

SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL

Ernesto Rubio del Cueto

INTRODUCCIÓN

Una perspectiva empresarial posiciona a la salud como factor dinámico en un sistema abierto, complejo e insoslayable de la globalidad. La participación en este ámbito implica un compromiso y exige comprender sus causas y efectos para una actuación consciente, responsable y ética. Así lo ha demostrado históricamente el sector privado como aliado del Sistema Nacional de Salud.

Como lo expresa nuestra Constitución Política, la salud y la seguridad social son un “bien público” vinculado directamente al capital social del país,¹ desde el punto de vista sociológico, consistente en el conjunto de normas y estructuras organizacionales fundadas en confianza y reciprocidad, que contribuyen a la cohesión, el desarrollo y el bienestar social, la capacidad de sus miembros para actuar de manera concertada en beneficio mutuo; e igualmente está asociado al capital humano, entendido como las cualidades de las personas: formación, educación, conocimiento, salud, entre otros, considerados como activos de las empresas.²

¹ Jokin Alberdi y Karlos Pérez, “Capital Social”, en *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*, Barcelona, Icaria, 2000.

² Theodore Schultz, “Inversión en capital humano”, en Mark Blaug, *Economía de la educación*, Madrid, Tecnos, 1972.

Estos conceptos son congruentes con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, en armonía con el medio ambiente [...]”,³ y debo añadir: con la capacidad de funcionar con eficacia a nivel macro (entorno sociocultural, económico y político que es tangible e intangible) y micro (en lo individual). Ello requiere de su mejoramiento constante para prevenir y atender los riesgos a la salud, personal y colectiva.

La salud es un derecho humano inscrito en el artículo 4o. de nuestra Constitución Política. Es el tercero de los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, que señala: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.⁴

En nuestro país, la atención a la salud ha recorrido un camino sinuoso, subrayadamente en las últimas seis décadas. El Sistema de Salud, con sus múltiples variables, funciona con procesos eventualmente contradictorios, inscritos en diversas agendas e intereses que no siempre coinciden en contenido, tiempo y espacio y de hecho operan con decisiones equilibradas pero temporales.

Más allá de las ambivalencias, han prevalecido los acuerdos apeados a derecho, al imprimir el sentido del cambio en el papel de cada actor. Se trata de garantizar los principios de seguridad jurídica y de justicia para todos, en los cuales la salud es un componente importante. Aun cuando estos principios están incompletos y son insuficientes, las acciones concertadas generan buenos resultados; un ejemplo es el incremento de la esperanza de vida promedio de 57 años en 1960 a 75 en 2016.

En efecto, es el momento de definir políticas públicas y mecanismos de participación ciudadana, con el fin de alinear la base con la cúpula y viceversa, y así evitar las ambigüedades y la complejidad normativa consecuente, la cual puede resultar obsoleta o sobrerregulada e inhibir o paralizar acciones cualitativas en todos los sectores. Debemos preservar, insisto, a la salud y seguridad social como un

³ Organización Mundial de la Salud, “Acta Constitutiva”, 1946.

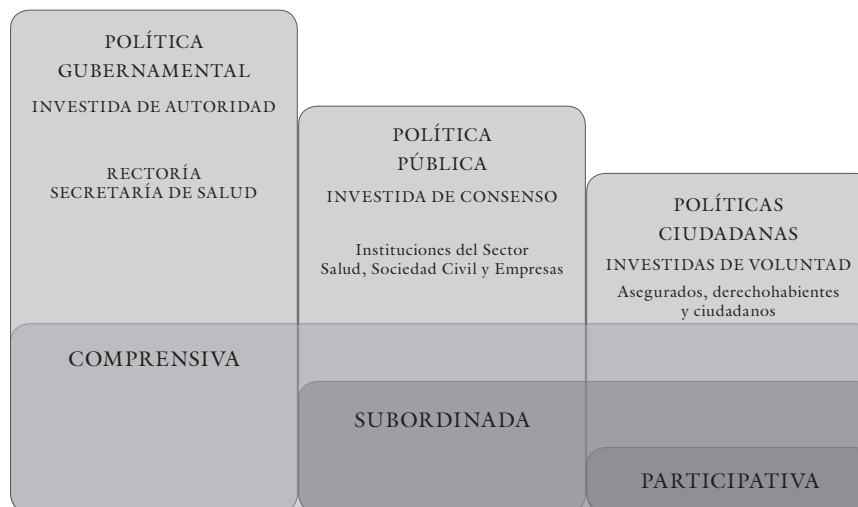
⁴ Organización de las Naciones Unidas, “Agenda 2030”.

binomio, ese “bien público” indispensable para el desarrollo integral de la Nación.

El esquema de la Figura 1 puede ser útil para comprender la interrelación de las políticas de conducción en México, centrándonos en la obligación de considerar a la salud y seguridad social como una política de Estado.

FIGURA 1.

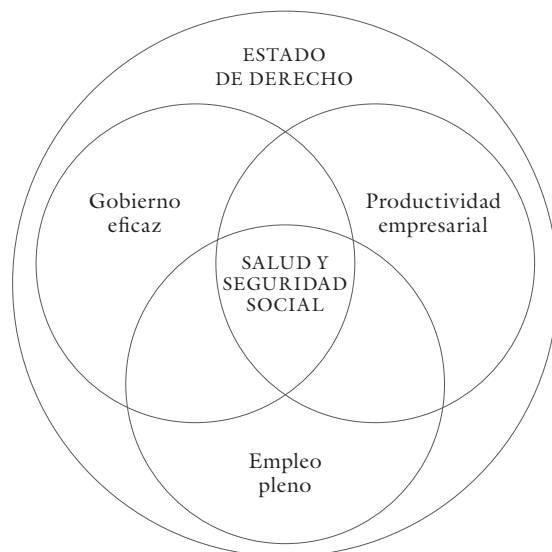
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL:
UNA POLÍTICA DE ESTADO



Robustecer este enfoque de gobernanza, nos invita a recorrer la evolución de la atención a la salud en nuestro país, su situación actual y la prospectiva empresarial en la materia.

Es en este escenario donde, en busca de soluciones concomitantes, debe reconfigurarse un sistema integral de salud y seguridad social, capaz de armonizar las acciones gubernamentales y empresariales con la producción y la productividad, sumándole el empleo pleno, estos elementos deben estar interconectados como se aprecia en la Figura 2.

FIGURA 2.
ENTORNO
FÍSICO, POLÍTICO, ECONÓMICO Y SOCIAL



EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN A LA SALUD EN MÉXICO: DE LO EMPÍRICO A LO CIENTÍFICO Y HACIA LA INSTITUCIONALIZACIÓN

La salud en el México prehispánico

“Testimonios indígenas acopiados por los europeos en el nuevo continente, dan cuenta de las prácticas de prevención de enfermedades, y de la atención y rehabilitación de pacientes, con fundamento en el equilibrio entre fuerzas benignas y malignas, atribuidas tanto a los humanos como a los dioses: Quetzalcóatl era el gran curandero de todas las enfermedades; a Ehécatl, dios del viento, se le achacaban los males respiratorios y reumáticos; la diosa Tlazoltéotl era la encargada de recoger las inmundicias; XipeTotec, el dios sin piel, era causante de los males cutáneos y oculares; Tezcatlipoca, el dios oscuro, provocaba las grandes epidemias; Tláloc premiaba o castigaba con fenómenos relacionados con la lluvia y el agua [...]”.⁵

⁵ Francisco Javier Torres Vaca, *et al.*, “La salud pública en el México prehispánico. Una visión desde la salud pública actual”, en *Vertientes. Revista especializada en ciencias de la salud*, vol. 17, núm. 1, 2014, pp. 48-60.

Pero no todo era superstición: a las creencias religiosas, se sumaban prácticas dictadas por los gobernantes o Tlatoanis, acompañadas por los medios necesarios para mantener la salud.⁶ Incluso hay noticias de la existencia de infraestructura hospitalaria, como el pabellón en el palacio de Moctezuma que acogía a enfermos incurables; en el Netlatilopan se acogía a los albinos, leprosos y pintos; en Texcoco se asentó un hospital militar y en Culhuacán hubo otro sostenido por el gobierno mexica para atender a inválidos por las constantes guerras⁷ y para el retiro de servidores civiles de avanzada edad.

De esta manera (junto con otros factores, como la alimentación rica en vitaminas y minerales, la ausencia de epidemias, los baños en temazcales y la educación higiénica sobre todo para las mujeres), la esperanza de vida promedio oscilaba entre los 37 y 40 años, superior a la de Francia en ese entonces, calculada en 29 años.⁸

Conquista y colonización

En materia de salud, el contacto de las dos culturas fue afortunado debido a la apertura de mente de los misioneros y a la disposición de los poseedores del saber autóctono. La expresión más temprana y valiosa de este intercambio es la obra de Martín de la Cruz, traducida del náhuatl al latín por Juan Badiano, consistente en un catálogo de plantas medicinales, silvestres o cultivadas en jardines botánicos como los de Chapultepec y Oaxtepec; salpicado con referencias a remedios ya conocidos en Europa, incluidos algunos provenientes de los árabes.⁹ Se trata de la primera sistematización del conocimiento empírico en nuestras tierras. El Códice de la Cruz-Badiano, conocido también como

⁶ Por ejemplo, Torres Vaca refiere que se destinaba un lugar específico cerca de la casa donde se desechaban las heces y se cubrían con cal; además, los Consejos de Ancianos disponían la colocación de letrinas de uso público llamadas *axixcalli*. *Vid.* nota 4.

⁷ Esta idea es notablemente anterior al Palacio de los Inválidos de París, dispuesto por Luis XIV doscientos años después. *Vid.* <http://www.musee-armee.fr/lhotel-des-invalides/lhotel-national-des-invalides.html>

⁸ Alfredo López Austin y Carlos Viesca Treviño, *Medicina prehispánica de México*, t. I, UNAM/Academia Nacional de Medicina, 1984.

⁹ Jorge Amador García, *La medicina tradicional del México prehispánico*.

Librito de las hierbas medicinales de los indios, fue escrito en 1552, con la intención de enviarlo a Carlos V.

El obsequio surtió efecto, en correspondencia, el Rey otorgó una subvención al Colegio de Tlatelolco, donde veinticinco años más tarde, Bernardino de Sahagún culminaría su “Historia General de las Cosas de la Nueva España”, que comprendía interesantes referencias a la salud; son peculiares los párrafos dedicados a “las médicas” y “los médicos”: “[...] buenos conocedores de las propiedades de las yerbas y raíces, árboles y piedras [...] saben bien curar á los enfermos, y por el beneficio que les hace casi los vuelve de muerte á vida, haciéndoles mejorar ó convalecer, con las curas que hacen [...] saben sangrar, dar la purga, echar melecina, untar el cuerpo, concertar los huesos, curar bien las llagas, la gota, el mal de los ojos, y cortar la carnaza de ellos”.¹⁰

Los hospitales coloniales

El primer hospital fundado en el Continente fue el de la Purísima Concepción y Jesús Nazareno (conocido actualmente como Hospital de Jesús), auspiciado por Cortés para atender a los soldados españoles heridos en las batallas conducentes a la toma de Tenochtitlan. Le siguieron el de San Lázaro para leproso; el de los Naturales, establecido por Pedro de Gante que atendió a indígenas víctimas de las epidemias de sarampión, entonces una enfermedad letal; el de San Juan, en la ciudad de Puebla, exclusivo para mujeres; el del Amor a Dios, fundado por Zumárraga, para enfermos venéreos; el de Belem, en la actual Tlaxcala; el de San Hipólito, dedicado a menesterosos y, más adelante, a enfermos mentales, creado por Bernardino Álvarez, considerado precursor de la psiquiatría, quien también erigió hospitales en Jalapa y el puerto de Veracruz. En Valladolid, hoy Morelia, se instauró el de San José, y en Mérida el del Rosario.¹¹

¹⁰ Bernardino Sahagún, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, Libro Décimo, capítulos VIII “De los médicos” y XIV “De las médicas”, México, Porrúa.

¹¹ Wikipedia ofrece una completa monografía y valiosa bibliografía sobre este tema. *Vid.* https://es.wikipedia.org/wiki/Hospitales_en_el_Virreinato_de_Nueva_Espa%C3%Bl1a

Es de notarse que la fundación de estas instituciones se realizó por decisión y con patrocinio tanto de religiosos como de autoridades virreinales y de particulares, en unos casos de manera aislada, en otros mediante la conjunción de esfuerzos en un incipiente ejercicio de corresponsabilidad socio-gubernamental.

La profesión médica en el Virreinato

Con los conquistadores llegaron varios médicos, cirujanos barberos, licenciados y maeses, inclusive una enfermera partera. Sucesivamente inmigraron a la Nueva España más médicos titulados en las universidades ibéricas y un buen número de practicantes empíricos. La Real Cédula del 11 de enero de 1570, buscaba un control efectivo del ejercicio de la medicina tanto en la metrópoli como en las colonias, no obstante, a pesar de la existencia de esa ordenanza, los médicos que actuaban sin autorización eran numerosos.¹²

Hubo quienes ejercieron la profesión de manera privada y quienes se adscribieron a instituciones, o bien, se desempeñaron simultáneamente en los dos ámbitos,¹³ práctica que prevalece hasta nuestros días.

Consolidado el régimen virreinal, se inició la organización administrativa bajo los dictados de la Corona. En 1528 entró en funciones el primer “Protomédico” de la Nueva España, a quien se le encargó velar por el buen ejercicio y enseñanza de la medicina y de las otras artes y profesiones afines, así como vigilar todo aquello que estaba en conexión con la higiene y la salubridad pública.¹⁴

En cuanto a la enseñanza científica, se inicia cuando Carlos V expidió una orden para crear la Real y Pontificia Universidad de México en 1551, que otorgó el primer diploma médico de la Nueva España, el 10 de agosto de 1553, a Juan Blanco de Alcázar.

En 1578 y 1599, respectivamente, se aprobaron la primera y segunda Cátedras de Medicina y se planteó un programa apegado a la tradi-

¹² Alfredo de Micheli Serra, “Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm. 3.

¹³ María Luisa Rodríguez Sala, *Los médicos en la Nueva España. Roles sociales y profesionales de los médicos: etapa pre-universidad (1524-1552)*, UNAM-IIS, 2012.

¹⁴ UNAM, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*.

ción del galeno-hipocratismo-renacentista, con lo cual se fue relegando el conocimiento autóctono. En 1621 se agregaron dos cátedras más: las de Anatomía y Cirugía. A mediados del siglo XVII se impuso un modelo teórico-práctico que incluyó la disección en cadáver.

A partir de 1646 se constituyó el Real Protomedicato¹⁵ como tribunal que ejercía varias funciones, entre ellas: decidir cuáles eran los libros de texto, tener la potestad de imponer castigos y examinar a los que querían ejercer la medicina, la farmacia, la obstetricia y la flebotomía (sangrías); a quienes aprobaban el examen profesional, popularmente conocido como “juicio final”, les expedían una licencia con la que adquirirían la facultad de atender pacientes en la calle (consulta externa) y podían ejercer la práctica médica remunerada. En suma, este tribunal cuidaba del buen ejercicio de médicos, cirujanos, parteros, hernistas (hernias), oculistas, algebristas (reparadores de huesos y articulaciones), flebotomianos, farmacéuticos y droguistas.

En 1768, utilizando los recursos del Hospital de Naturales (espacios, enfermos y cadáveres), se creó la Real Escuela de Cirugía y el Anfiteatro Anatómico o Cátedra de Anatomía Práctica, donde se impartieron clases de anatomía descriptiva, fisiología y clínica quirúrgica.

La profesión médica de entonces posibilitaba, a quienes a ella se dedicaron, una vida económica decorosa y, sobre todo, contar con el prestigio y reconocimiento de la comunidad.

La decadencia del régimen colonial y sus efectos

En la segunda mitad del siglo XVIII, el imperio español sufrió sucesivas crisis políticas, económicas y sociales. Con un sistema monárquico obsoleto, y una economía basada en la explotación de los recursos de las colonias, la distancia entre la sede del gobierno y las posesiones, hacía casi imposible el conocimiento y la obediencia a las reales ordenanzas.

¹⁵ José Ortiz Monasterio señala 1628 como el año en que se constituyó el Protomedicato en la Nueva España. *Vid. Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos.* En su trabajo describe con precisión las responsabilidades de las distintas categorías y especialidades relacionadas con la atención médica.

La población se distribuía de manera contrastante, por una parte la concentración demográfica provocaba que las calles, las fuentes, el interior de las viviendas, los arroyos, manantiales, las iglesias, los mercados y los lugares de trabajo se convirtieran en verdaderos focos de infección; en otras zonas, la población estaba tan dispersa que hacía nugatoria toda intención de atenderla.

El hambre, las pésimas condiciones de salubridad, la miseria, el hacinamiento, la falta de aseo personal, la convivencia cotidiana con animales, entre otros factores, incidieron sobre la población, creando ambientes propicios para la proliferación de agentes patógenos que afectaron a todas las clases sociales.

Entre las reformas borbónicas se incluía la responsabilidad de las autoridades de atender la salud del reino, por lo cual debían tomar providencias para “limpiar, airear, remover, recoger y obedecer”. Es de destacar la disposición de que los ayuntamientos contrataran carretones para alejar de los poblados los desechos humanos, cadáveres de animales y basura. Estas medidas en un principio fueron efectuadas, pero al poco tiempo, la falta de recursos de los gobiernos locales hizo imposible su cumplimiento.

En la Nueva España, el Segundo Conde de Revillagigedo, encabezó numerosas tareas enfocadas a la mejora de los espacios públicos y de la convivencia social, entre ellas la reubicación de basureros y mataderos de animales en las afueras de las ciudades, así como la inclusión de medidas sanitarias en bandos de policía y buen gobierno, primeras manifestaciones de la responsabilidad gubernamental.

Bases para la institucionalización de la salud

Al finalizar el siglo XVIII y hasta mediados del XIX, México se vio envuelto en la guerra por la Independencia, las intervenciones extranjeras y luchas internas. En esta situación, los gobiernos se enfocaron más en la conservación del poder que al servicio público; la salud no escapó a este fenómeno y pasó a segundo plano en los focos de atención de los políticos.

Los insurgentes mexicanos expresaron su interés en los aspectos sanitarios, al incluir en la Constitución de Apatzingán de 1814, la

facultad del Supremo Congreso para aprobar los reglamentos que condujeran a la sanidad de los ciudadanos, a su comodidad y demás objetos de policía.¹⁶ Sin embargo, no se encuentran más referencias a aspectos de salud en las constituciones de 1824 y 1857.

Persistieron las prácticas médicas y las acciones sanitarias del régimen colonial, muestra de ello son el Bando de Policía y Buen Gobierno emitido en 1825, inspirado todavía en el modelo borbónico; así como la prolongación de la existencia del Protomedicato hasta 1831, al entrar en funciones la Facultad Médica del Distrito Federal, que a su vez fue sustituida diez años después por el Consejo Superior de Salubridad.

La supresión de las órdenes religiosas hospitalarias en 1820, tuvo como consecuencia que los servicios de salud pasaran a ser responsabilidad de los ayuntamientos. Las Leyes de Reforma, principalmente las referentes al Registro Civil y la secularización de los cementerios, fueron el punto de partida para construir un sistema de estadísticas demográficas.

Aun con una sociedad mexicana sumida en la desigualdad, el panorama para la ciencia médica y los servicios de salud pública encontraron posibilidades de desarrollo. El modelo colonial de enseñanza y el ejercicio de la medicina fue progresivamente reemplazado por los adelantos en el conocimiento científico, principalmente provenientes de Francia y, más tarde, de Alemania.

En 1879 se otorgó autonomía al Consejo Superior de Salubridad, lo cual le dotó de mayor margen de maniobra, entre otras medidas estableció “las igualas médico-farmacéuticas nacionales” (lo que en nuestros días serían los estándares); asimismo vinculaba la atención médica con la medicina preventiva; también emprendió estadísticas de mortalidad y procuró un mejor control de hospitales, hospicios, alimentos, agua potable, bebidas en general y desechos humanos.¹⁷

Durante el régimen presidencial de Porfirio Díaz, se crearon instituciones que denotaban el interés por la atención a la salud, por ejemplo, en 1888, el Instituto Médico Nacional, cuyo propósito fue crear

¹⁶ Cámara de Diputados, *Constitución de Apatzingán 1814*.

¹⁷ Álvarez Amézquita, José, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, pp. 196-211.

“ciencia nacional”; en 1905, el Hospital General de México, aun existente, y el hospital de “La Castañeda”, inaugurado en 1910 como parte de los festejos del centenario de la Independencia (antecedente del actual sistema de salud mental).

El Código Sanitario de 1891,¹⁸ define la naturaleza y organización de los servicios sanitarios, establece las competencias y disposiciones de prevención y protección a la salud tanto a las autoridades gubernamentales y a los particulares. Esta amplia gama de disposiciones reglamentarias significó un paso determinante en el proceso de institucionalización de la atención a la salud y el reconocimiento expreso de la corresponsabilidad entre sociedad y gobierno.

Para dar cuenta de este proceso incremental de institucionalización, nos referiremos a la normalización a partir de la Constitución de 1917, en el siguiente apartado.

EL MARCO JURÍDICO QUE SUSTENTA LA INSTITUCIONALIDAD DE LA SALUD EN EL ESTADO MEXICANO

El Congreso Constituyente de 1916-1917

En este Congreso, 10 por ciento de los 218 Constituyentes fueron médicos; entre ellos se distinguió el Dr. José María Rodríguez con la iniciativa para crear el Departamento de Salubridad Pública.

La Constitución de 1917 es una norma integradora y programática que da al Estado la responsabilidad de promover el desarrollo integral de la colectividad, reflejada en el artículo 73, que facultó a la Cámara de Diputados para crear una tercera generación de rectoría en la materia: el Consejo de Salubridad General que, con algunas actualizaciones, se mantiene vigente.

De la Constitución se derivó la Ley de Secretarías de Estado, en la que se incluyó el Departamento de Salubridad Pública, con atribuciones de legislación sanitaria en la República; policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras; medidas contra el alcoholismo, enfermedades epidémicas y contagiosas; preparación y aplicación de vacunas y sueros

¹⁸ Código Sanitario, 1891.

preventivos o curativos; vigilancia sobre ventas y uso de sustancias venenosas; inspección sobre sustancias alimenticias, drogas y semejantes puestos a la circulación, así como la supervisión de congresos sanitarios.

El Departamento mencionado se bifurcó en dos funciones en 1937, prevalece el Departamento de Salubridad Pública y se crea la Secretaría de Asistencia Pública. En 1943 se convierte en Secretaría de Salubridad y Asistencia, hasta que en 1985 se crea la actual Secretaría de Salud.

La salud en la Constitución Mexicana

La salud, como derecho humano y corresponsabilidad del Estado y la sociedad, se encuentra plasmado en diversos artículos de nuestra Constitución, como lo veremos a continuación:¹⁹

- El artículo 1o., párrafo quinto, prohíbe la discriminación, entre otros motivos, por las condiciones de salud de la persona.
- El artículo 2o., apartado B, fracciones III y V, garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas al acceso efectivo a los servicios de salud, reconoce a la medicina tradicional y enfatiza en la atención a las mujeres indígenas, migrantes y jornaleros.
- El artículo 4o., es el alma de la salud en la Constitución, en sus párrafos cuarto, sexto y noveno, la consagra como derecho universal y, junto con la alimentación y la educación, como objeto del interés superior de la niñez, asimismo especifica el derecho al acceso al agua como elemento básico de la vida sana.
- La libertad de tránsito en el territorio nacional con las limitaciones inherentes a la salubridad general es normada en el artículo 11.
- La Salud Pública se encuentra entre los supuestos de excepción en la protección de datos personales, garantizada por el artículo 16, párrafo segundo.
- La salud en los centros penitenciarios, se previene en el artículo 18, párrafo segundo; así como la tipificación de los delitos contra la salud en el artículo 19, párrafo segundo.

¹⁹ Para efectos de este artículo, con la intención de aportar la información precisa y actualizada, se consultó la versión en Word contenida en la página electrónica de la Cámara de Diputados de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

- En el artículo 26 se contempla la participación de los particulares en el Sistema Nacional de Planeación, de éste se deriva el Plan Nacional de Desarrollo, que de manera específica remite al Programa Sectorial de Salud.
- El texto constitucional, en su artículo 41, párrafo segundo, señala que las campañas de comunicación social en la materia, junto con las de protección civil y servicios educativos, no son objeto de restricción durante las vedas electorales.
- El artículo 73, fracción XVI, faculta al Congreso de la Unión para dictar leyes sobre salubridad y establece el Consejo de Salubridad General dependiente de la Presidencia de la República, cuyas disposiciones son obligatorias. Asimismo, previene medidas en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas.
- Las funciones y servicios públicos relacionados con la sanidad pública: agua potable, drenaje, alcantarillado, tratamiento y disposición de sus aguas residuales; limpia, recolección, traslado, tratamiento y disposición final de residuos; mercados y centrales de abasto; panteones y rastros, quedan a cargo de los gobiernos municipales en el artículo 115. Todas estas medidas son de orden preventivo, que al no cumplirse o ser insuficientes, derivan en problemas de salud, por ello, los esfuerzos nacionales han de enfocarse a la satisfacción de los mismos, a través de los gobiernos locales.
- La reciente reforma a la categorización de la Ciudad de México como entidad federativa, establece, en el artículo 122, apartado C, párrafo segundo, la organización y funcionamiento del Consejo de Desarrollo Metropolitano, al que corresponderá acordar las acciones en materia de asentamientos humanos; protección al ambiente; preservación y restauración del equilibrio ecológico; agua potable y drenaje; recolección, tratamiento y disposición de desechos sólidos, entre otras.
- El artículo 123, establece medidas preventivas en materia de salud, higiene y seguridad laboral. En el apartado A, las correspondientes a los trabajadores del sector privado, la instauración de la Ley del Seguro Social (LSS) y la del Instituto del Fondo Nacional

de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit). En el apartado B, fracción XI, establece las bases de organización de la seguridad social para los trabajadores del sector público.

- Es de interés para el empresariado el artículo 134, que traza las reglas para participar como proveedores en las adquisiciones, arrendamientos y enajenaciones de todo tipo de bienes, prestación de servicios y contratos de obra.

*El marco legal de la salud
y la empresa*

Como norma de normas, la Constitución dicta el “deber ser”, mientras las leyes indican el “cómo” se conseguirán los fines perseguidos y “quiénes” habrán de hacerlos realidad. La Constitución mexicana recoge esta filosofía en su artículo 133.

La Ley General de Salud señala la organización y acciones específicas con la finalidad de garantizar el derecho a la protección de la salud, la disponibilidad de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población, y el conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, así como el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.²⁰

A lo anterior se suman las disposiciones contenidas en diversas normas que cubren prácticamente todos los aspectos concernientes a la salud y seguridad social, vinculadas a la empresa, productividad y empleo.

Las listas presentadas en la Figura 1 son una muestra de las leyes que se relacionan con nuestro objeto de estudio.

En este escenario es posible ubicar la participación empresarial en la atención a la salud y la seguridad social en diferentes vertientes, como se reflexiona en el siguiente apartado.

²⁰ Ley General de Salud. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf

FIGURA 1.
LEYES QUE SE RELACIONAN CON LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL.



El orden en que se presentan las leyes es ilustrativo, por lo cual no implica que exista una correlación entre las que aparecen en el mismo renglón.

LA PARTICIPACIÓN EMPRESARIAL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL

Comencemos por señalar que la participación de la medicina privada en México, ha venido institucionalizándose por sí misma al acrecentar paulatinamente su presencia en la enseñanza, la investigación y el ejercicio libre de la profesión que, por otro lado, se organiza en gremios especializados y forma parte de algunas de las directivas de los principales organismos públicos de salud y seguridad social.

Igualmente, como un sector socialmente responsable, ha creado fundaciones generales y específicas dedicadas a la atención de diversas enfermedades y también destinadas a la prevención; las instituciones de

asistencia privada revisten una importancia considerable en el apoyo a los grupos más vulnerables.

La creación de hospitales, clínicas y centros de atención con una visión empresarial, igualmente se ha venido consolidando en la medida de la aparición de nuevas tecnologías para soportar todos los procesos involucrados en la prevención y tratamiento, desde estudios clínicos, hasta las cirugías no invasivas, medicina genómica, nuclear, robótica, etcétera.

En el campo de los insumos a la salud y seguridad social, el sector privado tiene injerencia como productor e innovador de bienes y servicios para todas aquellas personas e instituciones dedicadas a la materia que nos ocupa. Asimismo, es un importante proveedor, importador y distribuidor de medicamentos, materiales, equipos y capacitación técnica, entre otros aspectos.

Como representante de un sector de la sociedad

El Consejo de Salubridad General, órgano cúpula de la política de salud en el país, es responsable, entre otras importantes tareas, de “Proponer políticas y estrategias y definir acciones para la integración de un modelo articulado que permita el cumplimiento del programa sectorial de salud, especialmente por lo que hace a los destinados a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios, brindar protección financiera en salud a toda la población e incrementar la cobertura de los servicios”.²¹

En este Consejo, el sector privado tiene una representación dual: como vocales con voz y voto, participan los presidentes de las Academias de Medicina y de Cirugía; y únicamente con voz, los presidentes

²¹ Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, artículo 9, fracción XIII, Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 11 de diciembre de 2009. Al respecto, puede llamar a confusión el que el artículo 73, fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señale que este Consejo depende directamente del Presidente de la República, “sin intervención de ninguna Secretaría de Estado” [*sic*], lo cual se ratifica en el artículo 1 del Reglamento Interior de dicho Consejo, para inmediatamente entrar en contradicción en el artículo 3 del mismo Reglamento cuando señala que el Presidente del Consejo será el Secretario de Salud [*sic*]. Por lo tanto se hace necesario corregir esta redacción para evitar errores de interpretación porque, como se sabe, ninguna ley y mucho menos un reglamento puede ser causa de controversia.

de la Fundación Mexicana para la Salud, la Academia Mexicana de Pediatría, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, Asociación Nacional de Hospitales Privados, Colegio Médico de México, Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, y Cámara Nacional de la Industria de la Transformación.

En el IMSS, Organismo Fiscal Autónomo (artículo 270, LSS) fundado en 1943, como organismo tripartita (gobierno, trabajadores y patrones, fórmula exitosa que debe ser perfeccionada), se protege a los asegurados y derechohabientes en materia de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; guarderías y prestaciones sociales. El sector empresarial participa en la Asamblea General (autoridad suprema del Instituto), a través de las “Organizaciones Patronales”, en el Consejo Técnico (Órgano de Administración Supremo y vigilante del equilibrio financiero para cumplir con los fines del Instituto), representado por tres vocales de la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (CONCAMIN) y uno de la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO-SERVYTUR), y en la Comisión de Vigilancia (vigilar inversiones, sugerir ahorros para el retiro y con ello, responder a la demanda de servicios y a las necesidades de la población, con oportunidad y transparencia), actualmente sólo por CONCANACO-SERVYTUR.

El Consejo Técnico debe impulsar el buen gobierno y la transparencia, y para ello la integración y la formación de comisiones y comités *ad hoc* para atender con oportunidad, calidad y suficiencia de recursos las múltiples demandas y necesidades de los asegurados y sus familias, es vital.

La regionalización del IMSS, a través de los Consejos Consultivos Delegacionales, permite atender las necesidades específicas determinadas por la geografía, la demografía y las condiciones socioeconómicas de las entidades federativas agrupadas en cada Consejo con representación tripartita.

Por otro lado, hace casi 14 años se crearon las Unidades Médicas de Alta Especialidad (25) dentro del Sistema IMSS, reportándose los

Directores de dichas Unidades a la Dirección General del Instituto, bajo la coordinación de la Dirección Médica. Siguiendo la estructura tripartita, se crearon las Juntas de Gobierno como máximo órgano administrativo con la participación de dos representantes de los sectores patronal y obrero, y a partir del inicio exitoso de operaciones a estas instituciones, orgullo del IMSS y del país en la atención médica del 3er. nivel, con toda claridad se detectó que su estructura, funcionamiento y abasto debería ser perfeccionado para que cumplieran con sus nobles objetivos y a la vez se propiciara la investigación y la auto generación de recursos propios, proceso que lamentablemente sigue pendiente y que debería culminarse para evitar el deterioro de los hospitales.

El reto que tiene el IMSS que da atención a más de 60 millones de derechohabientes, no solamente se refiere a estructura financiera, sino a la atención médica de excelencia en los 3 niveles.

Dentro del Sistema Nacional de Salud debe avanzarse con el liderazgo del Seguro Social en la homogeneidad de los servicios, la subrogación, la portabilidad, la Cartilla o Identificación Médica Única, etcétera, y todo esto podría llevar a la propuesta de perfeccionar la estructura administrativa, incorporando a consejeros independientes del sector privado y académicos, sin alterar esa estructura tripartita, que tendrá que ser financiada por las cuotas obrero patronales o bien con recursos fiscales, y sobre todo respaldada por un sindicato realista y leal.

Bajo la rectoría y coordinación total de la Secretaría de Salud, funcionan y operan los institutos nacionales de salud, hospitales federales de referencia y hospitales regionales que han sido creados y que funcionan con eficiencia, algunos desde hace más de un siglo y por sus instalaciones hospitalarias, y sus quirófanos han pasado los más notables y prestigiados médicos del país, en ellos funcionan como principal órgano de gobierno las Juntas de Gobierno, en las cuales paulatinamente se comienzan a designar consejeros independientes del sector privado, para propiciar el buen gobierno. Asimismo, como un apoyo fundamental para lograr sus nobles objetivos y apoyarlos en su infraestructura, operan los patronatos conformados fundamentalmente por integrantes del sector privado y la academia que han estado dejando constancia de su noble tarea de ayudar y apoyar a los más necesitados.

Sin embargo, la complejidad que significa la salud en México va mucho más allá de las acciones que a través de la Secretaría de Salud o el IMSS, se puedan realizar, a ellas habría que agregar las del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, las efectuadas por los Institutos Nacionales de Salud, los Sistemas Estatales de Salud, el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), servicios de salud de PEMEX y otras instituciones públicas presentes en el Consejo de Salubridad General que tienen un efecto tangencial en la sanidad, ya no sólo humana sino animal, vegetal y medioambiental.

En cuanto a la cobertura de protección social en salud, será necesario extender la visión para robustecer la vertiente de afiliación, al ampliar el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).

En la enseñanza e investigación

En la enseñanza el avance es considerable, como se infiere de la revisión a la clasificación de las escuelas de medicina, publicada anualmente por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, que registra la participación de alumnos provenientes de 103 planteles: 61 de estos públicos y 42 privados, cabe observar que los tres primeros lugares son ocupados por universidades particulares.

En lo tocante a investigación, esta se realiza desde la creación de los primeros institutos nacionales de salud, esto es, el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales en 1939; el Hospital Infantil en 1943; el Instituto Nacional de Cardiología en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología en 1950, y el Instituto Nacional de Neurología en 1964, así como la creación del Instituto Nacional de Salud Pública en 1988. A este aspecto han contribuido también el IMSS, el ISSSTE, las instituciones de educación superior y el Sistema Nacional de Investigadores, bajo el criterio del número de artículos en publicaciones científicas.²²

²² Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico: Investigación para la Salud*.

Las patentes para productos y procedimientos relacionados con la salud, alcanza 8 por ciento de solicitantes nacionales y 92 por ciento lo hacen empresas extranjeras (laboratorios y fabricantes de equipos), a través de agentes en México.²³ Por su parte, hasta 2001 (los datos disponibles más recientes), la iniciativa privada sólo participaba con el 20 por ciento de los recursos dedicados a la investigación, orientada más hacia el desarrollo tecnológico. Por tal motivo, del Conacyt surgió la propuesta para apoyar a las empresas a realizar investigación, mediante estímulos fiscales. Lo cual se ha visto reforzado con las reformas de 2015 a la Ley de Ciencia y Tecnología, y la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos que autorizan la colaboración público-privada en inversiones de investigación.

El ejercicio libre de la profesión en los tres niveles de atención

En este punto, vale anotar que en las proyecciones estadísticas a 2016, los consultorios privados significan el 14 por ciento de los 104,500 que están a disponibilidad del público. De los aproximadamente 230 mil médicos existentes en el país, alrededor del 36 por ciento prestan sus servicios de manera privada en los tres niveles, aunque de ellos una cifra indeterminada combina su desempeño con el servicio público.

Ahora bien, ha venido creciendo el número de hospitales y clínicas particulares en todo el país (9 por ciento en los últimos 10 años),²⁴ lo cual puede atribuirse a factores como las oportunidades de inversión rentable en este campo; las preferencias de la clase media que acuden a los servicios privados a pesar de contar con acceso a la seguridad social; la necesidad de aquéllos que se desenvuelven en la economía informal (calculada en 50 por ciento de la población económicamente activa), lo cual origina múltiples problemas de atención a la salud y seguridad social, pero también en ese estrato pueden hallarse las soluciones; la urbanización del país que concentra a 85 por ciento de la clase media en sus distintas categorizaciones (media-baja, media-media y media-alta),

²³ Muestreo del autor en el Sistema de Información de la *Gaceta de la Propiedad Industrial* del Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial, 25 de enero de 2017.

²⁴ Estimación del autor a 2016, con base en datos de 2013, *Numeralia de recursos físicos de los sectores*, Secretaría de Salud.

y el desbordamiento de la capacidad de atención por la demanda en los servicios públicos de salud.

Desde el punto de vista del mercado, el ejercicio libre de la profesión encuentra amplias posibilidades de desarrollo, a condición de estructurarse conforme a un modelo que integre aspectos que hagan socialmente más útil la inversión pública y más rentable la inversión privada, en beneficio de la población.

Un asunto medular en el ejercicio profesional, es la formación ética de los trabajadores de la salud y el combate a la negligencia médica.

El sector empresarial como agente económico esencial en la atención a la salud

Del total del PIB nacional, las actividades económicas del sector salud, incluyendo el público, el privado y el trabajo no remunerado, representaron 6.3 por ciento en 2014,²⁵ considerando impuestos a los productos netos de subsidios del sector salud; servicios médicos de atención ambulatoria; servicios hospitalarios; centros y residencias para el cuidado de la salud; actividades auxiliares del cuidado de la salud; administración de la salud pública; fabricación de bienes para el cuidado de la salud, y bienes y servicios conexos.

Esta masa de recursos se traduce en una actividad múltiple, dentro de la cual destaca el sector privado como importante propulsor en este rubro del desarrollo. Ello conduce a inferir el rol de proveedores y prestadores de servicios, importadores y distribuidores de medicamentos, materiales, equipos y capacitación técnica, frente a un presupuesto público que asciende a 535,645 millones de pesos (de los cuales 96.5 por ciento es de gasto corriente).²⁶

Las demandas que plantea el sistema de salud al sector privado, son de relevancia tangible por sus efectos en la prevención, atención y tratamiento de enfermedades, e intangible por sus contribuciones al bienestar comunitario, familiar e individual.

²⁵ Banco Mundial, *Gasto en salud, total (por ciento del PIB)*, México, 2014.

²⁶ <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/31903-menor-presupuesto-al-sector-salud-en-2017-instituto-belisario-dominiguez.html>

El sector empresarial como socialmente responsable

La responsabilidad social de las empresas se define como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las mismas, en este caso, aplicada a la salud. Para los fines de este artículo, destaco la presencia de la Fundación Mexicana para la Salud, el Instituto Carlos Slim de la Salud y las Juntas de Asistencia Privada.

Desde su creación, 22 de mayo de 1985, la Fundación Mexicana para la Salud ha sido un eje para convocar a un conglomerado de importantes empresas privadas relacionadas con la materia (sin haber buscado ni obtenido nunca ventajas mercantiles), así como otras interesadas en el desarrollo, con el propósito de organizar una serie de acciones para canalizar la filantropía y la inversión social en beneficio de la salud; generar, conjuntar y aplicar experiencias, recursos económicos y talento empresarial, académico y científico, con el fin de apoyar áreas específicas de la salud, entre otros altos propósitos que fortalecen la responsabilidad social del sector privado.

El Instituto Carlos Slim de la Salud, creado en 2007 como una organización no lucrativa, dedicada a generar soluciones para ayudar a resolver los principales problemas de salud de la población más vulnerable de América Latina, mediante la generación de soluciones sustentables y replicables encaminadas a mejorar la salud y calidad de vida de las personas, y establecer alianzas con actores clave de los sectores público, privado y social para la implantación de modelos innovadores, de soluciones tecnológicas y de fortalecimiento del capital humano.

Como pudimos apreciar en el recorrido histórico, la asistencia privada se ha realizado por distintos actores bajo diversas formas de organización, esta evolución se concreta actualmente en una red de Juntas de Asistencia Privada en 16 entidades federativas, que rige y vigila el funcionamiento de las instituciones avocadas a esta noble tarea de cohesión social, fundamentalmente orientadas a la atención de los grupos vulnerables por efecto de la desigualdad y la pobreza. Por ejemplo, sólo en la Ciudad de México, se cuenta con 92 organizaciones

destinadas específicamente a aspectos relacionados con la salud,²⁷ que generalmente se clasifican como donatarias autorizadas por el Sistema de Administración Tributaria.

PROSPECTIVA DEL SECTOR EMPRESARIAL EN LA SALUD: HACIA UN SISTEMA INCLUYENTE, CONFIABLE, VISIBLE Y FISCALIZABLE

Desde su promulgación hace 100 años, la Constitución mexicana ha promovido y albergado los principios que buscan establecer condiciones de salud para todos; las sucesivas reformas en la materia han acompañado la evolución de la sociedad, del gobierno, de la política y la administración, particularmente en lo social, porque no obstante los aspectos demográficos y problemas económicos, el sector salud se ha mantenido y multiplicado, basta revisar los indicadores, el número de derechohabientes de las instituciones de seguridad social, los beneficiarios del Seguro Popular y la participación del sector empresarial en las instituciones públicas.

Sin embargo, la complejidad orgánica del sector público de la salud, lo coloca en riesgo de entrar en una curva decreciente en cuanto a su eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, evaluación social, política financiera, entre otras variables; todo lo cual nos lleva a estar conscientes de la necesidad de establecer un sistema susceptible de mejora constante de este elemento clave del desarrollo nacional, un sistema que sea incluyente, confiable, visible y fiscalizable.

Como lo ha establecido el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en su propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud elaborada en 2012,²⁸ se debe interconectar a la sociedad y al individuo; a la primera para que la prestación sea equitativa, como un

²⁷ http://www.jap.org.mx/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=584

²⁸ *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, elaborada en 2012 por el Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, del Hospital Infantil de México “Federico Gómez” y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).

principio de justicia que garantiza el derecho no sólo al acceso, sino al más alto nivel de salud posible; en lo correspondiente al individuo, se habrá de respetar su libertad, como un principio de autonomía para decidir el tipo de atención que prefiera conforme a sus posibilidades, ya sea en instituciones públicas o privadas.

Ante la fragmentación existente en la atención a la salud, tomando como base el marco constitucional y legal vigente, la participación del empresariado pudiera ser más relevante si presta atención a varias dimensiones en la prospectiva de alcanzar la universalización de los servicios de salud, tomando en consideración diversos factores como:

- Reconocer la rectoría del Estado en la salud, privilegiando la cooperación del empresariado en igualdad de condiciones frente al gobierno.
- Intervenir en el diseño y operación de programas y manuales de operación transversales en todas las instituciones de salud, desde el Consejo de Salubridad General, para lo cual habrá que modificar su eficacia, dando voz y voto a los empresarios del sector, y no tan sólo opinión. Esta intervención podría dar pauta a reformar tanto el artículo 73 constitucional, como el Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.²⁹
- Involucrarse corresponsablemente, en el marco del artículo 26 constitucional y la Ley de Planeación, en los procesos de toma de decisiones, para contar con certeza jurídica que permita comprometer inversiones a largo plazo y participar en la creación, crecimiento, desarrollo y consolidación de asociaciones público-privadas de producción y distribución de insumos (la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios enlista más de mil seiscientos productos y equipos de bajo riesgo),³⁰ y prestación de servicios de salud.
- Inducir las acciones y concertar la ejecución del Programa Sectorial de Salud con la sociedad, en nuestro caso, con el sector empresarial.

²⁹ *Vid. supra*, nota 21.

³⁰ *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 2011.

- Impulsar legislación adecuada a las condiciones de cambio para dotar de capacidad adaptativa a las instituciones de salud, públicas y privadas.
- Procurar la coordinación horizontal (interinstitucional) y vertical (intergubernamental) con el sector empresarial organizado, en toda la República Mexicana.
- Diseñar un sistema eficaz de administración y finanzas, para la sustentabilidad del sistema público-privado de salud a largo plazo, lo que incluye seguros, pensiones y jubilaciones, financiamiento interno y externo, donaciones, formación y capacitación para el trabajo del capital humano, etcétera.
- Eliminar la duplicidad en el otorgamiento de seguros a las altas esferas de la administración pública y privada, como los seguros de gastos médicos mayores, con el propósito de reorientar estos recursos a fortalecer las finanzas de las instituciones públicas de seguridad social (IMSS o ISSSTE).
- Procurar una subrogación confiable de los servicios públicos de salud hacia el sector privado, sujeta a reglas (que ya existen), con el objeto de incrementar la productividad tanto en la atención como en el tratamiento a asegurados y derechohabientes, mediante alianzas que garanticen eficiencia y calidad.
- Resaltar los alcances de la Ley de Ciencia y Tecnología en la investigación y desarrollo tecnológico, en beneficio de la comunidad empresarial, y promover la socialización de los avances científicos en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, como lo son la medicina genómica, la robótica, la biónica, la microcirugía, y otras innovaciones.
- Fortalecer a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a fin de proteger los derechos tanto de los usuarios como de los prestadores de los servicios de salud, con sentido de equidad, fundado en la ética y en la confianza, para evitar la negligencia médica y excesos en el uso de los servicios de salud.
- Promover la consciencia social en todo el sector empresarial, para contar con recursos que atiendan integralmente el ciclo de necesidades que implica la atención a la salud, en tanto prioridad del desarrollo nacional.

- Comprometerse firmemente desde las empresas con la integración social, mediante el diseño e implementación de seguros médicos para grupos carentes de acceso a las instituciones de seguridad social por estar situados en la economía informal, conforme a sus necesidades de atención más sentidas y al alcance de sus posibilidades.
- Reforzar y/o lograr nuevos acuerdos de cooperación internacional para elevar la competitividad del sector, con el fin de replicar, con los debidos ajustes a nuestra realidad, prácticas de atención y tratamiento en el sector salud, que han demostrado su efectividad en otras latitudes.

COROLARIO

De lo expresado, se desprenden una serie de conclusiones:

- Establecer la gobernanza en el Sistema Nacional de Salud, entendida como una forma de conducción fundada en liderazgos institucionales, es decir, legales, racionales y legítimos; inducido y concertado por los sectores público y privado conforme lo plantea el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
- Imbuir en todos los actores, un comportamiento capaz de conjugar las experiencias de la historia con las demandas actuales: ampliar la cobertura, establecer la portabilidad mediante una identificación reconocida en todas las instituciones, incrementar la calidad, mejorar la eficiencia, transparencia, rendición de cuentas, prácticas anticorrupción, apertura hacia conocimientos de vanguardia, mediante la implementación de una gestión comprometida con la universalización del derecho a la protección de la salud, que podría agregarse como concepto programático: “Sistema Universal de Salud”.
- Reformar el marco jurídico, constitucional, legal, reglamentario y administrativo para evitar una sobrerregulación que inhiba las iniciativas de inversión productiva, creación de empleo pleno, o frene las posibilidades de cumplir cabalmente con la aspiración de ofrecer condiciones cualitativas de salud para todos los mexi-

canos. En este cometido, la Secretaría de la Función Pública, con los Órganos Internos de Control de la Administración Pública Federal, habrían de colaborar en la flexibilización de la operación institucional, sin perder el sentido de las necesarias demandas de control.

- Propiciar la integración del Sistema Nacional de Salud, a partir de las reformas constitucionales y legales que están aún pendientes para erradicar la segmentación de instituciones, planes programas y políticas de atención y desempeño; ya que hacer depender el derecho a la salud del *status* laboral de los derechohabientes, inhibe el considerar a la salud como derecho humano universal. En este sentido, urge rediseñar y poner en marcha políticas públicas de aplicación general destinadas al abatimiento de la dispersión actual, induciendo la interdependencia como estrategia para obtener resultados concretos y mensurables en favor de la población.
- Interpretar la realidad, a fin de identificar oportunidades de crecimiento empresarial en el campo de la salud, para cubrir los déficit del sector público; incursionar en nuevos nichos de mercado caracterizados por la imparable tendencia a la urbanización, el envejecimiento, los hábitos de consumo, las adicciones, los problemas de movilidad de la fuerza de trabajo y las afectaciones al medio ambiente, cuyas consecuencias redundan en la progresiva modificación del mapa patológico, evitando la progresividad de las enfermedades infecto-contagiosas a crónico degenerativas.

En suma:

La salud y la seguridad social han sido una preocupación a lo largo de la historia de México, tanto para los gobiernos como para la iniciativa privada, lo cual se evidencia en el marco legal que da espacio a la presencia y participación del sector empresarial.

En las condiciones actuales de globalidad y compleja organización socio-económica y política en el interior de la República, es momento de actuar para detener los deterioros y a la vez impulsar una transformación cualitativa en todos los ámbitos de la vida nacional.

La salud no escapa a este gran desafío, que para los empresarios significa el mayor nutriente de su actividad, ahora orientada a la política de cooperación con los sectores público y social, para encontrar, juntos, nuevos caminos y preparar fértiles campos de productividad y creación de empleo, con un valor social compaginado con los legítimos intereses de los emprendedores, e integrado con la educación, la alimentación, la vivienda digna y la calidad de vida de los trabajadores, elementos éstos que resultan indispensables en cualquier programa de justicia social que permiten contar con una política de Estado en materia de salud, basada en los principios constitucionales aquí plasmados, con lo cual, México avanzaría en el impulso a la justicia social y, con una población sana, propiciaría una mayor productividad.

FUENTES CONSULTADAS

Bibliográficas

- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José, *et al.*, *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.
- CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL Y Centro de Estudios Económicos y Sociales en Salud, del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, *Sistema Nacional de Servicios de Salud*, México, 2012.
- LÓPEZ AUSTIN, Alfredo y Viesca Treviño, Carlos, *Medicina prehispánica de México*, t. I, Academia Nacional de Medicina/UNAM, 1984.
- SAHAGÚN, Bernardino, *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, Porrúa.

Hemerográficas

- Diario Oficial de la Federación*, 11 de diciembre de 2009, 31 de diciembre de 2011.

Electrónicas

- ALBERDI, Jokin y Pérez, Karlos, “Capital Social”, en *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*, Barcelona, Icaria, 2000, en línea. Recuperado de: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/29>

- BANCO MUNDIAL, *Gasto en salud, total (% del PIB)*, México, 2014, en línea. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=MX&start=1995&view=chart>
- DE MICHELI SERRA, Alfredo, “Médicos y medicina en la nueva España del siglo XVI”, en *Gaceta Médica de México*, vol. 137, núm. 3, en línea. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013j.pdf>
- GARCÍA, Jorge Amador, *La medicina tradicional del México prehispánico*, en línea. Recuperado de: [http://www.consejosupremo.org.mx/fotos/LA%20MEDICINA%20TRADICIONAL%20DEL%20MEXICO%20PREHISPANICO%20\(1\).pdf](http://www.consejosupremo.org.mx/fotos/LA%20MEDICINA%20TRADICIONAL%20DEL%20MEXICO%20PREHISPANICO%20(1).pdf)
- INSTITUTO MEXICANO DE LA PROPIEDAD INDUSTRIAL, *Gaceta de la Propiedad Industrial*, 25 de enero de 2017, en línea. Recuperado de: <http://siga.impi.gob.mx/content/common/busquedaSimple.jsf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, “Agenda 2030”, en línea. Recuperado de: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Acta Constitutiva”, 1946, en línea. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- ORTIZ MONASTERIO, José, *Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos*, en línea. Recuperado de: http://www.estudioshistoricos.inah.gob.mx/revistaHistorias/wp-content/uploads/historias_57_35-50.pdf
- RODRÍGUEZ SALA, María Luisa, *Los médicos en la Nueva España. Roles sociales y profesionales de los médicos: etapa pre-universidad (1524-1552)*, UNAM-IIS, 2012. <http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/bitstream/IIS/4405/1/Roles%20sociales%20y%20profesionales%20de%20los%20medicos.pdf>
- SCHULTZ, Theodore, “Inversión en capital humano”, en Mark Blaug, *Economía de la educación*, Madrid, Tecnos, 1972, en línea. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/311/31112987002.pdf>
- SECRETARÍA DE SALUD, *Programa de Acción Específico: Investigación para la Salud*, en línea. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/invest_salud.pdf
- , *Numeralia de recursos físicos de los sectores*, 2013, en línea. Recuperado de: www.dgis.salud.gob.mx/descargas/xls/infra_numeralia_rf_19022015.xlsx
- TORRES VACA, Francisco Javier, *et al.*, “La salud pública en el México prehispánico. Una visión desde la salud pública actual”, en *Vertientes. Revista*

564 • SALUD: UNA PERSPECTIVA DESDE EL SECTOR EMPRESARIAL

especializada en ciencias de la salud, vol. 17, núm. 1, 2014, en línea. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2014/vre141f.pdf>

UNAM, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*. <http://www.facmed.unam.mx/fm/historia/evolucion.html>

Leyes, códigos y reglamentos

CÓDIGO SANITARIO 1891, en línea. Recuperado de: <https://archive.org/details/cdigosanitariod00mexigoog>

CONSTITUCIÓN DE APATZINGÁN 1814, Cámara de Diputados, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/const-apat.pdf

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Cámara de Diputados, en línea. Recuperado de: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/marco.htm>

LEY GENERAL DE SALUD, en línea. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_161216.pdf

REGLAMENTO INTERIOR DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL, publicado el 11 de diciembre de 2009.

