

**VISTOS**, para resolver los autos del juicio de amparo administrativo **1157/2007-II**, y,

**RESULTANDO:**

**PRIMERO.** Por escrito de demanda presentado el nueve de noviembre de dos mil siete, en la Oficina de Correspondencia Común de los Juzgados de Distrito en el Estado, residente en esta ciudad y turnado ese mismo día a este Juzgado de Distrito, **David Montealegre Hernández, Nieves Solano Montealegre, Aurelia Vitero Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez, el primero en su carácter de delegado municipal y los cuatro últimos, integrantes del comité de Salud, todos de la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero,** solicitaron el amparo y protección de la justicia federal contra los actos y autoridades que a continuación se especifican:

**AUTORIDADES RESPONSABLES:**

Ordenadora:

Secretario de Salud del estado de Guerrero

Ejecutoras:

a) Gobernador Constitucional del Estado;

b) Subsecretario de Coordinación sectorial de la secretaría de Salud en el Estado, residentes en esta ciudad capital; y

c) jefe de la Jurisdicción Sanitaria, región Montaña, con sede en Tlapa, Guerrero.

**ACTOS RECLAMADOS:**

*“A). La resolución de fecha 16 de octubre de 2007, y notificada el 19 del mismo mes y año, en la que la responsable ordenadora al resolver en el expediente 4083, el Recurso de Inconformidad interpuesto por los hoy amparistas, que además de negarnos nuevamente el derecho al acceso a la salud, como pueblo indígena Mixteco, de manera infundada determinó desechar de plano nuestro recurso de inconformidad que hicimos valer de acuerdo a la Ley de Salud del Estado, es decir, confirmó su primer determinación de fecha 19 de julio de 2007, en la que por primera vez negó a la comunidad de Mininumá, proveer en todo lo necesario para que tuviera una unidad médica, con personal capacitado y cuadro básico de medicamento, y;*

*B) De las autoridades señaladas como ordenadoras y ejecutoras reclamamos la violación al derecho a la protección de la salud, consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política Mexicana, debido a que los amparistas no contamos con acceso a los servicios de salud que por ley debe garantizar la secretaría de Salud del estado de Guerrero.”*

**SEGUNDO.** La parte quejosa señaló como garantías individuales violadas las contenidas en los preceptos 1º, 2º, 4º, 8º, 14, 16 y 17 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

**TERCERO.** En acuerdo de doce de noviembre de dos mil siete, se ordenó admitir a trámite la demanda de amparo en cuestión, misma que se registró con el número **1157/2007-II**; se solicitó a las autoridades responsables su informe justificado; al agente del Ministerio Público de la Federación adscrito a este órgano de Control Constitucional, se le dio la intervención que legalmente le compete y se le corrió traslado con copia simple de la demanda de garantías, y en el acta que precede, se llevó a cabo la celebración de la audiencia constitucional; y,

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO.** Este Juzgado Séptimo de Distrito en el estado de Guerrero, es competente para conocer y resolver el presente juicio de garantías, con fundamento en los preceptos 103, fracción I, 107, base IV, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 48 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, 36 y 114, fracción II, de la Ley de Amparo, y el Acuerdo General 57/2006, del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, relativo a la determinación del número y límites territoriales de los circuitos en que se divide la República Mexicana; y al número, a la jurisdicción territorial y especialización por materia de los Tribunales Colegiados y Unitarios de Circuito y de los Juzgados de Distrito. En atención a que se reclama un acto de carácter negativo (negativa de acceso a la salud), emitido por una autoridad prestadora de ese servicio, como lo es la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, con residencia en

esta ciudad, corresponde conocerlo en la vía constitucional a este Juzgado de Distrito, en términos del último párrafo del normativo 36 de la Ley de Amparo.

**SEGUNDO.** Por cuestión de método, este órgano Jurisdiccional por conducto de su titular, procede al análisis de la certeza o inexistencia del acto reclamado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 77, fracción I, de la Ley de Amparo y en estricto apego a la Jurisprudencia XVII.2o.J/10, sostenida por el anterior Segundo Tribunal Colegiado del Décimo Séptimo Circuito, publicada en la página sesenta y ocho, Tomo setenta y seis, abril de mil novecientos noventa y cuatro, Octava Época, de la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, cuyo rubro es el siguiente:

**“ACTOS RECLAMADOS, CERTEZA O INEXISTENCIA DE LOS. TECNICA EN EL JUICIO DE AMPARO. “**

El Secretario de Salud del estado de Guerrero, residente en esta ciudad, al rendir su informe justificado reconoció parcialmente uno de los actos que se le atribuyen, relativo a la emisión del oficio 0754 de dieciséis de octubre de dos mil siete, en que se desecha de plano el recurso de inconformidad, interpuesto por los aquí quejosos.

Por su parte, el gobernador Constitucional del Estado y el subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, al rendir sus respectivos informes justificados negaron la existencia de los actos que se les atribuye; empero, de las constancias que obran en actuaciones del juicio constitucional que nos ocupa, así como de lo esgrimido por la responsable ordenadora Secretario de Salud, se constata la certeza de los actos reclamados, ya que éste reconoció que los aquí quejosos solicitaron la construcción de un centro de salud en Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero; por tanto, se les tiene como ciertos los actos que se les atribuyen, en razón de que se tratan de autoridades en materia de salud en esta Entidad Federativa.

El jefe de la jurisdicción sanitaria, región Montaña, residente en Tlapa, Guerrero, fue omiso en rendir su informe justificado, no obstante de estar debidamente notificado para ello, como se advierte de la foja trescientos cuarenta y tres de actuaciones; por tanto, con fundamento en el párrafo tercero del artículo 149 de la Ley de Amparo, se le tiene como cierto el acto que se le atribuye.

**TERCERO.** Previo al estudio del fondo de la controversia constitucional, se deben analizar los casos de improcedencia que hagan valer las partes o que de oficio se adviertan, por ser esta cuestión de orden público y estudio preferente en el juicio de amparo, de conformidad con la técnica jurídica que lo rige, y que establecen tanto la jurisprudencia 940, consultable en la página mil quinientos treinta y ocho, Segunda Parte, del Apéndice al Semanario Judicial de la Federación, de los años mil novecientos diecisiete a mil novecientos ochenta y ocho, que es del rubro y tenor siguiente: **“IMPROCEDENCIA.** Sea que las partes lo aleguen o no, debe examinarse previamente la procedencia del juicio de amparo, por ser esta cuestión de orden público en el juicio de garantías”; como lo estipulado en el último párrafo del artículo 73 de la Ley de Amparo, que establece: “Las causales de improcedencia, en su caso, deberán ser examinadas de oficio.”

Las autoridades responsables Secretario de Salud y subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud del estado de Guerrero, al rendir sus respectivos informes justificados, manifestaron que en el presente asunto se actualizan los casos de improcedencia previstos en las fracciones XV y XVIII del artículo 73 de la Ley de Amparo, relacionada esta última hipótesis con el diverso normativo 11 del propio ordenamiento legal.

Respecto al primer caso de improcedencia (fracción XV), debe decirse que no opera en la especie.

Es así, toda vez que los aquí quejosos, se duelen precisamente del contenido del oficio 0751, de dieciséis de octubre de dos mil siete, derivado del diverso 4083, signado por el Secretario de Salud del estado de Guerrero, en el cual **se desecha el recurso de inconformidad** que hicieron valer en contra del oficio 4083, de diecinueve de julio ese mismo año, en que se les niega la construcción de un centro de salud en la comunidad denominada Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero; resolución contra la que no procede recurso ordinario alguno.

De modo que, los aquí quejosos no están obligados a cumplir con el principio de definitividad antes de acudir a esta vía constitucional; es decir, no puede ser exigible; sin que sea óbice a lo aquí ponderado, el contenido del artículo 1° del Código de Procedimientos Contenciosos Administrativo del estado de Guerrero, cuya literalidad es la siguiente:

*“ARTÍCULO 1°. El presente Código es de orden público e interés social y tiene como finalidad substanciar y resolver las controversias en materia administrativa y fiscal que se planteen entre los particulares y las autoridades del Poder Ejecutivo del Estado, Municipales, de los Organismos Públicos Descentralizados con funciones de autoridad del Estado de Guerrero, así como las resoluciones que se dicten por autoridades competentes en aplicación de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.”*

Tal consideración es así, en razón de que el acto que aquí se menciona, se encuentra implícito en el diverso de acceso a la salud (contenido en el precepto 4° Constitucional), que también reclaman los quejosos; es decir, se reclama una violación directa a la Ley Fundamental del País, y por ende, el juicio de amparo puede interponerse sin necesidad de agotar los medios de defensa respectivo, si es que la Ley que rige el acto lo contempla; o sea, se configura una excepción a la hipótesis contenida en la fracción XV del artículo 73 de la Ley de Amparo, Reglamentaria de los preceptos 103 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, habida cuenta que corresponde a los órganos del Poder Judicial de la Federación, el análisis a la vulneración de garantías individuales (derechos subjetivos) ya que las autoridades judiciales estatales o las administrativas encargadas de resolverlos, no son las idóneas para ocuparse de dicha controversia.

Apoya lo apuntado en el párrafo que antecede, la Jurisprudencia sostenida por el Tribunal Colegiado del Noveno Circuito, publicada en la página doscientos uno, tomo 127-132 Sexta Parte, del Semanario Judicial de la Federación, número de registro 251825, de siguiente rubro y texto:

**“RECURSOS ORDINARIOS. VIOLACIONES DIRECTAS Y VIOLACIONES INDIRECTAS DE LA CONSTITUCION.** Este Tribunal Colegiado estima que **puede promoverse en forma inmediata el juicio de garantías, sin agotar los recursos ordinarios o medios de defensa que la ley señale, cuando se reclaman violaciones directas a la Constitución General de la República, pero solamente cuando se plantea exclusivamente ese tipo de violaciones,** y no así cuando se hacen valer al mismo tiempo en la demanda de garantías, violaciones directa e indirectas a la Carta Magna. Lo anterior, porque sólo en el primer caso se configura una excepción a la regla contenida en el artículo 73, fracción XV, de la Ley de Amparo, que consagra el principio de definitividad en el juicio de garantías, **habida cuenta de que el agraviado sólo puede atacar adecuadamente la resolución respectivamente ante el Juez de amparo, pues no resultaría igualmente eficaz plantear esas conculcaciones directas al Pacto Federal en los recursos ordinarios, ya que las autoridades judiciales o administrativas encargadas de resolverlos, no son las idóneas para ocuparse de ellas, por tratarse de cuestiones cuya solución atañe en forma primordial y generalmente privativa al Poder Judicial de la Federación.** En cambio, si se plantean simultáneamente en la demanda de amparo violaciones directas e indirectas a la Constitución, no opera excepción alguna al principio de definitividad antes aludido, porque sí es factible para el afectado obtener con eficacia la modificación, anulación o revocación de la resolución que estima violatoria de garantías, a través del recurso ordinario, pues al interponerlo, el agraviado puede alegar los vicios de legalidad que ostenta la resolución, lo que equivale a plantear las llamadas violaciones constitucionales indirectas, cuya solución por su naturaleza, ya que se trata sólo de determinar si existe inobservancia de leyes secundarias, corresponde inicialmente a la autoridad ordinaria que debe resolver el recurso y sólo en forma mediata competirá al Juez del amparo; sin que sea óbice que en múltiples ocasiones la autoridad ordinaria no pueda analizar las violaciones directas a la Carta Magna que también pudiera causar el proveído recurrido, porque de todas maneras al fallarse el recurso, si dicha autoridad estima fundadas las violaciones de legalidad aducidas, el acto reclamado quedará sin efecto y resultará por tanto innecesario que se estudien aquellas violaciones directas a la Constitución. Sostener el criterio contrario, propiciaría el abuso del juicio de amparo, haciendo nugatorio el principio de definitividad que consagra el artículo 73, fracción XV, de la Ley de Amparo, pues bastaría aducir alguna o algunas violaciones directas a la Constitución, para hacer procedente el juicio de garantías, obligando a la autoridad judicial que debe conocer del mismo, al estudio de las violaciones de mera legalidad, sin que antes hayan sido materia de análisis en el recurso correspondiente; es decir, sin que hayan quedado establecidas esas conculcaciones con el carácter de definitivas. Se estima además, que no resultaría jurídico, cuando se plantean en la misma demanda de garantías violaciones constitucionales directas e indirectas, analizar únicamente las primeras y omitir el estudio de las segundas, porque no puede fraccionarse la procedencia del juicio de garantías. El juicio constitucional

procede porque se configura un excepción a la regla contenida en el artículo 73, fracción XV, de la Ley de Amparo, o bien es improcedente conforme a dicha regla; pero no puede aceptarse que el amparo proceda sólo respecto a determinados conceptos de violación y resulte improcedente en lo que ve a otros.”

Asimismo, orienta lo expuesto la tesis sustentada por la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, consultable en la página 156, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, tomo XII, julio de 2000, Novena Época, con el rubro y texto siguientes:

**“DEFINITIVIDAD. EXCEPCIONES A ESE PRINCIPIO EN EL JUICIO DE AMPARO INDIRECTO.** De la interpretación literal y teleológica del artículo 107, fracciones III, IV, VII y XII, de la Constitución Federal, así como de los artículos 37, 73, fracciones XII, XIII y XV y 114 de la Ley de Amparo y de los criterios jurisprudenciales emitidos al respecto por los Tribunales del Poder Judicial de la Federación, se deduce que no existe la obligación de acatar el principio de definitividad que rige el juicio de amparo indirecto, cuando se reclaman los siguientes actos: I. Los que afectan a personas extrañas al juicio o al procedimiento del cual emanan; II. Los que dentro de un juicio su ejecución sea de imposible reparación; III. Los administrativos respecto de los cuales, la ley que los rige, exija mayores requisitos que los que prevé la Ley de Amparo, para suspender su ejecución; IV. Los que importen una violación a las garantías consagradas en los artículos 16, en materia penal, 19 y 20 de la Constitución Federal; V. Leyes, cuando se impugnan con motivo del primer acto de aplicación; VI. Los que importen peligro de la privación de la vida, deportación o destierro o cualquiera de los prohibidos por el artículo 22 constitucional; VII. Actos o resoluciones respecto de los cuales, la ley que los rige no prevé la suspensión de su ejecución con la interposición de los recursos o medios de defensa ordinarios que proceden en su contra; VIII. Los que carezcan de fundamentación; IX. Aquellos en los que únicamente se reclamen violaciones directas a la Constitución Federal, como lo es la garantía de audiencia; y X. Aquellos respecto de los cuales los recursos ordinarios o medios de defensa legales, por virtud de los cuales se puede modificar, revocar o nulificar el acto reclamado, se encuentran previstos en un reglamento, y en la ley que éste regula no se contempla su existencia.

De igual manera, no está acreditado el caso de improcedencia previsto en la fracción XVIII del artículo 73 de la Ley de Amparo, en relación con el diverso artículo 11 del propio ordenamiento legal.

En efecto, el artículo 11 de la Ley de Amparo, prevé que es autoridad para los efectos del amparo, la que dicta, promulga, publica, ordena, ejecuta o trata de ejecutar, pero no define qué es autoridad; por tanto, el juzgador debe retomar los criterios Jurisprudenciales y la doctrina, a fin de estar en aptitud de dilucidar si el acto que se reclama en la vía constitucional, es emitido por una autoridad considerada como tal para los efectos del juicio constitucional.

En el caso que nos ocupa, se trata de actos de carácter administrativo, por tal razón, debe distinguirse que clase de órganos de la administración deben considerarse como autoridades y cuales no tienen ese carácter.

Al efecto, la doctrina ha señalado lo siguiente:

*“Los órganos de la administración pueden separarse en dos categorías; unos que tienen carácter de autoridades y otros que tienen el carácter de auxiliares.*

*a) Cuando la competencia otorgada a un órgano implica la facultad de realizar actos de naturaleza jurídica que afecten la esfera de los particulares y la de imponer a éstos sus determinaciones, es decir, cuando el referido órgano está investido de facultades de decisión y ejecución, se está frente a un órgano de autoridad.*

*Los órganos de la administración que tienen el carácter de autoridad pueden concentrar en sus facultades las de decisión y las de ejecución; pero también puede suceder que sólo tengan la facultad de decisión y que la ejecución de sus determinaciones se lleve a cabo por otro órgano diferente...*

*b) Cuando las facultades atribuidas a un órgano se reducen a darle competencia para auxiliar a las autoridades y para preparar los elementos necesarios a fin de que éstas puedan tomar sus resoluciones, entonces se tiene el concepto de órganos auxiliares...*”

Datos de localización: Fraga, Gabino, derecho administrativo, décima edición, Editorial Porrúa, páginas 126 y 127.

De modo que, en el derecho administrativo es autoridad aquel órgano de la administración, o en general del Estado, que reúne las siguientes características:

- a) Que la Ley le conceda facultades de decisión y ejecución o una de ellas;
- b) Que a través de dichas facultades se pueda afectar la esfera jurídica de los particulares (afectación jurídica), es decir, sólo puede consistir en la privación de derechos y en la imposición de obligaciones o de cargas.

El segundo elemento señalado, es esencial para el concepto de autoridad, pues en todos los órganos de la administración pública o del Estado, necesariamente se requiere tomar dediciones (qué hacer y cómo hacerlo), las cuales se llevan a la práctica (se ejecutan); empero, si a través de dichas facultades no se afecta la esfera jurídica de los particulares, ese órgano carece de carácter de autoridad.

También cabe hacer la diferencia entre autoridades de derecho y de hecho. Las primeras, se les conoce así, porque tanto su existencia como sus facultades están previstas en la Ley, y las segundas aunque no son fácil de definir, se puede considerar que son aquellos entes públicos que su existencia no se encuentra prevista en una Ley o carecen de facultades de decisión o de ejecución, y no obstante ello, afecta en la práctica la esfera jurídica de los particulares.

Respecto de las autoridades de hecho, es patente que no en todos los casos derivan de una misma causa, por lo que se traen a colación tres tipos:

1. Autoridad de hecho, en virtud de la ilegitimidad de la investidura del funcionario o titular del órgano del Estado;
2. Autoridad de hecho por causa de la imprevisión legal del órgano estatal; y
3. Autoridad de hecho por razón de la incompetencia absoluta del órgano o ente del Estado, en relación con el acto o la ley que se le reclama.

La aludida en primer término, el carácter de autoridad de hecho deriva de los vicios en la elección o designación del funcionario, a esta ilegitimidad se le conoce como incompetencia de origen; la segunda, es cuando el órgano del estado no se encuentra previsto en la Ley, en la que se determine además, el cúmulo de facultades que constituyen su competencia; por ende, es una autoridad de hecho porque no puede invocar a la ley como causa de su existencia, por lo que su ilegitimidad real, se localiza en el órgano o ente en cuanto esfera abstracta de competencia, no en cuanto al titular o agente de la misma.

En este caso, cuando un órgano del Estado, sin estar previsto en la Ley, afecte la esfera jurídica de los particulares, es procedente reclamar en el juicio de amparo la ilegitimidad de la autoridad, con total independencia de cual sea el acto que haya ordenado, ejecutado o tratado de ejecutar, así como también de la validez de las razones en que se haya pretendido fundar (lo que se reclama es la ilegitimidad del órgano no del funcionario).

Dicho de otro modo, en el juicio de amparo se analiza la constitucionalidad de los actos reclamados a la autoridad responsable, pero nunca la legitimidad o investidura de su titular o agente.

Por cuanto hace a la tercera autoridad de hecho, son aquellas que emiten actos de los cuales no son competentes para ordenarlos o ejecutarlos, son en sí mismos violatorios de las garantías, en los términos y para los efectos del artículo 149 de la Ley de Amparo (orden de aprehensión ordenada por autoridad administrativa).

En otro aspecto, el Tribunal Pleno de la honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación, como máximo interprete de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, puede sin duda alguna, modificar sus criterios de interpretación, cuando la realidad en que se aplica sufre cambios; en consecuencia, la fijación que se ha dado al concepto de autoridad responsable, debe ceñirse al momento en que se vive, en el que la organización y las funciones del Estado han resentido cambios sustanciales.

Se sigue que, las atribuciones del estado mexicano se han incrementado en el transcurso del tiempo, de un estado de derecho, pasamos a un estado social del derecho, en el que el crecimiento de la colectividad y concomitante de los problemas y necesidades de ésta, suscitaron una creciente intervención del ente público en diversas actividades tanto en la prestación de servicios, como de producción.

De ese argumento tenemos que, el significado persistente de autoridad expresa, alude a ascendencia, fuerza, vínculo; en segundo lugar, manifiesta capacidad, atributo, potestad, función; por último, se refiere a los individuos o entidades investidos de estas facultades o funciones.

El significado jurídico relevante de la noción de autoridad presupone la idea de una investidura (potestad, función); la noción de autoridad jurídica gira, así, alrededor de concepto de facultad la cual indica el poder o capacidad de un individuo o grupo, para modificar una situación jurídica existente.

Así, la Ley Orgánica de la Administración Pública del estado de Guerrero, en sus artículos 1, 11 y 27, establecen:

*“Artículo 1o. La presente Ley tiene por objeto regular la organización y funcionamiento de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal del estado de Guerrero.*

*Las Secretarías, la Procuraduría General del Justicia, la Contraloría General, la Procuraduría de Protección Ecológica, la Coordinación General de Fortalecimiento Municipal y la Consejería Jurídica y demás dependencias directamente adscritas al jefe del ejecutivo, integran la Administración Pública Centralizada.*

*Los Organismos Públicos Descentralizados, las Empresas de Participación Estatal, los fideicomisos y demás organismos que se instituyan con tal carácter, constituyen la Administración Pública Paraestatal, debiéndose regir, además de lo dispuesto en la presente Ley, por lo estipulado en la Ley de Entidades Paraestatales y demás disposiciones que resulten aplicables.”*

*“Artículo 11. Al frente de cada secretaría habrá un Secretario de despacho, quien para la ejecución de los asuntos de su competencia se auxiliara por los Subsecretarios, Directores Generales, Jefes de Departamento y por los demás funcionarios que establezca el reglamento interior respectivo y otras disposiciones legales.*

*Los titulares de las dependencias y entidades a que se refiere este Ley, podrán delegar en sus subalternos cualesquiera de sus facultades, salvo las que la Constitución, las Leyes y Reglamentos, dispongan que deben ser ejercidas directamente por ellos.”*

*“Artículo 27. La Secretaría de Salud es el órgano encargado de coordinar el Sistema Estatal de Salud e impulsar íntegramente los programas de salud en la Entidad, tanto en materia de salud pública como de atención médica, promover la interrelación sistemática de acciones que en la material lleven a cabo la Federación y el Estado, y ejercer las facultades de la autoridad sanitaria en su ámbito de competencia, correspondiéndole el despacho de los siguientes asuntos:*

*I.- Establecer y conducir la política estatal en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y atendiendo los planes, programas, y directrices de los sistemas Nacional y Estatal de Salud y de conformidad con lo dispuesto por el Gobernador del Estado;*

*II.- Coordinar el Sistema Estatal de Salud y realizar las acciones necesarias para su vinculación al Sistema Nacional, conforme lo dispongan las leyes aplicables;*

*III.- Coordinar los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que se celebren. En el caso de las instituciones federales de seguridad social, la coordinación se realizará tomando en cuenta lo que previenen las leyes que rigen el funcionamiento de dichas instituciones;*

*V.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de Salud.*

...”

Luego, acorde a la doctrina, existen dos tipos de relaciones jurídicas: de coordinación y de supra a subordinación. Las relaciones de coordinación son vínculos que se entablan por una diversidad de causas, entre dos o más personas físicas o morales, en su calidad de gobernados; en cambio, las relaciones de supra a subordinación, **son las que surgen entre los órganos de autoridad por una parte, y el gobernado, por la otra.** En dichas relaciones, la autoridad desempeña frente al particular los actos de autoridad propiamente dichos, que tiene como característica, la unilateralidad, imperatividad y la coercibilidad.

De manera que, el calificativo de acto de autoridad involucra a un órgano del Estado constituido por una persona o por un cuerpo colegiado, quien ordena o ejecuta ciertos actos en ejercicio del poder de imperio, actos que modifican, crean o extinguen una situación de hecho o de derecho por medio de una decisión con la ejecución de esa decisión o bien por ambas.

Bajo ese orden de ideas, se arriba a la conclusión de que, en el caso, el Secretario de Salud del estado de Guerrero y el Subsecretario de Coordinación Sectorial de dicha Secretaría, sí les resulta el carácter de autoridad para los efectos del juicio de amparo, pues emiten actos dotados de imperio, que modifican, crean o extinguen una situación de hecho o de derecho por medio de una decisión; toda vez que, el acto que se le reclama en esta vía constitucional es de supra a subordinación; es decir, al emitir el oficio 0751 de diecisiete de octubre de dos mil siete, actúa en su carácter de órgano de la administración pública Estatal centralizada, cuya afectación se hace patente a los gobernados (garantía social de acceso a la salud).

Pues acorde a lo estatuido en el párrafo tercero del precepto 4° de la Ley Fundamental del País, toda persona y colectividad que se encuentren en el territorio nacional, tiene ese derecho de protección a la salud y por tanto de, el Estado, correlativamente, está obligado a asegurar una adecuada atención a los servicios de Salud, lo que en el caso es competencia de la Secretaría de Salud, como se vio en líneas precedentes.

De modo que, se protege la posibilidad de acceder a los servicios dignos de atención a la salud, en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia, dado que entraña la actuación del Estado en beneficio de las condiciones de vida de la población.

De allí que, las tesis que citan las autoridades de cuenta, con los rubros: “AUTORIDAD PARA LOS EFECTOS DEL AMPARO. NOTAS DISTINTIVAS”, AUTORIDAD PARA LOS EFECTOS DEL AMPARO. TIENE ESE CARÁCTER UN ÓRGANO DEL ESTADO QUE AFECTA LA ESFERA JURÍDICA DEL GOBERNADO EN RELACIONES JURÍDICAS QUE NO SE ENTABLAN ENTRE PARTICULARES” y “AUTORIDAD PARA LOS EFECTOS DEL JUICIO DE AMPARO. LO SON AQUELLOS FUNCIONARIOS DE ORGANISMOS PÚBLICOS QUE CON FUNDAMENTO EN LA LEY EMITEN ACTOS UNILATERALES POR LOS QUE CREAN, MODIFICAN O EXTINGUEN SITUACIONES JURÍDICAS QUE AFECTAN LA ESFERA LEGAL DEL GOBERNADO”; aplican pero en sentido contrario, atento a las consideraciones apuntadas en párrafos que anteceden.

Por tanto, al no advertirse la existencia de algún caso de improcedencia, que impida el análisis de fondo de los actos reclamados en esta vía constitucional, se procede al análisis de los mismos.

**CUARTO.** Como conceptos de violación los peticionarios de amparo, expresaron los contenidos en su escrito inicial de demanda, cuya transcripción se omite en obvio de innecesarias repeticiones, en observancia a la Jurisprudencia VI.2o.J/129, consultable en la página quinientos noventa y nueve, Tomo VII, Abril de mil novecientos noventa y ocho, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, de siguiente literalidad:

*“CONCEPTOS DE VIOLACION. EL JUEZ NO ESTA OBLIGADO A TRANSCRIBIRLOS. El hecho de que el Juez Federal no transcriba en su fallo los conceptos de violación expresados en la demanda, no implica que haya infringido disposiciones de la Ley de Amparo, a la cual sujeta su actuación, pues no hay precepto alguno que establezca la obligación de llevar a cabo tal transcripción; además de que dicha omisión no deja en estado de indefensión al quejoso, dado que no se le priva de la oportunidad de recurrir la resolución y alegar lo que estime pertinente para demostrar, en*

*su caso, la ilegalidad de la misma”.*

Una vez hecho el estudio de las constancias que obran en el expediente 1157/2007, se llega a la conclusión que son infundados en una parte y fundados en otra más, los conceptos de violación esgrimidos por los quejosos **David Montealegre Hernández, Nieves Solano Montealegre, Aurelia Viterno Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez, todos vecinos de la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero;** atento a las consideraciones que enseguida se precisan.

Antes de abordar el estudio de la controversia planteada en esta vía constitucional, resulta indispensable dejar claro lo siguiente:

Los peticionarios de amparo, el primero de los nombrados, se ostenta con el carácter de delegado municipal, y los restantes como integrantes del Comité de Salud de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero; adjuntando para ello, únicamente el nombramiento expedido por el presidente Municipal constitucional de Metlatónoc, Guerrero, a favor de David Montealegre Hernández, como delegado municipal de dicha comunidad, para el año dos mil siete.

En cambio, no existe en las actuaciones del presente juicio de amparo, constancia alguna de la que se desprenda el carácter con que se ostentan Nieves Solano Montealegre, Aurelia Viterno Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez; esto es, como integrantes del Comité de Salud de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero.

Además, la Ley Orgánica del Municipio Libre y Soberano de Guerrero, en el apartado relativo a los órganos auxiliares del ayuntamiento, no prevé que tanto el **delegado** como los **comités**, tengan la representación legal de una comunidad.

Al respecto, conviene citar los siguientes artículos de la referida Ley Orgánica:

*“Artículo 196. Para el mejor funcionamiento del ayuntamiento y su más eficaz desconcentración territorial, se contará con los siguientes órganos:*

- I. Comisarías y Delegaciones;*
- II. Consejos Consultivos de Comisarios Municipales;*
- III. Consejos Consultivos de Ciudadanos de la delegaciones Municipales;*
- IV. Consejos Consultivos de presidentes o comisarios ejidales y de bienes comunales;*
- V. Consejos de Colaboración Municipal;*
- VI. Consejos de presidentes de colonias;*
- VII. Consejos de Urbanismo;*
- VIII. Consejos consultivos de la ciudad;*
- IX. Cronista Municipal, y*
- X. Comité de Desarrollo indigenista;*
- XI. Centros microrregionales de servicios públicos.*

***La presente Ley y otros ordenamientos establecerán los requisitos para la creación de éstos órganos y definirán su integración, facultades y responsabilidades.”***

*“Artículo 202. Las cabeceras Municipales con más de 20,000 habitantes, el Ayuntamiento, a propuesta del Presidente Municipal, podrá crear Delegaciones Municipales **como órganos administrativos desconcentrados por territorio, jerárquicamente subordinados al presidente municipal**, con el ámbito de competencia territorial que el propio Ayuntamiento establezca.*

***Este artículo es aplicable para aquellas localidades en las que no existan comisarías.”***

*“Artículo 214. En cada Municipio funcionará uno o varios consejos de colaboración municipal en los términos de la Ley que establece las Bases para la Participación de la Comunidad y de la Ley de Desarrollo Urbano del Estado, para*



*promover, cofinanciar y ejecutar obras públicas, o prestar conjuntamente servicios públicos.”*

*“Artículo 221. En cada municipio deberá promoverse la creación de comités ciudadanos de solidaridad social, de justicia y seguridad pública, de vigilancia y apoyo a obras y servicios públicos y de apoyo a la vida municipal en los términos y de la Ley de la materia.”*

Ahora bien, los órganos auxiliares en su mayoría, tienen capacidad de decisión dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, como instrumentos de apoyo a la gestión edilicia para la cobertura territorial de la administración pública en todo el municipio y como receptores de los requerimientos sociales, bajo la óptica de la desconcentración administrativa entendida ésta de acuerdo a la definición del Diccionario Jurídico Mexicano, como la forma jurídico administrativa en que la administración centralizada con organismos o dependencias propias, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio del país. Su objeto es doble: acerca la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario con economía para éste y descongestionar el poder central.

Los órganos auxiliares constituidos como consejos o comités tiene su origen en las relaciones vecinales y en el creciente interés mostrado por la ciudadanía de intervenir en los asuntos públicos, por lo que una vez instituidos formalmente fungen como consultores y conductores de las demandas sociales hacia la administración pública municipal.

Los Consejos, tienen como función primordial el manifestar a las autoridades los problemas más urgentes que enfrenta la comunidad y proponer las acciones más adecuadas para solucionarlos.

**Los Comités** son órganos auxiliares encargados de atender asuntos determinados, dando seguimiento de la ejecución de programas realizados por la administración pública municipal.

Las delegaciones municipales son órganos administrativos desconcentrados por territorio, **subordinados jerárquicamente al presidente municipal, con un ámbito jurisdiccional determinado por el propio ayuntamiento.**

Como se ve de lo hasta aquí expuesto, no se advierte, en principio, que los delegados municipales, tengan la representación de la comunidad a la que pertenecen, ya que sólo representan la administración del ayuntamiento municipal; así también, no se constata que los comités ciudadanos, tengan esa facultad de representación; máxime que la Ley que establece las Bases para el Fomento de la Participación de la Comunidad, tampoco prevé algo al respecto; o sea, en cuanto a los requisitos para la creación de dichos órganos auxiliares, y por tanto, su integración, facultades y responsabilidades.

Ello, asociado a que en el juicio que nos ocupa, no se exhibió constancia alguna que compruebe de manera fehaciente, la voluntad de representación de los habitantes de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, recaída en el comité de Salud integrado por Nieves Solano Montealegre, Aurelia Viterno Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez.

De manera que, atendiendo a los principios que rigen al juicio de amparo, tenemos el de instancia de parte agraviada; que significa que el juicio de amparo tiene un carácter inminentemente individualista y su finalidad se agota en la protección del individuo que lo solicita, como lo dispone la fracción I del artículo 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En otras palabras, los órganos de amparo no están legalmente facultados para actuar oficiosamente a favor del individuo a quien la autoridad le viola determinadas garantías individuales. Para ello es necesario que éste les solicite o pida su intervención, en los términos y con las formalidades que para cada caso prevé la Ley de Amparo.

Asimismo, atendiendo al principio de relatividad de la sentencias, cuando se emiten éstas en los juicios de amparo, deben de abstenerse de hacer declaraciones generales en cuanto a la inconstitucionalidad de la ley o acto que se reclama, y concretarse a otorgar la protección únicamente a quien la pidió y sólo respecto del acto que se planteó en la demanda.

Es decir, conforme a este principio la sentencia que se dicta en el juicio de garantías no tiene efectos generales, por lo que sólo protege o beneficia a quien o quienes solicitaron el amparo por sí o en representación legal de otro, mas no así y de ningún modo a quienes por cualquier circunstancia, no hicieron tal reclamación en la vía constitucional.

Al respecto, el artículo 76 de la Ley de Amparo, estatuye:

*“Las sentencias que se pronuncien en los juicios de amparo sólo se ocuparán de los individuos particulares o de las personas morales, privadas u oficiales que lo hubieran solicitado, limitándose a ampararlos y protegerlos, si procediere, en el caso especial sobre el que verse la demanda, sin hacer una declaración general respecto de la ley o acto que la motivare.”*

De allí que, al no acreditar los aquí quejosos la representación de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, para accionar la presente vía constitucional, sólo se analizará la constitucionalidad o inconstitucionalidad del acto reclamado, en lo individual respecto de las personas que comparecieron y firmaron la demanda de amparo y no como representantes de una colectividad.

Hechas estas precisiones, se procede abordar el estudio del acto reclamado.

De inicio, es pertinente destacar que los peticionarios de amparo se duelen de los siguientes actos reclamados:

- a) La determinación de dieciséis de octubre de dos mil siete, contenida en el oficio 0751, signado por el Secretario de Salud del estado de Guerrero; y
- b) La vulneración directa de su garantía social de acceso a la salud, contenida en el precepto 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De modo que, se procede al estudio de los actos reclamados en el orden que se citan.

Respecto al primero, aducen los quejosos que se vulnera en su perjuicio el contenido de los preceptos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; toda vez que de manera infundada el Secretario de Salud del estado de Guerrero, desecha de plano el recurso de inconformidad que hicieron valer de acuerdo a los lineamientos previstos en la Ley de Salud del estado de Guerrero; esencialmente, porque su numeral 1°, no prevé que los gobernados al solicitar la protección de acceso a la salud, tengan que iniciar un procedimiento administrativo; además de que el diverso artículo 3° de la propia Ley de Salud, establece que las autoridades sanitarias del Estado, lo son el Gobernador y Secretario de Salud.

También argumentan los quejosos que, si bien las verificaciones sanitarias, medidas de seguridad y sanciones aplicadas pueden producir procedimientos administrativos; empero, la misma Ley no señala que sean las únicas que deban producir resoluciones administrativas y atacadas con un recurso de inconformidad.

Ahora bien, de las constancias que obran en autos se advierte que, los peticionarios de amparo, en escrito que presentaron el siete de mayo de dos mil siete, solicitaron al Gobernador del estado de Guerrero, en su calidad de autoridad sanitaria, el servicio de una unidad médica con personal capacitado para atender a la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc y sus alrededores y se les proporcionara el cuadro básico de medicamentos (servicios básicos de salud); en respuesta a su solicitud, el Secretario de Salud del estado de Guerrero, emitió el oficio número 4083, de diecinueve de julio de dos mil siete, en que les negó tal petición, argumentando la citada autoridad que acorde a los lineamientos establecidos en el modelo integrador de atención a la salud (MIDAS), para la construcción de un centro de Salud, la localidad debía contar con una población de dos mil quinientos a tres mil habitantes por núcleo básico a una distancia de quince kilómetros y un tiempo de treinta minutos de recorrido al Centro de Salud más cercano y que la comunidad respectiva, no cumplía con tales requisitos.

La anterior determinación de la autoridad responsable, originó que los aquí quejosos interpusieran el recurso de inconformidad previsto en los artículos 321 al 332 de la Ley de Salud del estado de Guerrero, el cual fue desechado de plano el dieciséis de octubre de dos mil siete, como se advierte de las fojas treinta y nueve y cuarenta de actuaciones.

Luego, se advierte entonces que el origen del acto que aquí se analiza (el marcado con el inciso a), deriva de un derecho de petición, contra el cual no procede recurso alguno, pues sostener lo contrario, equivaldría a restringir, limitar o disminuir la garantía individual contenida en el precepto 8° de la Constitución Federal y, por tanto, a condicionar la

vigencia de dicha garantía a lo que disponen las leyes secundarias o trámites establecidos por la autoridad respectiva, que por su naturaleza no son los directa y expresamente instituidos para examinar y decidir los problemas referentes a la constitucionalidad de ese tipo de actos.

Lo expuesto en el párrafo que antecede, se corrobora con lo contenido en los artículos 321 al 332 de la Ley de Salud del estado de Guerrero, los cuales estatuyen:

**“ARTICULO 321.-** *Contra actos y resoluciones que dicten las autoridades sanitarias del Estado que con motivo de la aplicación de esta Ley den fin a una instancia o resuelvan un expediente, los interesados podrán interponer el recurso de inconformidad.*

**ARTICULO 322.-** *El plazo para interponer el recurso será de quince días hábiles, contados a partir del día siguiente a aquél en que se hubiere notificado la resolución o acto que se recurra.*

**ARTICULO 323.-** *El recurso se interpondrá ante la unidad administrativa que hubiere dictado la resolución o acto combatido, directamente o por correo certificado con acuse de recibo, en este último caso, se tendrá como fecha de presentación la del día de su depósito en la oficina de correos.*

**ARTICULO 324.-** *En el escrito se precisará el nombre y domicilio de quien promueva, los hechos objeto del recurso, la fecha en que, bajo protesta de decir verdad, manifieste el recurrente, que tuvo conocimiento de la resolución o acto impugnado, los agravios que, a juicio del recurrente, le cause la resolución o acto impugnado, la mención de la autoridad que haya dictado la resolución, ordenado o ejecutado el acto y el ofrecimiento de las pruebas que el inconforme se proponga rendir.*

*Al escrito deberán acompañarse los siguientes documentos:*

*I.- Los que acrediten la personalidad del promovente, siempre que no sea el directamente afectado y cuando dicha personalidad no hubiera sido reconocida con anterioridad por la autoridad sanitaria competente, en la instancia o expediente que concluyó con la resolución impugnada;*

*II.- Los documentos que el recurrente ofrezca como pruebas y que tengan relación inmediata y directa con la resolución o acto impugnado, y*

*III.- Copia de la resolución impugnada, en su caso.*

**ARTICULO 325.-** *En la tramitación del recurso se admitirá toda clase de medios probatorios, excepto la confesional.*

**ARTICULO 326.-** *Al recibir el recurso, la unidad respectiva verificará si éste es procedente, y si fue interpuesto en tiempo debe admitirlo o, en su caso, requerir al promovente para que lo aclare, concediéndole al efecto un término de cinco días hábiles.*

*En el caso que la unidad citada considere, previo estudio de los antecedentes respectivos, que procede su desechamiento, emitirá opinión técnica en tal sentido.*

**ARTICULO 327.-** *En la substanciación del recurso sólo procederán las pruebas que se hayan ofrecido en la instancia o expediente que concluyó con la resolución o acto impugnado y las supervenientes.*

*Las pruebas ofrecidas que procedan se admitirán por el área competente que deba continuar el trámite del recurso y para su desahogo, en su caso, se dispondrá de un término de treinta días hábiles contados a partir de la fecha en que hayan sido admitidas.*

**ARTICULO 328.-** *En el caso de que el recurso fuere admitido, la unidad respectiva, sin resolver en lo relativo a la admisión de las pruebas que se ofrezcan, emitirá una opinión técnica del asunto dentro de un plazo de treinta días hábiles contados a partir del auto admisorio, y de inmediato remitirá el recurso y el expediente que contenga los antecedentes del caso, al área competente de la autoridad sanitaria que corresponda y que deba continuar el trámite del recurso.*

*El titular del Poder Ejecutivo, en su caso, los Ayuntamientos, resolverán los recursos que se interpongan con base en esta Ley, esta facultad podrá ser delegada, en acuerdo que se publique en el Periódico Oficial.*

**ARTICULO 329.-** *El Titular del Poder Ejecutivo del Estado y los Titulares de los Ayuntamientos, en el ámbito de su competencia, resolverán los recursos que se interpongan de conformidad con esta Ley, y al efecto, podrán confirmar, modificar o revocar el acto o resolución que se haya combatido.*

*Dichas autoridades, en uso de las facultades que les confiere la legislación aplicable, podrán delegar dicha atribución, debiéndose publicar el acuerdo respectivo en el Periódico Oficial.*

**ARTICULO 330.-** *A solicitud de los particulares que se consideren afectados por alguna resolución o acto de las autoridades sanitarias, éstas los orientarán sobre el derecho que tienen de recurrir la resolución o acto de que se trate, y sobre la tramitación del recurso.*

**ARTICULO 331.-** *La interposición del recurso suspenderá la ejecución de las sanciones pecuniarias, si el infractor garantiza el interés fiscal.*

*Tratándose de otro tipo de actos o resoluciones, la interposición del recurso suspenderá su ejecución, siempre y cuando se satisfagan los siguientes requisitos:*

*I.- Que lo solicite el recurrente;*

*II.- Que no se siga perjuicio al interés social, ni se contravengan disposiciones de orden público, y*

*III.- Que fueren de difícil reparación los daños y perjuicios que se causen al recurrente, con la ejecución del acto o resolución combatida.*

**ARTICULO 332.-** *En la tramitación del recurso de inconformidad, se aplicará supletoriamente el Código de Procedimientos Civiles del Estado.”*

De los artículos transcritos, se constata que sólo procede el recurso de inconformidad en contra de actos y resoluciones que emitan las autoridades sanitarias del estado de Guerrero, con motivo de la aplicación de la Ley de Salud, mediante los cuales se **dé fin a una instancia o resuelvan un expediente.**

En el presente caso, el medio de comunicación 4083 de diecinueve de junio de dos mil siete, origen del acto objeto de estudio, no se trata de un acto o resolución que dé fin una instancia o resuelva un expediente.

Al efecto, se precisa que por Instancia se entiende al conjunto de actos procesales comprendidos a partir del ejercicio de una acción en juicio y la contestación que se produzca, hasta dictarse resolución definitiva; es decir, seguir un juicio formal respecto a una cosa, por el término y con las solemnidades establecidas por las Leyes (función jurisdiccional Juzgados y Tribunales).

En el ámbito administrativo, esos actos se van a presentar en un procedimiento seguido en forma de juicio (procedimiento administrativo), con el objeto de prevenir el nacimiento de un acto administrativo desfavorable; por lo que se patentiza ejercer la garantía de audiencia en la fase del aludido procedimiento. El conjunto de formalidades y actos que preceden y preparan el acto administrativo es lo que constituye el procedimiento administrativo.

Dejando patente que, sólo en materia fiscal, la instancia también se le denomina petición o demanda, dado que el artículo 37 del Código Fiscal de la Federación, emplea como sinónimo de petición y de recurso administrativo.

Por expediente, en términos procesales, se entiende al conjunto ordenado y foliado de documentos o piezas escritas en los que se hacen constar todas las actuaciones judiciales (resoluciones o diligencias), así como los actos de las partes y de los terceros correspondientes a un juicio o proceso o a un procedimiento de jurisdicción voluntaria.

De modo que, en el presente asunto, no se advierte de actuaciones la existencia de un expediente administrativo y que por ende, se hubiese resuelto en definitiva; sino que –como se dijo- el acto que aquí se analiza, deriva de un derecho de petición con motivo de una solicitud que se hizo al Gobernador Constitucional del Estado, como autoridad primigenia sanitaria del estado de Guerrero.

De allí que, la respuesta otorgada al derecho de petición de los aquí quejosos, contenida en el oficio 4083, de diecinueve de julio de dos mil siete, no deriva de un procedimiento seguido en forma de juicio, donde se actualizaran las formalidades esenciales del procedimiento (garantía de audiencia) y por tanto, concluyera con una resolución; de manera que, tal determinación no es factible recurrirla a través del recurso de inconformidad previsto en el artículo 321 de la Ley de Salud del estado de Guerrero, pues no se cumplen con los supuestos previstos para ello, tal y como se ponderó en párrafos que anteceden.

De manera que, no se vulneran en perjuicio de los disconformes, las garantías constitucionales que aluden y lo que procede en consecuencia, es negar la protección de la justicia federal por cuanto al primer acto combatido por los quejosos.

**QUINTO.** Seguidamente, se procede abordar el estudio del segundo acto reclamado, precisado con el inciso **b)** del considerando que precede.

Argumentan medularmente los peticionarios de amparo, que el actuar del Secretario de Salud del estado de Guerrero, viola en perjuicio de los quejosos el contenido del párrafo tercero del artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dado que en materia de Salud, el Estado se encuentra obligado a instrumentar acciones tendientes a lograr el bienestar físico y mental de los Mexicanos, prolongar y mejorar la calidad de vida en todos los sectores; a propiciar y expandir en la medida de lo posible, la preservación y conservación de la salud.

El artículo 4°, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece:

*“Artículo 4°.*

...

*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.*

...”

El precepto transcrito con antelación, es una norma programática y contiene un derecho subjetivo al declarar que: *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud ...”*, lo cual indica que establece una garantía de igualdad; por tanto, se trata de un derecho del que, sin distinciones de ninguna especie, goza toda persona que se encuentren en el territorio nacional. Correlativamente, impone al Estado la obligación de promover leyes reglamentarias que aseguren una adecuada atención a los servicios de salud.

En sí, el citado párrafo establece las directrices que el legislador debe seguir al momento de reglamentar su contenido, que es precisamente la procuración de la salud y el bienestar de los seres humanos, como lo ha señalado el Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la ejecutoria que emitió al resolver el amparo en revisión 115/2003.

Por consiguiente, el precepto constitucional en estudio establece la posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad, a servicios de salud dignos que la atiendan en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia. Garantía individual de igualdad que está correlacionada con los diversos preceptos 1° y 2° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que ordenan:

*“Artículo 1°. En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.*

...

*Queda prohibida toda discriminación, motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”*

*“Artículo 2°. La nación mexicana es única e indivisible*

A...

*B. La Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.*

*Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades tienen la obligación de:*

I...

II...

*III Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.*

...”

En torno a este derecho, el Pleno de la honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación, emitió la tesis P. XIX/2000, publicada en la página ciento doce, tomo XI, Marzo de dos mil, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, número de registro 192160, cuya reproducción es la siguiente:

**“SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4o. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS.** La Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud que consagra el artículo 4o., párrafo cuarto de la Carta Magna, establece en sus artículos 2o., 23, 24, fracción I, 27, fracciones III y VIII, 28, 29 y 33, fracción II, que el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga las necesidades de la población; que por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad; que los servicios de salud se clasifican en tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social; que son servicios básicos de salud, entre otros, los consistentes en: a) la atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, definiéndose a las actividades curativas como aquellas que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; y b) la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud para cuyo efecto habrá un cuadro básico de insumos del sector salud. Deriva de lo anterior, que se encuentra reconocido en la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el que tal garantía comprende la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, como parte integrante del servicio básico de salud consistente en la atención médica, que en su actividad curativa significa el proporcionar un tratamiento oportuno al enfermo, lo que incluye, desde luego, la aplicación de los medicamentos básicos correspondientes conforme al cuadro básico de insumos del sector salud, sin que obste a lo anterior el que los medicamentos sean recientemente descubiertos y que existan otras enfermedades que merezcan igual o mayor atención por parte del sector salud, pues éstas son cuestiones ajenas al derecho del individuo de recibir los medicamentos básicos para el tratamiento de su enfermedad, como parte integrante del derecho a la protección de la salud que se encuentra consagrado como garantía individual, y del deber de proporcionarlos por parte de las dependencias y entidades que prestan los servicios respectivos.”

El derecho a la salud consagrado en el artículo 4º de la Constitución Federal, involucra tanto garantías individuales como sociales, por cuanto que requiere, para ser efectivo, la participación del individuo, de la sociedad y del Estado. A modo de características específicas de este derecho, se señalan las siguientes:

- a) es una garantía individual;
- b) Sus titulares pueden ejercerlo libremente;
- c) Es un derecho universal, pues protege a todo ser humano;
- d) Su parte medular consiste en el acceso a los servicios de salud.

Gozar de una adecuada protección de la salud, dependerá, como lo señala la propia Norma Fundamental del País, de bases y modalidades que al efecto defina la Ley.

El derecho a la salud (o a su protección) –como se dijo- es uno de los derechos sociales por antonomasia; se trata de un derecho prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos.

La salud como objeto de protección del derecho que se comenta, puede entenderse, de acuerdo con la Organización Mundial de Salud, como un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto del individuo como de la colectividad.

De la consideración del derecho a la salud como derecho fundamental deriva que el sistema de prestaciones que se establezca para hacerlo realidad, debe tener, por lo menos, las tres siguientes características: Universalidad, equidad y calidad.

**La universalidad** se corresponde tanto al carácter de derecho fundamental de protección a la salud, como a su asignación a toda persona. **La equidad** implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y

no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficiente; con ello se busca evitar las discriminaciones en el acceso, así como la consecución por ese medio del mandato de redistribución del ingreso y la riqueza previsto en el normativo 25 de la propia Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la no discriminación en materia de derechos sociales, se encuentra explícitamente recogida en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión y publicado en el Diario Oficial de la Federación el doce de mayo de mil novecientos ochenta y uno, específicamente en su artículo 2. 2., que dispone lo siguiente:

*“2. Los Estados Partes en el presente pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.”*

Finalmente, **la calidad** es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente (dado que no sirve de nada un sistema sanitario que opera en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud, sino a su empeoramiento), sino también de igualdad entre quienes acceden a los servicios públicos de salud y de quienes lo hacen en servicios privados.

Al igual que el resto de los derechos sociales, el desarrollo al derecho de protección a la Salud, corre paralelo a la fortaleza de los poderes públicos; empero, ello no significa que el Estado pueda alegar motivos no justificados, como la escasez presupuestal, para dejar de cumplir con sus obligaciones constitucionales.

Pues bien, la Ley Reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4° de la Ley Suprema del País, es la Ley General de Salud, que en su artículo 2° establece las finalidades del derecho a la protección a la Salud; por su parte su artículo 5°, prevé el Sistema Nacional de Salud, que bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, existe para hacer frente a los problemas de salubridad que aquejen a la población. El citado 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 y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de protección a la salud.

Luego, las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, se encuentran comprendidas en los normativos 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 13, 23, 24, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 50, 51, 52, 53, 77 bis 1, 77 bis 2, 77 bis 3 y 77 bis 7 de la Ley General de Salud, los cuales disponen lo siguiente:

*“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.”*

*“Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:*

*I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*

*II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;*

*III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*

*IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*

*V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*

*VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y*

*VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.”*

*“Artículo 30.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:*

*I. 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;*

*II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;*

*II bis. La Protección Social en Salud.*

*III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el Artículo 34, fracción II;*

*IV. La atención materno-infantil;*

*IV Bis. El programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas;*

*V. La salud visual.*

*VI. La salud auditiva.*

*VII. La planificación familiar;*

*VIII. La salud mental;*

*IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;*

*X. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;*

*XI. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;*

*XII. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;*

*XIII. La educación para la salud;*

*XIV. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;*

*XV. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;*

*XVI. La salud ocupacional y el saneamiento básico;*

*XVII. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;*

*XVIII. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;*

*XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;*

*XX. La asistencia social;*

*XXI. El programa contra el alcoholismo;*

*XXII. El programa contra el tabaquismo;*



*XXIII. El programa contra la farmacodependencia;*

*XXIV. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;*

*XXV. 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;*

*XXVI. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII;*

*XXVII. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;*

*XXVIII. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;*

*XXIX. La sanidad internacional, y*

*XXX. Las demás materias que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del Artículo 4o. Constitucional.”*

**“Artículo 5o.- 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 y 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.”**

**“Artículo 6o.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:**

**I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;**

**II. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;**

**III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;**

**IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;**

**IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;**

**V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;**

**VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;**

**VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;**

*VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y*

*VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.”*

*“Artículo 7o.- La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:*

*I. Establecer y conducir la política nacional en materia de salud, en los términos de las leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal;*

*II. Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen;*

*III. Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud;*

*IV. Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea solicitada por el Ejecutivo Federal;*

*V. Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades del sector salud, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;*

*VI. Coordinar el proceso de programación de las actividades del sector salud, con sujeción a las leyes que regulen a las entidades participantes;*

*VII. Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud;*

*VIII. Impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;*

*IX. Coadyuvar con las dependencias competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;*

*X. Promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud;*

*XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;*

*XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;*

*XIII. Promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud;*

*XIV. Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y*

*XV. Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.”*

*“Artículo 13.- La competencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general quedará distribuida conforme a lo siguiente:*

**A. Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:**

**I. Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;**

**II. En las materias enumeradas en las fracciones I, III, V, VI, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII Y XXIX, del artículo 3o. de esta Ley, organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud;**

**III. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas, cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;**

**IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;**

**V. Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;**

**VI. Promover y programar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud y desarrollar las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento;**

**VII. Coordinar el Sistema Nacional de Salud;**

**VII bis. Regular, desarrollar, coordinar, evaluar y supervisar las acciones de protección social en salud;**

**VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;**

**IX. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general, y**

**X. Las demás que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que se establezcan en esta Ley y en otras disposiciones generales aplicables.**

**B. Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:**

**I. Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX, XXI Y XXII, del artículo 3o., de esta Ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;**

**II. Coadyuvar a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, y planear, organizar y desarrollar sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el primero;**

**III. Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud y de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo;**

**IV. Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local les competan;**

**V. Elaborar información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes;**

**VI. Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta Ley y demás disposiciones aplicables, y**

**VII. Las demás atribuciones específicas que se establezcan en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.”**

**“Artículo 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.”**

**“Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:**

**I. De atención médica;**

**II. De salud pública, y**

**III. De asistencia social.”**

**“Artículo 25.- Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.”**

**“Artículo 26.- Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.”**

**“Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:**

**I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;**

**II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;**

**III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;**

**IV. La atención materno-infantil;**

**V. La planificación familiar;**

**VI. La salud mental;**

**VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;**

**VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;**

**IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y**

**X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.”**

**“Artículo 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.”**

**“Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:**

**I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;**

**II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y**

**III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.”**

“**Artículo 34.-** Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

**I. Servicios públicos a la población en general;**

**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;**

**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.”**

“**Artículo 35.- Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los residentes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad en el momento de usar los servicios, fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.**”

Los derechohabientes de las instituciones de seguridad social podrán acceder a los servicios a que se refiere el párrafo anterior en los términos de los convenios que al efecto se suscriban con dichas instituciones, de conformidad con las disposiciones aplicables.”

“**Artículo 36.-** Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal y a los convenios de coordinación que celebren en la materia el Ejecutivo Federal y los gobiernos de las entidades federativas.

Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.

Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud.

A los extranjeros que ingresen al país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios de salud, se cobrará íntegramente el costo de los mismos, excepto en los casos de urgencias.

Se eximirá del cobro de las cuotas de recuperación por concepto de atención médica y medicamentos, a todo menor a partir de su nacimiento hasta cinco años cumplidos, que no sea beneficiario o derechohabiente de alguna institución del sector salud. Para el cumplimiento de esta disposición, será requisito indispensable que la familia solicitante se encuentre en un nivel de ingreso correspondiente a los tres últimos deciles establecidos por la Secretaría de Salud.”

“**Artículo 37.-** Son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios. Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y funcionamiento de las instituciones prestadoras y por las contenidas en esta Ley, en lo que no se oponga a aquéllas.”

Dichos servicios, en los términos de esta Ley y sin perjuicio de lo que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materno-infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recursos humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

**“Artículo 38.-** Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 43 de esta Ley.

*Estos servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.*

**Artículo 39.-** Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.”

**“Artículo 40.-** Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.”

**Artículo 41.-** Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.”

**“Artículo 50.-** Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.”

**“Artículo 51.-** Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.”

**“Artículo 52.-** Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud, y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.”

**“Artículo 53.-** La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.”

**“Artículo 77 bis 1.-** Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

**La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.**

*Las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos de este Título.*

**Artículo 77 bis 2.-** Para los efectos de esta Ley, se entenderá por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud.

*La Secretaría de Salud coordinará las acciones de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, los cuales contarán con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación, de conformidad con lo dispuesto en este Título.*

*Para efectos de este Título se entenderá por Regímenes Estatales, a las acciones de protección social en salud de los Estados de la República y del Distrito Federal.*

**Artículo 77 bis 3.-** *Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se incorporarán al Sistema de Protección Social en Salud que les corresponda en razón de su domicilio, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere este Título.*

**Artículo 77 bis 7.-** *Gozarán de los beneficios del Sistema de Protección Social en Salud las familias cuyos miembros en lo individual satisfagan los siguientes requisitos:*

**I.** *Ser residentes en el territorio nacional;*

**II.** *No ser derechohabientes de la seguridad social;*

**III.** *Contar con Clave Única de Registro de Población;*

**IV.** *Cubrir las cuotas familiares correspondientes, en los términos establecidos por el artículo 77 Bis 21 de esta Ley, y*

**V.** *Cumplir con las obligaciones establecidas en este Título.”*

Por su parte, la Ley de Salud del estado de Guerrero, estatuye:

**“ARTICULO 1°.-** *La presente Ley es de orden público e interés social y tiene por objeto la protección de la salud y establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud proporcionados por el Estado y la concurrencia de éste y sus municipios en materia de salubridad local. En términos del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley General de Salud; es de observancia general en el Estado de Guerrero.*

**ARTICULO 2°.-** *El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:*

**I.-** *El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;*

**II.-** *La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;*

**III.-** *La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;*

**IV.-** *La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;*

**V.-** *El disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;*

**VI.-** *El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y*

**VII.-** *El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.*

**ARTICULO 3°.-** *Son autoridades sanitarias estatales:*

**I.-** *El Gobernador del Estado;*

**II.-** *El Secretario de Salud, quien podrá delegar facultades en servidores públicos subalternos mediante acuerdos que deberán ser publicados en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.*

**ARTICULO 4°.-** *La estructura administrativa a que se refieren el artículo 19 de la Ley General de Salud, será la*

*Secretaría de Salud Estatal, que es una dependencia auxiliar del Titular del Poder Ejecutivo del Estado, y tiene como objetivos la prestación de los servicios de salud en la entidad, tanto en materia de salud pública como de atención médica; la promoción de la interrelación sistemática de acciones que en la materia lleven a cabo la Federación y el Estado, ejercer el control sanitario en su ámbito de competencia, así como la realización de las demás acciones que establezcan las disposiciones legales aplicables.*

**ARTICULO 4 Bis.-** *La Secretaría de Salud, para el logro de su objeto, tendrá las siguientes atribuciones:*

- I.- Organizar y operar en el Estado de Guerrero, los servicios de salud a población abierta en materia de salubridad general y de regulación y control sanitario conforme a lo que establece el Acuerdo de Coordinación;*
- II.- Organizar el Sistema Estatal de Salud, en términos de la Ley General de Salud y la Ley de Salud del Estado de Guerrero;*
- III.- Realizar todas aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado;*
- IV.- Ejercer las funciones de autoridad sanitaria en el Estado, en los términos de este ordenamiento y la Ley General de Salud;*
- V.- Llevar a cabo el control sanitario en los términos de la Ley General de Salud, en esta Ley y de los Acuerdos de Coordinación;*
- VI.- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud;*
- VII.- Conocer y aplicar la normatividad general en materia de salud, tanto nacional como internacional, a fin de proponer adecuaciones a las normas estatales y establecer esquemas que logren su correcto cumplimiento;*
- VIII.- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, realizando todas aquellas acciones necesarias para mejorar la calidad en su prestación;*
- IX.- Apoyar en la Entidad la coordinación de los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebre; En el caso de programas y servicios de las instituciones federales de seguridad social, el mencionado apoyo se realizará tomando en cuenta lo que previenen las leyes que rigen el funcionamiento de dichas instituciones;*
- X.- Promover la ampliación de la cobertura de la prestación de los servicios, apoyando los programas que para tal efecto elabore la Secretaría de Salud del Gobierno Federal;*
- XI.- Impulsar, en los términos de los convenios que al efecto se suscriban, la desconcentración y descentralización a los municipios de los servicios de salud;*
- XII.- Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud en el Estado, con sujeción a las disposiciones legales aplicables;*
- XIII.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de los programas y servicios de salud, que le sea solicitada por el Ejecutivo Estatal;*
- XIV.- Administrar los recursos que le sean asignados, las cuotas de recuperación, así como las aportaciones que reciba de otras personas o instituciones;*
- XV.- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieren los programas de salud del Estado;*
- XVI.- Promover el establecimiento de un sistema Estatal de información básica en materia de salud que facilite a las autoridades e instituciones competentes la investigación, estudio y análisis de temas y aspectos específicos;*
- XVII.- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;*
- XVIII.- Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y educativas del Estado, para formar y capacitar profesionistas, especialistas y técnicos en materia de salud;*
- XIX.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Estatal de Salud;*
- XX.- Impulsar, en el ámbito estatal, las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;*
- XXI.- Coadyuvar con las dependencias federales competentes en la regulación y control de la transferencia de la tecnología en el área de la salud;*
- XXII.- Difundir a las autoridades correspondientes y a la población en general, a través de publicaciones y actos académicos, los resultados de los trabajos de investigación, estudio, análisis y de recopilación de información, documentación e intercambio que realice;*



XXIII.- Atender y reducir los índices de mal nutrición, sobrepeso y obesidad en la población y en particular a los menores de edad y adolescentes en el Estado de Guerrero.

XXIV.- Promover e impulsar la participación de la comunidad del Estado en el cuidado de su salud; y

XXV.- Las demás atribuciones que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Estatal de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.

**ARTICULO 5º Bis.-** El Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Administración Pública Estatal y Municipal a través de los Ayuntamientos, realizarán acciones de concientización y promoción de las medidas preventivas a fin de evitar la mal nutrición, el sobrepeso y la obesidad de las personas y en particular de los menores de edad y adolescentes que acuden a diversas instituciones educativas públicas o privadas localizadas en la Entidad.

**ARTICULO 6.-** La Secretaría de Salud, aplicará y respetará las condiciones generales de trabajo de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y sus reformas futuras, así como los Reglamentos de Escalafón y Capacitación, que permita la promoción del personal a cargos directivos en función de criterios de profesionalismo y capacidad demostrada; para controlar y estimular al personal de base de la Secretaría de Salud por su asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo; para evaluar y estimular al personal de la Secretaría de Salud por su productividad en el trabajo, y el de becas, así como el Reglamento y Manual de Seguridad e Higiene, elaborados conforme a la normatividad Federal aplicable en sus relaciones laborales con los trabajadores provenientes de la Secretaría de Salud, para que procedan a su registro ante los organismos jurisdiccionales correspondientes. Lo anterior, con el propósito de que se apliquen en las controversias que se diriman por la autoridad jurisdiccional.

**ARTICULO 7.-** La Secretaría de Salud, contará con la siguiente estructura para su Dirección y Administración:

I.- Secretario de Salud;

II.- Subsecretario de Coordinación Sectorial.

III.- Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades;

IV.- Subsecretario de Regulación, Control y Fomento Sanitario;

V.- Subsecretario de Administración y Finanzas; y,

VI.- Directores Generales.

**ARTICULO 15.-** Corresponde al Ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaría de Salud:

A).- En materia de salubridad general:

I.- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;

II.- La atención materno-infantil;

III.- La prestación de servicios de planificación familiar;

IV.- La salud mental;

V.- La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

VI.- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

VII.- La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;

VIII.- Difundir la información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud;

IX.- Promover la educación para la salud;

X.- La orientación y vigilancia en materia de nutrición;

XI.- La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;

XII.- La salud ocupacional y el saneamiento básico;

XIII.- La prevención y el control de enfermedades transmisibles;

XIV.- La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y accidentes;

XV.- La prevención de la invalidez y rehabilitación de los inválidos;

XVI.- La asistencia social;

XVII.- Participar con las autoridades federales en el desarrollo de los programas contra el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia, de conformidad con el acuerdo de coordinación específico que al efecto se celebre;

XVIII.- Ejercer la verificación y el control sanitario de los establecimientos que expendan o suministren al público alimentos y bebidas no alcohólicas en estado natural, mezclados, preparados, adicionados o acondicionados, para su

consumo dentro o fuera del mismo establecimiento basándose en las normas que al efecto se emitan; y,

XIX.- La atención especializada de los senescentes;

X.- Las demás que establezcan la Ley General de Salud y otras disposiciones jurídicas aplicables;

B).- En materia de salubridad local; vigilar y procurar condiciones adecuadas de saneamiento en:

I.- Mercados y centros de abasto;

II.- Construcciones, excepto la de los establecimientos de salud;

III.- Cementerios, crematorios y funerarias;

IV.- Limpieza pública;

V.- Rastros;

VI.- Agua potable y alcantarillado;

VII.- Establos, granjas avícolas, porcícolas, apiarios y establecimientos similares;

VIII.- Prostitución;

IX.- Reclusorios o centros de readaptación social;

X.- Baños públicos;

XI.- Centros de reunión y espectáculos;

XII.- Establecimientos dedicados a la prestación de servicios como peluquerías, salones de belleza o estéticas y otros similares.

XIII.- Establecimientos para el hospedaje;

XIV.- Transporte estatal y municipal;

XV.- Gasolineras;

XVI.- Prevención y control de la rabia en animales y seres humanos, y

XVII.- Las demás materias que determinen esta Ley y las disposiciones legales aplicables.

C).- En materia de nutrición y reducción de sobrepeso y obesidad de menores de edad y adolescentes, promover y vigilar que los alimentos que se expidan cumplan con alto contenido nutricional evitando comida chatarra en las:

I.- Cooperativas Escolares; y

II.- Cafeterías o Comedores Escolares.

**ARTICULO 16.-** El Sistema Estatal de Salud está constituido por las dependencias y entidades públicas y sociales y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud en el Estado, así como por los mecanismos de coordinación de acciones a fin de dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud en el Estado.

El Sistema Estatal de Salud, con la intervención que corresponda al Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado definirán los mecanismos de coordinación y colaboración en materia de planeación, de los servicios de salud, de conformidad con las disposiciones de esta Ley y las que al respecto sean aplicables.

**ARTICULO 17.-** El Sistema Estatal de Salud tiene los siguientes objetivos:

I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población del Estado y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;

II.- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del Estado;

III.- Colaborar al bienestar social de la población del Estado, mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

IV.- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;

V.- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente del Estado que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

VI.- Impulsar, en el ámbito estatal un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humano para mejorar la salud, y

VII.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que presten para su protección.

VIII.- Promover dentro de su respectivo ámbito de competencia, la realización de programas específicos, menús de alimentos con alto contenido nutricional, y campañas contra la mal nutrición, el sobrepeso y la obesidad, utilizando

*todos los medios de comunicación que estén a su alcance en programas de concientización y divulgación.*

**ARTICULO 18.-** *La Coordinación del Sistema Estatal de Salud, estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole lo siguiente:*

- I.- Establecer, conducir y ejecutar la política estatal en materia de salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones legales aplicables y de conformidad con las políticas del Sistema Nacional de Salud y con lo dispuesto por el Ejecutivo Estatal;*
- II.- Coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal;*
- III.- Apoyar la coordinación de los programas y servicios de salud de toda dependencia o entidad pública estatal, en los términos de la legislación aplicable y de los acuerdos de coordinación que en su caso se celebren;  
En el caso de los programas y servicios de instituciones federales de seguridad social, el apoyo se realizará tomando en cuenta lo que establezcan las leyes que rijan el funcionamiento de éstas;*
- IV.- Impulsar la desconcentración y descentralización de los servicios de salud a los municipios;*
- V.- Promover, coordinar y realizar la evaluación de programas y servicios de salud que le sea encomendada por el Ejecutivo Estatal;*
- VI.- Determinar la periodicidad y características de la información que deberán proporcionar las dependencias y entidades de salud del Estado, con sujeción a las disposiciones generales aplicables;*
- VII.- Coordinar el proceso de programación de las actividades de salud en el Estado, con sujeción a las disposiciones legales aplicables;*
- VIII.- Formular recomendaciones a las dependencias competentes sobre la asignación de los recursos que requieran los programas de salud del Estado;*
- IX.- Impulsar en el ámbito estatal, las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud;*
- X.- Coadyuvar con las dependencias federales competentes a la regulación y control de la transferencia de tecnología en el área de salud;*
- XI.- Promover el establecimiento de un sistema estatal de información básica en materia de salud;*
- XII.- Apoyar a la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas estatales y federales, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;*
- XIII.- Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del sistema estatal de salud;*
- XIV.- Promover e impulsar la participación de la comunidad del Estado en el cuidado de su salud;*
- XV.- Impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, y*
- XVI.- Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del sistema estatal de salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.*

**ARTICULO 23.-** *Corresponde al Ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaría de Salud:*

*A) En materia de salubridad general:*

- I.- Coordinar el sistema estatal de salud y coadyuvar en su funcionamiento y consolidación;*
- II.- Formular y desarrollar programas locales de salud en el marco de los sistemas estatal y nacional de salud y de acuerdo con los principios y objetivos de la planeación nacional;*
- III.- Celebrar con la Federación los acuerdos de coordinación en materia de salubridad general concurrente y exclusiva, en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones legales aplicables, y*
- IV.- Las demás atribuciones que sean necesarias para hacer efectivas las facultades anteriores y las que deriven de esta Ley y de más disposiciones generales aplicables.*

*B) En materia de salubridad local:*

- I.- Ejercer el control sanitario de los establecimientos y servicios a que se refiere el artículo 15 apartado "B" de esta ley y verificar su cumplimiento;*
- II.- Dictar las normas en materia de salubridad local;*
- III.- Establecer las acciones sanitarias en los límites territoriales con otras entidades Federativas;*
- IV.- Llevar a cabo los programas y acciones que en materia de salubridad local se implanten;*
- V.- Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad local a cargo de los municipios, con*

*sujeción a las políticas nacional y estatal de salud y a los convenios que al efecto se celebren;*

*VI.- Vigilar, en la esfera de su competencia, el cumplimiento de esta ley y demás disposiciones legales aplicables, y*

*VII.- Las demás que establezca esta ley y otras disposiciones legales aplicables.*

**ARTICULO 34.-** *Se entenderá por servicio de salud todas aquellas acciones que se realicen con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.*

**ARTICULO 35.-** *Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:*

**I.- De atención médica;**

**II.- De salud pública, y**

**III.- De asistencia social.**

**ARTICULO 36.-** *Conforme a las prioridades del sistema estatal de salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.*

**ARTICULO 37.-** *Para la organización y administración de los servicios de salud, se definirán los criterios de distribución de universos de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como universalización de cobertura y de colaboración institucional.*

**ARTICULO 38.-** *Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:*

*I.- La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;*

*II.- La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;*

*III.- La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;*

*IV.- La atención materno-infantil;*

*V.- La planificación familiar;*

*VI.- La salud mental;*

*VII.- La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;*

*VIII.- La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;*

*IX.- La promoción del mejoramiento de la nutrición y la reducción de sobrepeso y obesidad en la población, particularmente en los menores de edad y adolescentes;*

*X.- La asistencia social a los grupos más vulnerables;*

*XI.- La atención integral de los senescentes;*

*XII.- Las demás que establezca esta Ley y demás disposiciones legales aplicables.*

**ARTICULO 39.-** *El Gobierno del Estado, de conformidad con las disposiciones legales aplicables, vigilará que las Instituciones que presten servicios de salud en la Entidad, apliquen el cuadro básico de insumos para el primer nivel de atención médica y un catálogo de insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General.* *Asimismo, dicho Gobierno convendrá con el Gobierno Federal, los términos en que las Dependencias y Entidades del Estado, que presten servicios de salud, podrán participar en la elaboración del mencionado cuadro básico.*

**ARTICULO 40.-** *El Gobierno del Estado coadyuvará con las autoridades federales competentes para:*

*I.- Que se garantice a la población del Estado la disponibilidad de medicamentos básicos, y*

*II.- Que los establecimientos de los sectores público, social y privado dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos para su elaboración, se ajusten a los preceptos legales aplicables.*

**ARTICULO 41.-** *Se entiende por atención médica, el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin*

*de proteger, promover y restaurar su salud.*

**ARTICULO 42.-** *Las actividades de atención médica son:*

- I.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;*
- II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y*
- III.- De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas y mentales.*

**ARTÍCULO 43.-** *Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:*

- I.- Servicios públicos a la población en general;*
- II.- Servicio a derechohabientes de la Institución encargada de ofrecer servicios de seguridad social a los servidores públicos del Estado y de los Municipios;*
- 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 el Gobierno del Estado.*

**ARTICULO 44.-** *Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del Estado que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.*

**ARTICULO 45.-** *Las cuotas de recuperación que en su caso se recauden por la prestación de servicios de salud, se ajustarán a lo que disponga la legislación fiscal del Estado y al convenio de coordinación que se celebre en la materia con el Ejecutivo Federal.*

*Para la determinación de las cuotas de recuperación se tomará en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario.*

*Las cuotas de recuperación se fundarán en principios de solidaridad social y guardarán relación con los ingresos de los usuarios, debiéndose eximir del cobro cuando el usuario carezca de recursos para cubrirlas, o en las zonas de menor desarrollo económico y social, conforme a las disposiciones del Gobierno del Estado.*

**ARTICULO 47.-** *Los servicios de salud que presten las entidades públicas estatales y empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan esta ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.*

**ARTICULO 50.-** *El Gobierno del Estado, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilarán el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, en la prestación de los servicios respectivos.”*

Como se ve de los dispositivos legales trascritos, se pone de manifiesto la forma y condiciones en que deben prestarse por parte del gobierno del Estado los servicios de salud, los cuales se clasifican en:

- a) servicios públicos a la población en general;**
- b) Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social;**
- c) Servicios sociales o privados (sea cual fuera la forma en que se contraten); y**
- d) otros que se presten de conformidad con lo que establezca la Ley Sanitaria.**

En el presente caso, nos encontramos en un problema de servicio público a la población en general, que se debe prestar en establecimientos públicos de salud a los habitantes del estado de Guerrero, que así lo requieran, pues éstos se encuentran regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Las leyes secundarias en materia de derecho a la salud, tienen un componente de carácter más bien orgánico, referido más a las entidades públicas que deben prestar los servicios de salud, que a los ciudadanos que son sujetos de ese derecho.

En el plano internacional se han producido diversos tratados y convenios destinados a proteger este derecho; entre éstos se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Convenio Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Convenio Sobre Los Derechos del Niño, suscritos por México.

Al efecto, **la Declaración Universal de los Derechos Humanos**, en sus numerales 7 y 25, estatuyen:

**“Artículo 7**

*Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.”*

**“Artículo 25**

*1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, **la salud** y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.*

*2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”*

**El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, en sus dispositivos 10 y 12, establece:

**“Artículo 10**

*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que:*

*1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.*

*2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.*

*3. Se deben adoptar medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil.*

**Artículo 12**

*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*

*2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:*

- a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;*
- b) *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;*
- c) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;*
- d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”*

**Las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son las siguientes:**

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales..

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

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

5. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Partes.

6. Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, esta observación general se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años.

## I. CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12

7. El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10. Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado). Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos,



bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genésicos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes.

#### Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva

14. La disposición relativa a "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

#### Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente

15. "El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas

16. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12. El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud.

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general

No discriminación e igualdad de trato

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la

observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

#### La perspectiva de género

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

#### La mujer y el derecho a la salud

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

#### Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los posteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

#### Personas mayores

25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general N° 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

#### Personas con discapacidades

26. El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general N° 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

#### Pueblos indígenas

27. Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

#### Limitaciones

28. Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa -el artículo 4- tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas -o encarcela a personas- con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar

esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

## II. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

### Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12.

32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte.

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

### Obligaciones legales específicas

34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos

mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud.

37. La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la

realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

### Obligaciones internacionales

38. En su observación general N° 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto (párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma-Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

39. Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda. Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales. En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medida para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.

40. De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41. Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su observación general N° 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

42. Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad -particulares, incluidos los profesionales de

la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada- tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

#### Obligaciones básicas

43. En la observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
- c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

45. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar "asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica", que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 supra.

### III. VIOLACIONES



46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga.

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

#### Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

#### Violaciones de las obligaciones de proteger

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no

procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

#### Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

#### IV. APLICACIÓN EN EL PLANO NACIONAL

##### Legislación marco

53. Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definen los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

54. Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.

55. La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

56. Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

##### Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

57. Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud -que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho- de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.

58. Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

#### Recursos y rendición de cuentas

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional). Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.

60. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61. Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás jurisperitos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.

62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

#### V. OBLIGACIONES DE LOS ACTORES QUE NO SEAN ESTADOS PARTES

63. El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional, tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.

64. Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme al o dispuesto en los artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes,

aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás organizaciones no gubernamentales en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.

65. El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el UNICEF, así como también por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.

#### **La Convención Interamericana de Derechos Humanos, en su artículo 24, prevé:**

##### **“Artículo 24. Igualdad ante la Ley**

*Todas las personas son iguales ante la ley. En consecuencia, tienen derecho, sin discriminación, a igual protección de la ley. “*

Por último, el **Convenio Sobre Los Derechos del Niño**, en sus artículos 24 y 25, ordenan:

##### **“Artículo 24**

*1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.*

*2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:*

*a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;*

*b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;*

*c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;*

*d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;*

*e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;*

*f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.*

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.”

#### “Artículo 25

*Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.”*

De manera que, cuando los tratados internacionales reglamentan y desarrollan el contenido de los derechos fundamentales, como ha quedado reseñado con antelación, tales ordenamientos son de aplicación obligatoria conforme a lo dispuesto en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respecto del cual el Pleno de nuestro Máximo Tribunal de garantías se ha pronunciado en la tesis P. LXXVII/99, publicada en la página cuarenta y seis, Tomo X, noviembre de mil novecientos noventa y nueve, del Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, cuya literalidad es la siguiente:

**“TRATADOS INTERNACIONALES. SE UBICAN JERARQUICAMENTE POR ENCIMA DE LAS LEYES FEDERALES Y EN UN SEGUNDO PLANO RESPECTO DE LA CONSTITUCION FEDERAL. Persistentemente en la doctrina se ha formulado la interrogante respecto a la jerarquía de normas en nuestro derecho. Existe unanimidad respecto de que la Constitución Federal es la norma fundamental y que aunque en principio la expresión "... serán la Ley Suprema de toda la Unión ..." parece indicar que no sólo la Carta Magna es la suprema, la objeción es superada por el hecho de que las leyes deben emanar de la Constitución y ser aprobadas por un órgano constituido, como lo es el Congreso de la Unión y de que los tratados deben estar de acuerdo con la Ley Fundamental, lo que claramente indica que sólo la Constitución es la Ley Suprema. El problema respecto a la jerarquía de las demás normas del sistema, ha encontrado en la jurisprudencia y en la doctrina distintas soluciones, entre las que destacan: supremacía del derecho federal frente al local y misma jerarquía de los dos, en sus variantes lisa y llana, y con la existencia de "leyes constitucionales", y la de que será ley suprema la que sea calificada de constitucional. No obstante, esta Suprema Corte de Justicia considera que los tratados internacionales se encuentran en un segundo plano inmediatamente debajo de la Ley Fundamental y por encima del derecho federal y el local. Esta interpretación del artículo 133 constitucional, deriva de que estos compromisos internacionales son asumidos por el Estado mexicano en su conjunto y comprometen a todas sus autoridades frente a la comunidad internacional; por ello se explica que el Constituyente haya facultado al presidente de la República a suscribir los tratados internacionales en su calidad de jefe de Estado y, de la misma manera, el Senado interviene como representante de la voluntad de las entidades federativas y, por medio de su ratificación, obliga a sus autoridades. Otro aspecto importante para considerar esta jerarquía de los tratados, es la relativa a que en esta materia no existe limitación competencial entre la Federación y las entidades federativas, esto es, no se toma en cuenta la competencia federal o local del contenido del tratado, sino que por mandato expreso del propio artículo 133 el presidente de la República y el Senado pueden obligar al Estado mexicano en cualquier materia, independientemente de que para otros efectos ésta sea competencia de las entidades federativas. Como consecuencia de lo anterior, la interpretación del artículo 133 lleva a considerar en un tercer lugar al derecho federal y al local en una misma jerarquía en virtud de lo dispuesto en el 74 artículo 124 de la Ley Fundamental, el cual ordena que "Las facultades que no están expresamente concedidas por esta Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los Estados.". No se pierde de vista que en su anterior conformación, este Máximo Tribunal había adoptado una posición diversa en la tesis P. C/92, publicada en la Gaceta del Semanario Judicial de la Federación, Número 60, correspondiente a diciembre de 1992, página 27, de rubro: "LEYES FEDERALES Y TRATADOS INTERNACIONALES. TIENEN LA MISMA JERARQUIA NORMATIVA."; sin embargo, este Tribunal Pleno considera oportuno abandonar tal criterio y asumir el que considera la jerarquía superior de los tratados incluso frente al derecho federal.”**

De igual manera, es conveniente señalar el criterio sostenido en la tesis 2a. XXVII/2003, emitida por la Segunda Sala de la honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la página quinientos sesenta y uno, tomo XVII, Marzo

de dos mil tres, del Semanario Judicial de la Federación, Novena Época, de rubro y texto siguiente:

**“TRATADOS INTERNACIONALES. ADMITEN DIVERSAS DENOMINACIONES, INDEPENDIEMENTE DE SU CONTENIDO.** *Aun cuando generalmente los compromisos internacionales se pactan a través de instrumentos en la modalidad de tratados, debe tomarse en cuenta que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, apartado 1, inciso a), de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de la que es parte el Estado mexicano, por "tratado" se entiende el acuerdo celebrado por escrito entre uno o varios Estados y una o varias organizaciones internacionales, o entre organizaciones internacionales, ya conste ese acuerdo en un instrumento único o en varios conexos, cualquiera que sea su denominación particular, de lo que resulta que la noción de tratado es puramente formal e independiente de su contenido, pues desde el punto de vista de su carácter obligatorio los compromisos internacionales pueden considerarse como tratados, convenciones, declaraciones, acuerdos, protocolos o cambio de notas, además de que no hay consenso para fijar las reglas generales a que deben sujetarse las diferentes formas que revisten tales compromisos internacionales, los que, en consecuencia, pueden consignarse en diversas modalidades”.*

En este orden de ideas, resulta que el marco relevante en este asunto lo constituye el derecho fundamental de protección a la salud, que de acuerdo a lo manifestado por los quejosos, se ha transgredido en su perjuicio por las autoridades sanitarias del estado de Guerrero.

Del análisis de las disposiciones transcritas de Ley Federal y Local, en materia de salud, así como de los tratados internacionales, se advierte que reglamentan y abundan de forma más amplia y específica los derechos fundamentales tutelados en el artículo 4º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Resulta aplicable al respecto, por identidad de razón y contenido jurídico, la Jurisprudencia P./J. 14/2002, emitida por el Pleno de nuestro máximo Tribunal Constitucional, publicada en la página quinientos ochenta y ocho, tomo XV, Febrero de dos mil dos, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, que a la letra dispone:

**“DERECHO A LA VIDA DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION. SU PROTECCION DERIVA DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y DE LAS LEYES FEDERALES Y LOCALES.** *Si se toma en consideración, por un lado, que la finalidad de los artículos 4o. y 123, apartado A, fracciones V y XV y apartado B, fracción XI, inciso c), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en relación con la exposición de motivos y los dictámenes de las comisiones del Congreso de la Unión que dieron origen a sus reformas y adiciones, de tres de febrero de mil novecientos ochenta y tres, y treinta y uno de diciembre de mil novecientos setenta y cuatro, respectivamente, es la procuración de la salud y el bienestar de los seres humanos, así como la protección de los derechos de la mujer en el trabajo, en relación con la maternidad y, por ende, la tutela del producto de la concepción, en tanto que éste es una manifestación de aquélla, independientemente del proceso biológico en el que se encuentre y, por otro, que del examen de lo previsto en la Convención sobre los Derechos del Niño y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, publicados en el Diario Oficial de la Federación el veinticinco de enero de mil novecientos noventa y uno y el veinte de mayo de mil novecientos ochenta y uno, aprobados por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión el diecinueve de junio de mil novecientos noventa y el dieciocho de diciembre de mil novecientos ochenta, respectivamente, cuya aplicación es obligatoria conforme a lo dispuesto en el artículo 133 de la propia Norma Fundamental, se desprende que establecen, el primero, la protección de la vida del niño tanto antes como después del nacimiento y, el segundo, la protección del derecho a la vida como un derecho inherente a la persona humana, así como que del estudio de los Códigos Penal Federal y Penal para el Distrito Federal, y los Códigos Civil Federal y Civil para el Distrito Federal, se advierte que prevén la protección del bien jurídico de la vida humana en el plano de su gestación fisiológica, al considerar al no nacido como alguien con vida y sancionar a quien le cause la muerte, así como que el producto de la concepción se encuentra protegido desde ese momento y puede ser designado como heredero o donatario, se concluye que la protección del derecho a la vida del producto de la concepción, deriva tanto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como de los tratados internacionales y las leyes federales y locales.”*

Por todo lo anterior, resulta evidente que se está ante la presencia de un derecho que sin distinciones de ninguna especie, goza toda persona que se encuentren en el territorio nacional y por su calidad de garantía individual, permite que este

derecho sea reclamable a través del juicio de amparo, como en el caso acontece.

Sentados los razonamientos vertidos en párrafos que preceden, tenemos que, los aquí quejosos David Montealegre Hernández, Nieves Solano Montealegre, Aurelia Viterno Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez, señalan en el capítulo de antecedentes de su demanda de amparo, que son habitantes de la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero; que es una comunidad indígena Na Savi (Mixteca), que se encuentra a una hora y media de camino a pie, de la cabecera municipal Metlatónoc, Guerrero, conocida por su pobreza extrema; que las enfermedades han llegado a ser causa de defunción entre los habitantes de esa comunidad, principalmente niñas y niños; que los quejosos David Montealegre Hernández Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez, han vivido en carne propia la pérdida de sus familiares, destacando como factor de las defunciones la falta de atención médica en la clínica que se encuentra en Metlatónoc, Guerrero, ya que en su comunidad no cuentan con servicio médico; que cuando sus enfermos se encontraban delicados de salud, acudían a Metlatónoc, para ser atendidos por el médico responsable; empero la mayoría de las ocasiones, la clínica se encontraba cerrada o bien, si estaba abierta no alcanzaban turno a través de una ficha o si alcanzaban, su turno llegaba después de las tres de la tarde, por lo que el doctor encargado les negaba la atención, en razón de que era su hora de salida; y que las defunciones que aluden, se presentaron del dos mil cinco al dos mil siete, en las personas de:

**Fidel Montealegre Rojas** (nueve años de edad), cuyo cuadro clínico era vómito, fiebre, diarrea y dolor de estómago; sus padres lo llevaron a la clínica de Metlatónoc, sin embargo, la encontraron cerrada; no tuvieron las posibilidades económicas para acudir al Hospital General de Tlapa, mismo que se encuentra a cuatro horas de camino en vehículo; menor que a los seis días posteriores falleció.

**Ofelia Montealegre Rojas** (siete años de edad), cuyo cuadro clínico era vómito, fiebre, diarrea y dolor de estómago; sus padres la llevaron a la clínica de Metlatónoc, como a las cuatro de la madrugada, pero nadie recibió esa urgencia, esperaron a que amaneciera, pero no abrieron la clínica; la menor duró cuatro días enferma y falleció.

**Silvestra de los Santos** (veintidós años de edad), cuando se encontraba en estado de gravidez acudió a la clínica, pero no fue atendida por el médico responsable.

**Olivia Vázquez Cano** (siete años de edad), presentó un cuadro de diarrea, sus familiares lo llevaron a la clínica de Metlatónoc; sacaron la ficha correspondiente de turno, y que eran las diecisiete horas cuando se acercaba su turno, sin embargo el médico responsable, le manifestó que regresaran a su comunidad, porque ya era tarde.

**Leonides Montealegre Hernández** (dos años y medio de edad), padecía dolor de estómago, calentura, vómito y diarrea; sus padres la llevaron a la clínica de Metlatónoc, como a las veinte horas, pero ésta se encontraba cerrada; y

**Cayetano Hernández Guevara** (cincuenta y cuatro años de edad), padecía debilidad, habló con el médico responsable de la clínica de Metlatónoc, para que fuera a revisarlo a su domicilio porque no podía caminar, pero éste se negó a revisarlo.

Debido a las circunstancias apuntadas en el párrafo que antecede, motivó a los disconformes peticionaran al Gobernador Constitucional del estado de Guerrero y al Secretario de Salud de la propia entidad, la constitución de una unidad médica con personal capacitado para atender a la comunidad de Mini Numa y sus alrededores; así como, la proporción del cuadro básico de medicamentos; petición que se corrobora con las constancias que se encuentran como pruebas documentales en el juicio constitucional que nos ocupa.

En respuesta a esa petición, el secretario de Salud del estado de Guerrero, determinó que de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), para construir un centro de salud, la localidad sede debía contar con una población de dos mil quinientos a tres mil habitantes por núcleo básico, a una distancia de quince kilómetros y un tiempo de treinta minutos de recorrido, al centro de Salud más cercano; y en razón de que la comunidad de Mini Numa, tiene una población de doscientos setenta y un habitantes, éstos son atendidos por el centro de salud de Metlatónoc, Guerrero, que se encuentra a una distancia de cuatro kilómetros y un tiempo de recorrido de sesenta minutos.

Ahora bien, es cierto que de acuerdo con lo establecido en los lineamientos del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), que refiere el Secretario de Salud del estado de Guerrero, la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero, no reúne los requisitos para construir un centro de salud por las razones expuestas en el párrafo de antecede, por lo cual no procede obligar a la autoridad responsable a que realice la construcción de ese centro.

Sin embargo, del contenido de los citados lineamientos se advierte que también prevé la construcción de casas de salud para comunidades rurales dispersas, ya que los indicados lineamientos tienen como finalidad eliminar las barreras financieras, para asegurar la prestación adecuada y de una nueva arquitectura de los servicios de salud. El gobierno federal y las entidades federativas, han conjuntado esfuerzos para la construcción de nuevas unidades y la orientación de la infraestructura existente de acuerdo con lo establecido en el Plan maestro de infraestructura; unidades que están organizadas en redes de servicios de salud con una serie de componentes que garantizan la continuidad de la atención.

Asimismo, como en la población se da una transición demográfica y epidemiológica, en las unidades de atención a la salud se debe dar una transición hacia espacios flexibles, dignos, altamente resolutivos y adecuados a las necesidades de atención de los usuarios y sus familias.

Con la introducción del sistema de Protección Social en la salud, se han modificado las reglas de presupuestación, generando un incremento en los recursos asignados al sector salud; además de provocar el “empoderamiento” de la población con el consiguiente incremento en la demanda de servicios, con mayor calidad, oportunidad, seguridad, eficiencia.

De modo que, el Modelo Integrador de Atención a la Salud, buscan acercar servicios de alta calidad y eficiencia a la población mediante la eliminación de barreras geográficas, culturales y organizacionales; es decir, pretende romper con un sistema fragmentado y organizado por niveles de atención para lograr la continuidad de los servicios brindados a los usuarios a través de un sistema de redes funcionales.

En atención a ello, el citado Modelo integrador prevé, como ya se indicó, la construcción de una **casa de salud**, que generalmente se trata de un espacio físico proporcionado por los habitantes de una comunidad rural dispersa; es el primer contacto en cuanto a salud se refiere, en la red de servicios de salud; se trata pues, del único espacio para recibir atención médica en las poblaciones marginadas. Es sede de las brigadas móviles que visitan la comunidad periódicamente; **sirve de enlace con los centros de salud más cercanos.**

En el asunto en estudio, se encuentra acreditado que los habitantes de la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero, cuentan con una casa de salud, como lo justificaron los peticionarios de amparo, pues ofrecieron como pruebas en el presente juicio constitucional, la documental consistente en el contenido de un video en formato DVD, titulado “aquí no hay médicos”, de cuya reproducción se constata que, efectivamente, en la citada comunidad, existe una casa de salud; empero ésta no cumple con las condiciones mínimas en la que los quejosos y demás pobladores de la aludida comunidad rural, puedan recibir atención médica; por que en primer lugar, no cuenta con el mobiliario respectivo; y en segundo lugar, es casi inexistente el medicamento con que cuenta .

Medios de prueba que se corrobora con la inspección judicial practicada en la población de Mini Numa, por la Secretaria de Acuerdos del Juzgado Mixto de Paz, del Municipio de Metlatónoc, Guerrero, en auxilio de este órgano jurisdiccional, quien en el desahogo de los puntos a que se contrajo el citado medio de convicción, asentó:

*“...a) certificar la existencia física y material de la casa de salud, construida en la Comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, hago constar que tengo a la vista una casa de adobe con dos puertas de madera de la región techo de teja y mide aproximadamente doce metros de largo por seis metros de ancho, en la que dice al frente en lo que es la fachada ‘Clínica Mini Numa’...”*

*Enseguida se procede a desahogar en punto ‘b’ del escrito respectivo, la suscrita da fe de que al introducirnos a ésta casa de salud, hizo acto de presencia el C. Simón Guevara Vitervo, diciendo que él es el técnico de salud de esta comunidad, a quien se le hace saber el motivo de mi presencia y enterado dijo que no había ningún problema; por lo que se hace constar que tengo a la vista diversos medicamentos distribuidos en dos estantes o anaqueles de madera y de metal, respectivamente; los cuales caducan en el año 2008 y 2009; asimismo, nos hace saber el técnico de salud, que si bien hay diversos medicamentos, pero no completan el cuadro básico, ya que faltan algunos.*

*Por cuanto hace al punto C, la suscrita da fe que en los estantes que se encuentran en la clínica o casa de salud, existen*



varios medicamentos en buenas condiciones, los cuales manifiesta el técnico que fueron traídos, el siete de noviembre del año dos mil siete, por la Secretaría de Salud y se hace constar que dentro de los medicamentos aludidos, se encontraron dos ya caducos los cuales son: dos cajas de nifedipino, cápsulas de gelatina blanda de veinte cápsulas cada una, caducas en noviembre de dos mil siete... Asimismo, doy fe que la C. Amalia Ramón Moreno, quien dijo ser miembro del comité de oportunidades, presenta en el acto una bolsa de plástico color negro, que contiene medicinas que recogió de este centro clínico, por estar ya inservibles, debido a que ya expiró la fecha de su vencimiento, las cuales son: cuatro cajas de Dicloxacilina, cápsulas de 500 miligramos, de veinte pastillas cada una y caducaron en abril de 2007, dos frascos de amoxicilina en polvo (dimopen), clave 2127, expiradas en abril de 2007; dos frascos de ampicilina, de 250 mg/5ml, caducadas en octubre de 2006; dos frascos de paracetamol en gotas de 100 mg/1ml, caducados en junio de 2007; una caja de vitaminas y minerales de 30 capsulas (gelatina blanda) revieron, expiradas el dieciséis de noviembre de dos mil seis.

En relación al punto d, se hace constar y certifica que la casa de salud de esta comunidad, **está construida de adobe, piso de cemento, no hay luz eléctrica, no cuenta con agua potable; únicamente es agua entubada; no cuenta con servicio sanitario, solamente hay una fosa séptica, cuenta con una mesa de exploración médica, la cual tengo a la vista;** misma que nos refiere el técnico de salud fue traída el siete de noviembre del 2007, por la Secretaría de Salud; asimismo, que en esta misma fecha trajeron una báscula; asimismo, se da fe que no existe estetoscopio, baumanómetro, estuche de diagnostico ni ambui; asimismo, se tiene a la vista tres termómetros.

Por cuanto respecta al punto e, se hace constar y certifica que no hay médico, enfermera, ni promotor de salud; únicamente el técnico de salud antes aludido, quien manifiesta que presta sus servicios en esta casa de salud de lunes a jueves y que el día viernes atiende la casa de Salud de los Llanos...”

Medios de convicción a los que este juzgador de amparo les otorga pleno valor probatorio con fundamento en los artículos 197, 210-A y 212 del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la Ley de Amparo, en virtud que los datos arrojados denotan idoneidad para el objeto que se propusieron; esto es, hacen constar la existencia de la casa de salud en la comunidad de Mini Numa, municipio de Metlatónoc, Guerrero; las condiciones en que ésta se encuentra (servicios), los medicamentos y en su caso, la existencia del personal respectivo que lleve a cabo la atención médica.

Por tanto, se constata de las aludidas probanzas, la casa de salud de la Comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, no cuenta con el paquete básico que debe ofertar dicha unidad (servicios de salud de manera gratuita), para hacer frente a las siguientes acciones:

1. Desparasitación;
2. Enfermedades Diarreicas agudas;
3. Enfermedades Respiratorias agudas;
4. Estado Nutricional;
5. Vacunación; y,
6. Saneamiento Básico.

Y como consecuencia, no se advierte que la casa de salud cumpla con el cuadro básico de medicamentos, que no son más que las claves de los medicamentos que proporciona el sector salud para la atención de los padecimientos primordiales; es decir, son los insumos mínimos e indispensables con que debe contar cada unidad médica; enseguida, se proporcionan las claves, descripción del artículo de unidad de medida necesarios, que la Secretaría de Salud, proporciona al respecto y que se contienen en el formato RS-1 (requisición y suministro mensual de medicamentos que utilizan o manejan los centros de salud dependientes de la Secretaría de Salud del Estado):

CLAVE	DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO	UNIDAD DE MEDIDA
101	Acido acetilsalicilico 500 mg	Caja c/20
104	Paracetamol Tabs 500 mg	Caja c/10
105	Paracetamol supositorios 300 mg	Envase
106	Paracetamol gotas sol. Oral 100 mg	Fco. Got.
108	Metamizol Sodico comp.	Envase

109	Metamizol Sodico (dipirona) 2ml	Caja c/3
204	Atropina sol. Iny 1mg/ml	Ampula
261	Lidocaína 1% simp.	Fco.
262	Lidocaína 2% Simp.	Fco.
402	Clorfenamina tabs. 4 mg	Envase
405	Difenbidramina Jarabe	Envase
408	Clorfeniramina Jarabe 125 mg	Fco.
429	Salbutamol Sup. Aeerosol 120mg	Fco.
431	Salbutamol Jarabe 2 mg o 60 mg	Fco.
437	Teofilina Comprimidos 100 mg	Envase
464	Cromoglicato de sodio Susp. Aerosol	Envase / o 16g
472	Prednisona Tabs. 5mg	Envase
474	Hidrocortisona Sol. Iny. 100 mg	Caja c/50
475	Hidrocortisona Sol. Iny. 500 mg	Fco. Amp.
477	Beclometazona Aerosol Inhalador	Envase
525	Fenitoina Tabs. 100 mg	Envase
530	Propanotol Tabs. 40 mg	Envase
561	Clortalidona Tabs. 50 mg.	Envase
565	Clortalidona Tabs.	Envase
572	Metropotol Tabs 100 mg	Envase
574	Captopril Tabs. 25 mg	Envase
591	Trinitrato de Gliserino Tabs. Masticables 0.8 mg	Envase
592	Isosorbida Sublinguales 5mg	Envase
597	Nifedipino Cap. 10 mg.	Envase
611	Epinefrina (adrenalina) 1 mg	Ampula
801	Baño coloide polvo de harina	Sobre
804	Oxido de Zinc (pasta de lassar) 250 mg	Tubo
822	Benzoilo loción gel dérmico	Fco.
831	Alantoina y Alquitrán de hulla susp. dérmica	Fco.
861	Bencilo Emulsión Dérmica 300 mg/ml	Fco./o 120 ml
871	Alibour polvo	Envase
872	Clioquinol crema 300 mg	Tubo
891	Miconazol crema 20 mg/ml	Tubo
901	Podofilina sol. Dérmica 250 mg	Envase
911	Lindano shampoo	Fco.
1006	Calcio comprados efervescentes	Envase
1099	Vitamina A, C y D Sol. oral	Fco.
1041	Tolbutamina Tabs. 500 mg	Envase
1050	Insulina Humana NHP 100 ml Sol.	Fco.
1051	Insulina Rápida	Fco.
1971	Eritromicina Tabs. 500 mg	Caja c/20
1972	Eritromicina susp. Oral 250 ml	Fco. c/100 ml
2016	Ketoconazol Tab. 200 mg	Caja c/10
1042	Glibenclamida Tab.	Envase
1206	Butiliosina Grag. 10 ml c/10	Caja
1207	Butiliosina Amp. 20 mg	Caja c/3
1224	Hidroxido de aluminio Susp.	Fco.
1233	Ranitidina Tab. 150 mg c/20	Caja c/20
1241	Metoclopramida iny. 10 mg	Envase
1242	Metoclopramida Tab. 10 mg	Caja c/20
1271	Psyllium Plantago Polvo 49.7g c/400gr.	Envase

1263	Subsalicilato de Bismuto susp. oral	Envase
1272	Senosidos A-B Tab. 8.6 mg	Envase
1308	Metronidazol Tab 250 mg	Caja c/30
1310	Metronidazol Susp. 120 ml	Fco. c/120
1344	Albendazol Tab. 200 mg	Caja c/2
1345	Albendazol Susp. 20 mg	Env/20 ml
1363	Lidocaina + hidrocortizona unguento	Envase
1364	Lidocaina + hidrocortizona supositorio	Envase
1542	Oxitocina Sol. Iny. 5U.L	Caja c/50 amp
1561	Metronidazol Ovulos 500 mg	Caja c/10
1562	Nitrofurual Ovulos 6 mg	Envase
1566	Nistatina Ovulos 100 000 ui.	Envase
1701	Fumarato Ferroso Tab. 200 mg	Caja c/50
1704	Sulfato Ferroso Solución	Fco.
1711	Acido Folico Tab. 0.4 mg	Envase
1732	Fitomenadiona Sol. Iny. 2 mg	Envase
1903	Trimetoprim C/Sulfametaxazol. Tab.	Caja c/20
1904	Trimetoprim C/Sulfametaxazol. Susp.	Env. C/120 ml
1911	Nitrofuratoina Caps. de 100 mg	Caja c/40
1923	Penicilina Procaina Sol. 400 000U	Fco./amp
1924	Penicilina Procaina Sol. 800 000U	Fco./amp
1925	Benzatina Bencilpenicilina 1,200,000	Fco./amp
1926	Dicloxacilina 500 mg Caps.	Caja c/20
1927	Dicloxacilina Susp. Oral 250 mg	Envase c/60 ml
1929	Ampicilina Tab. 500 mg c/20	Caja c/20
1930	Ampicilina Susp. 250 mg 60 ml	Fco. C20 ml
1939	Cefalexina Tab. 500 mg	Envase
1940	Doxiciclina caps 100 mg	Envase
1954	Gentamicina Sol. Iny. 80 mg	Fco./amp
1955	Gentamicina Sol. Iny. 20 mg	Fco./amp
1971	Eritromicina Tab. 500 mg	Caja c/20
1972	Eritromicina Susp. Oral 250 ml	Fco. c/100 ml
2016	Ketoconazol Tab. 200 mg	Caja c/10
2018	Itraconazol Caps.	Envase
2030	Cloroquina Tab. 150 mg	Tabs.
2040	Prazicuantel Tab. 600 mg	Envase
2127	Amoxicilina Susp. 500 mg/5ml	Env. 5 ml
2128	Amoxicilina Caps. 500 mg/5ml	Envase
2129	Amoxicilina/A. Clavulanico Susp. 125 mg	Fco.
2132	Claritromicina Tab. 250 mg	Envase
2133	Claritromicina Caps. 300 mg	Envase
2136	Mebendazol Tab. 100 mg	Envase
2138	Pirantel Tab. 250 mg	Envase
2142	Clorfenamina inv. 10 mg	Envase
2144	Loratadina Tab. 10 mgs	Envase
2145	Loratadina Susp. Jarabe 5 mgs	Envase
2151	Ranitidina Tab. 150 gm	Envase
2230	Amoxicilina /A Clavulanico Tab. 500	Envase
2242	Carbon Activado Polvo	Bolsa (mg)
2247	Bitratato de Cinitraprida Comprimidos 1	Envase
2249	Bitratato de Cinitraprida Susp. 120 mg	Fco.

2301	Hidroclorotiazida Tab. 25 mg	Envase
2304	Epironolactona Tab. 25 mg	Envase
2307	Furosemida Tab. 40 gm	Envase
2308	Furosemida Tab. 20 gm	Envase
2431	Dextrometorfan Jarabe 15 mg	Fco.
2463	Ambroxol Sol. Oral 300 mg	Fco. C/120 ml
2471	Clofeniramina comp/Tab. 500 mg	Caja c/20
2521	Losartan con Hidroclorotiazida grageas	Caja
2601	Fenobarbital Tab.	Envase
2608	Carbamacepina Tab. 200 mg	Envase
2609	Carbamacepina Susp. 100 mg/5 ml	Fco.
2611	Fenitoina Susp. Oral 37,5 mg./2 ml	Fco.
2619	Fenobarbital elixir	Frasco c/60 ml
2622	Valproato de magnesio Tab. Entericas	Envase
2623	Valproato de magnesio Sol. Entericas 185,6	Envase
2707	Acido ascórbico Tab. 100 mg	Envase
2714	Complejo B Tab.	Env. C/30 Tab.
2821	Cloranfenicol Sol. Oftalmica 5 mg	Fco/Got.15
2822	Cloranfenicol Ungüento Oftalmico	Envase
2823	Neomicina, polimixina y gramicidina sol. Gotas	Envase
2829	Sulfacetamida Sol. Oft.	Fco.
3111	Difenidol Tab. 25 mg	Envase
3112	Difenidol sol. Iny. 40 mg/2 ml	Amp. de 2 ml
3407	Naproxeno Tab. 250 mg	Caja c/30
3413	Indometacina Cap. 25 mg	Envase
3415	Piroxicam Cap/Tab 20 mg	Caja c/20
3417	Diclofenaco Capsulas	Envase
3419	Naproxeno Susp. Oral	Fco.
3451	Alopuritol Tab. 300 mgs	Envase
3603	Glucosa 5 % Sol. Iny.	Env. c/100
3609	Cloruro de sodio 0.9% sol iny.	Fco. c/500 ml
3615	Sol. Hartmann 500 ml	Fco. c/500 ml
3616	Sol. Hartmann 1000 ml	Fco. c/1000 ml
3623	Electrolitos orales pvo. 27 grs	Sobres
3630	Glucosa al 5% sol. 500 ml	Fco.
3842	Suero antialacran	Fco. Amp.
4158	Insulina Glargina	Fco.
4255	Ciprofloxacino Tab. 500 mg	Caja c/8 Tab.
4260	Nistatina susp. Oral 100 000 ui	Frasco
5186	Omeprazol Tab. 20 mg	Envase
4373	Polivitaminas y minerales Tab.	Envase
4483	Fluoxetina Tabs. 20 mg	Envase
5302	Nitrofurantoina Susp. Oral 25 mg	Fco.
	Amoxicilina Clavulanato Susp. Oral 125	Env. c/60 ml
	Diazepan Tab. 10 mg	Envase c/20
5165	Metformina 850 mg	Env. c/30
0228	Tira reactivas hemo/glucotec	Caja c/50
5166	Acarbosa comprimidos de 50 mg	Caja c/30
0995	Lancetas para glucometro	Caja c/100
2186	Jeringa de 1 ml Desechable para insulina	Caja c/200

	<b>MATERIAL DE CURACIÓN</b>	
600040109	Abatelenguas de madera desechable	Bolsa c/500
609040100	Algodón torunda	Bolsa
0153	Algodon de laminas enrollado	Rollo
604360057	Gasa seca cortada 7.5 x 5 cm	Paq. 200/Pza.
604360107	Gasa seca cortada 10 x 10 cm	Paq. 200/Pza
	Guante P/cirugía latex 6,5	Par.
	Guante P/cirugía latex 7	Par.
604560334	Guante P/cirugía latex 7.5	Par.
	Guante P/cirugía latex 8	Par.
604560391	Guante/exp. Desechable med.	Caja c/100
	Guante/exp. Desechable grandes	Caja c/101
605320167	Equip. P/venoclisis S/A normo gotero	Pieza
605501279	Jeringa desechable 3 ml AG 22 x 32	Pieza
605502608	Jeringa desechable 5 ml AG	Pieza
	Jeringa desechable 10 ml AG	Pieza
	Jeringa desechable 20 ml AG	Pieza
608690152	Tela adhesiva 10 mts. X 5 cm	Tubo c/6
609530457	Venda Enyesada 2,75 x 5 cm	Caja
609530556	Venda Enyesada 10 x 27,5 cm	Caja
	Venda Huata 10 cms.	Caja
608790150	Termómetro clínico de vidrio bucal	Pieza
	Termómetro clínico de vidrio rectal	Pieza
609532858	Venda Elástica Algodón 5 m	Pieza
609532866	Venda Elástica de 10	Pieza
	Venda Elástica de 15	Pieza
	Venda Elástica de 30	Pieza
601884475	Cateter p/venoclisis c/ag cal 17	Pieza
601884376	Cateter p/venoclisis c/ag cal 18	Pieza
601885647	Cateter p/venoclisis c/ag cal 19	Pieza
604830133	Hoja p/bisturí a.i. est. desechable	Caja c/100
608410527	Sut. Negra trenzada Cal. 1-0	Pieza
	Sut. Negra trenzada Cal. 2-0	Pieza
608410619	Sut. Negra trenzada Cal. 3-0	Pieza
	Sutura sint. Naylon c/aguja 1-0	Pieza
	Sutura sint. Naylon c/aguja 2-0	Pieza
	Sutura sint. Naylon c/aguja 3-0	Pieza
605430115	Jalea lubricante	Pieza
602030207	Cinta Testigo 18 x 50 mts	Pieza
500260054	Alcohol 96° etílico	Garrafa c/20
116855119	Papel p/env. kraft	Rollo
308717	Preservativo latex	Pieza
240440044	Botas p/uso Ox. hospital	Bolsa c/100
480000066	Cubrebocas	Colsa c/500
604390039	Gorros p/ cirujano	Bolsa c/500
600660062	Jabon para uso OX liquido	Galon
600560659	Iodopovidona espuma	Galon
600560566	Iodopovidona Solucion	Galon
2858	Venda elastica 10 x 5 cms.	Pieza
0108	Cinta medica	Pieza
0401	Antiseptico Germicida eugenol	Galon

0609	Cloruro de Benzalconio	Galon
0165	Cinta umbilical	C/100
	Hisopos esteriles c/algodón	Bolsa
	Microporo 2.5 cms.	Pieza
	Microporo 5 cms.	Pieza
	Sonda Folev 2 vias No. 16	Pieza
	Sonda Folev 2 vias No. 18	Pieza
	Sonda Nelaton No. 16	Pieza
	Sut. Catgut. Cromico 1-0	Pieza
	Sut. Catgut. Cromico 2-0	Pieza
	Sut. Catgut. Cromico 3-0	Pieza
	Venda Maya Tubular No. 1	Pieza
	Venda Maya Tubular No. 2	Pieza
	Agua oxigenada	
	Merthiolate	

Por otra parte, cierto es que atendiendo al citado modelo integrador de Atención a la Salud, **el centro de salud**, es un establecimiento de atención médica ubicado en localidades rurales y urbanas para ofrecer atención clínica básica y servicios básicos de salud a la comunidad: promoción de salud, saneamiento ambiental, detección y control de riesgos, diagnóstico temprano de enfermedades. En esta unidad, además se ofrecen servicios de consulta externa por edad y género de acuerdo a la línea de vida: recién nacido, menores de cinco años, de cinco a nueve años, de diez a diecinueve años, mujeres de veinte a cincuenta y nueve años, hombres de veinte a cincuenta y nueve años, sesenta años o más.

Asimismo, los centros de salud llevarán el control y seguimiento de mujeres embarazadas y cuando se detecten embarazos de alto riesgo, éstos se atenderán en el módulo Mater, más próximo a la red, **debe ofrecer servicio las veinticuatro horas**; para el buen funcionamiento del centro de salud, requiere de **radio-comunicación y ambulancia o apoyo vehicular**; la población por atender es de dos mil quinientos a tres mil habitantes por núcleo básico, compuesto por el **médico, la enfermera, y en ocasiones, un promotor de salud**.

La cartera de servicios del centro de salud, se ciñe a lo siguiente:

- a) vigilancia epidemiológica;
- b) Curaciones;
- c) Atención médica antirrábica;
- d) Estimulación temprana;
- e) control y detención del VIH, sida, sífilis, diabetes y glucosa (por medio de tiras reactivas), implantación de programas preventivos de los servicios de salud (D.O.C);
- f) Consulta externa;
- g) Geriatría;
- h) Salud mental;
- i) Estomatología;
- j) padecimientos emergentes;
- k) Salud bucal (una unidad dental por cada tres mil habitantes);
- l) Una unidad dental móvil por cada tres centros de salud para las comunidades alejadas;
- ll) Sala de usos múltiples por cada tres mil habitantes;
- m) Laboratorio básico;
- n) Ultrasonido;
- ñ) Farmacia;
- o) Sistema de radio o telefonía;
- p) Vacunación, y,
- q) Infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y rehabilitación.

La comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, donde radican los quejosos, cuenta en la actualidad,

con una población de trescientos veintiún habitantes, entre niños, mujeres, hombres y ancianos; cuenta con ciento treinta viviendas, que están construidas de adobe y tiene un techo de teja y lámina de cartón, y algunas otras viviendas con zacate de la región; no cuentan con red de agua potable, ni entubada, cuentan con un tanque de almacenamiento de agua de dos metros cuadrados, la cual captan por gravedad de una barranca, a través de una manguera, la cual sólo alcanza a distribuir a un pequeño núcleo de la población; circunstancias que así se advierten de la inspección ocular, efectuada en la comunidad aludida, el veinticinco de marzo del año actual, por la Secretaria de Acuerdos en funciones de Actuaría del Juzgado Mixto de Paz del Municipio de Metlatónoc, Guerrero; actuando en auxilio de las labores de este órgano de control constitucional.

También, se advierte de constancias, específicamente, del informe rendido por el coordinador estatal de la Dirección Regional Centro Sur del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que la comunidad de Mini Numa, se encuentra a una distancia de 4.5 kilómetros de distancia de la cabecera municipal que es Metlatónoc, Guerrero.

De modo que, atendiendo a dichos medios de prueba, como se precisó con anterioridad la población de Mini Numa, no cumple con las condiciones necesarias a efecto de que se construya un centro de salud, como son: una población que cuente con dos mil quinientos o tres mil habitantes; que el centro de Salud más cercano se localice a una distancia de quince kilómetros y un tiempo de treinta minutos de recorrido; y, la citada población cuenta con trescientos veintiún habitantes y se encuentra a una distancia de cuatro punto cinco kilómetros, del centro de salud más cercano que se ubica en Metlatónoc, Guerrero.

Sin embargo, cuentan con una casa de salud, pero la Secretaría correspondiente no le proporciona los medicamentos básicos necesarios, por lo que los quejosos tiene que trasladarse al centro de Salud más cercano para recibir atención médica, que está ubicado en la cabecera municipal de Metlatónoc, Guerrero, y éste no cuenta con las instalaciones necesarias, ni servicios básicos y como consecuencia, con los medicamentos necesarios que hagan frente a las necesidades básicas de salud.

Ello es así, en razón de que de la prueba documental (audio video en formato DVD), titulado: “aquí no hay médico”, producido por el centro de Derechos Humanos de la Montaña “Tlalchinollan”, su reproducción deja patente el testimonio del médico adscrito al centro de Salud de Metlatónoc, Guerrero, en la que reconoce las carencias del servicio e infraestructura del centro de Salud; que hace todo lo posible por atender a los pacientes de lunes a viernes, de ocho de la mañana a tres de la tarde, dentro de los vagones donados por la fundación “Vamos México”; que dichos módulos de atención permanecen cerrados sábados y domingos, incluyendo tarde y noche; la gente espera su turno, en la intemperie y con las inclemencias del tiempo.

A lo que se agregan las declaraciones de Ramiro Cortéz Saavedra y Rufino Montealegre Hernández, quienes fueron coincidentes al manifestar que los habitantes de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, construyeron una casa de adobe, para que funcione como casa de salud, pero que no tienen servicio médico y por lo tanto, carecen del cuadro básico de medicamentos.

Testimonios que este Juzgador de amparo, les otorga valor probatorio en términos de la potestad contenida en el artículo 215 del Código Federal de Procedimientos Civiles, de aplicación supletoria a la Ley de Amparo; dado que los atestes convinieron en lo esencial (carencia de atención médica y cuadro básico de medicamentos); lo hechos que narran, son susceptibles de apreciarse a través de los sentidos, y éstos manifestaron conocerlos por ser habitantes de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero; sus manifestaciones fueron claras, sin dudas ni reticencias, por conducto de perito interprete y no se desprende de actuaciones que hubiesen sido obligados a declarar, por fuerza, miedo o impulsados por engaño, error o soborno.

Lo que se corrobora con la prueba de inspección judicial, efectuada el veinticuatro de enero de dos mil ocho, por la Secretaria de Acuerdos en funciones de Actuaría del Juzgado Mixto de Paz del Municipio de Metlatónoc, Guerrero; actuando en auxilio de las labores de este Juzgado de Distrito, en las instalaciones que ocupa el centro de salud, de esa misma población; quien en lo conducente asentó:

*“... Una vez constituidos en lo que es la clínica o centro salud de este Municipio y procediendo a desahogar el punto ‘a’*

*correspondiente, se hace constar la existencia de dos vagones, en los que se aprecia la razón social que dice: ‘Vamos México’, mismos que funcionan como centro de salud, ubicados en la calle o avenida Itia Tanu, salida rumbo a Tlapa, de Comonfort, Guerrero, mismos que funcionan como únicos módulos de atención a la salud pública, dándose que dichos vagones miden aproximadamente cinco metros de largo, por dos y medio de ancho y tres de alto cada uno; uno se ocupa como consultorio general y el otro como área de enfermería y por comentarios del médico Jacinto Cisneros Díaz, quien está presente en la diligencia, dichos vagones fueron traídos hace aproximadamente dos años.*

*En cuanto al punto ‘b’ se certifica de que efectivamente, no existe un hospital en esta cabecera municipal, lo único que existe son dos vagones, donde se atiende a la gente, los que no tienen la infraestructura suficiente, además, de que no cuentan con luz, agua y sanitarios.*

*En relación al punto ‘c’, se da cuenta que esta unidad de salud es atendida únicamente por el doctor Jacinto Cisneros Díaz, pero manifestó el galeno que el día diez de diciembre, llegó a laborar una doctora de nombre Mirna Martínez, quien atiende el turno vespertino en veintidós días seguidos de lunes a viernes, con siete días de descanso.*

*Por cuanto hace al inciso ‘d’ se hace constar y certifica que las personas que van a recibir atención médica, se tienen que formar al pie de la carretera o calle que conduce de Metlatónoc a Tlapa, lo anterior en virtud de que tuvo a la vista a diez personas hombres y mujeres con sus niños formados en la calle, escapándose del sol bajo el techo de la casa que se encuentra al frente de los vagones donde se atiende al público.*

*Por cuanto se refiere el apunto ‘e’, se da fe de que en entrevista con el médico Jacinto Cisneros Díaz, manifiesta que su horario de trabajo es de ocho a tres y media de la tarde, de lunes a viernes y no atiende sábados y domingos, pero que la doctora que llegó en el mes de diciembre, atiende sábado y domingo, nada más de ocho de la mañana a tres y media de la tarde de lunes a viernes...”*

Inspección Judicial a la cual se adjuntaron las impresiones fotográficas respectivas; pruebas a las que se les otorga valor probatorio pleno con apoyo en los artículos 197, 210-A y 212 del Código Federal de Procedimientos civiles, de aplicación supletoria a la Ley de Amparo.

Como se ve, en realidad el mencionado centro de Salud, no cumple con los Lineamientos del Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), emitido por la Secretaría de Salud, **pues sólo existen dos vagones que fueron donados por la fundación “Vamos México”, que no cumplen con las condiciones mínimas (luz, agua, sanitarios);** es inexistente la prestación del servicio durante las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año; no cuenta con servicio de radio comunicación, ambulancia o apoyo vehicular; sólo es atendido por un médico que presta sus servicios de lunes a viernes, con un horario de ocho de la mañana a tres de la tarde; por tanto, aún y cuando los habitantes de la comunidad de Mini Numa, tengan que acudir a ese centro de salud, no se satisfacen sus necesidades básicas de atención a la salud.

Por consiguiente, es evidente que se vulnera en perjuicio de los aquí quejosos, las garantías contenidas en el tercer párrafo del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ya que no tienen posibilidades de acceder ellos y sus hijos, en condiciones de igualdad, a los servicios de salud, que los atiendan en cualquier caso y bajo cualquier circunstancia; no obstante de que se trata de un derecho universal, que protege a todo ser humano y en este sentido, como se trata de un derecho prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones de hacer por parte de los poderes públicos y para hacerlo realidad, el acceso a la salud debe ser universal, equitativo y de calidad; sin que en el caso los poderes públicos puedan alegar motivos no justificados, como la escasez presupuestal, para dejar de cumplir con sus obligaciones constitucionales.

Apoya en lo conducente a la garantía de igualdad, la Jurisprudencia 1a./J. 37/2008, pronunciada por la Primera Sala de la honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación, publicada en la página ciento setenta y cinco, tomo XXVII, Abril de dos mil ocho, del Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, número de registro 169877, cuya reproducción es la siguiente:

**“IGUALDAD. CASOS EN LOS QUE EL JUEZ CONSTITUCIONAL DEBE HACER UN ESCRUTINIO ESCRITO DE LAS CLASIFICACIONES LEGISLATIVAS (INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 16. DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS)** La igualdad es un principio y un derecho de carácter fundamentalmente adjetivo que se predica siempre de algo, y este referente es relevante al momento de realizar el control de constitucionalidad de las leyes, porque la Norma Fundamental permite que en algunos ámbitos el



legislador tenga más amplitud para desarrollar su labor normativa, mientras que en otros el Juez debe ser más exigente a la hora de determinar si aquél ha respetado las exigencias del principio de igualdad. El artículo 1o. de la Constitución Federal establece varios casos en los que procede dicho escrutinio estricto. Así, su primer párrafo proclama que todo individuo debe gozar de las garantías que ella otorga, las cuales no pueden restringirse ni suspenderse sino en los casos y con las condiciones que la misma establece, lo que evidencia la voluntad constitucional de asegurar en los más amplios términos el goce de los derechos fundamentales, y de que las limitaciones a ellos sean concebidas restrictivamente, de conformidad con el carácter excepcional que la Constitución les atribuye. Por ello, siempre que la acción clasificadora del legislador incida en los derechos fundamentales garantizados constitucionalmente, será necesario aplicar con especial intensidad las exigencias derivadas del principio de igualdad y no discriminación. Por su parte, el párrafo tercero del citado precepto constitucional muestra la voluntad de extender la garantía de igualdad a ámbitos que trascienden el campo delimitado por el respeto a los derechos fundamentales explícitamente otorgados por la Constitución, al prohibir al legislador que en el desarrollo general de su labor incurra en discriminación por una serie de motivos enumerados (origen étnico o nacional, género, edad, capacidades diferentes, condición social, condiciones de salud, religión, opiniones, preferencias, estado civil) o en cualquier otro que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. La intención constitucional es, por lo tanto, extender las garantías implícitas en el principio de igualdad al ámbito de las acciones legislativas que tienen un impacto significativo en la libertad y la dignidad de las personas, así como al de aquellas que se articulan en torno al uso de una serie de criterios clasificatorios mencionados en el referido tercer párrafo, sin que ello implique que al legislador le esté vedado absolutamente el uso de dichas categorías en el desarrollo de su labor normativa, sino que debe ser especialmente cuidadoso al hacerlo. En esos casos, el Juez constitucional deberá someter la labor del legislador a un escrutinio especialmente cuidadoso desde el punto de vista del respeto a la garantía de igualdad.”

En ese orden, atento a la vulneración del párrafo tercero del precepto 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que regula el acceso a la salud de los individuos, en el caso del estado de Guerrero, procede conceder la protección de la justicia federal solicitada por **David Montealegre Hernández, Nieves Solano Montealegre, Aurelia Vitero Moreno, Amalia Aguilar Pausano y Marcelina Rojas Álvarez**, a efecto de que las autoridades sanitarias primigenias del estado de Guerrero, Gobernador y Secretario de Salud, cumplan de inmediato con el acceso a la salud a que tienen derecho los aquí quejosos, bajo los siguientes lineamientos:

**a)** que el espacio físico proporcionado por los habitantes de la comunidad de Mini Numa, Municipio de Metlatónoc, Guerrero, para la instalación de la casa de salud, se le proporcionen los elementos básicos o necesarios para su buen funcionamiento (acondicionamiento, mobiliario y medicamentos adecuados); asimismo, se cumpla con la cartera de servicios atinentes a la casa de salud, los cuales se encuentran plasmados en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS), emitido por las Secretaría de Salud; y

**b)** Como el centro de salud ubicado en Metlatónoc, Guerrero, no cuenta con las condiciones mínimas establecidas en el Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS); por ende, es necesario contar con el inmueble adecuado que en realidad funcione como centro de salud, que cuente desde luego, con los elementos y servicios necesarios para su buen funcionamiento (infraestructura, personal adecuado y medicamentos básicos), atendiendo a los lineamientos previstos en el mencionado Modelo Integrador; sin que para el caso las autoridades sanitarias primarias del estado de Guerrero, puedan alegar falta de presupuesto, pues se trata de un motivo injustificable para cumplir con un imperativo constitucional.

Concesión de amparo que se hace extensiva a las responsables Subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud, residente en esta ciudad y jefe de la Jurisdicción Sanitaria, Región Montaña, con sede en Tlapa, Guerrero.

**SEXTO.** En otro orden, atento a que la inclusión del nombre y datos personales de las partes, en la publicación a que se refiere la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Acuerdo General 76/2003, del Pleno del Consejo de la Judicatura Federal, sólo se efectuará con base en la voluntad expresa de aquéllas, y si no existe ésta, se les tendrá como no opuestas a esa circunstancia.

Se advierte que en el auto de radicación de la demanda de garantías de doce de noviembre de dos mil siete, conforme al procedimiento institucional para la transparencia y acceso a la información pública a que alude el artículo 8° de la Ley Federal en cita, y los diversos 5°, 6°, 7° y 8° del Reglamento de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo

de la Judicatura Federal, se dio vista a las partes con la circunstancia de que la sentencia definitiva y las demás resoluciones que se dicten en el presente asunto, estarían a disposición del público para su consulta, cuando así lo solicitaren conforme al procedimiento de acceso a la información, comunicándoles a la vez el derecho que les asistía para manifestar, hasta antes de que se dictara el fallo, su voluntad de que los datos personales, pruebas y constancias personales que constaren en el expediente y que hubieren aportado directamente, se excluyeren de la consulta o publicación, siempre y cuando les hayan atribuido el carácter de reservados o confidenciales al momento de allegarlos al juicio, y tal clasificación pueda surtir sus efectos a criterio de este órgano jurisdiccional en términos de lo previsto en la fracción 14 del artículo 13 de la Ley Federal de Transparencia y acceso a la información; haciéndoles saber que la oposición expresa impedirá su publicación. Acuerdo que se le notificó a los quejosos por medio de lista que se publicó en los estrados de este órgano jurisdiccional el catorce de noviembre de dos mil siete, como se advierte de la foja cuarenta y siete de actuaciones que conforman el presente juicio constitucional, sin que manifestarán su oposición para que se publiquen sus nombres y datos personales con anterioridad a la fecha de la celebración de la audiencia constitucional.

Consecuentemente, se tiene a los peticionarios de amparo implícitamente conformes con que se incluyan sus nombres y datos personales en la publicación de esta sentencia.

Por lo expuesto y fundado, y con apoyo además en los normativos 76, 77, 78 y 80 de la Ley Reglamentaria de los preceptos 103 y 107 Constitucionales, se

#### **RESUELVE:**

**PRIMERO.** La justicia de la unión **NO AMPARA NI PROTEGE** a **DAVID MONTEALEGRE HERNÁNDEZ, NIEVES SOLANO MONTEALEGRE, AURELIA VITERNO MORENO, AMALIA AGUILAR PAUSANO Y MARCELINA ROJAS ÁLVAREZ**, contra el acto reclamado al Gobernador Constitucional y Secretario de Salud, ambos del estado de Guerrero, consistente en lo determinado en el oficio 0751, de dieciséis de octubre de dos mil siete; atento a los razonamientos vertidos en el cuarto considerando de esta sentencia.

**SEGUNDO.** Para los efectos precisados en la parte final del quinto considerando de este pronunciamiento, la justicia de la unión **AMPARA Y PROTEGE** a **DAVID MONTEALEGRE HERNÁNDEZ, NIEVES SOLANO MONTEALEGRE, AURELIA VITERNO MORENO, AMALIA AGUILAR PAUSANO Y MARCELINA ROJAS ÁLVAREZ**, contra el acto que reclaman al Gobernador Constitucional, Secretario de Salud, Subsecretario de Coordinación Sectorial de la Secretaría de Salud, residentes en esta ciudad y jefe de la Jurisdicción Sanitaria, Región Montaña, residente en Tlapa, Guerrero, consistente en la negativa de acceso a la salud (violación directa al párrafo tercero del precepto 4° de la Ley Fundamental del País), para los efectos precisados en la parte final del considerando quinto de esta resolución.

**TERCERO.** Se tiene a los quejosos implícitamente conformes con que se incluyan sus nombres y datos personales en la publicación de la presente sentencia.

#### **Notifíquese personalmente.**

Así, lo resolvió y firma el licenciado **Luís Almazán Barrera**, juez Séptimo de Distrito en el estado de Guerrero, ante el Secretario del Juzgado licenciado Julio César Cortés Rafael, que autoriza y da fe, el once de julio de dos mil ocho, en que se terminó de dictar esta sentencia. Doy fe.