales sería imposible pensar en calificar el nivel de vida como adecuado.

El nivel de vida adecuado implica, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, alimentación, vestido, vivienda y necesidades o aspectos básicos para el desenvolvimiento en la vida social. Implica por ello bienes y servicios que generalmente se relacionan con la educación, la salud y el acceso a la cultura y esparcimiento.

Los factores sociales determinantes de la salud son, pues, variables. Una enumeración más completa implicaría: educación, ingreso familiar,

---

<sup>14</sup> Torres, Alexandra y Sanhueza, Olivia. "Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad" en *Ciencia y enfermería*, vol. 12, núm. 1, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2006, s/p.

<sup>15</sup> Cfr. Schwartzmann, Laura. "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" en *Ciencia y enfermería*, vol. 9, núm. 2, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2003, s/p.

accesibilidad geográfica, acceso a agua y saneamiento, electricidad, antecedentes y cultura étnica, estatus de mujeres, clase social, distribución del poder, estatus laboral, fragilidad institucional y gobernabilidad, pertenencia a un grupo en situación de vulnerabilidad, entre otros.<sup>16</sup> Estas circunstancias, tanto las que implican decisiones personales, como las que están dadas por el entorno, afectan el nivel de vida y la salud: “Las personas enfermamos y morimos en función de la forma como vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos, desarrollamos nuestras capacidades y enfrentamos nuestras limitaciones.”<sup>17</sup>

En este mismo contexto, existen condiciones como la pobreza que determinan en gran medida la salud. No solo se trata de la pobreza extrema, sino de condiciones precarias de vida. Es posible no ser pobre y pero tener una mala salud, no solo por los malos hábitos, sino por la ausencia de alimentos saludables que sean accesibles y no procesados, el acceso a agua potable y a medicamento adecuados. La calidad de vida baja si hay pobreza, por lo que necesariamente esto redundará en la salud de las personas.

Otro aspecto determinante es de carácter ambiental. Sin importar el nivel socioeconómico de las personas, vivir en una ciudad o en un entorno con contaminación del aire y del agua, reduce no solo la calidad sino la expectativa de vida y la salud de las personas. La OMS interpreta una interdependencia al referir que “la situación sanitaria es casi siempre el mejor y el principal indicador de la degradación ambiental.”<sup>18</sup> En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible “El futuro que queremos” celebrada en 2012, se afirma que el desarrollo sostenible en sus dimensiones económica, social y

---

<sup>16</sup> Cfr. Girard, Jacques y Lamy, Philippe “La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud” en *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2012, pág. 39.

<sup>17</sup> Ibidem, pág. 38.

<sup>18</sup> OMS. *La salud, el medioambiente y el desarrollo sostenible*, Comisión sobre el Desarrollo Sostenible por la Organización Mundial de la Salud, 1994, pág. 1.

medio ambiental tiene una condición previa, un resultado y un indicador que es la salud, de ahí su importancia en la relación con el medio ambiente. Reducir la contaminación de la atmósfera y el agua y la causada por productos químicos es urgente para mantener la armonía de esa relación.<sup>19</sup>

Finalmente, cabe destacar que la lucha contra la precariedad que se vincula a la ausencia de servicios de salud, tanto asistencia de profesionales como de medicamentos, encuentra en algunas culturas un aliado inesperado: la medicina tradicional, que no fue tomada en cuenta durante mucho tiempo, pero que recoge saberes ancestrales que no solo alivian el cuerpo, sino que tratan al individuo con respeto como parte de una comunidad, que a la vez es parte de una entidad mayor, que se vincula en armonía con su entorno.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la medicina tradicional indígena mexicana es el:

Conjunto de sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentados en una interpretación del mundo (cosmovisión), de la salud y enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la medicina antigua española, la medicina africana y en menor medida por la interacción de la propia medicina occidental, y que en una de sus expresiones se refiere a la unidad universal y por lo que hace al cuerpo humano en relación a la mente y el espíritu.<sup>20</sup>

Así, la medicina tradicional indígena mexicana ha sido reconocida como un elemento básico de afirmación cultural y por ello, su expresión fue incorporada en el 2001 al artículo 2, fracción III de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como un recurso que debe ser aprovechado, así como también al artículo 6 de la Ley General de Salud para promover su

---

<sup>19</sup> Resolución aprobada por la Asamblea General 66/288, “El futuro que queremos”, del 27 de julio de 2012, pág. 138 y sig.

<sup>20</sup> [www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional).

conocimiento y desarrollar su práctica en condiciones adecuadas como uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

### **1.3. El derecho humano a la salud en México.**

El legislador mexicano ha tenido a bien elevar a nivel constitucional el derecho a la salud como un derecho que se adquiere por el simple hecho de haber sido concebido, sin importar la viabilidad o no del sistema. De ahí que las autoridades mexicanas tienen la inexorable obligación de proporcionar grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto párrafo tercero establece 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.

Como podemos apreciar, la protección de la salud es una encomienda constitucional hecha a las autoridades administrativas, quienes deberán de velar por el máximo beneficio de la población, no solo curando a las personas, sino previniendo lo que pueda impedir el disfrute de este derecho, es decir, en virtud de la protección contra riesgos sanitarios (Aquí es dónde la razón de existir de los organismos especializados para atender riesgos sanitarios cobra sentido).

El principio señalado por la OMS referente al derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr”<sup>21</sup> exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Estos derechos no forman parte de nuestra investigación de forma concreta, pero se enuncian porque es indispensable que el legislador los considere de forma integral y abone a la creación e implementación de forma conjunta con otros órganos del estado, ya que solo la armonía entre leyes y políticas públicas que partan de diagnósticos correctos posibilitarán la atención integral a este derecho y la prevención de riesgos.

De acuerdo con la OMS, el ejercicio del derecho a la salud implica tanto libertades como derechos: Las primeras implican la posibilidad de que las personas dispongan de su propio cuerpo sin intromisiones del Estado o de otras personas; los segundos, el acceso a los sistemas de protección de la salud, procurando que esta sea en la medida de lo posible, en igualdad de circunstancias para todas las personas.<sup>22</sup>

Es preciso vigilar que las leyes, las políticas públicas y los programas gubernamentales sean congruentes entre sí y se elaboren atendiendo a los derechos humanos, ya que defectos técnicos en la redacción de las leyes pueden violentar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen. La homologación de leyes y políticas orientadas a respetar y proteger los derechos humanos,

---

<sup>21</sup> *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, pág. 1.

<sup>22</sup> *Idem*.

afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.

Cabe señalar que la Ley General de Salud retoma el concepto de la OMS: “Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Desafortunadamente y aunque la intención del legislador es la mejor, no por ello es materializable en la vida del México actual. Esta definición es un ideal, como lo es, por ejemplo, la justicia, que se persigue en la idea de acercarse lo más posible a ella, sabiendo que quizá sea una utopía alcanzarla de forma plena. Desafortunadamente en México, salud suele limitarse a la ausencia de enfermedad y esto es aún algo irrealizable para la mayoría de la población, que no tiene acceso a servicios básicos de salud.

En consecuencia, el bienestar físico, mental y social, no es fácil de alcanzar cuando debe atenderse de forma integral, debe tomarse en cuenta la condición de salud de las personas, así como sus necesidades en esa materia. Estas pueden ser objetivas o subjetivas, las que la misma persona percibe y de ello dependerá su demanda, cuya satisfacción obedecerá al sistema de salud en el país, el cual puede contener barreras para el acceso, lo que daría como resultado la segmentación o fragmentación, la calidad del mismo de acuerdo a la infraestructura, la distribución de recursos y el financiamiento.

Al hablar de la libertad positiva, Isaiah Berlin señala que se refieren a las decisiones que pertenecen solo al individuo, sin interferencia de barreras<sup>23</sup>, que en el caso que nos ocupa pueden ser formales, como el derecho, o materiales, como la posibilidad de acceso a los servicios de salud.

---

<sup>23</sup> Cfr. Berlin, Isaiah. *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 2004, pág. 208 y sig.

Resulta especialmente interesante el caso de la Constitución Uruguaya de 1967, que en su artículo 44 establece no solo derechos para los ciudadanos y obligaciones para las autoridades, sino deberes para los primeros, entre los que se encuentra el cuidar de su salud, así como asistirse en caso de enfermedad. Los servicios de salud solo son gratuitos para los indigentes o para las personas carentes de recursos.

No obstante que la naturaleza jurídica de esa disposición sea la de un deber de la persona en un caso dado, puede estarse dirigiendo la libertad positiva, lo cual no significa que al constituirse como derecho deje de atenderse, pero sí que éticamente se induzca al mantenimiento de la salud.

En México los servicios de salud se encuentran rebasados. La población que más necesita de esos servicios a menudo no tiene acceso a ellos, mientras que otras personas que pudieran costearse atención privada, disfrutan de ellos, haciendo uso de su derecho, sin duda, pero abonando a que una persona sin posibilidades de acceder a otro tipo de servicio, se quede sin recibirlo. Además, en el caso de la población más desprotegida, no existen las condiciones económicas para decidir libremente el servicio al que se quiere acceder, sino que han de acudir a los servicios que corresponda según los ingresos y de acuerdo con el diseño establecido para acceder y dispuesto en la Ley General de Salud, ya sea un proveedor privado, público o social:

Artículo 1o. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Al respecto, y con base en lo apreciado en el referido texto de nuestra Carta Magna, es una obligación del Estado mexicano proveer de manera

eficiente los servicios de salud a la población y es por ello que existen múltiples programas sociales en la materia. No obstante, no llegan a la población que más lo necesita. Con independencia de si el gobierno debe procurar asistencia universal o no, lo cierto es que en la actualidad existe un grado de irresponsabilidad de las personas que ocupan los servicios de salud, ya que no solo toman decisiones libremente sobre su estilo de vida que les enferman de afecciones que pueden prevenirse, sino que ocupan para tal efecto la sanidad pública, que ha dejado a un lado a menudo a quienes más la necesitan, ya que al no estar vinculados por vía laboral, difícilmente acceden a los servicios de forma adecuada (una situación que el seguro popular procuró atender y que más adelante se aborda).

Parte de la solución puede ser el compromiso y solidaridad de los mexicanos que pueden pagar por servicios o un seguro médico, que permita liberar la saturación de los servicios públicos para atender a quienes no cuentan con las posibilidades de hacerlo por sí mismos. Esto con independencia de si la obligación real del estado debería ser proveer de infraestructura médica suficiente para la población y que fuésemos nosotros los mexicanos los responsables de adquirir, por la vía privada, los seguros médicos adecuados a las posibilidades y necesidades de cada ciudadano o si debiera procurar atención universal. En las actuales circunstancias, parece que solo así lograremos salir del estancamiento de los servicios de salud.

Finalmente y como conclusión de este capítulo, se hace evidente que el derecho a la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que implica garantizar de acuerdo con los documentos de los organismos internacionales citados:

1. El bienestar físico, mental y social de la persona.

2. La salud tanto física, como mental, a partir de la prevención y no solo de prácticas curativas.
3. Un nivel de vida que permita preservar la salud, con los servicios, bienes y condiciones que ellos implica.
4. Acceso a información que proporcione elementos sobre bienes de consumo (alimentos, ropa, enseres domésticos, productos de uso personal, medicamentos y similares), así como prácticas riesgosas para la salud, incluyendo las vinculadas a condiciones laborales, que permita a las personas tomar decisiones encaminadas a la protección de la salud física y mental.
5. Condiciones ambientales que permitan una vida sana y libre de contaminantes.
6. Acceso a información geográfica sobre zonas que pueden presentar contaminación o riesgos que puedan comprometer la salud a corto, mediano y largo plazo, por causas naturales o por la acción del hombre.

Difícilmente podrá gozarse plenamente del derecho a la salud, si el Estado no interviene, ya sea para proporcionar o bien, garantizar, los puntos arriba descritos. En estos, la prevención de riesgos sanitarios no es tarea menor, ya que resulta determinante para la conservación de la salud tanto individual como de toda la sociedad.

## Capítulo segundo

### La salud pública y el sistema nacional de salud.

#### 2.1. Concepto de salud pública.

El concepto de salud pública es relativamente reciente. Nació de manera informal durante la revolución industrial, cuando fue evidente que las condiciones en las cuales vivían las personas que trabajaban en las fábricas incidían no solo en su bienestar, sino en el del resto de la población. El surgimiento de las vacunas y la posibilidad de evitar la enfermedad mediante el esfuerzo conjunto que suponía su aplicación, evidenciaron que la salud de unos podía incidir en la de los otros y viceversa. Los descubrimientos que se realizaron en medicina durante el siglo XIX establecieron relaciones entre condiciones de vida y salud, así como con la generación y propagación de epidemias.

A principios del siglo XX surgieron las primeras concepciones formales de salud pública. Una de ellas es la de Winslow, una definición clásica que ha llegado hasta nuestros días:

La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: a) el saneamiento del medio; b) el control de las enfermedades transmisibles; c) la educación sanitaria; d) la organización de los servicios médicos y de enfermería, y e) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud.<sup>24</sup>

El autor no hace referencia alguna a la posibilidad de que todos cuenten con servicios médicos de forma gratuita o que la asistencia deba extenderse a

---

<sup>24</sup> Winslow en Piedrola, Gil. *Medicina preventiva y salud pública*, Elsevier, Barcelona, 2016, pág. 8.

otras áreas. Solamente se refiere a la organización del personal médico, lo que suponía sin embargo un gran avance para la época.

Posteriormente y con un mayor conocimiento de la estrecha relación que existe las políticas en materia de salud y el bienestar no solo de la sociedad en general, sino de cada uno de sus integrantes en particular, comienzan a incorporarse cada vez más servicios que son tanto paliativos como preventivos. Uno de los campos más claros en los que se aprecia la relación costo-beneficio de políticas públicas en materia de salud, es el de las vacunas, que permitieron conservar la salud de millones de niños que de otra forma hubieran muerto, o sufrido discapacidad por enfermedades que no conocen frontera, ni políticas ni sociales. La percepción de que la protección de muchos es la de cada uno, ha resultado cada vez más evidente e incidido en la forma en que se entiende la salud pública.

Una definición más cercana a las políticas de este nuevo siglo implica una mayor complejidad. De acuerdo con el Centro Universitario Tonalá, la salud pública es una “disciplina que está diseñada para comprender los problemas y las necesidades biológicas, psicológicas y sociales en la salud y el medio ambiente con base en las Funciones Esenciales de la Salud Pública y Determinantes Sociales en apoyo a los objetivos del milenio para su acción”.<sup>25</sup>

Aunque la salud pública es responsabilidad principalmente del gobierno, no es posible hacer a un lado a otros agentes, que inciden favorablemente o no en ella. Tanto grupos de asistencia privada, como ciudadanos en lo particular participan y aportan al sistema, pero también influyen mediante sus hábitos de vida y consumo, así como sus creencias. Un ejemplo negativo de esta incidencia es el movimiento antivacunas que se ha cobrado varias vidas en Europa y Estados Unidos, donde han muerto niños causa de enfermedades

---

<sup>25</sup> Cfr. <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/salud-publica/que-es>.

como el sarampión y la difteria, a causa de las acciones de desinformación de grupos que difunden peligros científicamente no comprobados, como de la inacción del Estado que no ha hecho lo necesario para acercar a la población a la información adecuada, analizando los pros y los contras de las prácticas médicas.

Existen entre los servicios de salud actividades que están dirigidas principalmente a la consecución de los objetivos de la salud pública. Principalmente se trata de acciones de fomento y defensa de la salud, prevención de las enfermedades y restauración de la salud. Además, se tienen otras actividades que son organizadas por la comunidad, que inciden directa e indirectamente en su promoción. Se trata de acciones vinculadas a la educación, la dirección de la política económica, de viviendas, urbanismo y obras públicas, política de seguridad social.<sup>26</sup> Estas se relacionan directamente con las políticas públicas, por lo que se abordan en el capítulo cuarto de este trabajo.

En lo que corresponde a los servicios de salud pública relacionados directamente con el Estado, generalmente y conforme a la literatura que se ha utilizado, se tienen dos grandes grupos: el primero es el que está dirigido a la protección de la salud y que impactaría especialmente en el medio ambiente en el cual se desarrollan los individuos. El segundo, se refiere a la atención de estos, tanto en lo que se refiere a la prevención como al tratamiento y promoción de la salud, pero en el plano personal e individual y no como una práctica que incida sobre un elemento diferente, que sin embargo impacta directamente en la salud<sup>27</sup> como sería el caso de la calidad del aire, el agua o la disposición de residuos peligrosos, por citar solo algunos ejemplos.

---

<sup>26</sup> Sonis, Abraham. *Medicina sanitaria y administración de la salud*, El Ateneo, Buenos Aires, 1976, pág. 62.

<sup>27</sup> Idem.

Es por ello preciso que el grupo de acciones que tienen como objeto la protección de la salud, se vinculen con otras actividades administrativas e innumerables políticas públicas, en el sentido más amplio posible. Se trata de un campo amplísimo, que se relaciona con el estado de elementos indispensables para la vida y su calidad (como el aire o el agua) como con las condiciones en que aquella se verifica (estado de la vivienda, calidad de los alimentos que se consumen, exposición a sustancias riesgosas). Desde el punto de vista operativo, se acostumbra a hacer una distinción entre las dirigidas a la vigilancia y control de la contaminación del agua, del aire y del suelo (control sanitario del medio ambiente o saneamiento ambiental) y las dirigidas a la vigilancia y control de la contaminación de los alimentos (control sanitario de los alimentos o higiene alimentaria). Se trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente donde el ser humano vive y trabaja, y de los alimentos que consume. Estas acciones se basan en conocimientos científicos aportados por ciencias distintas a la medicina (veterinaria, farmacia, biología, bromatología, ingeniería sanitaria, etc.) y son llevadas a cabo por profesionales sanitarios no médicos (veterinarios, biólogos, farmacéuticos, bromatólogos, ingenieros sanitarios, ingenieros de seguridad e higiene en el trabajo, entre otros).

En lo que respecta a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, lo que se busca es procurar servicios de salud que tengan como objetivo el fomento y defensa de la salud y la prevención de las enfermedades mediante actuaciones que inciden sobre las personas. Se trata de incrementar los niveles de salud de los individuos y colectividades y de prevenir las enfermedades específicas, cuya historia natural sea conocida y para las que se disponga de instrumentos de prevención primaria o secundaria efectivos y eficientes.

En este punto es conveniente hacer algunas precisiones entre promoción de la salud y prevención de enfermedades. Hablar de promoción implica fomentar la salud de los individuos y colectividades promoviendo estilos de vida saludables. Implica la educación sanitaria a nivel personal y comunitario, pero también a través de personas que entre en contacto con las personas sin que necesariamente exista una enfermedad concreta. Como es lógico, para que sean efectivas, estas acciones deben recibir el soporte de los grupos organizados de la comunidad y ser apoyadas por las medidas políticas y legislativas que se estimen necesarias. En lo que respecta a la prevención, se trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas.

En la práctica, no obstante, es difícil establecer la distinción entre ambos tipos de medidas. Tanto las acciones de prevención específica, como las destinadas a modificar estilos de vida que no son saludables, apoyan a la prevención de enfermedades, aunque es indudable que las últimas tienen mayor impacto.

Ambos conceptos, en todo caso, se utilizan para referirse a la prevención y protección de riesgos sanitarios, que es el objeto de este trabajo de investigación y a los cuales se avocan tanto las acciones de las entidades federales como de las estatales.

Finalmente, resulta de capital importante subrayar que la finalidad de la salud pública, es reducir las brechas de desigualdad, como se señaló en la exposición de motivos relativa a la inclusión de este derecho en el artículo cuarto constitucional, como una reivindicación de justicia social. En este sentido, el derecho a la salud tiene una orientación fundamentalmente igualitaria.

Son dos las condiciones que implica una protección más equitativa de la salud. La primera de ellas reside en en la universalidad de la cobertura; la segunda, en la igualdad de la calidad de la atención. Resulta especialmente importante, porque estas exigencias pretenden cobijar a los sectores que no tienen acceso a los servicios que proveen las instituciones de seguridad social a través de su filiación laboral, y atienden la necesidad de redistribuir los insumos públicos en aras de que el sistema de salud opere bajo el principio de igualdad. Por consiguiente, introduce la necesidad de que la subsistencia del sistema de salud (así como los insumos que deba proveer para lograr la cobertura universal) siga las pautas en que se basan el resto de los sistemas de seguridad social para financiar los gastos, esto es, en la capacidad contributiva y redistribución del ingreso.<sup>28</sup>

En cuanto a lo que respecta a la salubridad general, la Ley General de Salud vigente, en su artículo tercero, señala que son materia de esta:

- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta Ley, que son los siguientes: I. Servicios públicos a la población en general; ... III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.
- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- La Protección Social en Salud;
- La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II, que son: II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;

---

<sup>28</sup> Madrazo Lajous, Alejandro *et al.*, *El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano*, México, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), División de Estudios Jurídicos, Publicación núm. 62, octubre, 2013. Disponible en: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2062.pdf>.

- La atención materno-infantil;
- El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;
- La salud visual;
- La salud auditiva;
- Salud bucodental;
- La planificación familiar;
- La salud mental;
- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;
- El genoma humano;
- La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
- La educación para la salud;
- La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad y otros trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo;
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
- La salud ocupacional y el saneamiento básico;
- La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
- El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual;
- La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
- El diseño, la organización, coordinación y vigilancia del Registro Nacional de Cáncer.
- La prevención de la discapacidad y la rehabilitación de las personas con discapacidad;
- La asistencia social;
- El programa para la prevención, reducción y tratamiento del uso nocivo del alcohol, la atención del alcoholismo y la prevención de enfermedades derivadas del mismo, así como la protección de la salud de terceros y de la sociedad frente al uso nocivo del alcohol;
- El programa contra el tabaquismo;
- La prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos y el programa contra la farmacodependencia;
- El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

- El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en las fracciones XXII y XXIII;
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;
- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células;
- El control sanitario de cadáveres de seres humanos;
- La sanidad internacional;
- El tratamiento integral del dolor, y
- Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.

Todas y cada una de estas corresponden a las fracciones del artículo referido y aluden a facultades, atribuciones y obligaciones que tiene el Estado mexicano para garantizar y salvaguardar (protección y prevención) la salud de la población.

En lo que respecta a la salubridad general, hemos visto que el Estado no se limita a prestar servicios de salud, sino a efectuar actividades de prevención y fomento. Estas acciones son indispensables, ya que solo el incremento de población con hábitos sanos, la regulación de productos y actividades potencialmente nocivos para la salud, de los productos farmacéuticos, la educación e información y una adecuada gestión de los servicios en conjunto con entidades de la sociedad civil, permitirá la supervivencia del sistema en condiciones aceptables.

La prevención y el fomento son obligaciones que recaen en el ámbito operacional estatal, que están además sujetos a mecanismos de rendición de cuentas. La exigencia constitucional de compartir responsabilidades con las entidades federativas, a través de la concurrencia, necesariamente requiere de la acción conjunta de los distintos niveles del Estado. Como regla general, la Federación tiene un menor acercamiento con las particularidades de las poblaciones locales y menor conciencia de sus necesidades, pero no por ello ha

de claudicar sus funciones de vigilancia y control que son la garantía de un buen servicio y por ende, del disfrute al derecho a la salud.

Empero, es imposible que el gobierno sea el único responsable de ofrecer servicios de salud. Debe conjugarse con otras alternativas, entre estas los servicios privados de salud, a fin de alcanzar a la mayor parte posible de mexicanos. Esto abonaría enormemente a la protección contra riesgos sanitarios.

## **2.2. El Sistema Nacional de Salud.**

La Ley General de Salud señala en su artículo quinto, que el sistema nacional de salud se integra de la siguiente forma:

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social o privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Es decir, que corresponde al estado toda acción relacionada con la salud, sin importar que las instituciones que presten servicios de este tipo sean públicas o privadas.

En lo que respecta al sistema de protección social en salud, puede afirmarse que concierne a todos los mexicanos, por lo que todos han de ser, si bien por distintas vías, incorporados al mismo, en virtud de que no puede negarse a los conacionales la atención por alguna de las vías que se ofrecen atendiendo a su condición o régimen laboral. Se trata de un derecho que se consagra en la Ley General de Salud en el artículo 77 Bis. En cuanto a las

bases y modalidades de acceso al derecho a la salud, éstas heterogéneas, dependen a menudo de la capacidad económica de la persona, por lo que si bien todos tienen acceso a la salud, no todos los servicios tienen igual calidad.

Esto apoya especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad, apoyando en general al nivel de bienestar social de la población mexicana. No obstante, para que la protección de la salud sea completa, es necesario atender otros derechos humanos que se encuentran relacionados directamente con el de la salud y que se refieren a la alimentación, vivienda, agua y aire limpios, integridad personal, vivienda y trabajo digno. La ausencia de estos derechos es una de las principales causas de enfermedad e impiden la conservación y mejoramiento de la salud.

El derecho a la protección de la salud se encuentra plasmado en el artículo cuarto constitucional, que puede ser ejercido tanto social como individualmente. En el primer caso, se tratará principalmente de la atención, información y recepción de medicamentos y tratamientos y, en el segundo caso, como derecho social dirigido a la colectividad o grupo, mediante las políticas de salud, asistencia social, e infraestructura.

Antes de que existiera el Estado mexicano, existían generalmente dos vías para atender problemas de salud: una era mediante la consulta de médicos particulares, que solo era accesible a las clases más pudientes; el resto, debía conformarse con las instituciones de beneficencia privada, que en un inicio dependían casi exclusivamente de la iglesia y las órdenes religiosas. Los hospitales, por ejemplo, solían estar a su cargo. Posteriormente, grupos de particulares, especialmente gente pudiente, fundaron asociaciones para apoyar a las personas que no pudieran pagarse una atención médica. Finalmente, el Estado, en especial en lo concerniente a problemas de salubridad general, se

incorporó a este esfuerzo generando lo que posteriormente sería el sistema nacional de salud como lo conocemos hoy.

A causa de las leyes de reforma, las ordenes fueron disueltas y sus bienes confiscados. La asistencia tanto pública como privada de naturaleza no religiosa adquirió una importancia mucho mayor. Fue evidente, sobre todo en los países que iniciaron la revolución industrial, que tuvieron cambios repentinos en los estilos de vida, por la emigración de la gente del campo a la ciudad en condiciones lastimosas para su salud, que era necesario reforzar los sistemas de salubridad pública.

La salud del trabajador se convirtió en una necesidad del propio sistema capitalista, sobre todo en obreros calificados que difícilmente se podían remplazar, sobre todo para mantener las capacidades del trabajador en caso de enfermedad o accidente de trabajo, si bien estos derechos solo fueron reconocidos y protegidos tras arduas luchas de los obreros hasta entrada el siglo XX. La seguridad social vinculada al desempeño laboral, había nacido.

En México el Departamento de Salubridad Pública fue instituido por la legislación en 1917. Pero no solo se estableció a la institución que debía atender a los trabajadores, sino se señaló a quien le correspondía pagar por ella. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos lo estableció en su artículo 123, fracción XIV:

Los empresarios serán responsables de los accidentes del 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 aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.

Otros derechos ganados por los trabajadores se consagran en la fracción XV, que se refiere a la obligación del patrón de observar la regulación sobre higiene y salubridad compatibles con la salud y la vida de los trabajadores y en la fracción XXIX, que se vincula a la expedición de la Ley del Seguro Social para establecer los seguros por invalidez, de vida, cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, entre otros.

Estos son los antecedentes inmediatos del sistema de salud en México como lo conocemos hoy, que se consolidó con la creación de cuatro instituciones fundamentales: La Secretaría de Salud (SS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y entidades especializadas como el Hospital Infantil de México en 1943, el Instituto de Cardiología en 1944, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946, el Instituto de Cancerología en 1950, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1960 y el Nacional de Neurología en 1964. Mas no solamente en atención a las especialidades médicas se diversifican las instituciones de atención a los mexicanos, sino a la actividad laboral y condición social de estos. Así nacen las instituciones de seguridad social que prestan el servicio a los obreros, a los campesinos y a los mexicanos urbanos no derechohabientes del seguro social. Otro de los programas pioneros fue el Programa IMSS-Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), desde 1989 se convierte en IMSS Solidaridad, que atendía a la población campesina.<sup>29</sup>

El denominado Sistema Nacional de Salud fue regulado por la Ley General de Salud de 1984, la coordinación del mismo fue a cargo de la SS y se conformó desde entonces como refiere el artículo 5o vigente, es decir, entre: dependencias y entidades públicas, personas físicas y morales de los sectores social y privado, y mecanismos de coordinación de acciones. El sector social se

---

<sup>29</sup> Cfr. <[http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)>

refería a servicios prestados de forma directa o por medio de contratación de seguros individuales o colectivos por grupos y organizaciones sociales a sus miembros y beneficiarios en ese entonces, de acuerdo a su numeral 39,279 en esos términos, el modelo de salud era proveído por prestadores de servicios públicos y privados.

El gran cambio se presentó, de acuerdo con Mónica Uribe Gómez y Raquel Abrantes Pego, durante el sexenio de Ernesto Zedillo, cuando se reformó el sistema nacional de salud:

Al inicio del siglo XXI, visto desde el exterior, específicamente en América Latina la prioridad en el tema de la salud fue la protección financiera al favorecer el nuevo modelo de mercado con un decremento del gasto social estatal y negociar la deuda con organismos internacionales. En México, en el sexenio presidencial que abarcó el periodo de 1994 a 2000 se crea el Programa de reforma al sector salud que adopta el modelo de Pluralismo Estructurado propuesto por Julio Frenk Mora y se establecen paquetes de atención en el ámbito de la Secretaría de Salud.<sup>30</sup>

Estos son los antecedentes de la reforma de la Ley General de Salud, en la cual se incorporó el Sistema de Protección Social en Salud en 2003. En virtud de que se accedía a los sistemas de asistencia social por vía laboral, ya fuese que la persona laborara en el sector público o en el sector privado, se concibió un mecanismo para dar protección a los que no tenían un amparo de esta índole. Así nació el Seguro popular, cuya finalidad, de acuerdo con Uribe y Abrantes, era generar un esquema financiero que permitiera cobertura universal limitando la intervención de las instituciones citadas en párrafos anteriores. El seguro popular se construyó así a partir de dos modelos provenientes del Banco Mundial:

---

<sup>30</sup> Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel, “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, núm. 42, México, 2013, pág. 137.

Uno que diferencia bienes públicos y privados y en situación de austeridad se realiza con atención primaria y selectiva, y otro, en el que la inversión en salud se mide en costo eficiencia, autofinanciamiento y paquetes básicos que aumenten los beneficios. (...) Si bien, ese sistema de protección social incluiría a todos aquellos que no tuvieran acceso a otro tipo de servicio, bajo la implementación financiera de copagos, omitió atender que el 68% de los destinatarios se encontraban en los deciles de ingreso que proponía subsidiar el Estado y por ello, el presupuesto de autofinanciación dependería del crecimiento microeconómico y no sólo el macro- económico en México.<sup>31</sup>

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 detectó entre los principales problemas de la sanidad pública en México, los siguiente: pobres políticas de prevención, que reciben pocos recursos de un sistema enfocado a la curación, estructuras burocráticas estáticas con rígidas jerarquías verticales, ausencia de políticas que favorezcan la cooperación multi e interinstitucional, con la consiguiente incapacidad para operar de forma más eficiente y coordinada tanto en el aspecto operativo como en el financiero.

A partir de estos y otros problemas se diseñaron cinco objetivos que buscaba implementar una política que integrara la acción de los diversos agentes institucionales, encaminados a lograr una mejor atención a los ciudadanos y el fomento a los derechos humanos. Además, la inclusión y la equidad se incorporaron como políticas, con el propósito de asegurar para los más vulnerables el acceso a la salud.<sup>32</sup> A partir de los resultados, se realizaron modificaciones a la Ley General de Salud. La iniciativa de Decreto por el que se reforman, adicionan, y derogan diversas disposiciones de los Títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud, basada en el acceso de los ciudadanos al sistema, fue publicada en el Diario Oficial el 4 de junio de 2014.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Ibidem, pág. 136 y sig.

<sup>32</sup> Cfr. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Gobierno de la República, pág. 49 y sig.

<sup>33</sup> LXII Legislatura, Cámara de Diputados, Gaceta Parlamentaria número 3857-M, año XVI, domingo 8 de septiembre de 2013.

En este contexto, la Secretaría de Salud adquirió un papel capital no solo como cabeza del sector, sino en relación con las entidades administrativas constitutivas de los regímenes estatales de protección social en salud, al agregarse la obligación para los regímenes estatales de garantizar, de acuerdo con el artículo 77 bis 2 tercer párrafo de la Ley General de Salud “acciones mediante el financiamiento y la coordinación eficiente, oportuna y sistemática de la prestación de los servicios de salud, los cuales d realizar su actividad de manera independiente de la prestación de servicios de salud.” No solo coordina la Secretaría de Salud, sino que actúa directamente.

Esta disposición responsabiliza a los regímenes estatales de los recursos que corresponden a dicho servicio, y les obliga en términos de los artículos 77 bis 5, inciso B, 77 bis 31 y 469 bis de la Ley General de Salud a: proveer los servicios de salud, los insumos y los medicamentos necesarios; efectuar la identificación e incorporación de los beneficiarios; aplicar de forma transparente y oportuna de los recursos y, finalmente, contar con la documentación justificante y comprobatoria de las erogaciones de recursos. La supervisión, control, fiscalización y políticas en materia de transparencia vinculadas a estos recursos y las acciones a los cuales se destinan, corresponde a la Secretaría de la Función Pública y otras autoridades competentes, incluyendo lo referente a la responsabilidad administrativa que pueda derivar del incumplimiento de las obligaciones contenidas en el Título Tercero Bis De la Protección Social de la Salud.

En 2018, a sesis años de la implementación del seguro popular, los problemas de fondo siguen ahí, ya que el Sistema Nacional de Salud sigue siendo, en muchos casos, inequitativo, desarticulado e ineficiente<sup>34</sup>. Lejos se está de un sistema de seguro de salud universal que se encuentre al alcance de

---

<sup>34</sup> Uribe Gómez y Abrantes Pêgo. Op. Cit., pág. 149 y sig.

todas las personas, que permita desfragmentar el sistema y subsidiar a quienes lo necesiten.

### **2.3. Marco jurídico de la salud pública en México.**

El marco jurídico de la salud se compone por un conjunto de ordenamientos legales que de manera sistemática y coherente, sustentan el quehacer de las autoridades en materia sanitaria, sean estas de carácter federal, estatal o municipal. Estos instrumentos, a partir de lo que señalan la Constitución y los tratados internacionales, pueden ser:

- Leyes y reglamentos.
- Decretos y resoluciones.
- Normas oficiales mexicanas.

Estas parten, como se ha indicado, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de los tratados que esta señala como parte de nuestro marco jurídico.

El derecho a la protección de la salud fue elevado a rango constitucional en 1983, cuando al tomar protesta el titular del ejecutivo, estableció como una de sus políticas públicas el cuidado de la misma: “Elevaremos el derecho a la salud a rango constitucional, para dar base a un sólido e integrado sistema nacional de salud: daremos prioridad a la medicina preventiva, particularmente en las zonas rurales y urbanas marginadas.”<sup>35</sup> Estas palabras de Miguel de la Madrid en 1982, fueron el antecedente de los trabajos para su plena integración en el texto constitucional al año siguiente.

---

<sup>35</sup> Cfr. <[http://200.15.46.216/CGIBIN/om\\_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20...El 270303](http://200.15.46.216/CGIBIN/om_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20...El%20270303)>.

Resulta especialmente interesante la lectura del Diario de Debates de la Cámara de Diputados. Por ejemplo, en el número 50 del 13 de diciembre de 1982, se señala como una de las principales preocupaciones como consecuencias de la inclusión de este derecho en la Constitución, la compra de medicamentos a empresas extranjeras. Se hizo especial énfasis en que no debía tratarse de una mera inclusión en el texto legal, sino que debía hacerse efectivo. El diputado Luján Gutiérrez en este contexto señaló:

Si el Presidente de la República ha decidido proponer a rango constitucional el derecho a la salud, es porque en las acciones presupuestales efectivas tendrá que haber un reflejo que haga práctica y real este derecho... pero tenemos que complementarla con las asignaciones para agua potable, para drenaje, para limpieza y sobre todo hoy, una preocupación dominante y permanente en la colectividad, el saneamiento del medio ambiente.<sup>36</sup>

En esta misma sesión, se enfatizó que la responsabilidad del cuidado de la salud correspondería al Estado, lo que implicaba una importante inversión por parte de este: “el derecho a la salud de traducirse en una protección efectiva de la salud, que implica la accesibilidad a los servicios de salud homogéneos, completos y permanentes, y que la atención igualitaria es un requisito para la democratización de la sociedad.”<sup>37</sup>

En el Diario de Debates número 58 del 28 de diciembre de 1982, se refiere que una de las situaciones que han impedido la protección de la salud ha sido la situación económica, que el ejercicio de esa garantía requeriría de cambios estructurales, en particular una distribución equitativa de la riqueza, esta última razón creemos que no permite el pleno desarrollo de cualquiera de los derechos fundamentales.

---

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Idem.

El Diputado Mariano López Ramos hizo una serie de observaciones al proyecto de iniciativa de adición al artículo 4° constitucional, mencionando entre una de las más importantes que:

[...] a pesar de que se declara que es un derecho social el de la protección de la salud, éste pretende establecerse como garantía individual al estipularse que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y debería corresponder a las clases desvalidas de la sociedad y ya que del artículo primero se desprende que todo individuo gozará de las garantías (...) todos podrán estar en condiciones de demandar la asistencia médica necesaria, pues toda persona tiene derecho.<sup>38</sup>

En suma, propuso que los grupos y clases vulnerables fueran incluidos en la redacción. Este tipo de observaciones es un ejemplo de las dificultades que a menudo se presentan al tratar con derechos humanos, ya que con independencia de la situación económica de las personas, han de garantizarse para todos. Es posible que en la operación de las instituciones encargadas de garantizarlo se efectúen distinciones en lo que se refiere al aporte que debe hacer cada cual a cambio, en atención a su ingreso, pero el derecho ha de ser garantizado para todos, sin importar su condición.

El diputado Viterbo Cortes Lobato en esta misma sesión, comentó que “*el sólo hecho de elevar a rango constitucional el derecho a la salud conlleva acciones por parte del Estado (...)*”<sup>39</sup>. Ya desde entonces era evidente que existen derechos frente a los cuales el Estado debe abstenerse simplemente de actuar, mientras que en otros casos es necesario que intervenga, sea para garantizar el ejercicio del derecho o para proveer las condiciones (infraestructura y personal de servicios) para que pueda ser disfrutado.

Finalmente, el diputado Pedro Bonilla hizo referencia al historial de iniciativas que se habían presentado en ese sentido, una del 29 de diciembre de 1980, por el antecedente del actual Partido Socialista Unificado de México.

---

<sup>38</sup> Idem.

<sup>39</sup> Idem.

Propuso para el último proyecto el siguiente texto: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, agregando el Estado asignará los recursos materiales y humanos necesarios para hacer efectivo este derecho.”<sup>40</sup> A pesar de las diferencias sobre la forma en que debería plasmarse en lo que se refiere a si llamarle “derecho a la salud” o “derecho a la protección de la salud”, se realizó la reforma correspondiente. En México, la segunda expresión es la más adecuada, delegando a la ley el determinar las formas de acceso a los servicios de salud. La adición finalmente quedó en los siguientes términos:

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 [adición publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.]

La idea no era solamente garantizar la salud, sino su protección, lo que no solo se refiere a la prestación de servicios médicos, sino precisamente a las acciones materia de regulación sanitaria objeto de este trabajo.

La naturaleza jurídica del derecho a la protección de la salud dejó de ser una garantía individual para transformarse en un derecho humano, tras la reforma constitucional de 2011, con los alcances y las obligaciones generadas por el contenido sustancial conformado por los derechos humanos establecidos en la Constitución mexicana y en los tratados internacionales de los que el Estado es parte.

En lo que respecta a las leyes y reglamento, en este apartado se abordará la Ley general de salud, por ser el principal ordenamiento relacionado con el sistema nacional de salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud dispuesto en el artículo 4o constitucional, párrafo cuarto, la cual define

---

<sup>40</sup> Idem.

las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, según su artículo 1o. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

Conforme al artículo 2o de la Ley General de Salud, el derecho a la protección de la salud tiene diversas finalidades, entre las que se pueden encontrar las relativas al desarrollo personal, cuando se busca el bienestar físico y mental para el ejercicio pleno de las capacidades de la persona, la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida y el conocimiento sobre los servicios de salud. Además. Señala que existen deberes que atañen a todos y que permitan disfrutar de las condiciones de salud y contribuir al desarrollo social, para lo que se requiere de la actitud solidaria y responsable y, por último, de mejora material, al referirse a los servicios de salud y la investigación científica. Todos ellos colaboran para que el derecho a la salud y su protección sean una realidad para la mayoría de los mexicanos.

Los servicios de salud no solamente se dirigen a personas, ya que también la colectividad es considerada como un destinatario. El derecho a la protección de la salud se concreta por medio de servicios en esa materia dirigidos a ambas: La persona y la colectividad. Esta última se menciona como grupo en general sin definición, ni precisión específica y en tres rubros: a) Atención médica, b) Salud pública y c) Asistencia social, esto conforme a los artículos 23 y 24 de la propia Ley general de salud.

Entre los servicios de salud que considera el numeral 27 de la referida ley, se incluyen actividades preventivas, tales como: la educación, la prevención y control de enfermedades, la planificación familiar, la promoción y mejoramiento de la nutrición, y entre las de atención médica: la médica integral, la materno infantil, la de adultos mayores, la mental, la bucodental, la

disponibilidad de medicamentos e insumos, y las de asistencia social se especifica respecto de grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos los pertenecientes a comunidades indígenas. Lo anterior es la base para la emisión de normas relacionadas con la regulación sanitaria, cuyo marco jurídico se aborda de forma específica en el siguiente capítulo.

Finalmente, las normas oficiales mexicanas son:

...regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación en materia de control y fomento sanitario que deben cumplir los bienes y servicios que se comercializan en el país<sup>41</sup> [Se les conocen como NOM por sus siglas].

Las NOM son los ordenamientos que permiten a las dependencias del gobierno fijar estándares que permitan realizar una actividad o prestar un servicio de forma adecuada y con mínimos de calidad y seguridad. Generalmente se centran en las características de los bienes o servicios que regulan (es decir, su definición), los procesos que se deben seguir para producirlos, almacenarlos, transportarlos y comercializarlos en el caso de los bienes y, en el caso de los servicios, se considera además las condiciones en las que se presta así como el personal encargado del mismo y las calificaciones que ha de tener, entre muchos otros aspectos que consideran las NOM. En ambos casos consideran asimismo, los mecanismos para garantizar los estándares señalados que incluyen acciones de vigilancia y monitoreo.

---

<sup>41</sup> Huerta Ochoa, Carla. "Las normas oficiales mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano" en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 92 enero de 1998, Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3543/4236>

Es al gobierno al que le corresponde vigilar estos procesos, incluyendo todo lo relacionado con la regulación sanitaria. Es preciso identificar riesgos, evaluarlos, diseñar mecanismos para eliminarlos o reducirlos y plasmarlos en las NOM.

La elaboración de las NOM implica un esfuerzo de la sociedad ya que no solamente intervienen en los comités técnicos las dependencias gubernamentales correspondientes, sino los interesados y académicos e investigadores de instituciones nacionales y si es necesario, internacionales. Como cualquier norma del sistema mexicano, se publican en el Diario Oficial de la Federación.

Hay que mencionar que existen más de noventa NOMs aplicables en materia sanitaria existen más de noventa normas oficiales, relacionadas directamente e indirectamente con los riesgos sanitarios. Un ejemplo son las siguientes:

- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud del 4 de septiembre de 2013. Establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. 4 de septiembre de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. 08 de Enero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. 04 de Enero de 2013.

- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.01 de Marzo de 2010.

El cumplimiento de las NOM se lleva a cabo a través de las unidades de verificación avaladas por los comités técnicos dependientes de secretarías de estado y otros organismos gubernamentales, que son organismos civiles integrados por personas físicas y morales. A estas les corresponde emitir el certificado de que se trate, por lo que cualquier violación a la norma que amerite la negación de una certificación, implica establecer una inconformidad ante el organismo que lo avala, quien se encargará a su vez de verificar si está fundada la negativa o no. No existe una sanción directa por la norma, solamente procede a través de la normatividad sanitaria que corresponda.

Finalmente, es importante subrayar que la normatividad específica juega un papel importante, pero no menos su congruencia tanto con las normas jerárquicamente superiores como con la norma fundamental y el derecho a la protección de la salud que regula, que es el fin de todos los órganos y entidades del sector en nuestro país.

Para cerrar este capítulo, se abordan algunos de los reglamentos más importantes en los que se presenta concurrencia de facultades entre ambas instituciones.

### **Marco jurídico de la COFEPRIS y la COPRISEM**

El marco jurídico de la Cofepris y de la Coprisem es prácticamente el mismo, toda vez que constitucionalmente las entidades federativas se encuentran supeditadas a la federación. Es así que los ordenamientos legales que aplica la autoridad administrativa estatal derivan de aquellos aplicados por autoridades

federales. En este apartado se hace énfasis en los reglamentos correspondientes a las materias específicas que implican concurrencia de ambas en atención a los acuerdos señalados en el capítulo anterior.

Se aborda en apartados anteriores que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ley fundamental del Estado Mexicano, el documento que consagra en el párrafo tercero del artículo cuarto el derecho que todo individuo tiene a la protección de la salud. Por ello, este artículo constituye el principal instrumento jurídico que establece las funciones y atribuciones de las autoridades administrativas en materia de control, fomento y vigilancia sanitaria.

A fin de proteger debidamente este derecho, se han dotado a diversas instituciones de atribuciones en la materia. Las atribuciones de la Secretaría de Salud, por ejemplo, se encuentran establecidas en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Ahora bien, entre estas atribuciones se encuentra la de “actuar como autoridad sanitaria y ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, así como vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables”. Estas atribuciones son ejercidas a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, cuyas facultades se encuentran establecidas en el artículo antes citado y en el 17 bis1 y 17 bis2, así como las señaladas en el artículo tercero del Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

En cuanto a la normatividad específica, la COFEPRIS, además del reglamento citado que le da origen y que determina en su artículo primero su naturaleza jurídica como organismo desconcentrado, se vincula principalmente a los siguientes ordenamientos de carácter federal. En primer término, se

encuentra el Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, que conforme a su artículo primero tiene por objeto:

...establecer la organización y funcionamiento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios como órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Éste reglamento es exclusivo de la Comisión Federal y no tiene efecto alguno sobre los particulares. Es el ordenamiento legal que establece las normas de operación laboral y administrativa de la institución y permite interactuar con las entidades federativas en la aplicación de la reglamentación que a continuación se enuncia.

#### **a) Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.**

Este ordenamiento conforme a su artículo primero, tiene a su cargo “la regulación, control y fomento sanitario del proceso, importación y exportación, así como de las actividades, servicios y establecimientos, relacionados con los productos”, vinculándose directamente a las atribuciones de la COFEPRIS. En lo que respecta a su ámbito de aplicación, el artículo séptimo de este mismo ordenamiento establece que “corresponde a la Secretaría [de Salud], así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que, en su caso, se suscriban.” Estos acuerdos, como se señala en el capítulo anterior, vinculan no solo a la federación sino también a las entidades federativas al ser concurrentes. De ahí que no solamente sean aplicables a la COFEPRIS, sino asimismo a la COPRISEM.

#### **b) Reglamento de Insumos para la Salud.**

El Reglamento de insumos para la salud tiene, conforme a su artículo primero, el objeto de “reglamentar el control sanitario de los insumos y de los remedios herbolarios, así como el de los establecimientos, actividades y servicios relacionados con los mismos”. No solamente se controlan los medicamentos creados por empresas, sino también los que se relacionan con costumbres y tradiciones, ya que su uso inadecuado puede generar trastornos graves en la salud de las personas.

En lo referente a su ámbito de aplicación, se trata de un reglamento en el cual, al igual que en el caso anterior, concurre con las entidades federativas. En el artículo sexto señala que: “la aplicación e interpretación del presente Reglamento corresponde a la Secretaría, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia, de conformidad con los acuerdos de coordinación que, en su caso, se suscriban.” Es decir, que las atribuciones anteriormente exclusivas de la federación, pueden ser ejercidas por los estados, entre ellos el Estado de México.

**c) Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.**

Este reglamento, de acuerdo con su artículo primero, tiene por objeto “reglamentar el control de las actividades reguladas y la coordinación entre las dependencias competentes para aplicar la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y /o Comprimidos.” En lo que respecta a su ámbito de aplicación, lo es en toda la república.

**d) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad.**

Conforme al señalado en su artículo primero, a este ordenamiento le corresponde “reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere las Ley General de Salud”. En lo que se refiere a su ámbito de aplicación, el artículo tercero establece que “la aplicación e interpretación del presente reglamento corresponde a la Secretaría, así como a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia de conformidad con los acuerdos de coordinación que, en su caso, se suscriban, sin perjuicio de las atribuciones que en materia de publicidad correspondan a otras dependencias del Ejecutivo Federal”. Es decir, que se repite en el caso de existir acuerdos de concurrencia, la situación de los reglamentos citados en párrafos superiores.

**e) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.**

Este reglamento tiene por objeto “proveer en la esfera administrativa, a la observancia de la Ley General de Salud en lo que se refiere a la Sanidad Internacional” siendo “de observancia general en toda la República, sus disposiciones son de orden público e interés social” conforme a su artículo primero. El numeral dos de dicho ordenamiento señala, asimismo, que “la aplicación de este Reglamento compete a la Secretaría de Salud, sin perjuicio de las atribuciones que correspondan a las Secretarías de Gobernación, Relaciones Exteriores, Marina, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Comunicaciones y Transportes y otras Dependencias del Ejecutivo Federal.”

Específicamente en materia de sanidad internacional, le habrá de corresponder, de acuerdo con este mismo ordenamiento a la Secretaría de Salud lo referente a los puertos, fronteras y otros lugares en los que se verifique

tránsito de personas, animales o bienes que estén relacionados con su ámbito de competencia.

**f) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.**

Este ordenamiento, conforme a lo señalado en su artículo primero, pretende regular lo correspondiente a la atención médica en todos sus ámbitos y en lo que respecta a todos los profesionales de la salud. En cuanto a su ámbito de aplicación, el artículo sexto señala que su aplicación corresponde a la Secretaría de salud, así como a las autoridades estatales y federales en el marco de los acuerdos de colaboración que existan al respecto.

## **Capítulo tercero**

### **La regulación sanitaria en México.**

Antes de abordar tanto lo que se refiere a la regulación sanitaria en el Estado de México, realizaremos una breve referencia tanto a los antecedentes de los organismos que se han encargado de atenderla, como a la creación de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), como de la propia Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México (Coprism). Resulta especialmente importante abordar las atribuciones de la primera, porque inicialmente, como se indica en capítulos anteriores, correspondía solo a la federación atender los riesgos sanitarios, compartiendo la mayoría de las funciones en la actualidad con los estados en función de los acuerdos que permiten la concurrencia en la materia de ambos niveles de gobierno.

#### **3.1. Antecedentes de la regulación sanitaria en México.**

En el México novohispano, especialmente desde el siglo XVII existieron instituciones públicas y de asistencia social que proporcionaban el servicio de salud y, instituciones que vigilaban su actuar, entre las cuales destacaba el Real Tribunal del Protomedicato de 1628, instituido por el Consejo de Indias, dependiente del Consejo de Castilla. Eran muchos los hospitales, generalmente a cargo de la iglesia, y la colaboración de esta con las autoridades virreynales era la norma. Ya en la época independiente, entre las instituciones que se vinculaban al cuidado de la salud, se encontraba la Facultad Médica del Distrito Federal establecida en 1831 y el Consejo Superior de Salubridad 1841.<sup>42</sup> A

---

<sup>42</sup> Bernard Amozorrutia, Alicia (coordinadora). *Guía General del archivo Histórico de la Secretaría de Salud*, México, Centro de Documentación Institucional, 1994, pág. 29.

estas instituciones hay que añadir la Dirección de la Beneficencia Pública en 1861. Todas ellas se encargaban de la salubridad pública, atendiendo enfermedades y encargándose de la asistencia social de quienes no podían procurarse cuidados básicos, especialmente en el caso de menores y ancianos.

Además, el Consejo Superior de Salubridad tenía la competencia para expedir y registrar títulos, controlando a los docentes y su ejercicio profesional. Le correspondía, asimismo, elaborar la legislación. Le correspondió la realización del Primer Código Sanitario, en 1891. Todo esto evidenció nuevas necesidades que precisaban una estructura diferente.

Si bien la salud de la población fue objeto de interés de los gobiernos antes del siglo XX, fue en este último cuando se estableció un auténtico sistema de salud, correspondiente con los reclamos sociales de la época. Entre las entidades que se crearon para hacer frente a los requerimientos sanitarios de la población se encontraron: a) El Departamento de Salubridad Pública en 1917, órgano nacional encargado de la salubridad y la higiene pública; b) La Secretaría de Asistencia Pública que sustituyó a la Dirección de la Beneficencia Pública; la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943, que se creó para coordinar los servicios de salubridad y asistencia así como la implementación de un sistema hospitalario y que a su vez, fue sustituida por la Secretaría de Salud en 1985, a fin de que coordinara el sistema nacional de salud y en general lo referente al sector.<sup>43</sup>

Fue precisamente en los años 80, cuando el titular del ejecutivo propuso que el derecho a la protección de la salud fuera para todos los mexicanos, y no solo para los trabajadores por medio del IMSS e ISSSTE. Por ello y como se

---

<sup>43</sup> Ibidem, pág. 41.

narra en el capítulo anterior de este trabajo de investigación, este derecho obtuvo rango constitucional el 3 de febrero de 1983.<sup>44</sup>

Si bien han existido cambios desde los años ochenta en lo que respecta a la protección de la salud, la inclusión de este derecho fue un momento crucial, ya que dio pie a que no solo se atendieran las enfermedades de la población, sino que se generara una conciencia de que en la protección de la salud se debía hacer énfasis en la prevención. Desafortunadamente, la demanda de los servicios de salud a menudo supera la capacidad del Estado para llegar a toda la población. Es por ello que consideramos que debe existir un ánimo solidario entre los mexicanos y que aquellos que puedan acceder a servicios de salud privados, ayuden a desahogar la demanda para que pueda llegar a quienes no pueden solventarlos.

## **3.2. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).**

### **3.2.1. Origen de la COFEPRIS.**

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) fue creada el 5 de julio de 2001, mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación.<sup>45</sup> Su naturaleza jurídica es desconcentrada, y depende de la Secretaría de Salud. Cuenta con autonomía técnica, administrativa y operativa para el ejercicio de sus atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y otras normas.

---

<sup>44</sup> Zertuche Muñoz, Fernando. "El Derecho a la Salud y las Garantías Sociales" en *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983, pág. 29 y sig.

<sup>45</sup> <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>.

La COFEPRIS se integró por cuatro direcciones que originalmente se encontraban vinculadas a la Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, a saber: Dirección General de Medicamentos y Tecnologías para la Salud, Dirección general de Control Sanitario de Productos y Servicios, Dirección General de Salud Ambiental, Dirección de Control Sanitario de la Publicidad y el Laboratorio Nacional de Salud Pública. Todas ellas realizaban tareas de regulación y control sanitario en sus respectivos ámbitos de competencia, pero en ausencia de una estructura que concentra los esfuerzos, se generaron diferentes criterios. Por ello se reformó en 2003 mediante diversas modificaciones a la Ley General de Salud, que fueron las siguientes:

Se adicionó el Artículo 17bis, mediante el cual la Secretaría de Salud señala que ejercerá, a través de la COFEPRIS, el control y vigilancia de los establecimientos a los que se refiere el Artículo 3° fracciones I, en lo relativo al control y vigilancia de los establecimientos de salud a los que se refieren los artículos 34 y 35 de esta Ley, XIII, XIV, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, y XXVII, ésta salvo por lo que se refiere a cadáveres que le confiere la Ley General de Salud; y describe las atribuciones de competencia del órgano desconcentrado.

Se adicionó el Artículo 17bis 1, por el que se determina que el órgano desconcentrado contará con autonomía administrativa, técnica y operativa; y se describe cómo estará constituido su presupuesto. Se incluyó el Artículo 17 bis2, mediante el cual se señala cómo se realizará la designación del titular del órgano desconcentrado.

Se reformaron los Artículos 313 y 340, por los cuales la Secretaría de Salud indica que a través de la COFEPRIS, ejercerá el control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, así como de la disposición de sangre.<sup>46</sup>

Las reformas a la ley general de salud implicaron que en 2004 se emitió el Reglamento de la COFEPRIS, que derogó el reglamento anterior y que estableció nuevos ámbitos de competencia, que se aprecian en el siguiente cuadro:

---

<sup>46</sup> Idem.

Regulación y fomento sanitario de la producción, comercialización, importación, exportación, publicidad o exposición voluntaria de:

Medicamentos y tecnologías para la salud	Sustancias tóxicas o peligrosas	Productos y servicios	Salud en el trabajo	Saneamiento básico	Riesgos derivados de factores ambientales
Medicamentos	Plaguicidas	Alimentos	Exposición laboral	Aguas	Aguas
Aparatos y dispositivos médicos	Fertilizantes	Bebidas		Mercados	Aire
Sangre y homoderivados	Precursores químicos	Tabaco		Residuos	Suelo
Trasplantes de órganos	Químicos esenciales	Perfumería y belleza		Rastros	
Servicios de salud		Bio-tecnológicos		Emergencias sanitarias	

Fuente: <http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>.

El reglamento no solo fortaleció esta entidad frente a otras entidades públicas, sino ante los particulares. Ello en atención a la política de prevención que le caracteriza y que tiene como eje fundamental la prevención de riesgos sanitarios. El diseño de estas políticas públicas le correspondió inicialmente de forma exclusiva al gobierno federal, aunque pronto se hizo evidente no solo las dificultades para operar en todo el país, sino la necesidad de contar con algunos criterios diferenciados en atención a las regiones y actividades que se realizan en cada una de ellas. De ahí que se estimara conveniente que algunas de las atribuciones que le eran exclusivas pasaran a los estados atendiendo a sus capacidades y recursos a través de acuerdos específicos de coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitario.

Estos acuerdos implican no solo la transferencia de funciones, sino la creación de un sistema en el cual la toma de decisiones sobre las estrategias, los procesos y los recursos necesarios para proteger de la mejor forma posible la salud de la población, permite un equilibrio de competencias federales y locales. A los estados adquieren así el compromiso y responsabilidad de participar en la vigilancia, autorizaciones, generación de información, análisis de

riesgo estatal y atención de emergencias sanitarias, entre otros, que facilitan la atención oportuna y eficaz de los riesgos.

Los acuerdos que facilitan la coordinación de autoridades de diversos niveles de gobierno y de los órganos administrativos que dependen de ellos, se han convertido en una de las principales herramientas para garantizar el derecho a la protección de la salud en todo el territorio nacional. Esta suma de esfuerzos se realiza a través de la Secretaría de Salud, a través de la COFEPRIS, en ejercicio de las funciones que se detallan en el siguiente apartado.

### **3.2.2. Funciones y atribuciones de la COFEPRIS**

En su carácter de órgano desconcentrado, le corresponde a la COFEPRIS ser el conducto por medio del cual la Secretaría de Salud ejerce sus atribuciones de regulación, control y fomento sanitario, conforme al artículo 17 Bis de la Ley General de Salud<sup>47</sup> en lo relativo a:

- El control y vigilancia de los establecimientos de salud.
- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre.
- La salud ocupacional y el saneamiento básico.
- El control sanitario de productos, servicios y de su importación y exportación y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos, y de los establecimientos dedicados al proceso de los productos.
- El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios.

---

<sup>47</sup> Artículo 17 bis 2.- Al frente de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios estará un Comisionado Federal el cual será nombrado por el Presidente de la República, a propuesta del Secretario de Salud; siendo la Secretaría de Salud a quien corresponderá la supervisión de este órgano desconcentrado.

- El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.
- La sanidad internacional.
- El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos.

Como podemos apreciar el campo de acción que le concede la Ley a la COFEPRIS es amplio, pero muy bien definido: todo aquello que constituya un posible riesgo a la salud de la población es materia de regulación sanitaria. No obstante, es importante resaltar que, por cuestiones meramente operativas, es virtualmente imposible para la comisión ejercer sus atribuciones y dar cumplimiento a sus obligaciones sin el apoyo de oficinas regionales o con la colaboración de la estructura administrativa de los estados. De ahí los acuerdos de colaboración, origen de las atribuciones y facultades concurrentes. Son por ello los estados quienes tienen el encargo de prevenir y proteger a la población contra potenciales riesgos sanitarios.

Contar con facultades concurrentes para la ejecución de funciones y atribuciones de la Cofepris por las entidades federativas, no implica independencia y autonomía en el ejercicio de estas funciones, sino codependencia respetando su nivel jerárquico respecto de la federación.

### **3.3. La Comisión para la protección contra riesgos sanitarios del Estado de México (COPRISEM).**

#### **3.3.1. Origen de la COPRISEM.**

La creación de la Coordinación de Regulación Sanitaria y Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México (COPRISEM) obedece no solo a la distribución de funciones y competencias señaladas en el

apartado anterior, sino a antecedentes claros en el Estado de México que se perfilaban para la instrumentación de un sistema nacional de salud cada vez más eficiente. Supuso un cambio de paradigma en lo que se refiere a la protección de la salud, que cada vez más evidencia la necesidad de que esta sea a través de la prevención y no solo al tratamiento de enfermedades, muchas veces evitables mediante el conocimiento y prácticas adecuadas.

La Comisión fue creada en los términos que hoy la conocemos mediante la reforma del Libro segundo del Código Administrativo del Estado de México, para dar origen a la "Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México" (COPRISEM), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado de México, encargado del ejercicio del control sanitario con funciones de autoridad en materia de salubridad local. Lo anterior para dar cumplimiento al Decreto número 95, de la "LVIII" Legislatura, publicado en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno" el 9 de mayo de 2013, previa suscripción de un Convenio de Colaboración entre la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud (ambas del Estado México), firmado el 21 de junio de 2013, publicado en el periódico oficial "Gaceta del Gobierno" el 3 de julio de 2013.

Derivado de ello, resultó necesario contar con un organismo público descentralizado sectorizado a la Secretaría de Salud del Estado de México, con personalidad jurídica, patrimonio propio, estructura jurídico-administrativa, autonomía técnica y operativa, que ejerza las atribuciones de regulación, control y fomento sanitarios en la Entidad, con independencia de las facultades que tiene conferidas el Instituto de Salud del Estado de México.

La creación de este órgano culminó un proceso que comenzó en los años ochenta, cuando a nivel federal se inició una reestructuración de la forma en que se entendía la salud pública, mediante la sectorización, la descentralización y la desconcentración de las funciones de control, regulación

y fomento sanitarios, procurando no solo una mayor participación de las entidades federativas mediante la firma de acuerdos de coordinación específicos, sino de las comunidades y de los usuarios en general.

En el caso específico del Estado de México, el Gobierno Federal suscribió un acuerdo de coordinación, publicado en la "Gaceta del Gobierno" del 18 de marzo de 1987,<sup>48</sup> a fin de distribuir competencias en la materia entre ambos niveles de gobierno en materia de salubridad general, estipulando las bases y modalidades en el ejercicio de las funciones de control y regulación sanitaria, en materia de otorgamiento y revocación de autorizaciones, la vigilancia sanitaria, la aplicación de medidas de seguridad, la imposición de sanciones a los titulares de los establecimientos a que se refiere la legislación sanitaria aplicable, el trámite y resolución de los recursos de inconformidad, así como las actividades relacionadas con el fomento sanitario.

En destacable para fines de este trabajo de investigación, la idea que se tenía de control y regulación sanitaria, ya que implicaba las acciones de las autoridades en la prevención de riesgos y mejoramiento de las condiciones de salud de la población, una clara tendencia a la prevención.

Una década más tarde la federación y el gobierno estatal suscribieron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud (de fecha 20 de agosto de 1996) que profundizaba la tendencia iniciada en los ochenta, y mediante el cual se pretendía especificar las responsabilidades en cada ámbito de gobierno sobre la conducción y operación de los servicios de salud, contemplando la creación de un organismo público desconcentrado de la Secretaría de Salud del Estado para tal fin.<sup>49</sup> Finalmente, al crear el ejecutivo

---

<sup>48</sup> Decreto número 468.- Por el que se expide la Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México, pág. 7.

<sup>49</sup> Ibidem. pág. 8.

federal creó mediante decreto la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios el 5 de julio de 2001, en los términos señalados en el apartado anterior.

Mediante el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se reforzó la rectoría del Estado en materia de riesgos sanitarios y se fomentó en los estados la generación de entidades que permitieran coordinar un sistema nacional al respecto, que recibió un impulso especial con la emisión de la Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México. Fue a partir de la creación de este organismo que se dieron las condiciones para la creación de la COPRISEM, tal y como se indicó al inicio de este apartado.

Con ello se consolidó la necesidad de coordinar las acciones de salud, especialmente las que se refieren a la prevención, mediante un sistema nacional que permitiera la coordinación de esfuerzos de autoridades locales, estatales y federales.

### **3.3.2. Naturaleza jurídica y estructura administrativa de la COPRISEM.**

La Ley General de Salud, los reglamentos de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios y de control sanitario de la publicidad, así como el cuerpo de normas, constituyen el marco que finca la naturaleza y alcances de la regulación sanitaria. En México la regulación sanitaria presenta características inherentes a su naturaleza, que la distinguen de otros campos de la salud pública. Éstas son:

- Es una función de gobierno cuyo diseño, normatividad y conducción es responsabilidad exclusiva de la SSA (Secretaría de Salud), en tanto que su ejercicio se realiza mediante la aplicación de un modelo en el que se coordinan, complementándose, las acciones federales, estatales y

municipales, y se propicia la participación de los sectores social y privado, en las concertaciones que hagan posible el cumplimiento y adecuada cobertura de los programas.

- La regulación sanitaria protege la salud en tres vertientes principales: por un lado, mediante la detección y prevención de riesgos y daños a la salud, en especial de los derivados de la fabricación, distribución, comercialización y consumo de productos, insumos, bienes y servicios; por otro, al detectar y prevenir el deterioro de los ecosistemas y, finalmente, en el papel que juega para abatir los riesgos y daños a la salud que se generan en el ámbito ocupacional.
- Los efectos de la regulación sanitaria inciden en el beneficio colectivo, sin distinguir a los individuos o sectores específicos de la población, mejorando con ello, de manera directa, el nivel de bienestar social.
- La regulación sanitaria influye directamente en el desarrollo socioeconómico del país, a través de la normalización, verificación y orientación de los diversos procesos productivos y de comercialización, con lo que se asegura la aplicación de procedimientos uniformes en la certificación, la inocuidad de los productos e insumos y la calidad sanitaria de los bienes y servicios.
- La regulación sanitaria busca e interviene en la concertación de acciones con los sectores social y privado para procurar directa e indirectamente que la producción, distribución y comercialización de bienes, insumos y servicios, cumplan con los requisitos sanitarios que garanticen la mínima exposición de daños a la salud.
- La regulación sanitaria promueve, entre la población, el autocuidado de la salud, modificando patrones de conducta inadecuados, particularmente en el ámbito del saneamiento básico y en el de la publicidad de productos y servicios.
- La regulación sanitaria contribuye al fortalecimiento de la atención primaria de la salud y, por ende, a la disminución de infraestructuras complejas y costosas dedicadas a la atención de la salud.
- La regulación sanitaria promueve la coordinación intersectorial para reforzar la capacidad normativa, técnica y de concertación del Estado, a fin de garantizar el cumplimiento de las políticas, programas y proyectos enmarcados en el Plan Nacional de Desarrollo.<sup>50</sup>

En resumen, la regulación sanitaria se define como

El conjunto de acciones preventivas que lleva a cabo el gobierno mexicano, para normar y controlar las condiciones sanitarias del hábitat humano, los establecimientos, las actividades, los productos, los equipos, los vehículos y las personas que puedan representar riesgo o daño a la salud de la población en general, así como a través de prácticas de repercusión personal y colectiva.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas>.

<sup>51</sup> <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>.

A diferencia de la COFEPRIS, que es un desconcentrado de la Secretaría de Salud, en el Estado de México la COPRISEM es un organismo descentralizado, lo que le permite desligarse estructuralmente de la administración centralizada, contando con personalidad jurídica y patrimonio propios. En este momento, vale la pena recordar las diferencias entre los órganos descentralizados y desconcentrados, a fin de comprender la extensión de las atribuciones que tienen ambas entidades, al menos en lo que se refiere a su estructura administrativa y naturaleza.

La administración pública puede adoptar muchas formas para organizarse. En algunos casos, existe una sola entidad con una sola personalidad jurídica propia, que se encarga a través de sus múltiples órganos de atender todo lo relativo a los servicios públicos y a la existencia misma del gobierno. Otro modelo considera la existencia de entidades que, en atención a sus funciones, su situación geográfica u otras razones, precisan una mayor libertad de acción para poder desempeñarse adecuadamente y la posibilidad de actuar de forma independiente de las entidades centrales. En este caso existen dos caminos: el que crea entidades con atribuciones propias pero que comparten la personalidad jurídica de la administración central, o bien, el que crea entidades que tienen personalidad jurídica propia y que, en atención a esta suelen tener asimismo patrimonio propio y otros atributos derivados de la primera.

La desconcentración administrativa es una “técnica de organización que consiste en delegar importantes poderes de decisión en agentes del poder central que se encuentran a la cabeza de las distintas circunscripciones administrativas o de los diversos servicios.”<sup>52</sup> Otros autores la definen como:

---

<sup>52</sup> Vedel, George. *Derecho Administrativo*, sexta edición, Aguilar, Madrid, 1980, pág. 538.

Aquella donde el órgano correspondiente carece de personalidad. Es la llamada descentralización “jerárquica” o “burocrática” que en algunos países, verbigracia en Francia, es llama desconcentración. Trátase de meros organismos, siempre dependientes del poder central, a los que se les otorga cierto poder de iniciativa y de decisión. Dichos organismos permanecen unidos al poder central a través del vínculo jerárquico.<sup>53</sup>

En decir, que en la desconcentración no se crea un ente distinto a la administración central, sino una esfera de competencia reservada a una entidad de la misma administración central, dándole cierto poder de decisión, sin desvincularla de la misma. Por ello para Andrés Serra Rojas, la desconcentración se caracteriza por crear órganos que: a) Siguen formando parte de la administración centralizada; b) Gozan de vínculos jerárquicos atenuados, aunque la administración central se reserva el ejercicio de algunas facultades vinculadas al mando, decisión, vigilancia y competencia; c) Generalmente no tienen autonomía financiera; d) Gozan de plena autonomía técnica; e) Implica un detrimento de la esfera de competencia de los órganos jerárquicamente superiores a favor de los inferiores; f) La desconcentración se verifica por medio de un ordenamiento; g) en caso necesario y en los términos de ley, el órgano superior puede atraer el ejercicio de las facultades otorgadas a la entidad desconcentrada.<sup>54</sup> El caso de los organismos descentralizados es diferente. De acuerdo con el propio Serra Rojas, la descentralización consiste en una:

Técnica de organización jurídica de un ente público que integra una personalidad a la que se le asigna una limitada competencia territorial o aquella que parcialmente administra asuntos específicos con determinada autonomía o independencia, y sin dejar de formar parte del Estado, el cual prescinde de su poder político regulador y de la tutela administrativa.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Marienhoff, Miguel S. *Tratado de Derecho administrativo*, tomo 1, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1990, pág. 619.

<sup>54</sup> Cfr. Serra Rojas, Andrés. *Derecho administrativo*, tomo I, Porrúa, México, 1992, pág. 520.

<sup>55</sup> *Ibidem*, pág. 500.

Para Miguel Acosta Romero, consiste en la creación de “organismos con personalidad jurídica propia, mediante disposiciones legislativas, para realizar una actividad que compete al Estado, o que es de interés público.”<sup>56</sup> En suma: se trata de una entidad que tiene una personalidad jurídica distinta a la administración central, por lo que tiene, por ejemplo, la capacidad de contratar por sí misma los insumos y al personal necesario para ejercer sus atribuciones. Por otra parte, ello no significa que sea totalmente independiente (como sería el caso e los organismos autónomos, sean descentralizados o no) ya que se encuentra sectorizada a la administración central, necesitando acordar y/o coordinar con la dependencia del ramo sus acciones.

La COPRISEM se constituyó como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica, patrimonio propio y funciones de autoridad, sectorizado a la Secretaría de Salud del Estado de México. Esta última es, de acuerdo con su decreto de creación:

...la instancia encargada de aplicar y dirigir las políticas de acción en materia de regulación, control y fomento sanitario en nuestra entidad, con el claro objetivo de disminuir la aparición de factores de riesgo que pueden generarse por las inadecuadas condiciones sanitarias de los productos, insumos y servicios que la población consume, así como el ámbito de salud ocupacional.<sup>57</sup>

La COPRISEM cuanta con unas oficinas centrales, las cuales se encuentran situadas en la ciudad de Toluca, además de otras veinte oficinas distribuidas en el territorio de la entidad, que permite ejercer su jurisdicción en todo el estado. En promedio se cuenta con una plantilla de trescientos certificadores sanitarios, que se encargan de verificar que las normas en la

---

<sup>56</sup> Acosta Romero, Miguel. *Tratado general de Derecho administrativo*, tomo 1, Porrúa, México, pág. 1993, pág. 463.

<sup>57</sup> Decreto número 468.- por el que se expide la Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México, pág. 9.

materia se cumplan en los distintos rubros y campos de acción del organismo.

Las actividades en la que interviene son, entre otras:

- Evaluación permanente de agua purificada y hielo potable,
- Mejoramiento sanitario de rastros y mataderos,
- Vigilancia sanitaria del comercio y servicio de alimentos y bebidas,
- Control sanitario de medicamentos,
- Control sanitario de unidades hospitalarias,
- Control sanitario de giros relacionados con el control de peso y obesidad,
- Manejo y disposición de residuos sólidos (basura),
- Atención a concentraciones masivas y contingencias,
- Agua de calidad físico-química y bacteriológica,
- Panteones y Funerarias,
- Albercas, Agua potable en pipa,
- Clínicas y salones de belleza, peluquerías, gimnasios,
- Control de la publicidad sanitaria, entre otros.<sup>58</sup>

El objetivo fundamental de la COPRISEM es la vigilancia y el control de los giros comerciales y en general establecimientos que pueden ser riesgosos potencialmente para la población, dando preferencia a la prevención.

### **3.3.3. Campos de acción de la COPRISEM.**

Las funciones y actividades que realiza la COPRISEM pueden reconducirse a tres campos de acción: la regulación, el control y el fomento<sup>59</sup> implicando cada uno de estos rubros diversas acciones que se enuncian en los siguientes párrafos.

#### **Regulación.**

Consiste en una serie de ordenamientos que posibilita la realización de acciones fundadas de control y fomento sanitarios. Implica establecer las políticas correspondientes en materia sanitaria tanto para la producción de

---

<sup>58</sup> <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>.

<sup>59</sup> [http://salud.edomexico.gob.mx/html/5\\_servestablec.htm](http://salud.edomexico.gob.mx/html/5_servestablec.htm).

bienes como para la administración de los servicios. Esto se logra a través de leyes, reglamentos, normas, decretos, acuerdos y convenios, por lo que existe una estrecha cooperación con el poder legislativo.

Esta colaboración posibilita la generación de un marco legal, técnico y administrativo, que además del ejercicio de las atribuciones correspondientes, posibilita la elaboración de investigaciones, estudios y dictámenes técnicos. Es a través de la regulación que se establece un piso legal común para las diversas materias del saneamiento básico, de la salud ambiental, de la salud ocupacional y de la sanidad internacional.

Lo anterior permite unificar las normas sanitarias que deben observar los particulares en el desarrollo de sus actividades, en la operación de sus establecimientos y servicios y en el proceso o funcionamiento de sus productos, equipos y vehículos, así como en su publicidad. Estas acciones están destinadas a las personas físicas o morales, a efecto de normar sanitariamente sus actividades, establecimientos, productos, servicios, equipos y vehículos dependiendo de lo que la propia ley señale que debe considerarse en cada actividad.

### **Control.**

Hablar de control sanitario implica hacer referencia, de acuerdo con lo señalado en el reglamento de la COFEPRIS en su artículo 2 fracción II, al:

Conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones, que ejerce la Secretaría de Salud con la participación de los productores, comercializadores y consumidores, con base en lo que establece la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas y otras disposiciones aplicables.

En el caso del Estado de México estas acciones son llevadas a cabo por la COPRISEM, que se coordina con su contraparte federal y de otros estados conforme a los acuerdos de coordinación firmados en la materia.

El control sanitario se define de forma más extensa como:

El conjunto de actos de autoridad desarrollados por las instancias sanitarias responsables con el propósito de verificar que los establecimientos, vehículos, actividades, productos, equipos y servicios cumplan con los requisitos y las condiciones establecidos por la legislación sanitaria, a fin de prevenir riesgos y daños a la salud de la población. Incorpora los actos de la autoridad sanitaria destinados a vigilar y garantizar el cumplimiento de las disposiciones sanitarias por parte de las personas físicas o morales sujetos a control sanitario conforme a la legislación vigente<sup>60</sup>.

El objetivo principal del control sanitario es la protección de la salud pública. Para lograrlo, se asegura el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, haciendo uso de inspecciones, muestreos, monitoreos y supervisiones o bien, imponiendo sanciones o medidas de seguridad. Esto se lleva a cabo dentro de los programas regulares de trabajo de las autoridades sanitarias o atendiendo a los reclamos o informes de particulares sobre anomalías sanitarias. Las acciones de control guardan una estrecha interdependencia con los actos de regulación y fomento sanitarios.

En virtud de que la vocación de la COPRISEM es preventiva, esta actividad cobra especial importancia. El control permite comprobar periódicamente que las normas sanitarias vigentes han sido observadas en tiempo y forma por los particulares. La imposición de sanciones administrativas (léase multas, apercibimientos o medidas de seguridad sanitaria) procede solamente cuando se presume o está comprobada la infracción a la norma sanitaria y se imponen por la vía del proceso jurídico administrativo.

---

<sup>60</sup> <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>.

El control sanitario se ejerce en gran medida a través de la vigilancia sanitaria la que, sustentada en elementos técnicos, permite al Estado realizar su acción jurídica y administrativa para la expedición o revocación de autorizaciones sanitarias, la imposición de sanciones o la aplicación de medidas de seguridad.

## **Fomento**

Finalmente, el fomento consiste conforme a lo establecido en artículo segundo del reglamento de la COFEPRIS, en:

El conjunto de acciones tendientes a promover la mejora continua de las condiciones sanitarias de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades que puedan provocar un riesgo a la salud de la población mediante esquemas de comunicación, capacitación, coordinación y concertación con los sectores público, privado y social, así como otras medidas no regulatorias.

El fomento es la serie de acciones que el gobierno realiza para dar a conocer las disposiciones en materia sanitaria, a fin de proteger la salud de la población, mediante el apoyo de diversas instancias tanto gubernamentales como en colaboración con la sociedad. Implica un ejercicio de corresponsabilidad y colaboración de las diversas dependencias locales y federales, a fin de que los particulares y todos aquellos que sean sujetos de aplicación de dichas disposiciones, opten por el cumplimiento espontáneo de las mismas y que pueda observar la legislación vigente con pleno conocimiento de las acciones que ha de realizar para cumplir con la legislación sanitaria vigente y no solo por el temor de enfrentar sanciones.<sup>61</sup>

Por ello la corresponsabilidad no solo se presenta entre autoridades, sino también entre estas y los particulares. Las acciones de colaboración, inducción

---

<sup>61</sup> Idem.

y concertación sociales han de involucrar a todos los miembros de la sociedad. La participación de esta es indispensable para que puedan logrearse los objetivos relativos al fomento de la sanidad. La COPRISEM lleva a cabo en el marco de diversos programas, acciones que implicar la participación de la sociedad como las jornadas de salud y vacunación.

Por otra parte, la COPRISEM tiene la importante tarea de garantizar que los establecimientos que ofrecen servicios y productos relacionados con la sanidad pública cumplan con las medidas sanitarias. De ahí que no solo se vigile el cumplimiento de estas, sino que se divulge permanentemente su conocimiento entre los prestadores de servicios y productos, concientizándoles del objetivo de estas acciones, que pretenden obtener los resultados que se listan a continuación:

- El mejoramiento y la higiene de instalaciones y equipos.
- La eliminación de sustancias tóxicas y adulterantes que afecten la calidad de los productos.
- El mejoramiento de los métodos y sistemas de control de calidad.
- La adaptación de sistemas de seguridad industrial y ocupacional.
- La instalación de equipos que eviten o reduzcan la contaminación de productos, de las instalaciones y del medio ambiente.
- La capacitación, en aspectos sanitarios, a los trabajadores de las empresas.
- El mejoramiento de transportes, almacenes y equipos de distribución.
- El cumplimiento de los reglamentos, normas técnicas y obligaciones fiscales sanitarias en forma voluntaria, consciente y comprometida.
- La racionalización en el uso de sustancias tóxicas y equipos y productos peligrosos.
- La implantación de controles adecuados sobre caducidades de materias primas, productos y envases.
- La señalización y adaptación adecuada de los establecimientos para evitar daños en el producto, en las instalaciones, en el ambiente y en el trabajador.
- La actualización de registros, permisos, licencias y certificados.
- El uso sistemático de laboratorios de control de la calidad de los productos.
- La difusión y cumplimiento progresivo de las buenas prácticas de manufactura.
- El mejoramiento racional de las sustancias radiactivas.
- El abasto y uso racional de la sangre y sus componentes.

- La ubicación, construcción y mantenimiento adecuado de las instalaciones que procesen sustancias tóxicas o peligrosas.
- El mantenimiento sanitario adecuado de las vías generales de comunicación.
- El mejoramiento en el control sanitario de las importaciones y exportaciones, y
- El cambio de actitudes de los integrantes de los sectores para el cumplimiento de la legislación sanitaria.<sup>62</sup>

Es a través de estas acciones que la COPRISEM, en virtud de sus atribuciones (previstas tanto en ordenamiento estatales como en virtud de los acuerdos citados), fomenta la salud de los mexiquenses en las materias que se indican en el apartado siguiente.

#### **3.3.4. Materias de regulación sanitaria.**

Las materias de regulación sanitaria no son otra cosa que las diferentes áreas que implican, para la preservación de la salud, de control, regulación y fomento sanitario. Estas áreas son las siguientes.<sup>63</sup>

- Insumos para la salud,
- Bienes y Servicios,
- Publicidad,
- Salud Ambiental,
- Salud Ocupacional y,
- Saneamiento básico.

No solamente se refieren a los servicios y productos finales, ya que los establecimientos, vehículos, actividades, productos, equipos y servicios también están sujetos a control sanitario. Cada una de estas materia cuenta con una unidad del mismo nombre que se describen a continuación.

#### **Insumos para la salud.**

---

<sup>62</sup> Idem.

<sup>63</sup> ISEM. *Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México*, Instituto de Salud del Estado de México, pág. 184 y sig.

Es la unidad administrativa denominada insumos para la salud es la encargada de vigilar lo relativo al proceso, uso y consumo de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, productos biológicos, plantas medicinales, reactivos e instrumentos para el diagnóstico clínico que constituyan un riesgo para la salud. Además, se encarga de controlar las materias primas que intervengan en su elaboración.

Otra de las atribuciones de esta unidad consiste en vigilar el estudio, captación, fraccionamiento, procesamiento, almacenamiento, distribución y aplicación de la sangre humana y sus derivados, así como el proceso, uso, consumo y mantenimiento de equipo médico, órtesis, prótesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y productos higiénicos.

Finalmente, se encarga de prevenir riesgos y daños a la salud pública que puedan surgir de la producción, expendio o suministro al público de medicamentos, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y productos higiénicos y los inherentes a las actividades y funcionamiento de los establecimientos que prestan servicios de atención médica, incluyendo los auxiliares de diagnóstico y tratamiento y los que llevan a cabo la disposición de sangre y sus componentes con fines terapéuticos, así como coadyuvar en la mejora de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de atención médica y asistencia social.

Tiene como funciones y atribuciones las siguientes:

- Control Sanitario de Medicamentos.
- Control Sanitario de Auxiliares de Diagnóstico.
- Control Sanitario de Unidades Hospitalarias.

- Control Sanitario de Consultorios Médicos.
- Control Sanitario de Giros de Asistencia Social.
- Control Sanitario de Giros relacionados con el Control de Peso y Obesidad.
- Control Sanitario de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos.
- Farmacovigilancia.

Lo anterior de acuerdo con el Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México.<sup>64</sup>

### **Bienes y Servicios.**

La unidad administrativa de bienes y servicios es la encargada de vigilar el proceso, uso y consumo de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, productos de perfumería, belleza, aseo y tabaco así como de las materias primas que intervengan en su elaboración y que puedan constituir un riesgo para la salud.

Tiene como funciones y atribuciones las siguientes:

- Humo de Tabaco.
- Evaluación permanente de Agua Purificada y Hielo Potable.
- Fomento al Consumo de Productos Pesqueros.
- Vigilancia Sanitaria del Comercio de Alimentos y Bebidas.
- Control Sanitario del Comercio de Alimentos y Bebidas en la Vía Pública.
- Vigilancia Sanitaria de la Leche.
- Vigilancia Sanitaria de la Yodación y Fluoruración de la Sal.
- Mejoramiento Sanitario de Rastros y Mataderos.
- Zoonosis (Control de Brucelosis).
- Toma de Muestra de Hígado de Res para su Análisis y Diagnóstico del Beta-Agonista Clenbuterol.
- Toma de Muestra de Harinas Fortificadas para su Análisis y Diagnóstico.

Lo anterior de acuerdo con el Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> Ibidem, pág. 196.

<sup>65</sup> Idem.

## **Control sanitario de la publicidad**

La unidad administrativa denominada control sanitario de la publicidad se dirige a los profesionales de la salud, ya que la publicidad que se difunde en los medios de comunicación a menudo puede interferir negativamente en la promoción y protección de la salud. Específicamente se trata de la relativa a la prestación de servicios de salud, alimentos, bebidas no alcohólicas, bebidas alcohólicas, tabacos, medicamentos, plantas medicinales, estupefacientes, sustancias psicotrópicas, equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación, productos higiénicos, productos de aseo, de perfumería y belleza, de los servicios y procedimientos de embellecimiento, de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas.

Lo anterior de acuerdo con el Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México.<sup>66</sup>

## **Salud ambiental**

La unidad administrativa de salud ambiental es la encargada de vigilar el proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas que constituyan un riesgo para la salud, así como las materias primas que intervengan en su elaboración.

Le corresponde asimismo la prevención de los riesgos y daños para la salud pública, derivados del proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, así como la calidad del agua para uso y consumo humano y la recolección, tratamiento y destino final de desechos líquidos y sólidos humanos, domésticos e industriales que afecten la salud humana.

---

<sup>66</sup> Idem.

Tiene como funciones y atribuciones vigilar los siguientes rubros:

- La disposición final de desechos sólidos humanos, domésticos e industriales, que afecten el medio ambiente.
- Las condiciones sanitarias de las vías generales de comunicación, incluyendo los servicios auxiliares, las obras, las construcciones y su demás dependencias y accesorios, así como de las embarcaciones, ferrocarriles, aeronaves y vehículos terrestres destinados al transporte de carga y pasajeros.
- El proceso, la posesión y la utilización de fuentes de radiación y materiales radiactivos, la eliminación y desmantelamiento de los mismos y la disposición de sus desechos.
- Agua de Calidad Bacteriológica.
- Agua de Calidad Físico-Químico.
- Agua de Contacto Primario en Cuerpos de Agua Dulce.
- Vigilancia Sanitaria en Albercas.
- Manejo y Disposición Final de Aguas Residuales.
- Ingeniería Sanitaria.
- Manejo y Disposición Final de Residuos Sólidos (Basura).
- Manejo y Disposición Final de Sustancias Tóxicas y/o Peligrosas.

Lo anterior de acuerdo con el Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México.<sup>67</sup>

### **Salud ocupacional**

La salud ocupacional es aquella que se encarga de prevenir los riesgos y daños para la salud pública, derivados del proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas, así como la calidad del agua para uso y consumo humano, la recolección, tratamiento y destino final de desechos líquidos y sólidos humanos, domésticos e industriales que afecten la salud humana. Finalmente, le corresponde el manejo de sustancias, maquinaria, equipos y aparatos que representen un riesgo para la salud del personal ocupacionalmente expuesto.

---

<sup>67</sup> Ibidem, pág. 197.

Tiene como funciones y atribuciones vigilar los siguientes rubros:

- Las condiciones sanitarias de los establecimientos en los que se desarrollen actividades ocupacionales que manejen metales pesados; se produzcan y utilicen plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas; se produzcan y desechen sobrantes orgánicos, y se produzcan y utilicen sustancias clasificadas como de alto, mediano y bajo riesgo para la salud de los trabajadores.
- Humo de Tabaco.
- Acciones Preventivas en Concentraciones Masivas, Contingencias y Emergencias Sanitarias.
- Reducción de Exposición Laboral/Uso de Plaguicidas.
- Plomo en Loza Vidriada de Baja Temperatura.

Lo anterior de acuerdo con el Manual general de organización del Instituto de Salud del Estado de México.<sup>68</sup>

### **Saneamiento básico**

Si bien no existe como tal no existe una unidad administrativa a cargo de éstas actividades, constituye parte del quehacer diario de la COPRISEM. Vale la pena mencionar que es una labor que se realiza de forma conjunta con diversas instancias gubernamentales corresponsables en este particular rubro, como la Comisión del Agua del Estado de México (CAEM), ya que van de la mano la protección contra riesgos sanitarios y el abastecimiento de agua potable y que en su reglamento señala que le corresponden:

- Las condiciones de potabilidad del agua en redes de abastecimiento y distribución.
- La captación, distribución y consumo de agua potable.
- La recolección y disposición de desechos sólidos y líquidos.
- La construcción adecuada de la vivienda y de los sitios de reunión comunitaria en cuanto a cimientos, pisos, techos, paredes, baños, cocinas, sistemas de alcantarillado, red de agua para consumo humano y ventilación e iluminación naturales.
- La contaminación y control de la fauna nociva y transmisora.

---

<sup>68</sup> Ibidem, pág. 196.

Como podemos apreciar, el campo de acción así como las funciones y atribuciones conferidas a la COPRISEM por virtud de la legislación sanitaria vigente son verdaderamente extensas, lo que no implica que sean imprecisas o ambiguas, toda vez que el legislador cernió de manera por demás eficaz la esfera de competencia de dicho organismo gubernamental, cuyo única y exclusiva razón de ser es la prevención de riesgos a la salud de la población.

El objetivo de la regulación sanitaria es evitar riesgos o daños a la salud de la población en general, así como fomentar las prácticas que repercuten positivamente en la salud individual y colectiva.

## **Capítulo cuarto**

### **Ejercicio de la función legislativa en materia de regulación sanitaria y políticas públicas en el Estado de México.**

#### **4.1. El origen del parlamento y la función legislativa.**

El hombre siempre ha tenido la necesidad de organizarse, dado que es un ser social que precisa de otros no solo para sobrevivir, sino para desarrollarse individual y socialmente. La convivencia genera camaradería, apoyo y solidaridad, pero también conflictos entre los integrantes de un grupo, sea cual sea su tamaño y origen, que deben resolverse para que pueda subsistir como tal. Desde tiempos inmemoriales el ser humano ha buscado la manera de regular y resolver esas diferencias, acudiendo a diversos métodos: la sabiduría de los ancianos, la voluntad del gobernante, las costumbres de la comunidad y, por supuesto, las leyes.

Las leyes son anteriores al parlamentarismo y a la función legislativa. En un inicio, expresaban la voluntad de los gobernantes. No necesitaban del consenso o acuerdo para ser válidas y se imponían por la fuerza. El monarca dictaba las leyes conforme a lo que la divinidad le indicaba y esa era toda la justificación necesaria. Las leyes de dios y las leyes de los hombres eran lo mismo y, generalmente, contaban con la iglesia para respaldar esta visión.

La crisis de legitimidad que la iglesia tuvo en Europa a fines de la edad media, ocasionada por revueltas tanto políticas como religiosas, que involucraban a campesinos independientes asolados por las hambrunas, pequeños propietarios acosados por el rey con su anuencia, movimientos dentro de la propia iglesia que exigían una interpretación de los evangelios que

limitase su poder terrenal y su incapacidad para proteger a la población de pestes y plagas, impactó directamente en el ejercicio del poder político de los monarcas.

Uno de los primeros retos al poder del monarca fue en Inglaterra, la cuna del parlamentarismo. En 1215, diversos señores feudales obligan al rey a firmar la Carta Magna, una serie de compromisos que limitaban su poder y que suponía el reconocimiento de derechos que ni siquiera el rey, podía violentar. Si bien inicialmente este documento solo benefició a los señores y no a sus súbditos, sentó un precedente conforme al cual el poder del rey podía limitarse y las leyes provenir no solo de su voluntad, sino de otras fuentes.<sup>69</sup>

Un siglo más tarde, la peste negra asoló pueblos enteros y ciudades en toda Europa, incluyendo a Inglaterra. La muerte de casi la mitad de la población europea fue la causa directa de la emancipación de hecho de numerosos siervos, que se convirtieron en trabajadores independientes ante la incapacidad de los señores para retenerlos. El valor del trabajo creció y la posibilidad de negociar con los señores un pago por servicios, antes impensable, se convirtió en una práctica normal. Aunque en muchos países de Europa el rey recuperó su poder, en otros, entre ellos Inglaterra, significó el empoderamiento de las clases plebeyas que generaron una nueva clase social, que cambiaría la vida de Inglaterra primero y de Europa después: la burguesía. Modificó también el pacto que existía entre campesinos, burgueses y nobles, acercando la relación entre estos a esquemas de negocios, mas que de estricta subordinación. La existencia misma del parlamento e incluso de la existencia del bicameralismo, se deben gran medida a esta situación.

---

<sup>69</sup> Macaulay Trevelyan, George. *Historia política de Inglaterra*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984, pág. 120 y sig.

Es de este empoderamiento de los señores primero y de la burguesía después, lo que posibilitó la exigencia de libertades públicas, la separación de poderes, la limitación del poder del monarca e incluso la posibilidad de acceder al gobierno (aunque no a la jefatura del estado) sin necesidad de pertenecer a la nobleza.

Esta es la génesis del sistema parlamentario que dio origen a las características que hoy le distinguen y que son: división del ejecutivo en jefe de Estado y jefe de gobierno, la responsabilidad del gobierno ante el parlamento y el derecho de disolución de la cámara baja.

Aunque las condiciones en las cuales se formó el parlamento inglés fueron únicas en Europa, diversos gobiernos retomaron algunas de las características del sistema parlamentario, copiando el modelo inglés o adaptando algunas de sus propuestas a viejas instituciones casi siempre medievales, que se rescataron a partir de la ilustración. En Francia, por ejemplo, fueron convocados los estados generales, una institución añeja que se convirtió en la asamblea nacional francesa, eliminando al rey, pero retomando algunas de las propuestas o características del sistema de gobierno inglés, como la división de poderes que fue perfeccionada por Montesquieu. En España, implicó un resurgir de las cortes a principios del siglo XIX, siendo su máxima expresión la Constitución de Cádiz de 1812, aunque fuera breve el periodo en que esta fue vigente. No obstante, quien retomó estas ideas con mayor fuerza no fue un país europeo, sino los nacientes Estados Unidos de América, que a finales del siglo XVIII construyeron una nueva forma de gobierno a partir de una combinación del modelo inglés y del modelo francés, abandonando el parlamentarismo pero retomando muchos de sus principios, entre ellos la división de poderes, dando nacimiento a un nuevo modelo de gobierno: el modelo de gobierno democrático liberal, que trascendió las distinciones clásicas de las formas de estado y de gobierno, ya que sus

principios pueden aplicarse con independencia de si se trataba de un sistema parlamentario o presidencial o bien, una monarquía o república.

El modelo de gobierno democrático liberal está basado en tres principios fundamentales: elecciones competitivas, división de poderes y control de los actos de los gobernantes por el poder judicial. La forma en que estos se materializan cambia atendiendo si se trata de un régimen presidencial o parlamentario, pero su esencia es la misma: frenar el ejercicio despótico del poder. De ahí que la división, sobre todo en los sistemas más antiguos, sea fuerte, en el sentido de que un poder puede disolver a otro o al menos, paralizarle. Analizaremos brevemente las características del parlamentarismo y del presidencialismo, para tener una perspectiva más clara de la manera en que influyen en el ejercicio de la función legislativa y sus alcances.

#### **4.2. Presidencialismo y parlamentarismo: dos modelos de relación entre el ejecutivo y el legislativo**

El legislador tiene en las democracias actuales la clara tarea de elaborar leyes que satisfagan las necesidades de la población, representando no solo los intereses de quienes han llevado al poder a los legisladores, sino de la nación misma. No obstante, el papel del legislador varía atendiendo al sistema en el cual se desarrolla su función, sea este presidencial o parlamentario. En términos generales, analizaremos el papel que el legislador tiene en ambos, a fin de considerar las diferencias que el tipo de modelo de relación entre los poderes implica para en su actividad.

El régimen presidencial, bajo el cual nos encontramos en México, se generó en los Estados Unidos de América y en términos generales y tiene las

características que a continuación se enuncian.<sup>70</sup>

El poder ejecutivo es unipersonal, reuniendo generalmente el jefe del mismo la doble función de jefe del estado y jefe del gobierno. Los integrantes del gabinete suelen ser nombrados por el propio presidente, que los puede remover a voluntad (salvo los casos en los que se requiere la participación del legislativo). El poder legislativo puede llamar a los integrantes del gabinete para que respondan sobre los asuntos que les corresponden, pero la responsabilidad última no es de ellos, sino del titular del ejecutivo.

El poder legislativo se integra por representantes populares y dependiendo si se tienen dos cámaras, generalmente en el marco de un estado de corte federal, unos representan a los ciudadanos (o al pueblo y/o a la nación) y otros a las entidades que integran la federación.

Tanto el ejecutivo como los legisladores, son electos a través del sufragio universal. Esto les proporciona una amplia legitimidad e implica que ninguno dependa del otro, fomentando la independencia entre los poderes y favoreciendo una división rígida de los mismos.

La separación de los poderes es rígida, lo que procura una gran estabilidad a ambos en el ejercicio de sus funciones, pero limita la posibilidad de que estos puedan controlarse de forma efectiva. Es frecuente que se paralice el gobierno si el legislativo no autoriza, por ejemplo, presupuestos adecuados para su funcionamiento. Por otra parte, la legitimidad que le da al presidente una elección que potencialmente implica la participación en su designación de la totalidad de los ciudadanos (potencialmente hablando al menos), constituye una fuerte presión para el legislativo, con independencia de

---

<sup>70</sup> Cfr. Duverger, Maurice. *Instituciones políticas y derecho constitucional*, Ariel, México, 1992, 151 y sig.

que en la mayoría de los casos puede vetar las leyes que este emite. Es decir, una división rígida de poderes, contrario a lo que pudiera parecer, no garantiza necesariamente el control entre éstos, ni el establecimiento de frenos y contrapesos.

El sistema parlamentario se distingue del presidencial en lo siguiente. En primer término, el ejecutivo no es unipersonal, sino dualista, ya que generalmente las funciones de jefe del estado y jefe del gobierno se encuentran asignadas a personas distintas. El jefe del estado (típicamente el monarca), representa la unidad del estado y tiene asignadas frecuentemente, funciones protocolarias, mientras que el jefe del gobierno es quien tiene la posibilidad de actuar política y administrativamente.

Aunque existe un titular visible del ejecutivo (primer ministro o cualquiera que sea el nombre que adopte), el ejecutivo no es unipersonal, sino que corresponde a todo el gabinete. Por ello es en su totalidad responsable políticamente ante el parlamento.

Dado que el gabinete tiene responsabilidad política frente al parlamento, este tiene la posibilidad de extender un voto de desconfianza hacia el ejecutivo, lo que implica la dimisión de todo el gabinete y que se convoque a elecciones. A su vez, el gabinete tiene el derecho a disolver el parlamento y llamar a elecciones. Por ello la división de poderes no es rígida, sino flexible.

La división de poderes fue pensada originalmente en el contexto de un sistema parlamentario. Por ello los frenos y contrapesos operan de forma especialmente efectiva en este sistema, a diferencia del presidencial, en el cual pueden producir la parálisis del gobierno.

Los dos sistemas, tanto el parlamentario como el presidencial, cuentan

con elementos para ejercer un esquema de frenos y contrapesos en un contexto democrático, pero el papel del legislador es diferente en cada uno de ellos.<sup>71</sup> En el caso del presidencial, los frenos son más poderosos para el ejecutivo. En el caso del régimen parlamentario, ambos poderes colaboran porque cuentan con poderosos medios de presión para equilibrar el poder.

### **4.3. La división de poderes y las funciones del Estado.**

En virtud de que el ser humano es un ser social, siempre ha tenido la necesidad de contar con pautas de convivencia y una autoridad que las haga valer. En un inicio fueron los más fuertes, los más sabios o los más ancianos. Posteriormente, se desarrollaron otras formas no solo de elegir a los gobernantes, sino de organizar el ejercicio del poder y las actividades inherentes a él. Así surgió la idea de gobierno mixto, que alcanzó especial auge en Roma, cuando Polibio propuso un sistema de gobierno basado en la teoría de los ciclos de Aristóteles, que combinaba todas las formas buenas, a fin de evitar que decayeran en sus contrapartes negativas.

La teoría de las formas de gobierno de Aristóteles señalaba que estas se sucedían en un ciclo fatal. Había tres formas buenas de gobierno atendiendo al número de personas que lo elegían: la monarquía (el gobierno de uno), la aristocracia (el gobierno de unos pocos) y la democracia (el gobierno de muchos). De acuerdo con él, inevitablemente cada una decaía y se convertía en su contraparte mala: La monarquía se convertía en tiranía, la aristocracia en oligarquía y la democracia en demagogia.<sup>72</sup>

El gobierno mixto, tal y como fue entendido por Polibio, pretendía

---

<sup>71</sup> Cfr. Sartori, Giovanni. *¿Qué es la democracia?*, Nueva Imagen, México, 1997, pág. 137 y sig.

<sup>72</sup> Cfr. Aristóteles. *Política*, Porrúa, México, 1998, pág. 230 y sig.

procurar estabilidad al gobierno y por ello combinaba las tres formas buenas: Así, el senado de Roma era el símil de la aristocracia, los cónsules, el de la monarquía y los tribunos de la plebe, el de la democracia. En forma alguna pretendía limitar el ejercicio del poder, sino solamente que fuera un buen ejercicio (lo que no era poco).<sup>73</sup>

Cuando en Inglaterra surgió la necesidad, tal y como se explica en la primera parte de este capítulo, de limitar el poder de los gobernantes, John Locke retomó algunas ideas del gobierno mixto, ya que la obra de Polibio como la de otros pensadores griegos y romanos fue objeto de especial estudio por los pensadores de la ilustración. No obstante, en este caso el objetivo principal no era dar mayor estabilidad al gobierno, sino limitar el ejercicio del poder. Para tal efecto, Locke consideró, a partir de la propia experiencia inglesa, que el poder debería distribuirse en más de una persona.

De acuerdo con Locke, el legislativo era el poder al cual le correspondía dictar las normas, correspondiendo su ejercicio al parlamento. Al ejecutivo, que estaba asignado al monarca, le competía ejecutar las normas del parlamento, pero como también debía tratar con los monarcas extranjeros, le correspondía el ejercicio del poder federativo, mediante el cual podría dictar la política exterior. Además, en esa época, en Inglaterra no se distinguía entre el ejecutivo como función administrativa y el judicial como función jurisdiccional, por lo que en ambos casos correspondía al rey ejercerlos. Finalmente, el rey tenía una prerrogativa mediante la cual podría suspender los dictados del parlamento, cuando consideraba que las leyes podían perjudicar el bien común.<sup>74</sup> Aunque en el sistema inglés el poder que de facto tenía el parlamento, permitía que el sistema de contrapesos funcionara de manera aceptable, no podía reproducirse

---

<sup>73</sup> Cfr. Rivera García, Antonio. "La constitución mixta. Un concepto político premoderno" en *Historia y política*, núm. 26, 171-197, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2011, pág. 176.

<sup>74</sup> Cfr. Locke, John. *Segundo tratado sobre el gobierno civil*, Gernika, México, 1995, pág. 138 y sig.

exitosamente en otros países. Por ello la teoría de la división de poderes que se reprodujo en occidente fue la de Montesquieu y no la de Locke.

Aunque Montesquieu retomó la división tripartita de Locke, los poderes que incorporó fueron el legislativo, el ejecutivo y el judicial. En Francia, al contrario que en Inglaterra, se buscaba que los jueces fueran independientes del monarca. Así, separó la ejecución de las leyes en casos individuales de la ejecución de las leyes en el campo administrativo. Consideró que el poder federativo debía ser ejercido por la misma persona que detentara el ejecutivo, pero no vio la necesidad de distinguirlo, por lo que en este último de agruparon las facultades de política interior y exterior.

Mas la gran aportación de Montesquieu, fue la asignación de los poderes a órganos distintos.<sup>75</sup> Esta fue la clave del éxito de su propuesta para dividir el poder y lograr que existiera un sistema de frenos y contrapesos efectivo en sistemas diferentes al modelo inglés. La división de poderes de Montesquieu respondía a los problemas derivados de los gobiernos absolutistas y por ello fue aplicable en un mayor rango de naciones. Incluso los Estados Unidos, que siguieron conservando el *Common Law* inglés, adoptaron la división de poderes correspondiente al modelo francés. Es el pilar de las constituciones que surgieron en los siglos XVIII y XIX, siendo la primera de estas la Constitución americana. Para James Madison, uno de sus creadores, la separación del poder es la primera garantía contra el despotismo, si bien tuvo el acierto de señalar que los poderes deben actuar de forma conjunta. De acuerdo con Madison, el principio de división de poderes:

...no exige que los departamentos legislativo, ejecutivo y judicial estén absolutamente aislados unos de otros... a no ser que éstos departamentos se hallen íntimamente relacionados y articulados que cada uno tenga injerencia constitucional en los otros, el grado de separación que la máxima

---

<sup>75</sup> Cfr. Jellinek, Georges. *Teoría general del estado*, Albatros, Buenos Aires, 1980, pág. 456.

exige como esencial en un gobierno libre no puede nunca mantenerse debidamente en la práctica.<sup>76</sup>

La teoría misma de Montesquieu no era una teoría rígida, ya que los poderes podían, en algunos casos y siempre y cuando la ley lo señalara, ejercer las funciones de otros. Por ejemplo, consideraba que la cámara alta del parlamento debía juzgar a los nobles, porque el primer derecho de un hombre era ser juzgado por sus iguales. Por esa misma razón, los magistrados de poder judicial debían venir del pueblo. El ejecutivo no podía presentar iniciativas pero sí vetarlas.<sup>77</sup>

Así surgió una teoría suave de la división de poderes, que permitiera el control, pero también la colaboración. En el caso del modelo de gobierno presidencial, no existen mecanismos para que los poderes puedan obligarse unos a otros a considerar posiciones (la disolución del parlamento o la emisión de votos de desconfianza). Por ello en su versión rígida, obstaculiza la colaboración de los poderes y a menudo el adecuado desarrollo de la actividad del Estado. Por eso se ha suavizado dando origen a una distribución de funciones y no a una división estricta de los poderes.

La teoría de la distribución de funciones rescata tanto el origen mismo por el cual se creó la idea de gobierno mixto, que era un mejor desempeño de las entidades estatales, como la limitación del despotismo mediante el control recíproco de sus actos, herencia de la división de poderes de Locke y de Montesquieu.

La teoría de la distribución de funciones parte del hecho de que estas no solamente se ha realizado para impedir el ejercicio del poder, sino para

---

<sup>76</sup> Madison, James. *El federalista o la nueva constitución*, Fondo de cultura económica, 1993, pág. 214.

<sup>77</sup> Cfr. Montesquieu, Carlos de. *El espíritu de las leyes*, Porrúa, México, 1994, pág. 104 y sig.

potenciar los resultados de la actuación del Estado en su conjunto, manteniendo el esquema de frenos y contrapesos, pero logrando el equilibrio y la estabilidad en el ejercicio del poder. Es decir, recuperando la finalidad del gobierno mixto como lo concibió Polibio para la Constitución Romana. De ahí que parta de la idea de actividad del estado para determinar el campo de acción de las funciones.

La actividad del Estado es, de acuerdo con Gabino Fraga “el conjunto de actos materiales y jurídicos, operaciones y tareas que realiza en virtud de las atribuciones que la legislación positiva le otorga.”<sup>78</sup> La forma de materialización de la actividad del Estado, son precisamente las funciones, que al menos en nuestro país se identifican con los tres poderes tradicionales de la división de Montesquieu: ejecutivo, legislativo y judicial. Las funciones su vez se componen de las atribuciones que cada uno de estos poderes tienen en virtud de su esfera de competencia.

La teoría de la distribución de las funciones no es, como indicamos en párrafos anteriores, una reinterpretación flexible de la teoría de la división de poderes. No quiere ello decir que se pierda la finalidad de los frenos y contrapesos, pero sí el reconocimiento de que es necesaria la colaboración entre poderes a fin de que no sobrevenga una parálisis del gobierno, sobre todo en los sistemas presidenciales rígidos. Esto no es una novedad, ya que desde la propuesta de Montesquieu, como se indica en párrafos superiores, los órganos podían excepcionalmente y en virtud de un mandato de ley, realizar actos que correspondían a otro poder.

La doctrina administrativa tardó en reconocer esta situación, más por cuestiones de formalidad y respeto a la teoría de la división de poderes en un sentido que Montesquieu no hubiese deseado. Así, se llegó a negar el carácter

---

<sup>78</sup> Fraga, Gabino. *Derecho administrativo*, Porrúa, México, 2015, pág. 13.

de acto legislativo al reglamento, porque lo emitía el poder ejecutivo, a pesar de que tuviera todas las características de aquél. Es decir, en la interpretación rígida, era preferible decir que el reglamento era un acto ejecutivo, antes de reconocer que el poder de este mismo nombre emitía actos de tal naturaleza. Para resolver esta situación fue que se generaron dos criterios para determinar el contenido de las funciones del Estado y la naturaleza de sus actos: el criterio formal y el criterio material.

El criterio formal es, de acuerdo con Andrés Serra Rojas, el que “considera el acto jurídico tomando en cuenta el órgano que realiza legalmente la función”<sup>79</sup> sin importar las características del acto. Es decir, que con independencia de si un acto es general, abstracto e impersonal, se le llamará administrativo si el ejecutivo lo emite, pese a que claramente no se trate de un acto de tal naturaleza (como es el caso del reglamento).

En cambio, el criterio material es el que “prescinde del órgano que realiza la función y considera al acto jurídico en sus elementos naturales y propios”<sup>80</sup> por lo que los actos serán designados atendiendo a sus características intrínsecas y no al órgano que los ha emitido.

Para resolver esta situación la doctrina administrativa identifica a estos actos usando ambos criterios. Por ejemplo, en el caso del reglamento, nos encontraremos ante un acto que es formalmente ejecutivo, pero materialmente legislativo. En la instrumentación de un juicio político, el acto será materialmente jurisdiccional, pero formalmente legislativo y así con todos los casos que lo requieran, evidenciando que el ejercicio de las funciones del estado, en tanto que actividad de este, requieren de colaboración de forma permanente.

---

<sup>79</sup> Serra Rojas, Andrés. Op. Cit. pág. 42.

<sup>80</sup> Serra Rojas, Andrés. Op, Cit. pág. 42.

Esta situación aplica también en el caso de las actividades propias de cada uno de los poderes. En el caso del poder ejecutivo, es evidente que no puede funcionar de manera adecuada sin normas que lo faculten para realizar sus actividades, sucediendo lo mismo con el judicial e incluso con el administrativo.

Es evidente que los poderes no pueden ejercer la actividad del estado de forma aislada, sin tener una dirección común, que permita dirigir sus esfuerzos hacia una misma finalidad. Es aquí donde hacen su aparición las políticas públicas.

#### **4.4. La función legislativa y las políticas públicas.**

Si bien la actividad del estado se ejerce a través de las funciones y estas consisten en la realización de actividades no solo diferenciadas, sino que están asignadas a órganos distintos, es necesario que exista colaboración entre estos órganos (los poderes). Esto es especialmente importante en el caso de la función legislativa. Para dimensionar el porqué, conviene recordar en que consiste.

La función legislativa ha sido definida como la actividad del estado que consiste en: “la creación de reglas de derecho, sean de carácter general, como sucede corrientemente, o de alcance individual; y reglas de derecho serían únicamente las que regulan la condición jurídica de las personas, no las que contienen prescripciones que el Estado se dirige a sí mismo.”<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Jellinek, Georges. Op. Cit. 460.

Para Andrés Serra Rojas, se trata de “es una actividad estatal, que realiza bajo el orden jurídico; por medio de ella, el Estado dicta disposiciones generales, encaminadas a la satisfacción del bien público.”<sup>82</sup>

Gabino Fraga afirma que la función legislativa es: “... la actividad que el Estado realiza por conducto de los órganos que de acuerdo con el régimen constitucional forman el poder legislativo.”<sup>83</sup> Esto en el caso de que se tome en cuenta el criterio denominado formal, que como se indica en el apartado anterior, define a las funciones atendiendo al órgano al que tradicionalmente le ha sido asignado su ejercicio, en este caso el poder legislativo.

El propio Fraga señala que si se atiende solamente al aspecto material y no al órgano que mayoritariamente lo ejerce, la función legislativa es “...una manifestación de voluntad encaminada a producir un efecto de derecho.”<sup>84</sup> Es decir, que puede ser ejercida por otros poderes, como en el caso del ejecutivo, cuando ejerce la facultad reglamentaria o cuando la Suprema Corte de Justicia de la Nación emite sentencias.

Es evidente que la función legislativa impacta en todos los poderes, sobre todo en un estado democrático de derecho, ya que los actos de los gobernantes, de acuerdo con el principio de legalidad, deben necesariamente fundarse en un ordenamiento jurídico.

Los ordenamiento jurídicos tienen una característica muy especial y es que generalmente su vigencia es por tiempo indefinido. Salvo que lo indiquen ellos mismo, aquella se prolonga hasta que se indique lo contrario. De ahí que los ordenamientos mientras más específicos, pierdan vigencia más rápido,

---

<sup>82</sup> Serra Rojas, Andrés. Op. Cit. Pág. 49.

<sup>83</sup> Ibidem, pág. 37.

<sup>84</sup> Ibidem, pág. 41.

sobre todo en materias que versan sobre productos o servicios en los que el componente tecnológico se renueve constantemente.

A diferencia de los ordenamientos, los planes y programas de desarrollo mediante los cuales suelen llevarse a cabo las tareas administrativas en un periodo de gobierno (si bien pueden involucrar acciones de todos los poderes), tienen una vigencia determinada. Puede coincidir con la de los periodos de gobierno (sean dos, tres, cuatro, seis años) o bien, pueden ser planes o programas a largo plazo como por ejemplo la Agenda 2030 de la ONU que fue emitida en 2015 y que establece los objetivos de desarrollo sostenible al año 2030, con una vigencia de quince años.<sup>85</sup> Esto implica que deban convivir normas jurídicas con una vigencia indefinida, con planes de desarrollo que comportan acciones generadas específicamente para un periodo de tiempo.

Las políticas públicas, al ser directrices generales para la actuación de todos los agentes de la sociedad, permiten armonizar estos esfuerzos a fin de perseguir un objetivo común. Sin embargo, muchas veces no es claro cuales son, donde se encuentran y a quienes aplican.

Las políticas públicas son directrices generales que involucran no solo los programas gubernamentales vinculados a una gestión, sino objetivos de largo plazo que implican la generación de leyes, planes y programas en el marco generalmente de acuerdos internacionales. Las políticas públicas son acumulativas, por lo que al menos en teoría, deberían trascender los programas sexenales y las administraciones, convirtiéndolas en un asunto de legisladores, más que de planificadores.

---

<sup>85</sup> ONU. *Resoluciones y decisiones aprobadas por la asamblea general durante su septuagésimo periodo de sesion. Volumen I: Resoluciones del 15 de septiembre al 23 de diciembre de 2015*, Suplemento No. 49, Organización para las naciones unidas, Nueva York, 2016, Disponible en <http://www.un.org/es/ga/70/resolutions.shtml>

Las políticas públicas son criterios de acción a largo plazo que los gobierno implementan para atender necesidades sociales, problemas de impacto general o bien, para lograr un cambio en la sociedad a partir de nuevas visiones sobre lo que se quiere en las distintas áreas de desarrollo colectivo.

Las políticas públicas son directrices generales de acción no solo del gobierno sino de todos los agentes sociales, que idealmente cumplen las siguientes características: a) Estabilidad; b) Adaptabilidad; c) Coherencia y coordinación; d) Calidad de implementación y ejecución; e) Orientación hacia el interés colectivo, y f) Eficiencia.

a) Estabilidad.- Las políticas públicas deben de ser consistentes, sin de forma caprichosa dependiendo del gobierno en turno. Ese es el motivo por el cual, numerosas políticas públicas se expresan en leyes, que como hemos señalado tienen una duración indefinida. No obstante, tampoco es deseable que estas políticas sean rígidas, por lo que debe existir la viabilidad, de expresarme mediante documentos jurídicos, que deba existir la posibilidad de que estas cambien con las necesidades de la población.

b) Adaptabilidad.- Es la capacidad que tienen las políticas para adaptarse a nuevas situaciones, hacer ajustes en caso de que se detecten fallas y la posibilidad de reorientarse de acuerdo a las necesidades que le imponga su finalidad. Es por ello que en un sistema en el cual los cambios en las leyes, sobre todo los de alto impacto en la vida nacionales que requieren mayorías calificadas, pueden resultar un obstáculo de no existir una plena colaboración entre los poderes que permita estas modificaciones,

c) Coherencia y coordinación.- Implica la actuación armónica de todos los agentes que intervienen no solo en el diseño, sino en la implementación de políticas públicas, lo que implica asignación de presupuestos, capital humano y

otros recursos. De no existir, la implementación no es posible. La colaboración entre funciones es una de las condiciones para que las políticas públicas funcionen.

d) Calidad de implementación y ejecución.- Ninguna política, por bien diseñada que esté, puede tener éxito si la calidad de su implementación es pobre. Nuevamente, es en este punto donde la habilidad de los funcionarios administrativos, el papel del legislador y la presencia del poder judicial resulta indispensable para su existencia.

e) Orientación hacia el interés colectivo.- Las políticas públicas no deben atender a intereses de grupo, sino al bienestar de todos. Pueden estar dirigidas a un sector de la población, pero no a la obtención de ganancias por una minoría.

f) Eficiencia.- Finalmente, es preciso que las políticas den resultados y no solo que se implementen. En este punto, es indispensable una evaluación permanente de los resultados a fin de reorientar en caso necesario las decisiones que se han tomado en su implementación.<sup>86</sup>

Estas condiciones son tan importantes como el contenido de las mismas y su pertinencia con los problemas que han de atender, ya que si adolecen de dichas características su impacto no corresponderá a las expectativas planteadas en su elaboración.

Las políticas públicas en materia de prevención de riesgos sanitarios son responsabilidad en gran medida del legislador, ya que pese a que corresponde su implementación a los órganos vinculados al ejercicio de la función legislativa,

---

<sup>86</sup> Cfr. Stein, Ernesto y Tomassi, Mariano. "La política de las políticas públicas" en *Política y gobierno*, vol. 13, núm. 2, Centro de Investigación y Docencia Económica, México, 2006, pág. 397.

estos requieren un marco de acción que trascienda las diversas administraciones, a fin de contar con la posibilidad de que las actividades que realicen no se vean paralizadas por cambios en las administraciones. La protección de la población en este sentido no puede dejar de realizarse, sino que ha de ser permanente y por ello en la materia la ley es la mejor forma de garantizar dicha permanencia.

Las políticas públicas en materia de regulación sanitaria se expresan no solo en la legislación, manuales y planes que contemplan acciones destinadas específicamente para ello: sobre todo, emanan de la constitución y de la concepción de la protección de la salud como un derecho humano, que necesariamente incorpora la protección contra riesgos sanitarios como unas de las acciones indispensables para su ejercicio.

#### **4.5. El papel del legislador en materia de regulación sanitaria con base en las políticas públicas.**

Hablar del papel del legislador en relación con las políticas públicas, implica realizar una breve reflexión sobre las funciones que este tiene en un sistema democrático, además de la naturaleza de dicha representación. Para ello utilizaremos la clasificación que expone Giovanni Sartori en su obra *Elementos de Teoría Política*. En dicha obra, señala que la representación puede ser jurídica, sociológica y política.<sup>87</sup>

Aunque la actividad legislativa produce ordenamiento jurídicos, la naturaleza de los representantes que integran las cámaras del poder encargado de ejercer mayoritariamente esta función, no es de orden jurídico, sino político.

---

<sup>87</sup> Sartori, Giovanni. *Elementos de teoría política*, Alianza editorial, Madrid, 1992, pág. 225.

La representación jurídica es, sobre todo, de naturaleza privada, ya que se refiere a la posibilidad de celebrar, a nombre de otro, actos jurídicos. La representación que se tiene en las cámaras no es en atención a un mandato jurídico, sino a la victoria obtenida en elecciones libres y democráticas.

Por otra parte, la representación sociológica es aquella que se tiene en atención a la identidad entre el representante y los representados, en virtud de los lazos culturales o ideológicos que estos mantengan. La representación de este tipo se basa en la semejanza, ya que unos y otros pertenecen a un mismo grupo étnico, social, comparten la misma religión, el género o cualquier otra característica que se derive de la pertenencia a un grupo socialmente diferenciado.

Aunque la representación basada en la semejanza fue una de las condiciones para poder representar a un grupo determinado en los órganos legislativos (por ejemplo, la cámara alta (o de los lores) integrada por la nobleza y la baja por plebeyos), lo cierto es que en los estados con gobierno democráticos liberales el trabajo legislativo no se hace para los intereses de un grupo, sino de toda la sociedad. Una vez que los representantes pasan a formar parte del poder legislativo, se deben no solo a quienes los llevaron al poder, sino a la nación entera. De ahí que de acuerdo con Sartori, la representación en la democracia actual no pueda basarse en la semejanza, ni ser de naturaleza sociológica.

La naturaleza de la representación política para Giovanni Sartori reside en la responsabilidad que tienen los representantes para con sus representados y para con la nación.<sup>88</sup> Es aquí donde surge otra cuestión: ¿A quién representan los legisladores? La respuesta a esta pregunta no es sencilla y existen dos teorías que pretenden explicar y justificar a quien se deben quienes

---

<sup>88</sup> Idem.

ejercen la función legislativa, a partir de dos perspectivas sobre a quien le corresponde la soberanía en un Estado.

La primera de estas teorías es la teoría de la representación fraccionada (o del mandato imperativo). Esta teoría surgió a partir de las ideas que Juan Jacobo Rousseau planteó en *El contrato social*.<sup>89</sup> Asimila al Estado a la suma de las voluntades de los ciudadanos y por ello estima que es a éstos a los que se debe el legislador. El representante o el soberano, lo es en virtud de las voluntades de quienes le han otorgado, en virtud de el contrato social, su soberanía, pero no explica que sucede cuando estas voluntades se dirigen en direcciones diferentes. De ahí que, aunque resulte obvio que es la suma de las voluntades de los electores la que le da legitimidad al legislador, no sea posible que este pueda acatar la de todos y cada uno de ellos, especialmente cuando no exista un acuerdo sobre la forma en que ha de actuar o legislar. De ahí la imposibilidad de rendir cuentas a todos y cada uno de ellos en lo individual.

Las dificultades que la teoría de la representación fraccionada introdujo llevó a los legisladores, incluso en los albores mismos de los estados democráticos, a cuestionarse su efectividad y buscar otra forma de responder a este problema. Surge así la teoría de la representación nacional o clásica, elaborada por los integrantes de la Asamblea Nacional que siguió a la revolución francesa y de acuerdo con la cual la soberanía reside en la nación, a quienes representan los diputados. Los electores no son más que eso, quienes eligen a quienes han de representar a la nación, una idea de la cual todos forman parte y que es, sin embargo, una entidad independiente. La responsabilidad de los representantes, en este caso e los legisladores, es con la nación. El problema es que, al ser una entidad abstracta, no es susceptible de exigir responsabilidad alguna sobre la forma en que se verifica la

---

<sup>89</sup> Cfr. Rousseau, Juan Jacobo. *El contrato social*, Universidad Nacional Autónoma de México, 1984, pág. 75 y sig.

representación. Nuestra constitución ha adoptado esta última teoría. El artículo 51 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos claramente enuncia que “La Cámara de Diputados se compondrá de representantes de la Nación, electos en su totalidad cada tres años. Por cada diputado propietario, se elegirá un suplente.” Es decir, que responden a la nación y no a quienes votaron para elegirles.

Esto no significa que no esté el poder legislativo (o cualquiera de los otros dos poderes) sujetos a control. De ahí la importancia de la teoría de la división de poderes, que implicó en su origen un control de los actos no solo del rey, sino del parlamento y de los integrantes del poder judicial. Un sistema de frenos y contrapesos que ha de fomentar la responsabilidad de todos los actores políticos.

Es atendiendo a esta problemática que el modelo de gobierno democrático liberal considera como se mencionó al inicio de este capítulo, que uno de sus elementos fundamentales es el control de los actos de los gobernantes (incluyendo a los legisladores) por el poder judicial. Esto en atención a que no es un poder electo y no tiene los problemas derivados de la representación política, sino que se accede a él en virtud del mérito. De ahí la importancia que el poder judicial tiene como garante de que el ejercicio de las funciones legislativa y ejecutiva, se llevará a cabo conforme a la ley, existiendo mecanismos para que el propio judicial pueda ser, a su vez, monitoreado por los otros poderes.

En suma: el legislador no solamente se encarga de representar a quienes le eligieron, ya que esta representación ha de hacerse en nombre de la nación; sin embargo, esta idea lleva aparejada la responsabilidad de que dicha representación se realice en beneficio de todos, tomando en cuenta lo que beneficie al bienestar general.

Aunado a lo anterior y desde la perspectiva de la colaboración de funciones, el legislador, en el marco del proceso legislativo, ha de tomar en cuenta no solo cuestiones de técnica jurídica, sino los problemas que aquejan a la sociedad, que se plasman en las políticas públicas que el gobierno diseña para atender las necesidades de la población. Este diseño se realiza tradicionalmente como parte de la actividad administrativa, a través del diseño de planes de desarrollo que han de ajustarse, al igual que las leyes, a los compromisos que México ha firmado a nivel internacional, además de la visión particular que una administración concreta del ejecutivo pueda tener.

La colaboración entre todos los órganos de gobierno permite, además, la creación de políticas acordes con la realidad nacional, ya que a menudo tanto las leyes como las políticas se establecen sin el conocimiento adecuado de la realidad social. Es preciso no solo que se efectúen diagnósticos sobre la población y las condiciones en las que esta vive, sino de la capacidad de las propias instancias gubernamentales.

A lo largo del presente trabajo de investigación hemos discurrido los alcances legales de la regulación sanitaria y tuvimos la oportunidad de apreciar su amplitud. La salud de la población es, por antonomasia, una de las principales preocupaciones de un Estado. Es por ello, que el legislador debe actuar para satisfacer las necesidades sociales y a la solución de los problemas que lo impidan, a fin de que los órganos encargados de su atención tengan las funciones y atribuciones necesarias para lograrlo.

No obstante, la detección de las necesidades de la población, el origen de los problemas y el tamaño de estos no son competencia del legislador, sino de otros poderes, concretamente del ejecutivo. En la elaboración de los planes de desarrollo de cada administración federal y estatal, se incluyen programas y

planes de acción para atender dichas necesidades y problemas. Tanto estos planes como las normas que se han señalado, componen las políticas públicas que han de implementarse a corto, mediano y largo plazo para tal fin. Es frecuente, desgraciadamente, que estos planes estén elaborados conforme a documentos en la materia emitidos por instancias nacionales e internacionales, sin tomar en cuenta la problemática real de la sociedad en la cual han de aplicarse. La planeación sin información es uno de los principales problemas que la OMS ha detectado en la elaboración de planes y programas gubernamentales. Es decir, que no se conoce a menudo ni el tamaño del problema que se ha de tratar, ni sus relaciones con otras problemáticas.

En el caso de las leyes, existe un doble problema. Al igual que el juez depende de la información que le procuren las partes involucradas en un conflicto o las autoridades de procuración de justicia, el legislador depende de la información que le proporcionan las instancias gubernamentales internacionales, nacionales y locales para emitir las leyes. Si en ejercicio de la función administrativa, la planeación carece de datos y diagnósticos certeros para que el diseño de las estrategias para atender los problemas permita la eficacia y pertinencia de aquellas, difícilmente la normatividad que se produzca en ejercicio de la función legislativa podrá corresponder a las necesidades de la población.

Esto no necesariamente es por falta de personal capacitado en instancias especializadas, sino por la ausencia de coordinación entre los órganos encargados de ejercer las funciones del estado. La Secretaría de Salud, a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Coordinación de Regulación Sanitaria y Comisión para la Protección contra Riesgos del Estado de México (COPRISEM), son las instituciones gubernamentales responsables de instrumentar la política nacional de protección contra riesgos sanitarios en materia de establecimientos de salud;

medicamentos y otros insumos para la salud; disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes; alimentos y bebidas; tabaco, alcohol y plaguicidas, entre otros. No obstante, la información no necesariamente llega al legislativo en los términos en que estas instituciones lo requieren. Es necesaria no solo la cooperación entre los diversos niveles de gobierno, sino mejorar la que existe entre instituciones de poderes diversos.

Lo anterior muestra la necesidad de legislar en materia sanitaria de acuerdo con una realidad cambiante. Hoy en día, que la ciudadanía esté mejor informada sobre sus derechos, es indispensable tomar en cuenta sus necesidades y aspiraciones para elaborar las leyes y diseñar las políticas que guían el hacer estatal.

A esto hay que añadir la complejidad de algunas materias, concretamente la que atañe a este trabajo de investigación, por la diversidad de actores que intervienen en las mismas. A menudo no solo se trata de coordinar instancias gubernamentales, sino de la sociedad civil e incluso de las personas como ciudadanos particulares. Un ejemplo de ello es el papel que los medios de comunicación masiva han adquirido una mayor injerencia en la toma de decisiones de las persona sobre su salud, lo que obliga a otorgar una mayor regulación sanitaria a los productos que diariamente salen al mercado, que pueden ser potencialmente peligrosos para la salud si su uso o consumo no es el adecuado.

No solo productos esencialmente nocivos como el tabaco son objeto de esta regulación. También productos pensados en el bienestar de la población pueden tornarse nocivos si su uso no es el adecuado. Por ejemplo, la posibilidad de acceder a medicamentos sin recetas. Es un grave problema que aqueja el sector salud y que ha originado la creación de superbacterias resistentes a las medicinas. De ahí las advertencias de la Organización Mundial

de Salud y de otras entidades internacionales y nacionales sobre los peligros de la automedicación.

La Secretaría de Salud federal calcula que más del 80 por ciento de la población se automedica, ingiriendo diversas sustancias por iniciativa propia, sin indicación médica y sin receta. Esta cifra es alarmante, ya que aumenta como se ha señalado la resistencia a las enfermedades. Pero se tiene también la contraparte: productos dirigidos al sector salud que deben acompañarse de la información necesaria a los consumidores para informarles que no se trata de medicamentos, ya que a menudo se venden como tales meros paliativos o productos cosméticos.

La información tiene la finalidad de que la población tome decisiones correctas sobre su salud, a partir de que se le otorgue todos los datos sobre los productos que consume, librándola de riesgos potenciales. Un ciudadano informado en salud y medicamentos puede facilitar la toma de mejores decisiones y contribuir a un mejor funcionamiento del sistema de salud. Esta es una de las tareas que tienen las instituciones señaladas y que pueden realizar gracias a la información que generan por sí mismas, que les procuran otras instancias y a la existencia de políticas en la materia que posibilitan a su vez la existencia de ordenamientos adecuados y pertinentes.

Este es solo un ejemplo de la importancia que el papel del legislador tiene en la prevención de riesgos sanitarios y porqué debe hacerlo con base en las políticas públicas.

En este sentido, la regulación sanitaria debe formar parte de la agenda legislativa no solo del Estado de México sino nacional, debido a que ofrece a la sociedad la garantía de que el espacio donde se desenvuelve, las actividades que realiza y los productos que usa o consume, no causan daño a la salud

individual o colectiva. En consecuencia, es uno de los campos donde la coordinación entre sectores, entre niveles de gobierno y entre los poderes que realizan las actividades del estado es más necesaria. Esta coordinación, además, debe reflejarse en políticas públicas que incorporen al ordenamiento jurídico como su más cara herramienta para el logro de resultados y, en el caso que nos ocupa, para potenciar los efectos del derecho humano a la protección de la salud.

En la generación de políticas públicas no puede hacerse a un lado la legislación existente, ni esta debe ignorar a aquellas. La colaboración del legislativo, ejecutivo y judicial, es indispensable para que las acciones del gobierno sean eficientes y eficaces, ya que la implementación de programas debe no solo arrojar números, sino analizar el impacto de sus acciones para determinar si el contenido de planes, programas e incluso leyes, es el más adecuado para lograr su principal objetivo, que en este caso es el derecho a la protección de la salud, a través de la prevención de riesgos sanitarios.

## Conclusiones

**PRIMERA.-** La salud no solo la ausencia de enfermedad, sino la presencia de bienestar. Esto incluye disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos y en buen estado.

**SEGUNDA.-** La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley fundamental del Estado Mexicano, que consagra en el párrafo tercero del artículo cuarto el derecho que todo individuo tiene a la protección de la salud, es el instrumento jurídico por antonomasia que justifica las funciones y atribuciones de las autoridades administrativas en materia de control, fomento y vigilancia sanitaria.

**TERCERA.-** El derecho a la protección de la salud incluye la obligación del Estado de prevenir situaciones y factores de riesgo que puedan afectar, en el presente o en el futuro, la salud de la población. De ahí que el goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación en las decisiones públicas.

**CUARTA.-** La salud pública es la disciplina que permite fomentar el bienestar físico y mental, mediante la prevención de enfermedades, la disposición de servicios médicos, la promoción de la educación e información en materia de salud, el control de factores medioambientales dañinos y la creación de mecanismos sociales e institucionales que permitan al individuo un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud personal.

**QUINTA.-** El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las

personas físicas o morales de los sectores social o privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, según lo establece el artículo 5° de la Ley General de Salud.

**SEXTA.-** Un riesgo sanitario es una estimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento exógeno adverso, conocido o potencial, que ponga en peligro la salud o la vida humana, está asociado con agentes biológicos, químicos o físicos por el uso o consumo de agua, alimentos, bebidas, medicamentos, equipos médicos, productos cosméticos y aseo, nutrientes vegetales, plaguicidas, sustancias tóxicas o peligrosas presentes en el ambiente o en el trabajo, así como mensajes publicitarios de productos y servicios.

**SÉPTIMA.-** La regulación sanitaria define las normas sanitarias que deben observar los particulares y las autoridades en el desarrollo de sus actividades, en la operación de sus establecimientos y servicios, en el proceso o funcionamiento de sus productos, equipos y vehículos, así como en su publicidad. Estas acciones están destinadas a las personas físicas o morales con objeto de normar sanitariamente sus actividades, establecimientos, productos, servicios, equipos y vehículos, de acuerdo con el giro al que pertenezcan. La regulación también actúa en la normalización de las diversas materias del saneamiento básico, de la salud ambiental, de la salud ocupacional y de la sanidad internacional.

**OCTAVA.-** En México desde el siglo XVII existieron instituciones públicas y de asistencia social que proporcionaba el servicio de salud, lo que significa que desde hace algunos siglos nuestro gobierno ya había detectado las necesidades de la población en cuanto a servicios de salud se refiere. El cuidado de la salud ha evolucionado y se ha diversificado, extendiéndose a la prevención de potenciales riesgos a la salud de la población. Actualmente, el

estado mexicano atiende dichos riesgos mediante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) a nivel federal y la Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México (COPRISEM) a nivel estatal.

**NOVENA.-** La COFEPRIS y la COPRISEM previenen riesgos sanitarios mediante el control, vigilancia y fomento de las actividades y procesos que permiten eliminar o reducir riesgos para la población en las áreas que señala la normatividad vigente y en consonancia con las políticas públicas existentes en la materia a nivel federal y estatal, que se expresan en los ordenamientos que constituyen su marco normativo y en los planes y programas de desarrollo federales y estatales.

**DÉCIMA.-** Aunque la actividad legislativa produce ordenamiento jurídicos, la naturaleza de los representantes que integran las cámaras del poder encargado de ejercer mayoritariamente esta función, no es de orden jurídico, sino político. Ha de tomar en cuenta no solo cuestiones de técnica jurídica y lo que debe ser, sino los problemas que se viven y sus dimensiones, a fin de contar con leyes pertinentes y eficaces.

**DÉCIMA PRIMERA.-** La teoría de la distribución de funciones, que es una interpretación flexible de la teoría de la división de poderes, permite la cooperación entre los órganos que tienen asignadas las funciones estatales, reduciendo la rigidez que el presidencialismo implica en las relaciones del ejecutivo, el legislativo y el judicial, potenciando el papel de los legisladores en la generación de políticas públicas o bien, posibilitando que las normas sean acordes con estas potenciando sus resultados.

**DÉCIMA SEGUNDA.-** Las políticas públicas, en tanto que directrices generales del quehacer estatal y no solo del poder ejecutivo, no pueden ignorar la

legislación existente, ni esta debe hacer a aquellas a un lado. Las políticas públicas en materia de regulación sanitaria se expresan no solo en la legislación, manuales y planes que contemplan acciones destinadas específicamente para ello: sobre todo, emanan de la constitución y de la concepción de la protección de la salud como un derecho humano, que necesariamente incorpora la protección contra riesgos sanitarios como unas de las acciones indispensables para su ejercicio.

**DÉCIMA TERCERA.-** Desde la perspectiva de la colaboración de funciones, el legislador, en el marco de ejercicio de la función legislativa, ha de tomar en cuenta no solo cuestiones de técnica jurídica, sino los problemas que aquejan a la sociedad, que se plasman en las políticas públicas que el gobierno diseña para atender las necesidades de la población. Este diseño se realiza tradicionalmente como parte de la actividad administrativa, a través de planes de desarrollo que han de ajustarse, al igual que las leyes, a los compromisos que México ha firmado a nivel internacional, además de la visión particular que una administración concreta del ejecutivo pueda tener.

**DÉCIMA CUARTA.-** La colaboración del legislativo, ejecutivo y judicial, es indispensable para que las acciones del gobierno sean eficientes y eficaces, ya que la implementación de programas debe no solo arrojar números, sino analizar el impacto de sus acciones para determinar si el contenido de planes, programas e incluso leyes, es el más adecuado para lograr su principal objetivo: la protección del derecho a la salud, en este caso a través de la prevención de riesgos sanitarios.

## Fuentes de información

### Bibliográficas

Acosta Romero, Miguel. *Tratado general de Derecho administrativo*, tomo 1, Porrúa, México, 1993.

Berlin, Isaiah. *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 2004.

Bernard Amozorrutia, Alicia (coordinadora). *Guía General del archivo Histórico de la Secretaría de Salud*, Centro de documentación institucional, México, 1994.

Bidart Campos, Germán J. *Teoría general de los derechos humanos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1993.

Carbonell, Miguel. *Los derechos humanos en México*, Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2ª edición, 2006, México.

CIDH. *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)*, Comisión interamericana de derechos humanos, 1998.

Duverger, Maurice. *Instituciones políticas y derecho constitucional*, Ariel, México, 1992.

Fraga, Gabino. *Derecho administrativo*, Porrúa, México, 2015.

Girard, Jacques y Lamy, Philippe. “La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud” en *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Gobierno de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Gobierno de la República, México, 2014.

ISEM. *Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México*, Instituto de salud del Estado de México, Toluca, 2005.

Jellinek, Georges. *Teoría general del estado*, Albatros, 1980, Buenos Aires.

Madison, James. *El federalista o la nueva constitución*, Fondo de cultura económica, 1993.

Macaulay Trevelyan, George. *Historia política de Inglaterra*, Fondo de Cultura Económica, México, 1984.

Marienhoff, Miguel S. *Tratado de Derecho administrativo*, tomo 1, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1990.

Montesquieu, Carlos de. *El espíritu de las leyes*, Porrúa, México, 1994.

Nino, Carlos Santiago. *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*, Ariel, Barcelona, 1989.

ONU. *Declaración universal de los derechos humanos*, Organización para las naciones unidas, París, 1948.

ONU. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Organización para las naciones unidas, 1966.

ONU. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México 2003*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos, México, 2003.

Disponible en:

[http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=132:diagnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278)

ONU. *Resolución aprobada por la Asamblea General 66/288: “El futuro que queremos”, del 27 de julio de 2012*, Organización para las naciones unidas, Río de Janeiro, Brasil, 2012.

Disponible en: [https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1\\_spanish.pdf.pdf](https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf).

ONU. *Resoluciones y decisiones aprobadas por la asamblea general durante su septuagésimo periodo de sesione. Volumen I: Resoluciones del 15 de septiembre al 23 de diciembre de 2015*, Suplemento No. 49, Organización para las naciones unidas, Nueva York, 2016.

Disponible en <http://www.un.org/es/ga/70/resolutions.shtml>

OMS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

OMS. *La salud, el medioambiente y el desarrollo sostenible*, Comisión sobre el Desarrollo Sostenible por la Organización Mundial de la Salud, Jefe de proyecto sobre la salud, 1994.

Piedrola, Gil. *Medicina preventiva y salud pública*, Elsevier, Barcelona, 2016.  
Disponibile en:<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/biblio-basica-2.1.2-1.pdf>

Quintana Roldán, Carlos F. y Sabido Peniche, Norma. *Derechos humanos*, Porrúa, México, 2009.

Rousseau, Juan Jacobo. *El contrato social*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1984.

Sartori, Giovanni. *Elementos de teoría política*, Alianza editorial, Madrid, 1992.

Sartori, Giovanni. *¿Qué es la democracia?*, Nueva Imagen, México, 1997.  
Aristóteles. *Política*, Porrúa, México, 1998.

Serra Rojas, Andrés. *Derecho administrativo*, tomo I, Porrúa, México, 1992.

Squella, Agustín. *Positivismo jurídico, democracia y derechos humanos*, Fontamara, 2ª edición, México, 1998.

Sonis, Abraham. *Medicina sanitaria y administración de la salud*, El Ateneo, Buenos Aires, 1976.

Vedel, George. *Derecho Administrativo*, sexta edición, Aguilar, Madrid, 1980.

Zertuche Muñoz, Fernando. “El Derecho a la Salud y las Garantías Sociales” en *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

## **Hemerográficas**

Alcántara, Gustavo. “La definición de salud en la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad” en *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, vol. 9, núm. 1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, 2008, pp. 93-107.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>, consultada el 26 de julio de 2018.

Cámara de diputados. *Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados*, Legislatura LII, Año Legislativo I, Periodo Ordinario, 011282, Diario núm. 45.

Disponible en:

<[http://200.15.46.216/CGIBIN/om\\_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20... El 270303](http://200.15.46.216/CGIBIN/om_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20... El 270303)>.

Huerta Ochoa, Carla. “Las normas oficiales mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano” en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 92, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998, pp. 367-398.

Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3543/4236>

Juárez, Fernando. “El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud”, en *International Journal of Psychological Research*, Universidad de San Buenaventura, vol 4 núm 1, Medellín, Colombia, 2011, pp.70-79.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>, consultado el 20 de agosto de 2018.

Madrazo Lajous, Alejandro et al. *El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano*, Centro de investigación y docencia económicas, México, 2013.

Disponible en: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2062.pdf>.

Rivera García, Antonio. “La constitución mixta. Un concepto político premoderno” en *Historia y política*, núm. 26, 171-197, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2011, pp. 171-197.

Disponible en: <https://dialnet/unirioja.es/descarga/articulo/3741523.pdf>

Schwartzmann, Laura. “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” en *Ciencia y enfermería*, vol. 9, núm. 2, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2003, pp. 9-21.

Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

Stein, Ernesto y Tomassi, Mariano. “La política de las políticas públicas” en *Política y gobierno*, vol. 13, núm. 2, Centro de Investigación y Docencia Económica, México, 2006, pp. 393-416

Disponible en:

<http://www.politicaygobierno.cide.edu/index.php/pyg/article/viewFile/286/196>

Torres, Alexandra y Sanhueza, Olivia. “Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad” en *Ciencia y enfermería*, vol. 12, núm. 1, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2006, pp. 9-17.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441792002.pdf>

Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel. “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, núm. 42, México, 2013, pp. 135-162.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4420471.pdf>

## **Legislativas**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley del Seguro Social.

NOM-027-SSA3-2013. Norma oficial mexicana para la regulación de los servicios de salud.

NOM-017-SSA2-2012. Norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica.

NOM-016-SSA3-2012. Norma oficial mexicana que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-012-SSA3-2012. Norma oficial mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

NOM-251-SSA1-2009. Norma oficial mexicana sobre prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. Reglamento de Insumos para la Salud. Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

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

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

Nacionales

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Código Administrativo del Estado de México

Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México.

## **Extranjeras**

Constitución de la República Oriental del Uruguay.

## **Páginas Web**

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>

<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>

<http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/salud-publica/que-es>

<https://www.definicionabc.com/salud/salubridad.php>

[www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional)>

[www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)

[www.importancia.org/marco-conceptual.php](http://www.importancia.org/marco-conceptual.php)

[http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)>

[www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional)>

<http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/salud-publica/que-es>.

<https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas>

[http://salud.edomexico.gob.mx/html/5\\_servestablec.htm](http://salud.edomexico.gob.mx/html/5_servestablec.htm).



## Fuentes de información

### Bibliográficas

Acosta Romero, Miguel. *Tratado general de Derecho administrativo*, tomo 1, Porrúa, México, 1993.

Berlin, Isaiah. *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza, 2004.

Bernard Amozorrutia, Alicia (coordinadora). *Guía General del archivo Histórico de la Secretaría de Salud*, Centro de documentación institucional, México, 1994.

Bidart Campos, Germán J. *Teoría general de los derechos humanos*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1993.

Carbonell, Miguel. *Los derechos humanos en México*, Porrúa, Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2ª edición, 2006, México.

CIDH. *Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)*, Comisión interamericana de derechos humanos, 1998.

Duverger, Maurice. *Instituciones políticas y derecho constitucional*, Ariel, México, 1992.

Girard, Jacques y Lamy, Philippe. “La atención primaria a la salud y su importancia en los determinantes sociales en salud” en *La importancia de los*

*determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.

Gobierno de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Gobierno de la República, México, 2014.

ISEM. *Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México*, Instituto de salud del Estado de México, Toluca, 2005.

Jellinek, Georges. *Teoría general del estado*, Albatros, 1980, Buenos Aires.

Madison, James. *El federalista o la nueva constitución*, Fondo de cultura económica, 1993.

Marienhoff, Miguel S. *Tratado de Derecho administrativo*, tomo 1, Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1990.

Montesquieu, Carlos de. *El espíritu de las leyes*, Porrúa, México, 1994.

ONU. *Declaración universal de los derechos humanos*, Organización para las naciones unidas, París, 1948.

ONU. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Organización para las naciones unidas, 1966.

ONU. *Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México 2003*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos humanos, México, 2003.

Disponible en:

[http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:di](http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=132:di)

agnostico-sobre-la-situacion-de-derechos-humanos-en-mexico-2003&catid=17&Itemid=278

ONU. *Resolución aprobada por la Asamblea General 66/288: “El futuro que queremos”, del 27 de julio de 2012*, Organización para las naciones unidas, Río de Janeiro, Brasil, 2012.

Disponible en: [https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1\\_spanish.pdf.pdf](https://rio20.un.org/sites/rio20.un.org/files/a-conf.216-l-1_spanish.pdf.pdf).

OMS. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).

OMS. *La salud, el medioambiente y el desarrollo sostenible*, Comisión sobre el Desarrollo Sostenible por la Organización Mundial de la Salud, Jefe de proyecto sobre la salud, 1994.

Rousseau, Juan Jacobo. *El contrato social*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1984.

Sartori, Giovanni. *Elementos de teoría política*, Alianza editorial, Madrid, 1992.

Sartori, Giovanni. *¿Qué es la democracia?*, Nueva Imagen, México, 1997.

Aristóteles. *Política*, Porrúa, México, 1998.

Serra Rojas, Andrés. *Derecho administrativo*, tomo I, Porrúa, México, 1992.

Squella, Agustín. *Positivismo jurídico, democracia y derechos humanos*, Fontamara, 2ª edición, México, 1998.

Sonis, Abraham. *Medicina sanitaria y administración de la salud*, El Ateneo, Buenos Aires, 1976.

Vedel, George. *Derecho Administrativo*, sexta edición, Aguilar, Madrid, 1980.

Zertuche Muñoz, Fernando. “El Derecho a la Salud y las Garantías Sociales” en *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*, Miguel Ángel Porrúa, México, 1983.

### **Hemerográficas**

Alcántara, Gustavo. “La definición de salud en la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad” en *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, vol. 9, núm. 1, Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, 2008, pp. 93-107.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>, consultada el 26 de julio de 2018.

Cámara de diputados. *Diario de Debates de la H. Cámara de Diputados*, Legislatura LII, Año Legislativo I, Periodo Ordinario, 011282, Diario núm. 45.

Disponible en:

<[http://200.15.46.216/CGIBIN/om\\_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20... El 270303](http://200.15.46.216/CGIBIN/om_isapi.d11?clientID=1071599&advquery=derecho%20...)>.

Huerta Ochoa, Carla. “Las normas oficiales mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano” en *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 92, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998, pp. 367-398.

Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-comparado/article/view/3543/4236>

Juárez, Fernando. “El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud”, en *International Journal of Psychological Research*, Universidad de San Buenaventura, vol 4 núm 1, Medellín, Colombia, 2011, pp.70-79.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>, consultado el 20 de agosto de 2018.

Madrazo Lajous, Alejandro et al. *El derecho a la salud en el sistema constitucional mexicano*, Centro de investigación y docencia económicas, México, 2013.

Disponible en: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2062.pdf>.

Rivera García, Antonio. “La constitución mixta. Un concepto político premoderno” en *Historia y política*, núm. 26, 171-197, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2011, pp. 171-197.

Disponible en: <https://dialnet/unirioja.es/descarga/articulo/3741523.pdf>

Schwartzmann, Laura. “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” en *Ciencia y enfermería*, vol. 9, núm. 2, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2003, pp. 9-21.

Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002)

Torres, Alexandra y Sanhueza, Olivia. “Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad” en *Ciencia y enfermería*, vol. 12, núm. 1, Universidad de Concepción, Concepción, Chile, 2006, pp. 9-17.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441792002.pdf>

Uribe Gómez, Mónica y Abrantes Pêgo, Raquel. “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, Facultad Latinoamericana de ciencias sociales, núm. 42, México, 2013, pp. 135-162.

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4420471.pdf>

## **Legislativas**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley General de Salud.

Ley del Seguro Social.

NOM-027-SSA3-2013. Norma oficial mexicana para la regulación de los servicios de salud.

NOM-017-SSA2-2012. Norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica.

NOM-016-SSA3-2012. Norma oficial mexicana que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-012-SSA3-2012. Norma oficial mexicana que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

NOM-251-SSA1-2009. Norma oficial mexicana sobre prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. Reglamento de Insumos para la Salud. Reglamento de la Ley Federal para el Control de

Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

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

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

Nacionales

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Código Administrativo del Estado de México

Ley que crea el organismo público descentralizado denominado Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios del Estado de México.

### **Extranjeras**

Constitución de la República Oriental del Uruguay.

### **Páginas Web**

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>

<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>.

<http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/salud-publica/que-es>

[http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)>

<https://www.definicionabc.com/salud/salubridad.php>

[www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional)>

[www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)

[www.importancia.org/marco-conceptual.php](http://www.importancia.org/marco-conceptual.php)

*El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años*, disponible en:  
<[http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html)> 2 de octubre de 2014.

Medicina Tradicional Indígena, Secretaría de Salud, s/n pág., consultada en  
<[www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina\\_tradicional](http://www.cdi.gob.mx/participacion/dlupe/medicina_tradicional)> el 9 de octubre de 2014.

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Tonalá,  
<http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/salud-publica/que-es>.

<http://www.cofepris.gob.mx/cofepris/Paginas/Historia.aspx>.

<https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas>.

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>.

[http://salud.edomexico.gob.mx/html/5\\_servestablec.htm](http://salud.edomexico.gob.mx/html/5_servestablec.htm).

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5799/6458>.

