

2 of No. 505



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Derecho

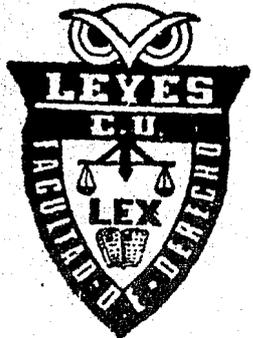
LA SALUD PUBLICA Y EL DERECHO

DERECHOS REGISTRADOS 1984

T E S I S

Que para optar al Título de
LICENCIADO EN DERECHO
P r e s e n t a

EGBERTO OMAR TAPIA GARCIA



"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

"LA SALUD PUBLICA Y EL DERECHO"

INTRODUCCION.

CAPITULO I

"LA SALUD PUBLICA EN GENERAL"

- 1.- LA SALUD PUBLICA. (DEFINICION)
- 2.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.-2.1 EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.
- 3.- LA MEDICINA.-3.1.- LA MEDICINA CURATIVA.- 3.2.- MEDICINA PREVENTIVA.- 3.3.- MEDICINA SOCIALIZADA.
- 4.- LA SEGURIDAD SOCIAL 4.1.- INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD PUBLICA.
- 5.- EL HOMBRE COMO OBJETIVO DE LA MEDICINA SOCIAL Y EL DERECHO.- - 5.1.- ASPECTOS ECOLOGICOS, ANTROPOLOGICOS Y SOCIALES.
- 6.- PATOLOGIA SOCIAL.6.1- LA ENFERMEDAD SOCIAL.
- 7.- NIVELES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES.
- 8.- LA HIGIENE EN GENERAL.

CAPITULO II

"DIVERSOS ASPECTOS DE LA MORBILIDAD Y-MORTANDAD EN MEXICO"

- 1.- PRENATAL.
- 2.- MATERNO INFANTIL.
- 3.- EN EL LACTANTE.
- 4.- EN EL ADOLESCENTE.
- 5.- EN EL ADULTO.
- 6.- EN LA SENECTUD Y LA SENILIDAD.- 6.1.- GERONTOLOGIA Y GERIATRIA.
- 7.- EN LA ALIMENTACION Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.
- 8.- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.- 8.1.- LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MEXICO.- 8.2.- LAS ENDEMIAS Y LAS EPIDEMIAS.
- 9.- LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.-9.1.- LAS ENFERMEDADES MENTALES.- 9.2.- LAS TOXICOMANIAS.- 9.3.- LOS ACCIDENTES.- 9.4.- EL TRABAJO Y LA SALUD.

CAPITULO III

"PRECEPTOS DE SALUD PUBLICA EN DIVERSAS MATERIAS"

- 1.- ASPECTOS DE LA SALUD PUBLICA CONTENIDAS EN EL DERECHO POSITIVO.

- 2.- DISPOSICIONES DIVERSAS.- 2.1.- EN EL DERECHO CIVIL.- 2.2.- EN EL DERECHO PENAL.- 2.3.- EN LA EDUCACION.- 2.4.- EN LA LEY GENERAL DE POBLACION.- 2.5.- EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCION -- AL AMBIENTE.- 2.6.- EN LA LEY FEDERAL DE VIVIENDA.- 2.7.- EN LA LEY DE PLANEACION.
- 3.- LA ADMINISTRACION Y LA SALUD PUBLICA.
- 4.- NATURALEZA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.
- 5.- LOS PROGRAMAS DE SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

CAPITULO IV

"EL DERECHO ADMINISTRATIVO Y LA FUNDAMENTACION DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA"

- 1.- EL DERECHO ADMINISTRATIVO.
- 2.- CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.
- 3.- ESTRUCTURA SECTORIAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.- - 3.1.-EL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.-3.2.- LA DESCENCONCEN-- TRACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.- 3.3.- LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.
- 4.- EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO.4.1.- PRIORIDADES SECTORIALES DE LA SSA.-4.2.- ELEMENTOS BASICOS DE LOS ACUERDOS DE COORDI-- NACION EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.
- 5.- FUNDAMENTACION JURIDICA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SA-- LUD.
- 6.- AUTORIDADES SANITARIAS.-6.1.- EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA.- 6.2.-EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.-6.3.- LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.-6.4. ATRIBUCIONES DE LA SECRETARIA - DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.-6.5.-LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDA-- DES FEDERATIVAS, INCLUYENDO AL DEL DISTRITO FEDERAL.
- 7.- OBJETIVOS DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.

"EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD" EPILOGO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA CITADA.

LEGISLACION CITADA.

HEMEROGRAFIA CITADA.

" LA SALUD PUBLICA Y EL DERECHO "

INTRODUCCION

En México, como en cualquier Estado moderno, se conoce y se concede el Derecho a la Salud, que debe interpretarse como la oportunidad para que todo individuo tenga acceso a los beneficios que la tecnología, y avances científicos han logrado en el campo del mejoramiento, restauración de la salud y la prevención de enfermedades. Además el derecho a la salud conlleva una profunda responsabilidad de la propia población para lograr su salud y conservarla, tanto a nivel individual como colectivo.

La salud pública es considerada como una condición y derecho fundamental del hombre y de la población; debe estar protegida por el Estado. La protección de la salud de la población es, de acuerdo con lo establecido por la ciencia política, una tarea del Estado que puede ser ejercida directa o indirectamente en las divisiones políticas o administrativas del país. Es importante hacer notar que difícilmente encontraremos otra rama de gobierno que posea un control tan directo y muchas veces drástico, sobre la población y el ambiente de vida como tienen los programas de salud, siendo así, éstos deben funcionar coordinadamente con los demás servicios públicos.

La legislación sanitaria, está constituida por leyes que tienden a proteger, fomentar y restaurar la salud de la población; como todas las leyes, las sanitarias también implican deberes y derechos que deben ser conocidas por gobernantes y gobernados y aplicadas para cada uno de los integrantes del pueblo.

Las leyes sanitarias son, pues, la fuente de autoridad y poder de los servicios de salud. Es de vital importancia que la acción sanitaria tenga un fundamento legal y el establecimiento y de-

-terminación de normas para que funcionen los programas de sa lud.

Esas disposiciones incluyen todo lo concerniente al registro de nacimientos y muertes y a la denuncia y registro de las enfermedades transmisibles, los derechos y deberes de los servicios de salud, las responsabilidades y facultades de los funcionarios públicos y administradores sanitarios, la reglamenta ción de la atención médica curativa, las condiciones del saneamiento urbano y rural, las condiciones en que deben prepararse, conservarse y distribuirse los alimentos, las condiciones en que debe desarrollarse el trabajo para que no sea un riesgo para la salud, las condiciones que deben cumplir las escuelas y otros lugares públicos, la forma en que debe practicarse la medicina y profesiones similares, la calidad de los medicamentos que se expenden al público, la calidad del agua potable y las condiciones de la atmósfera urbana, las circunstancias en que la vacunación o el tratamiento y aislamiento de enfermos son necesarios, lo relativo a la transmisión internacional de enfermedades y el control de la salud de los viajeros que pasan de un país a otro, etc, todo lo concerniente a la organización del Estado para que cumpla con las finalidades de manera estable y permanente. La legislación de salud, por contener principios de Derecho Público, tiene serias implicaciones jurídicas en materias tan importantes como las que se refieren a garantías constitucionales como son los derechos fundamentales de la persona humana, también en el ordenamiento familiar, en la seguridad del medio ambiente, en la relación del individuo con la comunidad etc.

Aquí la Salud Pública es estudiada desde el enfoque del Derecho Administrativo para determinar en su mayor proporción las acciones de un servicio de salud; es por la intermediación del

Derecho Administrativo como se establecen las normas jurídicas que están en relación con la estructura, organización, funcionamiento, modificación o supresión de este servicio. Necesario es que, al profundizar en el tema se empiece por desglosar los conceptos básicos que determinarán todo este apasionante estudio, que sin pretender agotarlo, se puede considerar que al tener una idea general de la materia se intenta de manera específica, contribuir a la difusión y conocimiento a lo relativo de la salud y la enfermedad en la concatenación que guardan con la ciencia del derecho.

Al hacer referencia a desglosar la terminología que se emplea en este estudio, se pretende destacar que está destinado a personas interesadas en las materias que se tratan, paradójicamente los capítulos jurídicos están dirigidos hacia quienes tienen poca o nula información de aspectos de derecho positivo mexicano en las áreas constitucional, administrativa y sanitarias; en tanto que lo relativo a cuestiones médicas de salubridad y epidemiológicas se encamina a los juristas y estudiosos del derecho. El intento de concatenar los factores de adaptación o inadaptación en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social que producen la salud y enfermedad en asociación con la ciencia social del derecho como disciplina no médica, obedece a la tradicional animadversión e ignorancia de la relación estrecha que guardan, y los mutuos beneficios que se otorgan en aras de constituir un verdadero derecho ciudadano, con positivos resultados tendientes a la prevención y fomento de la salud que pueden ayudar eficazmente en la elevación del nivel de vida de la población y particularmente de los niveles de salud.

Tal como aquí se expone, lo preventivo y lo curativo no son sino dos aspectos de la medicina que no pueden separarse ya que-

en ambos casos, el objeto de preocupación es el mismo: el individuo, empero, un problema de salud deja de ser individual y - pasa a ser de resorte colectivo, cada vez que en su solución - dominan factores sociales y, por ende, la acción comunal organizada. Es esto lo que distingue a las dos ramas anteriores de la medicina con la salubridad o salud pública, es ésta una especialidad medicosanitaria relacionada con las actividades de protección fomento y restauración de la salud de la población, que requieren para su solución de los esfuerzos organizados de la comunidad. La salubridad actúa sobre toda la población en conjunto y no sobre el individuo aisladamente.

El concepto de medicina social tiene un alcance mucho más vasto que los de la medicina preventiva y curativa y encuentra su mejor forma de aplicación a través de la moderna salubridad y de los planes de seguridad social. Los métodos empleados en el presente estudio han sido tomados de las ciencias biológicas y de las ciencias sociales y ellos se basan en la observación, experimentación y análisis estadístico.

No ha sido arbitrario el criterio de selección de los temas -- que se presentan, considerando una escala enunciativa del ámbito y factores donde inciden la salud y la enfermedad, así como el aspecto gregario del hombre.

Si las sociedades humanas dependen en su organización de los factores de herencia biológica, del ambiente natural, de la cultura y de su grupo, el hombre debe adaptarse a la vida social en estos diferentes niveles de influencia; recibe cierta influencia biológica que le condiciona un potencial genético o fisiológico favorable o desfavorable, como un organismo vivo frente a su ambiente físico y biológico; reacciona como una personalidad a través de la cultura, reacciona como miembro de un grupo, como ser social frente a la sociedad. Estas diversas

exigencias de la sociedad y la manera de reaccionar del individuo afectan continuamente la vida humana, tanto en la salud como en la enfermedad.

En cuanto al método científico y las interrogantes filosóficas que plantea, se ha considerado en el contexto de este trabajo:

- a).- La noción de los problemas, de la salud y la enfermedad como fenómenos colectivos;
- b).- El material de estudio, de la concatenación de la medicina, la salud pública y el derecho;
- c).- La abstracción, de las ciencias auxiliares de esas disciplinas científicas;
- d).- El análisis, de las particularidades que inciden en cuanto a la etiología de las enfermedades y sus repercusiones sociales;
- e).- La síntesis, de apresurar la difusión y mayor vinculación de la medicina socializada con la ciencia jurídica, en aras de consagrar un verdadero derecho ciudadano a la salud;
- f).- Sus Leyes, de carácter bio-psíquico-sociales;
- g).- El factor personal de la investigación, de abarcar nociones del ente social, desde antes de nacer, durante su nacimiento, después de éste en los diferentes estadios de su vida, sus condiciones de salud, enfermedad, organizativas, de morbilidad y mortandad, hasta después de su fallecimiento;
- h).- La creencia y criterio de verdad; expuestas en el ser de estudio y deber ser, como científicamente se propuso al consagrar como garantía social en nuestra carta magna el derecho a la salud, como la posibilidad posibilitante de lo posible;
- i).- La inducción y deducción, que a través de la investigación se practica;
- j).- La teoría de la causalidad, de los fenómenos biológicos, ecológicos, culturales, que inciden en la epidemiología y-

-la reseña histórica de las instituciones sociales, organización social, estructuras políticas que se plantean para solucionar los problemas de salud y enfermedad de la población.

En este estudio, el lector dispone de dos vías de acceso al cúmulo de datos registrados, que obedecen al principio de ordenar primeramente el continente, que se explica en esta introducción y el índice de materias y, después, al área de penetración paulatina del contenido con términos técnicos y de referencia a los principales rubros que inciden en las enfermedades, siguiendo una misma dialéctica, tratando de combinar los temas de información con los motivos y razón de ser del derecho sustantivo en la organización de los programas de salud.

El enlace administrativo y legal de la protección, promoción y restauración de la salud, rehabilitación y adiestramiento vocacional, que contemplan los programas de salud, debe agruparse en capítulos que traten respectivamente; de la higiene ambiental y control sanitario de los alimentos, la higiene del trabajo, el control y la erradicación de enfermedades transmisibles y de otra naturaleza, lo relacionado a las inmunizaciones; la higiene materno infantil, la educación para la salud, la nutrición y alimentación popular, la higiene mental, la salud ocupacional, la promoción de la salud en los ancianos, la atención médica de carácter móvil o ambulatoria, de consultorios externos de la atención institucional, hospitales, casas de reposo, sanatorios, etc, así como la rehabilitación física, la psicológica y social, como la evolución del adiestramiento vocacional que reditúe personal capacitado que, conjuntamente con el apoyo público y el financiamiento adecuado resultarán factores fundamentales que condicionan el éxito de los programas de salud.

En esta reseña de los tres primeros capítulos, se pretende incluir los temas más importantes, que se presupone, constituyen las partes integrantes de los programas de salud, desde su planificación, hasta la más amplia ejecución con organización y desarrollo de la comunidad, que incluye aspectos urbanos y rurales, con mejoramiento de la vivienda, alfabetización, orientación y fomento de la producción agrícola concebido este tipo de acción en forma unificada e integral con la administración centralizada.

Los diversos aspectos de la salud pública tratados en el capítulo tercero, son meramente enunciativos, dada la complejidad de los factores productores de enfermedades y una precaria codificación unitaria que abarque sin dispersión todos los horizontes médico-sociales, se trata de demostrar que la solución de este problema de unificación en un tratado especial, no puede ser atacándolo a través de uno sólo de los factores que intervienen en el proceso, sino que las diferentes ramas de las ciencias sociales y avances tecnológicos, inciden en determinados momentos en aspectos de salud pública.

La continuidad lógica hacia el capítulo tercero, se muestra con el énfasis de las actividades emprendidas por el Estado tanto en la prevención de enfermedades transmisibles, como en las -- que se refieren al saneamiento ambiental tratadas desde sus diversos aspectos, analizando los elementos vitales: agua, tierra, aire y partiendo del supuesto que, la mayor parte de las enfermedades prevenibles y los problemas sanitarios pueden ser evitados, tales como el inadecuado saneamiento del ambiente, la desnutrición perniciosa, las enfermedades agudas y crónicas, la elevada mortandad infantil, se encuentran concentrados en aquellas poblaciones en las que se observan condiciones adversas de salud, donde la existencia de sus habitantes es miserable, sus viviendas inadecuadas, su alimentación precaria, y sin ninguna comodidad,

-con posibilidades culturales escasas, y donde el trabajo diario rinde poco, son consecuencia de razones políticas, económicas y sociales que mantienen esas situaciones tan graves desde el punto de vista sanitario que generan acciones concretas plasmadas en los programas o servicios de salud.

Finalmente, al tratar el tema relativo al análisis del derecho sanitario, se contempla la organización sanitaria en nuestro país con fundamentos constitucionales que fijan las bases de esa organización, dando el máximo de obligatoriedad y facultades a la autoridad sanitaria federal que depende del Ejecutivo Federal. Aquí se efectúan críticas de carácter estructural de un Departamento de Salubridad que existe de membrete como autoridad sanitaria autónoma y ejecutiva, con supervigilancia de los servicios sanitarios de los Estados, Ayuntamientos y autoridades sanitarias locales; se plantea una inconstitucionalidad en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al sobrepasar los principios fundamentales del constituyente de 1916-1917, cuando del Diario de los Debates, se entresacan los razonamientos de mantener una entidad administrativa técnica especializada en materia de salud pública como el Departamento de Salubridad en vez de una dependencia con carácter político-administrativo de Secretaría de Estado.

Aquí se realiza un repaso de la administración pública como función estatal con las características que le son propias, circunscritas al ámbito sanitario. Asimismo se dá una revisión a los postulados del Derecho Administrativo para ubicar a la rama sanitaria dentro de su estudio.

La conclusión de esta investigación ofrece proposiciones para aprovechar las experiencias obtenidas a través de las instituciones que tenemos, las políticas establecidas, las carencias detec-

-tadas, para modificar nuestra carta magna, y subsanar la incongruencia de existir el Departamento de Salubridad en el -- texto constitucional y la inapropiada creación de la Secretaría sin tomar en cuenta los antecedentes del Constituyente -- en la propuesta de inclusión del derecho social a la salud - pública.

C A P I T U L O I

"LA SALUD PUBLICA EN GENERAL"

- 1.- LA SALUD PUBLICA. (DEFINICION).
- 2.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD 2.1. EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.
- 3.- LA MEDICINA. 3.1.- LA MEDICINA CURATIVA 3.2.- MEDICINA PREVENTIVA 3.3.- MEDICINA SOCIALIZADA.
- 4.- LA SEGURIDAD SOCIAL 4.1.- INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD PUBLICA.
- 5.- EL HOMBRE COMO OBJETIVO DE LA MEDICINA SOCIAL Y EL DERECHO. 5.1.- ASPECTOS ECOLOGICOS, ANTROPOLOGICOS Y SOCIALES.
- 6.- PATOLOGIA SOCIAL 6.1.- LA ENFERMEDAD SOCIAL.
- 7.- NIVELES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES.
- 8.- LA HIGIENE EN GENERAL.

CAPITULO I

"LA SALUD PUBLICA EN GENERAL"

"TODA PERSONA TIENE DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD. LA LEY - DEFINIRA LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS - DE SALUD Y ESTABLECERA LA CONCURRENCIA DE LA FEDERACION Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL, CONFORME A - LO QUE DISPONE LA FRACCION XVI DEL ARTICULO 73 DE ESTA CONSTITUCION". (adición al artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983).

"EL GOCE DE LA SALUD ES UNO DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE CADA SER HUMANO, SIN DISTINCION DE RAZA, RELIGION, CREDITO POLITICO O CONDICION ECONOMICO SOCIAL". (Carta de las Naciones Unidas, y declaración de principios de la Organización Mundial de la Salud).

1.- LA SALUD PUBLICA. DEFINICION.

Si este trabajo versará sobre todo lo relacionado con la salud es menester que se explique como debe entenderse ese término, así se tiene que ... "La salud es el bienestar físico, mental y social, supone un funcionamiento armonioso de todos los órganos y sistemas y una perfecta adaptación con todos los elementos componentes del ambiente exterior. Satisfacción profunda, vitalidad, vivacidad, alegría y optimismo, voluntad de crear, de producir, suelen ser sus expresiones características". Rubens de Siquiêras la considera como la capacidad para disfrutar la vida en toda su plenitud y René Dubos la define como una fuerza que capacita a los individuos para hacer frente a las contingencias de la vida con un mínimo -

de sufrimientos y desajuste* 1.

Así pues no es aventurado decir que la definición de Salud Pública es ignorada aún por profesionistas vinculados con esta importante-materia y la grandeza de su labor; una definición condensada es: - La Salud Pública es la ciencia y el arte de evitar las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad*2.

Este autor, técnico en estadística, propone esa definición pero -- para seguir un orden de ideas se agrega que esa promoción de la salud y eficiencia debe ser a través de los esfuerzos organizados -- tanto del Estado como de la comunidad. Por salubridad o salud pública se debe entender que es una especialidad de la medicina y -- otras profesiones que tienen relación con la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud y prolongar la vida media de la población.

Así como la medicina curativa y preventiva se aplican al individuo la salubridad se aplica a la comunidad como grupo.

*1.- Ruiz Salazar Antonio . "Consejo Nacional de Prevención de - Accidentes" (Higiene, Organo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Vol. 25 No. 5 Sept. Octubre 1975.México.P.311).

*2.- Díaz Castro Sara "Importancia del Reporte de Enfermedades -- Transmisibles y la Coordinación entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otros Servicios de Salud" (Higiene, Organo de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Vol. 23 Nos. - 3 y 4 Mayo a Agosto 1972.México.P.P. 41-44).

2.- LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Ahora bien, los términos salud y enfermedad aunque los usamos en nuestro lenguaje cotidiano, se deben analizar detenidamente puesto que así se facilitará el conocimiento de otros conceptos más específicos que giran a su alrededor.

En medicina la palabra "normal" se usa corrientemente como sinónimo de salud. En los diccionarios, "normal" se define como el promedio o lo que no se desvía de cierto nivel medio. En biología lo normal es algo más o menos fijo. El hombre como todos los seres vivos, está sometido constantemente a variaciones, de tal forma que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas e inmunológicas no admiten un modelo fijo. Es un atributo de vida.

Existe pues, una variación de lo normal con respecto a todas las actividades fisiológicas medibles y a los estados físicos mentales y emocionales no medibles; no obstante, se establece un común denominador dentro de la normalidad.

Los órganos de nuestra anatomía presentan variación en tamaño, forma y posición. En las personas que llamamos normales hay variación respecto al peso, estatura, temperatura, color, forma y posición del estómago y aún del corazón, de la inteligencia y demás características. Las variaciones son de menor intensidad alrededor del término medio que agrupa a la mayoría de los individuos y cada vez más raras y notorias a medida que se alejan del promedio que llamamos normalidad.

Cuando una característica estructural o funcional varía en tal forma que produce inconvenientes a nuestra biología, entonces la variación constituye una anomalía.

Lenta o bruscamente se pasa de la normalidad a lo patológico, sin que exista una línea divisoria definida entre las variaciones de la salud y las de la enfermedad.

Al hablar de variaciones se hace referencia a las que se observan en el individuo y en la población o en las especies, los dos tipos, la individual y la de especie, son esenciales para subsistir. Este es el mecanismo que permite al organismo adaptarse a los cambios constantes de las condiciones ambientales. Sin variación el individuo no podría subsistir y no habría adaptación comunal.

De ésto se desprende que la variación estimulada por los cruzamientos raciales y por todos los cambios de la vida social, constituye el fundamento de la normalidad biológica de la salud y de la enfermedad.

Hernán San Martín define a la salud y a la enfermedad de la siguiente forma..."El paso de la salud a la enfermedad es un largo e insidioso camino que, en medicina, se llama período de incubación. Al comienzo, cuando recién se insinúa la influencia perturbadora de la adaptación, el proceso es activo pero no tenemos medios para descubrirlo, en una segunda etapa podríamos descubrirlo si aplicamos los medios científicos de que hoy se dispone; en una tercera etapa, hay síntomas a los cuales el paciente puede responder o no, al final el proceso provoca la reacción del organismo de tal forma que interfiere con la vida del individuo. El médico práctico sólo observa la fase clínica de la enfermedad pero antes, hay un periodo, más o menos largo, el sub-clínico.

La existencia de un trayecto o período de acumulación de factores adversos entre los estados de salud y la enfermedad permite realizar lo que llamamos fomento de la salud, o sea el mejoramiento de la salud de aquéllos individuos que no están clínicamente enfermos. Además si logramos conocer las causas que provocan la inadaptación, podremos evitar el desarrollo del proceso deteniéndolo en la fase-sub-clínica, o sea, podremos evitar la enfermedad y mejorar la salud..." *3.

*3.- San Martín Hernán. "Salud y Enfermedad". Prensa Médica Mexicana. 1968. México P.P. 11-12

En consecuencia, si lo normal en biología se expresa mejor en términos de variación que como un promedio fijo, resulta que no pueden existir límites netos entre salud y enfermedad. Considerar a la salud como un estado biológico estático no es real, el concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación, el de enfermedad desequilibrio o desadaptación. No puede admitirse entonces, que la salud sea la ausencia de enfermedad y viceversa. Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada a un extremo por la variación que se llama enfermedad y por el otro, la adaptabilidad que se llama salud. Un individuo sano es aquél que física y mentalmente funciona armónicamente y al mismo tiempo está bien adaptado al ambiente físico, biológico y social en tal forma que pueda contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su capacidad. No se debe olvidar que el hombre es una unidad bio-psíquico social. Hernán San Martín dice...

"La enfermedad es el resultado de la inadaptación interna (fisiológica) y externa (física social) frente al ambiente la enfermedad clínica (sintomatología) constituye el estado extremo de la desadaptación biológica."

La enfermedad social-continúa este autor- todas las enfermedades son fenómenos biológicos y sociales por cuanto afectan al individuo y al grupo." La enfermedad adquiere mayor o menor importancia en la medida en que se relaciona, en sus orígenes y en sus consecuencias, con los factores ambientales y sociales." *4.

La ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente y que los factores que fomentan la adaptación o inadaptación están contenidas en el ambiente natural, en la herencia biológica, cultural y social, en los grupos sociales, siendo así la medida considerar al individuo como parte de una sociedad, y que tiene influencias positivas o negativas del --

*4.- San Martín Hernán. Opus-Cit.P. 783.

grupo; debe descubrirse la intencidad de acción de los factores -- que determinan su salud y enfermedad tanto del individuo como de la población para lograr esas finalidades, la medicina ha desarrollado técnicas y especializaciones y llamado en su auxilio a disciplinas no médicas evolucionando de lo individual a lo social. Siendo ya aceptado que los beneficios de la medicina deben constituir un derecho ciudadano, necesariamente la medicina ha debido entrar en asociación con las ciencias sociales, la Ingeniería Sanitaria, la Epidemiología, la Economía, la Antropología, la Sociología y el Derecho, especialmente el Derecho Sanitario, Administrativo e Internacional Público.

2.1.- LA EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

La epidemiología ha sido considerada clásicamente como el estudio de las epidemias, hoy día incluye el análisis de los fenómenos biológicos (salud y enfermedad) consideradas como problemas de masas, por lo que ha quedado expresado anteriormente, sabemos que las relaciones entre el hombre y su ambiente son factores ecológicos y éstos son (agregamos) de tres clases: la primera, es el agente causal o los agentes causales, la segunda, el huésped o individuo --- afectado y el tercero, es el medio ambiente que los contiene a ambos.

Como cada fenómeno biológico o grupo de fenómenos tiene su propia epidemiología (el conjunto de factores que los producen e influyen) la ciencia y método epidemiológico los investiga en sus formas habituales o especiales de ocurrir y en ese estudio identifica y analiza esos factores que intervienen en la presentación, conservación o aislamiento de las causas y el desarrollo de la enfermedad y salud.

"Ninguna enfermedad es producida por una causa única, ya que siempre hay circunstancias que favorecen el fenómeno, en este sentido se distinguen tres grupos de factores en la etiología de la enfermedad; el tipo constitucional, que incluye las influencias genéticas; deficiencias o anomalías en los factores ambientales que fo--

mentan la salud, como son la alimentación, el ejercicio, el reposo, la educación, etc. y, agentes externos directos de la enfermedad, como son los microbios, los parásitos mayores, los traumatismos, etc. Esta triada es constante y está siempre presente. Los factores fomentadores de salud y los agentes externos de enfermedad pueden cambiar a medida que se investiguen mejor, pero la triada subsistirá" * 5.

3.- LA MEDICINA

La división de terminología de medicina preventiva, curativa, estatal, social, socializada, etc. es arbitraria; puesto que, la medicina constituye un todo indivisible dirigido al fomento y conservación de la salud del hombre y la comunidad.

No se insistirá demasiado en tratar lo relacionado a la medicina como ciencia social, pero si este estudio versa sobre salud pública, menester es que se revise el papel que tiene en asociación con las ciencias sociales. Primeramente se analizará que la medicina ha sido definida tradicionalmente como la ciencia y el arte de prevenir y curar enfermedades y fomentar la salud; sus funciones incluyen: Prevención (médica y a través de la educación sanitaria), diagnóstico y tratamiento, rehabilitación.

La medicina para realizar las finalidades de prevenir y curar enfermedades, ha desarrollado tres actividades fundamentales: la prevención de la enfermedad mediante las técnicas de la medicina preventiva; el diagnóstico y tratamiento mediante las técnicas de la medicina curativa y, la restauración de la capacidad de trabajo del individuo después de la enfermedad, mediante las técnicas de la rehabilitación.

3.1. MEDICINA CURATIVA

Cuando se habla de medicina curativa se hace referencia a todas las técnicas médicas aplicadas al individuo con el fin de hacer un diagnóstico de salud o de enfermedad y formular un tratamiento o indicaciones para la rehabilitación del caso. En cierto sentido la medicina curativa es también preventiva por cuanto que evita muertes y prolonga la vida; siendo dos aspectos de la medicina que no pueden separarse, ya que en ambos casos, el objeto de preocupación es el mismo: el individuo.

*5.- Hernán San Martín.- Opus Cit. P.19

3.2.- MEDICINA PREVENTIVA

La medicina preventiva es una disciplina que se practica desde la antigüedad, pero sólo hasta hace algunas décadas empezó a desarrollarse, mediante las técnicas médicas o conocimientos, tiende a -- promover la salud, a prevenir la aparición de las enfermedades y de la invalidez y a evitar que éstas dos últimas condiciones progresen. Su proyección es amplia, ya que su acción se dirige tanto al sano como al enfermo, además tiende a alcanzar las condiciones-óptimas de salud. Para conseguir sus finalidades lleva a cabo algunas actividades básicas como son: la promoción de la salud mediante la educación higiénica enfocada a los aspectos de la alimentación, la higiene personal, el correcto desarrollo de la personalidad y todos aquellos capítulos que permitan superar el estado de salud.

A mayor abundamiento, se recogen los siguientes conceptos del jefe de la oficina técnica del Departamento de Medicina Preventiva del-IMSS en 1965, quien al respecto dice..." La detección o sea el descubrimiento oportuno de enfermedades e invalidez en grupos de población aparentemente sana, a través de la búsqueda intencionada y sistematizada, es una de las actividades preventivas que más interés ha despertado recientemente.

Con frecuencia se confunde la detección con el diagnóstico, más la detección es una actividad preventiva en tanto que aquél pertenece al campo de la medicina curativa. La detección, cuyas características se han enunciado, se limita a separar la población sana de la sospechosa de patología; el diagnóstico ratifica o rectifica la -- sospecha, siendo así el complemento obligado y sistemático de la detección." * 6.

*6.- Ordoñez De la Mora Blanca Raquel, Dra. Maestra en Salud Pública "Algunos conceptos sobre medicina preventiva" HIGIENE Orga no de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Vol. XVII No. 6 - Nov. Dic. 1965, México. P.243.

Así, la medicina preventiva es un aspecto de la medicina en general, debe ser ejercida por el médico práctico junto con cada una de las ramas de la medicina curativa, que como ya se analizó, son inseparables e indivisibles.

3.3.- MEDICINA SOCIALIZADA

La medicina socializada cuya terminología se refiere a la cuestión administrativa, siendo una forma de distribución de los servicios médicos para que beneficien a toda la población. La socialización de la medicina implica servicios financiados por el Estado; médicos y personal sanitario trabajando bajo salario y a tiempo completo en los programas estatales, distribución libre de los beneficios médicos a toda la población sin discriminación de ninguna especie.

4.- LA SEGURIDAD SOCIAL

Frente a los factores ajenos al individuo y dependientes de la organización social que crean inseguridad en cuanto a la conservación o pérdida de la salud y de la capacidad de trabajo y subsistencia, surge de la sociedad la necesidad de crear un sistema amplio de protección como expresión de solidaridad e interdependencia comunal, que en el fondo significa reconocer el derecho a la seguridad. Este sistema es el de seguridad social.

En una sociedad en la cual el 80% de sus miembros depende, para vivir, sólo de su trabajo y de la demanda de trabajo que exista en el mercado liberal, resulta obvio que se produzca un sentimiento de inseguridad debido a las fluctuaciones del sistema. En realidad por descensos en la demanda de trabajo o por los riesgos biológicos y económicos que incapacitan al obrero para trabajar, no sólo se produce la inseguridad para subsistir sino se produce una real-

dificultad para obtener los requerimientos fisiológicos mínimos -- para el individuo y el grupo familiar.

El éxito en el desarrollo de los planes de protección de la salud- (saneamiento, control de las enfermedades infecciosas, medicina -- preventiva y social, etc.) y de los sistemas de seguro social, movimientos ambos iniciados a mediados del siglo pasado, indicó al pueblo el camino a seguir en la lucha por liberarse de los problemas sociales que crean inseguridad. Por esto, el desarrollo de la medicina social y de los seguros sociales, hasta llegar a la seguridad social, ha estado tan ligado a las luchas políticas del proletariado en todos los países de la tierra.

El problema social que crea la inseguridad es una síntesis de todos aquellos problemas que afloran cuando las necesidades de la -- mayoría de la población permanecen insatisfechas. Estas necesidades fisiológicas (alimentación, vestuario, vivienda y ambiente sano de vida y de trabajo), necesidades intelectuales (educación, -- recreación, etc.), necesidades psicológicas (respecto a la persona lidad humana), ellas y todos sus derivados son las que condicionan el nivel de vida de la población.

Frente a los riesgos y a la inseguridad biológica y económica que las organizaciones locales crean, se han desarrollado diferentes sistemas para contrarrestar esta situación:

a).- Medidas preventivas que tratan de evitar aquellos vi cios sociales y biológicos prevenibles. La prevención se desarrolló especialmente a través del ambiente físico de vida y como medi cina preventiva hasta llegar a constituir la prevención biológica-total que hoy se aplica mediante los planes de salubridad.

b).- La asistencia social, la antigua asistencia pública- de carácter caritativo, desarrollada ahora como una función colectiva destinada a asegurar la existencia económica de los indivi- duos, transitoria o establemente incapaces de procurársela, y a --

quienes no se exige cotización. Incluye además, situaciones no observadas o sólo parcialmente atendidas por otros sistemas de seguridad (casos que requieren tratamientos especiales, rehabilitación y readaptación técnica y psicológica, tratamiento de problemas de conducta social, etc.).

La asistencia social ha ido restringiendo sus funciones a medida que se han ido desarrollando los sistemas de seguridad social. En estas circunstancias sus funciones se relacionan cada vez más con los problemas creados por la ancianidad desvalida, por defectos físicos o mentales, por inadaptación psicológica, por emergencias o desastres sociales no previstos, etc.

c).- El desarrollo de la previsión social (ahorro forzoso) y de los seguros sociales contra enfermedad ha encontrado una mejor expresión en los actuales sistemas de seguridad social que los países civilizados están adoptando en una forma más o menos completa. Estos sistemas ofrecen a la población seguridad biológica y económica.

La seguridad social, debe entenderse como una rama de la política-económica que trata de abolir los estados de necesidad (riesgos biológicos y económicos), así como de producir una redistribución parcial más equitativa de la renta nacional entre las clases sociales. No intenta una distribución equitativa de los bienes de producción sino una redistribución de la renta nacional que al suprimir el estado de necesidad asegura el poder de consumo de la población. Cuando la emergencia se produce, el Estado ayuda al individuo mediante subsidios y beneficios biológicos a través de diversos métodos, principalmente mediante la previsión económica, la previsión biológica y la asistencia social (esta última para emergencias y casos particulares).

Se puede definir en forma específica a la seguridad social como el conjunto de medidas que resguardan la capacidad de los individuos para desarrollar normalmente su vida dentro de la comunidad (capacidad de trabajo y posibilidad de trabajo) y les aseguran los - - -

medios de subsistencia frente a los riesgos inevitables de la vida (embarazo, lactancia, enfermedad, invalidez, jubilaciones, cesantía en edad avanzada, viudez, horfandad, vejez).

Es necesario diferenciar los seguros sociales de la seguridad social. Los seguros sociales o previsión social incluyen aquellos -- sistemas de seguro obligatorio, totales o parciales, financiados -- por una contribución directa y mutua de las personas aseguradas -- (a la cual se le agrega la contribución del patrón y la del Estado) que pueden ser la población total o grupos específicos de la comunidad. El seguro social es un sistema económico que proporciona a la persona asegurada prevención y protección contra aquellos riesgos -- que pueden destruir la capacidad de trabajo o reducirla. Pero, indudablemente, el seguro social debe basarse en una capacidad normal -- de trabajo de la población, de otra manera se transforma en caridad improductiva. Dentro de la fórmula del seguro social, reciben los -- beneficios todos aquéllos que están calificados para ello, pero es -- tos beneficios no están directamente relacionados con las necesidades de cada individuo. Los beneficios están destinados a proporció -- nar una ayuda suficiente para las necesidades de la vida cuando se produce una emergencia. Debe notarse también que no hay equivalencia entre el valor real de los beneficios que recibe el trabajador y el monto de las contribuciones que él paga, así los asalariados -- con familia numerosa reciben una proporción mayor de beneficios, -- muy superior a sus imposiciones. También los beneficios quedan ga -- rantizados contra la inflación o fluctuaciones económicas, conser -- vando las prestaciones su valor de seguro en todo momento, por virtud del régimen de reparto y no de capitalización de una prima mo -- derada para hacer frente a gastos superiores a las cotizaciones.

Por su parte, la seguridad social es más amplia que los seguros so -- ciales, ya que al formar parte de la política social y económica -- del país usa a los seguros sociales, a la asistencia social y a -- otros mecanismos como medios para alcanzar sus fines. En el siste -- ma de seguridad social no hay contribución directa de la población y los fondos provienen del presupuesto nacional (contribución indirecta a través de impuestos) y se incluye en los beneficios a toda

la población. La seguridad social es el continente y el seguro social un elemento del contenido. La seguridad social es una terapéutica sintomática pero no etiológica, sin embargo, constituye un adelanto notable en los planes médico-sociales para lograr una adecuada protección de la salud, elevando el nivel de vida de la población. En todo caso, significa una redistribución de los gastos y de la riqueza como ayuda y de ninguna manera una solución a los problemas que aquejan a la población, por virtud de los beneficios limitados alcanzados a la fecha.

4.1.- INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD PUBLICA.

No se pretende hacer la historia de la seguridad social en México, pero necesario es presentar indicadores directos respecto a estas instituciones, de manera que se abarque un lapso suficiente amplio, para tener una visión dinámica de los mismos; así como las ideas que han orientado las acciones para la salud, incluyendo algunos acontecimientos dentro del contexto histórico, con el fin de facilitar el reconocimiento de las tendencias y las causas de los fenómenos que dichos indicadores sugieren.

Para esos efectos, a continuación se inserta una reseña tomada de HIGIENE de 1974 * 7.

"Es evidente la repercusión en el país de los cambios experimentales en el mundo durante el siglo pasado y principios del presente, tanto en el campo de las ciencias como en el filosófico, económico, social y político."

*7.- Campillo Sainz Carlos.- Alvarez Tostado Juan.- González Carbajal Eleuterio.- "La Situación de la Salud en el País y sus Tendencias". Revista Higiene. Vol. 24 Julio-Diciembre Nos. 4, 5 y 6. 1974. México. P.P. 225-231.

En la atención médica colectiva, la caridad de los particulares -- fue substituída por la beneficencia como función administrativa -- del gobierno en provecho del pueblo. Esto marcó el inicio del reconocimiento de que la salud no es patrimonio de una clase privilegiada, sino derecho de todos y, por lo mismo, es obligación del -- Estado cuidar de su mejoramiento, conservación y restauración.

La medicina preventiva de principios de siglo fue producto de las -- normas de la Constitución de 1857, del funcionamiento del Consejo -- Superior de Salubridad y de la Dirección de Beneficencia Pública, así como de la aplicación del primer Código Sanitario Mexicano.

Los establecimientos para la atención médica carecían de lo indis-- pensable para brindar servicios acordes con los adelantos de la -- ciencia.

En el presente siglo se inició la modernización de algunos estable-- cimientos y la fundación de importantes institutos médicos oficia-- les y privados; escuelas para sordomudos en las ciudades de México y Zacatecas, la Escuela para Ciegos, el Hospital de la Beneficen-- cia Española, el Hospital Americano, el Hospital Francés, el Hospi-- tal Colonia, el Hospital General de la Ciudad de México, el Hospi-- tal General O'Horan y el Asilo para Enfermos Mentales en Yucatán, el Hospital General de Puebla, el Consultorio Nacional de Enseñan-- za Dental, el Hospital de Inválidos, el Manicomio de la Castañeda-- y el Hospital Inglés.

Se dió principio además al registro permanente y oficial de infor-- mación estadística, especialmente la relativa a padecimientos -- transmisibles.

Cuando comienzan a afirmarse los gobiernos revolucionarios con la -- Constitución de 1917, se consolida el reconocimiento oficial del -- derecho a la salud; se acepta que ésta no depende exclusivamente de acciones médicas, sino que es resultado del mejoramiento de facto-- res sociales que determinan el nivel de vida. Se menciona que la -- suprema riqueza del hombre es su salud.

Se creó el Departamento de Salubridad Pública y se reestructuró el Consejo de Salubridad a partir de 1917.

Acontecieron, enseguida, múltiples hechos derivados de este modo de pensar; se realizó el primer Congreso Mexicano del Niño en 1921. En ese mismo año se abrieron al público dispensarios antivienéreos, se intensificó la campaña antipalúdica, la campaña contra la fiebre amarilla y la desratización en puertos y ciudades fronterizas. Se fundó el primer Centro de Higiene Infantil en la Ciudad de México.

Se concedió mayor interés a las medidas preventivas y a la cooperación de la comunidad para la realización de los planes de salud. En 1922, se fundó la Escuela de Salubridad con el fin de mejorar la preparación técnica del personal y se celebró la primera Convención Sanitaria Nacional.

El Estado continuó vigorizando su función social de atención médica y durante 1924, el General Alvaro Obregón, inició una profunda reforma en la organización de la Beneficencia Pública.

De igual manera se refuerzan las acciones sanitarias y con motivo de combatir un brote de viruela, en el Estado de Veracruz, el Presidente Plutarco Elías Calles, expide un decreto que hace obligatoria la vacunación y revacunación contra la viruela para todos los habitantes del país. Estas experiencias hicieron sentir la necesidad de mejorar y centralizar ciertas actividades por lo que se federalizan las campañas antituberculosa, antivienérea, antirrábica, antiamarfílica y otras. En 1925, por acuerdo presidencial se organizan los servicios sanitarios de carácter federal y se nombran los delegados en los estados, puertos y poblaciones fronterizas.

En 1926, se reformó el Código Sanitario para prever el establecimiento de contratos de coordinación entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los estados.

En 1929, se crearon el Servicio de Higiene Infantil y los centros-

de la "Gota de Leche" que distribuían desayunos para niños.

En la década 1930-1940 se inicia un gran movimiento para la salud en todos los órdenes, con énfasis en las zonas rurales.

Como resultado del Primer Congreso de Higiene Rural, se crearon los Servicios Ejidales Cooperativos y consecuentemente, se inició el -- servicio social de los estudiantes de medicina.

Respecto al desarrollo de la protección a la salud del trabajador, en 1931 se promulgó la Ley Federal del Trabajo, que dió lugar en 1934 al Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes del Trabajo y el Reglamento de Higiene del Trabajo, cuyos antecedentes inmediatos se encuentran en el artículo 123 de la Constitución de 1917.

El Código Sanitario de 1924 incorpora la tésis de que la manifestación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios en la República son de interés público.

En 1937, se creó el Departamento de Asistencia Social Infantil, -- mismo que se abroga en ese mismo año cuando el General Lázaro Cárdenas, crea la Secretaría de Asistencia Pública, con base en la -- obligación reconocida por el Estado de suministrar ayuda a los débiles sociales, además se inició la construcción de una gran red de servicios hospitalarios integrada por 116 nosocomios en la República.

En 1938 se promulgó el Estatuto Jurídico de los Trabajadores al -- Servicio de los Poderes de la Unión, mediante el cual los trabajadores del Estado, quedaron amparados por las leyes laborales del país.

Con Lázaro Cárdenas se fortaleció el nuevo concepto de asistencia que deja atrás las ideas de caridad y dádiva que impregnaban a los servicios médicos y que hasta entonces habían predominado.

Se vigorizó el principio de que la salud además de ser un derecho-

es también un deber de todos, con lo que se introdujo el concepto de participación de la comunidad en las tareas de salud. La creación de comités nacionales, como el de lucha contra la tuberculosis, y más tarde de instituciones de seguridad social, son ejemplos de esta participación directa de la colectividad.

Durante el período de 1940-1950 continuaron las realizaciones iniciadas en el decenio anterior, coordinación de servicios gubernamentales, participación de la comunidad y ampliación de la red hospitalaria.

En 1941 se inició el plan tendiente a establecer un sistema hospitalario para todo el país, que se define dos años más tarde en el Primer Congreso Nacional de Asistencia.

El 14 de Enero de 1943, se inauguró el Instituto Nacional de Nutriología, con el propósito de estudiar la alimentación mexicana en todos sus aspectos.

El 19 de Enero de 1943, se promulgó la Ley del Seguro Social, su carácter obligatorio y el constituir un servicio público que conserva su personalidad jurídica propia, causan expectación. Los riesgos que ampara, son los derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, dolencias no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada. Para cumplir con lo anterior, se creó el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, organismo descentralizado, que sirve a la población asalariada y a sus económicamente dependientes; con un régimen autónomo y contributivo de administración tripartita.

En Octubre de 1943, se creó la SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, al fusionar la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.

Durante ese mismo año, se inauguró el Hospital del Niño, primero en su género en México y ha sido centro importante en la prevención, curación rehabilitación e investigación de los padecimientos

infantiles y en la preparación de médicos especialistas en la materia.

En 1944, se inauguró el Instituto Nacional de Cardiología, para hacer frente a los padecimientos cardiovasculares cuya incidencia aumenta cada vez más. El Instituto por la calidad de su trabajo, pronto adquirió fama y prestigio dentro y fuera del país.

En 1947 se fundó la Asociación Pro-Nutricional Infantil y el Servicio de Desayunos Escolares.

El decenio 1950-1960 se caracterizó por el impulso a la atención de la salud rural, la ampliación de la red de servicios sanitarios asistenciales y el señalamiento de metas más ambiciosas en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Se creó en 1953 el Programa de Bienestar Social Rural, que buscaba el desarrollo de la comunidad como elemento determinante de su salud. Se inició la construcción del Centro Médico Nacional y de una importante red de servicios sanitarios asistenciales en la República, así como algunos programas de lucha contra enfermedades transmisibles; se erradicó la viruela, y se inició con el mismo fin la lucha contra el tifo y el paludismo.

Otra acción trascendente tuvo lugar en 1959, la creación del ISSSTE.

El decenio 1960-1970 se destacó por el interés puesto en lograr la coordinación de los sistemas de salud existentes, dependientes de organismos gubernamentales diversos, para evitar duplicidad innecesaria de acciones, aprovechar mejor los recursos disponibles y planear conjuntamente sus actividades.

Con este fin se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades en Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social, formada por altas autoridades de las tres instituciones más importantes del país en el campo de la salud; la S.S.A., el IMSS y el ISSSTE.

En el séptimo decenio, los intentos de integrar los esfuerzos de las diversas instituciones continuaron cada vez más vigorosos. En 1973, se realizó la Primera Convención Nacional de Salud, con la participación del Sector Público, del Sector Privado, del cuerpo de profesionales de la medicina y la población en general. Su finalidad fué hacer la revisión, de problemas, recursos, políticas, metas, y estrategias del SECTOR SALUD que condujeran a la elaboración de un Plan Nacional de Salud basado en los planes estatales, municipales y locales. En ese mismo año, entra en vigor el nuevo Código Sanitario que deroga al anterior y adquiere el carácter de Federal. Cabe mencionar que este ordenamiento ha sido elaborado científicamente y acorde a los avances tecnológicos y científicos; abre nuevos cauces a una más adecuada reglamentación en materia de salud pública y sirve de base a la legislación vigente, como la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud, etc.

Con la base en las recomendaciones de la citada Convención, se procedió a formular el Plan Nacional de Salud, que es la definición explícita de propósitos y la aceptación de un Plan Coordinado de Acciones de salud para el decenio 1974-1983 y persigue en esencia, el funcionamiento por coordinación de un Sistema Nacional de Salud, en el que participen todas las instituciones uniformando aspectos básicos, sin perder autonomía y obligaciones legales.

En efecto, en la séptima década, se efectuaron diversas reformas a la Constitución General de la República, así como de distintas leyes y disposiciones administrativas en materia de salud y seguridad social. Así el 6 de julio de 1971 se reformó el artículo 73 fracción XVI párrafo IV, en relación a la prevención y combate de la contaminación ambiental, facultando al Consejo de Salubridad General para dictar las medidas conducentes y cuyas disposiciones generales serán obligatorias en todo el país; la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental, publicada el 23 de marzo de 1971, así como los respectivos reglamentos de esta ley; el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 13 de marzo de 1973 en vigor desde el 13 de abril del mismo año, hasta el 30 de junio de

1984, así como las disposiciones reglamentarias de este ordenamiento legal. El acuerdo por el que se crea en la SSA la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente (D.O. 29. de enero de 1972).

El artículo 123 Constitucional apartado A Fracción XII, cuya reforma de 14 de febrero de 1972, establece un régimen obligatorio para toda empresa agrícola, industrial, minera o de cualquier otra clase de trabajo, debe proporcionar a sus trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas, mediante las aportaciones que éstas hagan al Fondo Nacional de la Vivienda, a fin de constituir depósitos en favor de sus trabajadores; la expedición de la Ley de ese fondo y el establecimiento de un sistema de financiamiento que permita otorgar a los trabajadores créditos baratos y suficientes, para que adquieran en propiedad tales habitaciones, este sistema será tripartita, -ésto es, que la ley prevé la creación del Fondo Nacional de la vivienda integrado por representantes del gobierno federal, de los trabajadores y de los patrones.

La reforma constitucional del artículo 123 apartado B, fracción XI inciso f, publicada el 24 de diciembre de 1972 por medio de la cual se previene el establecimiento del Fondo Nacional de la Vivienda de los trabajadores del Estado (FOVISSSTE), para los efectos de -- proporcionar a éstos habitaciones baratas, en arrendamiento o venta, conforme a los programas respectivos y de acuerdo a las aportaciones que el Estado efectuó a dicho fondo, así como el establecimiento de un sistema de lineamientos que permita otorgar créditos suficientes y baratos para la adquisición en propiedad de habitaciones cómodas e higiénicas para estos servidores públicos. Otra reforma al artículo 123 apartado A fracción XVI de 31 de diciembre de 1972, en la que se contiene los preceptos legales sobre seguridad e higiene en el trabajo. Cabe mencionar que la fracción XXIX de dicho apartado del numeral que se comenta, establece el fundamento legal de una nueva ley del Seguro Social, misma que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 10. de abril de 1977, instrumento jurídico que permitió ampliar el régimen de seguridad social a los trabajadores.

Por lo que respecta al desarrollo de la protección a la salud y a la seguridad social, en un somero análisis del período de 1976 a 1982, resulta que la prestación de los servicios médicos se incrementó en un 40% en relación al período anterior, sólo el 60% de los mexicanos tenían acceso a esos servicios, mientras que hoy día se cubre el 85%. Es significativo que la reforma administrativa -- trae consigo la expedición de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que entra en vigor el 1.º de enero de 1977, y en su artículo 39 determina el ámbito de competencia de la SSA y abroga la ley de Secretarías y Departamentos de Estado de 23 de diciembre de 1958.

En este período la medicina preventiva desempeñó un importante papel en la lucha contra las enfermedades infecciosas a desarrollarse en áreas rurales como en las zonas marginadas a través de los centros comunitarios de salud; se crea el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que orienta sus esfuerzos -- prioritariamente hacia las zonas deprimidas rurales y urbanas, y -- atiende demandas de salud, alimentación, educación y vivienda entre otras; se pone en práctica el Programa Nacional de Planificación Familiar, para reducir la tasa de crecimiento de la población; el Programa Nacional de Alimentación Familiar y la creación de la Cartilla Nacional de Vacunación, con lo que se logra ciertos beneficios en pro de la niñez; la creación de la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), -- que si bien es cierto fue un organismo creado para servir de enlace interinstitucional con cuantioso presupuesto con el objeto de beneficiar a las clases marginadas del país, en asistencia médica, y -- que resultó un extraordinario dispendio de recursos humanos y financieros, precisamente por los errores administrativos detectados, dá a conocer en forma general las carencias en materia de prestación -- de servicios en salud y hace inaplazable la reestructuración del -- sector salud.

En este contexto, se ha desarrollado en la esfera administrativa un mecanismo de coordinación de acciones entre el Ejecutivo Federal y los Ejecutivos de las Entidades Federativas para asuntos de interés

común y de facultades concurrentes para la prestación de servicios públicos, elaboración de programas, ejecución y evaluación de los mismos en el marco del Plan Global de Desarrollo 1980-1982, mediante el Convenio Unico de Coordinación como instrumento jurídico que fortalece el Federalismo.

Desde el inicio de la campaña presidencial del actual régimen se efectuó una amplia participación de la sociedad en los Foros de Consulta Popular, de tal forma que la reunión de consulta popular sobre salud y seguridad social tuvo como antecedentes 18 reuniones preparatorias con la participación de más de 170 destacados ponentes, celebradas en la Ciudad de México, a excepción de la V y XIV que se verificaron en Colima y en Mérida respectivamente, abarcando el período del 8 de febrero al 26 de marzo de 1982.

El resultado de esta participación de la sociedad en los Foros de Consulta Popular fue la elaboración de diagnósticos, tratamientos y perspectivas de los principales problemas del país, cuyo producto principal es el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 que incorpora las orientaciones políticas, estrategias y líneas de acción para ordenar las decisiones del Estado. En lo relativo al sector salud se logran significativos avances en el marco de las principales tesis que sustenta el Plan Sexenal, a través de los siguientes propósitos: tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud garantizando un mínimo razonable de calidad de esos servicios para todos los habitantes del país; mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados, y con especial preocupación por los grupos más vulnerables; contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país y; promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos.

La Constitución General de la República en su artículo 4o. se refiere a cuestiones de salud, fundamentalmente porque tiende a preservar el desarrollo de la familia y señala el deber de los proge

nitores a preservar el derecho que tienen los menores para atender sus necesidades y su salud tanto física como mental. El párrafo --tercero de este numeral, por iniciativa presidencial, enriquece -- el conjunto de prerrogativas individuales de esencia social, reconoce a toda persona el derecho a la protección a la salud, que deberá hacerse efectivo a través de servicios públicos de salud, que estarán a cargo de las instituciones respectivas de la federación y de las entidades federativas. Este reconocimiento del derecho a la protección a la salud, consagrado en la constitución fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983. El artículo 4o. Constitucional, así adicionado se constituye indudablemente en la medida que tiende a la protección de la parte más sensible de la sociedad, la familia, la niñez y los beneficios fundamentales de salud para hacer la vida digna de los hombres con un verdadero catálogo trascendente de los mínimos de bienestar elevados a la máxima jerarquía jurídica.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo postula la creación de un Sistema de Planeación Democrática, mismo que se integra conforme a la Ley de Planeación, publicada el 3 de enero de 1983. En el marco de este sistema se establece la descentralización de los servicios de salud mediante Decreto publicado el 30 de agosto de 1983, mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA.

El 13 de octubre de 1983; se publica el nuevo Reglamento Interior de la SSA; el 17 de octubre del mismo año se publica el acuerdo -- por el que se crea la Comisión Nacional de Alimentación como un -- órgano de coordinación y definición de políticas, estrategias y -- acciones en materia de alimentación y nutrición; el 19 de octubre del mismo año, el acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud; el 27 de enero de 1984 se publica el Decreto por el que se reforma, adiciona y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Protección al Ambiente.

* Este reglamento es abrogado por el diverso publicado el 25 de junio de 1984.

Con fecha 7 de febrero de 1984, se publica en el Diario Oficial de la Federación de la Ley General de Salud en vigor a partir del día 10. de julio del mismo año y deroga el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 26 de febrero de 1973, publicado el 13 de marzo de ese año. Por otra parte, el 8 de marzo de 1984 se publicó el Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos estatales los servicios de salud que presta la SSA en los estados y -- los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado "IMSS-COPLAMAR" , proporciona el IMSS.

La doctrina jurídica mexicana en el campo de la salud es fértil y ambiciosa, no se limita al ámbito de lo biológico, ni se constriñe al interés material, persigue la salud como fuente generadora de bienestar colectivo y satisfacción íntima; se apoya en la realidad; evita la importación irracional de modelos extranjeros y busca la solución de los problemas autóctonos con la experiencia y la imaginación propias, reconoce asimismo que la salud de un individuo depende de la salud colectiva y que su cuidado es obligación conjunta de pueblo y gobierno.

En esta reseña presentada, se concluye que fundamentalmente en México la atención médica se ofrece y opera mediante tres sistemas básicos: el de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el de las Instituciones de Seguridad Social, representadas básicamente por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y el del sector privado que no es propiamente un sistema y está constituido por unidades en las que se ejerce la medicina por individuos o grupos.

Las tres formas de prestación de servicios para la salud que se señalan responden a postulados diferentes: el de la S.S.A. ajustado como ya se había indicado, al principio igualitario y sin discriminación de ninguna especie, de que la salud es un derecho de todos los mexicanos y el gobierno es el responsable de proporcionar servicios para fomentar, conservar y recuperar la salud. En segundo término, el de las instituciones de seguridad social basado en el

derecho gremial a la prestación de diversos servicios, entre ellos los de salud, mediante distintas fórmulas de financiamiento y, finalmente, el del ejercicio privado de la medicina apoyado en leyes de libre oferta y demanda, pero siempre bajo la vigilancia de la S.S.A.

5.- EL HOMBRE COMO OBJETIVO DE LA MEDICINA SOCIAL Y EL DERECHO

Considerando a la medicina como una ciencia biológica y social, lo que se ha denominado como medicina social, no es una especialidad nueva ni separada; es simplemente una actitud de la medicina que, asimilándose a la medicina en todos sus aspectos coloca el mayor énfasis en el hombre, considerándolo como un ser social y en sus interdependencias con el grupo social y las del medio ambiente total. Concretamente se considera la influencia de los factores sociales sobre la salud del individuo y de la población y la repercusión de la enfermedad en la sociedad, buscando soluciones a los problemas médico-sociales del individuo y de la comunidad. La medicina se basa en la epidemiología y actúa a través de la organización médico social, podría incluso llamarse biología social o sociología-médica.

Lo social no puede separarse en la práctica de cada uno de los diversos aspectos y especializaciones de la medicina, ésta por función es social, lo ha sido siempre y nunca podrá concebirse una medicina NO SOCIAL.

Por lo que se refiere a la ciencia del Derecho, tampoco podrá negarse que es un fenómeno social. El hombre es un zoon-politico, un ser que forzosamente se relaciona con otros hombres y esas relaciones y conductas interpersonales tienen repercusión en el interés social y son reglamentadas por un orden jurídico.

"El individuo, sea que obre en interés propio o como miembro de la sociedad y en interés común, no puede dejar de considerarsele

como miembro de una colectividad, sus relaciones jurídicas deben reglamentarse armónicamente y el Derecho de ninguna manera puede prescindir de su fase social".* 8.

Se ha expresado que sólo el derecho laboral es el derecho social, porque regula las relaciones obrero-patronales, y que fue conquista de una lucha social y fundamentalmente protege los intereses de la clase obrera, la desposeída, frente a los poderosos, los cuales tienen la riqueza y los medios de producción y que los otros, sólo la fuerza de su trabajo; empero, se afirma que el Derecho en todas sus ramas y no sólo la laboral, es social porque su objetivo primordial es la regulación de la conducta de los hombres como elementos integrantes de la sociedad sin perder de vista el interés colectivo.

El Derecho no debe constituir un privilegio o un medio de dominación de una clase social frente a otra, por lo tanto, su regulación es general, previendo que el hombre es el elemento social, sin olvidar el interés social.

Es indiscutible que en un Estado de Derecho es incongruente suponer rupturas desvinculadas del marco jurídico y los intereses de los grupos sociales mayoritarios, en tanto no se demuestre su incompatibilidad absoluta con el bienestar general del país, éstos es, el interés público.

5.1.- ASPECTOS ECOLOGICOS, ANTROPOLOGICOS Y SOCIALES

El hombre es parte de la naturaleza (ecosistema) y por lo tanto no puede hablarse del hombre y de la naturaleza separadamente. A pesar de que se habla de ecología humana, en realidad la ecología es el estudio de la estructura y función de la naturaleza, incluye todos los ecosistemas (complejos ecológicos). El hombre pertenece a-

* 8.- Exposición de motivos del Código Civil para el Distrito y Territorios Federales" XXVII Edición Editorial Porrúa S.A. -- 1970. México. P.8.

un ecosistema y constituye tan sólo una parte de un extenso sistema de interdependencias dinámicas y de ecosistemas: la biosfera. Así se observa que ecología es el estudio de las interrelaciones entre los organismos vivos o grupos de organismos y el ambiente en que viven. Los problemas centrales de la ecología son la variación y la adaptación de los organismos vivos frente al ambiente. El ecosistema del hombre difiere al de otras formas de vida, principalmente por la cultura y las modificaciones que introduce en el medio ambiente al evolucionar y desarrollar formas peculiares de vida social, ésto es, la creación de un ambiente socio-cultural.

Muchos de los males del hombre moderno sobrevienen de su incapacidad de adaptación a las variaciones del ambiente socio-cultural, los estados de salud y enfermedad están condicionados por el ambiente de vida y por la cultura del grupo.

Por lo que se refiere a la Antropología, ésta ofrece a las ciencias médicas y sociales el entendimiento de la naturaleza humana y de las fuerzas que operan en la sociedad; el conocimiento de la población en estudio y algunas técnicas o métodos específicos para facilitar soluciones a problemas concretos frente a la salud y enfermedad; estudia al hombre como ser biológico y como ser cultural, (lo que es y lo que hace), investiga su realidad desde el punto de vista de las ciencias naturales y de las humanistas y sociales. Así se concluye que tanto la Medicina como el Derecho no pueden dejar de ser un estudio antropológico y social.

6.- PATOLOGIA SOCIAL

Este importante renglón por razones de presentación analítica se trató enunciativamente, así tendremos una clara visión mediante un esquema que sintetiza su estudio.

El tema se relaciona al estudio epidemiológico y estadístico de la morbilidad, (o sea la frecuencia de la enfermedad) y la mortandad en los grupos sociales y en poblaciones enteras, analizando los factores condicionantes de la salud y la enfermedad.*9.

Los factores sociales que condicionan este estudio son principalmente los que se señalan en el siguiente cuadro sinóptico:

CUADRO No. 1

FACTORES SOCIALES CONDICIONANTES			
A.- FACTORES PRESENTES EN EL GRUPO BIOLÓGICO SOCIAL.	B.- FACTORES DEPENDIENTES DE LA ACTIVIDAD DEL GRUPO.	C.- FACTORES EN EL AMBIENTE EXTERNO DEL GRUPO.	D.- FACTORES DEPENDIENTES DE LA ORGANIZACIÓN SOCIAL
<p>1.- CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DEL GRUPO.</p> <p>SUSCEPTIBILIDAD RACIAL Y DE GRUPO.</p> <p>FACTORES GENÉTICOS ADVERSOS QUE TIENDEN A DESARROLLAR ANOMALÍAS FÍSICAS O MENTALES.</p> <p>FACTORES CONGENITOS TRANSMITIDOS DE MADRE A HIJO.</p> <p>2.- CARACTERÍSTICAS CULTURALES. COSTUMBRES RACIALES O DE GRUPOS RELIGIOSOS U OTROS - HABITOS ALIMENTARIOS LIMITACIONES EDUCACIONALES.</p> <p>BARRERAS DEL IDIOMA.</p> <p>TAMAÑO, NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA, - TRADICIONES CONDICION SOCIAL DE LOS DOS SEXOS Y DE LOS DIFERENTES - GRUPOS DE EDADES.</p> <p>IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR EN EL GRUPO.</p>	<p>1.- PROFESION U OCUPACION.</p> <p>2.- SALARIO O RENTA.</p> <p>3.- HABITOS DE REPOSO RECREACION Y POSIBILIDAD DE REALIZARLOS.</p> <p>4.- HABITOS DOMESTICOS</p>	<p>1.- GEOLOGIA Y CLIMA.</p> <p>SEVERIDAD DEL INVIERNO Y DEL VERANO.</p> <p>HUMEDAD RELATIVA.</p> <p>LLUVIAS Y DISPONIBILIDAD DE AGUAS.</p> <p>CONTENIDO MINERAL DEL SUELO.</p> <p>GRADO DE AISLAMIENTO DE LOS GRUPOS.</p> <p>2.- AMBIENTE FISICO GENERAL CONTAMINACION ATMOSFERICA DEL SUELO Y DEL AGUA.</p> <p>CANTIDAD DE LA TIERRA ARABLE EN RELACION A LA DISPONIBLE.</p> <p>3.- AMBIENTE DOMESTICO.</p> <p>HACINAMIENTO EN LA VIVIENDA DISPONIBILIDAD DE AGUA Y SERVICIOS HIGIENICOS ILUMINACION Y VENTILACION.</p>	<p>1.- DISTRIBUCION EQUITATIVA DE LA RIQUEZA NACIONAL Y DE LOS MEDIOS DE PRODUCCION Y TRABAJO.</p> <p>2.- COSTO DE LA VIDA.</p> <p>3.- EXISTENCIA DE GPOS. ECONOMICOS Y CULTURALES EXTREMOS - QUE DIFICULTAN LA ADAPTACION SOCIAL DEL INDIVIDUO Y DE LOS GRUPOS.</p>

* 9.-EL CUADRO SINOPTICO HA SIDO ELABORADO CON DATOS OBTENIDOS DEL DOCTOR EMILIO CRUZ AUBRY EN UNA CONFERENCIA DICTADA SOBRE EL TEMA EN LA PAZ BAJA CALIFORNIA EN 1966 Y DEL AUTOR HERNAN SAN MARTIN OPUS CIT. P.P. 23-25 QUE AL COINCIDIR EN LO ESENCIAL, NOS INCLINAMOS A ESTA PRESENTACION.

6.1. LA ENFERMEDAD SOCIAL .

Todas las enfermedades son fenómenos biológicos y sociales por -- cuanto afectan al individuo y al grupo. La enfermedad adquiere mayor o menor importancia social, en la medida en que se relaciona, en sus orígenes y en sus consecuencias, con los factores ambientales y sociales.

El cuadro sinóptico presentado, tiene relación estricta con los -- elementos que constituyen el tratamiento de la enfermedad social, ya que el campo de estudio elimina los factores predisponentes, -- productores o mantenedores de la enfermedad en la comunidad. En la medida que se carezca de medios para combatir esos factores, la enfermedad se agravará.

El campo de acción comunal organizada contempla entre otros: las -- determinantes de la morbilidad y la distribución de esa frecuencia con la mortandad y si ésta es selectiva por sexo y edades o no; -- también la cronicidad de la enfermedad y el tiempo requerido para el tratamiento y rehabilitación; sus repercusiones económicas o -- sea los gastos de tratamiento y rehabilitación, ausentismo del trabajo, reducción de producción, baja del poder consumidor; asimismo, el tipo y grado de incapacidad sufrida, si es producida en los órganos de los sentidos o en el sistema locomotriz, accidentes de -- trabajo, enfermedades profesionales o mentales. Incluye el análisis de las posibilidades que tiene la enfermedad para extenderse -- en la población; el grado de contagio de las enfermedades infecciosas, las deficiencias nutritivas; los factores genéticos que pueden tener repercusión en la descendencia; por último, las expectativas de años de vida promedio y actos antisociales como el alcoholismo, prostitución, etc.

La forma como el Estado legisla en materia de salud y ha provisto los servicios médicos necesarios para una acción colectiva, es un -- factor que puede agravar o disminuir la significación social de la enfermedad. La eficiencia y suficiencia de las leyes sanitarias, -

de las de previsión social, de asistencia médica y seguridad social determinan, en última instancia, la gravedad de los problemas de salud de la población.

7.- NIVELES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES

El nivel de salud de un individuo es posible medirlo directamente de acuerdo con la definición de salud ya expresada. El problema difícil de determinar el nivel de salud de la población.

En sentido estricto, la salud de las comunidades debería medirse en relación al número de personas que viven una vida sana o normal desde el punto de vista físico, mental y social, que trabajan con utilidad para la sociedad y que son capaces de procrear hijos sanos.

El problema de la medición directa del nivel de salud de la población no está resuelto. Las dificultades son el número extenso de exámenes a realizar y su extrema variabilidad a pesar de los procedimientos actuales, como el uso de estadísticas demográficas, el método epidemiológico y el análisis estadístico de los datos obtenidos en las observaciones clínicas o en las epidemiológicas.

Por ésto, generalmente el nivel de salud de las comunidades y de la población se expresa a través de índices indirectos: tasas de morbilidad y mortandad, estado de nutrición, desarrollo físico, expectativas de vida y por la valoración de la eficiencia y suficiencia de los programas de salud o bien la calidad sanitaria del ambiente en que vive la población. No obstante, no se dispone aún de indicadores precisos y satisfactorios del estado de salud definido como el bienestar físico, mental y social de individuo y de la colectividad. Una herramienta indispensable mas no siempre eficaz lo constituye las estadísticas para la detección de morbilidad y mortandad, por la inseguridad de los datos que proporcionan pero que determinan puntos de apoyo, dependiendo del método empleado y de sus fuentes de información.

8.- LA HIGIENE EN GENERAL

La higiene es el conjunto de normas de vida sana que asegura al individuo el ejercicio pleno de todas sus funciones.

Tomando en consideración que la salud no es un estado obvio o inevitable; ésta debe ser protegida y cultivada.

Quedó analizado al hablar de la medicina preventiva, que ésta incluye todas las técnicas médicas para prevenir la enfermedad y fomentar la salud aplicadas al individuo como unidad y a grandes masas de población; ahora corresponde hablar de la EDUCACION, que es uno de los pilares de la prevención; no es una técnica médica, pero es usada eficazmente para los fines de la medicina preventiva y ha sido incorporada como indispensable y propia a través de la llamada EDUCACION SANITARIA. Así la educación del individuo y de la familia en los métodos para mantener y fomentar la salud y para prevenir la enfermedad significa: enseñanza de la HIGIENE PERSONAL, considerada ésta para creación de buenos hábitos, modificación de conductas que van en detrimento de la salud, educación sexual, higiene del vestuario y exámenes de salud.

Tomando como punto de partida el que hay enfermedades fácilmente prevenibles mediante la educación higiénica, en el Plan Nacional de Salud para el decenio 1974-1983 se incluyó entre otros puntos los de incrementar las acciones educativas populares en favor de la salud individual y colectiva; continuar en ritmo creciente los programas de higiene, saneamiento y mejoramiento del ambiente; reducir el número de accidentes que afectan la salud y distorsionan la vida del individuo y la colectividad; así como la formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos para la salud; también la promoción del deporte y la recreación para que sean actividades cotidianas que contribuyan a la conservación y mejoría de la salud física y mental. Estos conceptos de educación higiénica han sido retomados por el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, mismo que prevé la formulación del Sistema Nacional de Salud en el marco del Sistema Nacional de Planeación Democrática.

Para el logro de esos objetivos y su acción programática se utilizan todos los medios masivos de comunicación, como: radio, televisión, cine, prensa; que en este renglón adquieren interés público.

Consecuentemente, mediante la educación higiénica se pueden evitar en gran parte: trastornos de nutrición, las intoxicaciones voluntarias, las enfermedades profesionales, los accidentes, las complicaciones del embarazo, las enfermedades del lactante y del desarrollo del niño, gran parte de las enfermedades dentales con sus consiguientes repercusiones en otras de mayor peligro; las alérgicas, ciertos tipos de cáncer, ciertas formas de enfermedades cardiovasculares y del sistema nervioso, aún algunos trastornos hereditarios, la tuberculosis, etc. se corrobora la opinión de que mediante la Educación Higiénica y la práctica de la higiene individual y familiar de la población se coadyuva al bien común deseado, que es el mejoramiento de la salud, reducir las tasas de morbilidad y mortandad y obtener mejores perspectivas de vida media en plenitud de facultades físicas y mentales.

C A P I T U L O I I

"DIVERSOS ASPECTOS DE LA MORBILIDAD Y MORTANDAD EN MEXICO"

- 1.- PRENATAL.
- 2.- MATERNO INFANTIL.
- 3.- EN EL LACTANTE.
- 4.- EN EL ADOLESCENTE.
- 5.- EN EL ADULTO.
- 6.- EN LA SENECTUD Y LA SENILIDAD 6.1. GERONTOLOGIA Y GERIATRIA.
- 7.- EN LA ALIMENTACION Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.
- 8.- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 8.1. LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MEXICO 8.2. LAS ENDEMIAS Y LAS EPIDEMIAS.
- 9.- LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 9.1. LAS ENFERMEDADES MENTALES 9.2 LAS TOXICOMANIAS 9.3 LOS ACCIDENTES 9.4 EL TRABAJO Y LA SALUD.

C A P I T U L O I I

" DIVERSOS ASPECTOS DE LA MORBILIDAD Y MORTANDAD EN MEXICO "

1.- P R E N A T A L

"La vida del hombre es la historia de la concepción, embarazo, nacimiento y desarrollo, felicidad y desgracia, salud y enfermedad, y finalmente, la muerte.

Recibimos un legado de nuestros progenitores, y lo acrecentamos - con los elementos y las experiencias que nos entrega el ambiente - en que vivimos.

Sobre tal telón de fondo se desarrolla el drama de la salud y la enfermedad." *10

El fomento de la salud del individuo comienza desde el momento de la fecundación, porque en ese instante empieza la vida a desarrollarse. Hay diferencias individuales debidas a la herencia contenidas en el material genético que formará al nuevo ser, y pueden ocurrir accidentes cromosómicos que son los primeros peligros a que se enfrenta. Posteriormente, la salud del feto es influida por la de la madre; así que hay interdependencia estrecha entre ambos y el ambiente socio-económico-cultural que los rodea, el cual es generador de problemas del binomio madre-niño y no se pueden separar ni dejar de considerarse fundamentalmente problemas sociales.

La legislación civil vigente prevé aspectos importantes para evitar en lo posible causas directas e indirectas de morbilidad y mortandad materno-infantil por cuanto a reacción de accidentes de división cromosómica y la procreación de hijos con afecciones dege-

*10.- San Martín Hernán.- OPUS-cit. Initium

nerativas de la especie. (Síndromes de Down, de Turner o de Klinefelter *11. Al regular en los artículos 97 Fracción II en relación con el 148 Fracción I y el 98 Fracciones I y IV que las personas que pretendan contraer matrimonio, deberán presentar al oficial del Registro Civil la solicitud que no tenga impedimento legal para casarse, o sea comprobar su edad que debe ser apta para la concepción (en el hombre 16 y en la mujer 14 años), también acompañarán un certificado suscrito por médico titulado para probar que no padecen la sífilis, tuberculosis, ni enfermedad alguna crónica e incurable, que sea además contagiosa o hereditaria *12. Asimismo, en el artículo 156 se enumeran los impedimentos para contraer matrimonio como son entre otros, el parentesco de consanguinidad legítima o natural, sin limitación de grado en la línea recta, ascendente o descendente, en línea colateral igual, el impedimento se extiende a los tíos y sobrinos siempre que estén en el 3er. grado y no hayan obtenido la dispensa judicial.

Hay que tener presente que la ley reconoce que la consanguinidad es el parentesco existente entre las personas que descienden de un mismo progenitor, (artículos 292-293), y que por otra parte, el matrimonio tiene como función social la perpetuación de la especie.

El artículo 156 comentado, agrega como causas de impedimentos para

*11.- La mayor parte de los casos de mongolismo (Síndrome de Down) se deben a la presencia de cromosoma adicional, mientras que otros casos son motivados por la fijación de ese cromosoma anormal a uno de los cromosomas normales, (Síndrome de Turner proviene de la falta de un cromosoma) y el de Klinefelter se produce cuando coexisten en un mismo individuo un cromosoma hembra X y un cromosoma macho Y.

*12.- Para mayor información, véase.- San Martín Hernán OPUS-cit.- P.P. 380-384.

contraer matrimonio, la embriaguez habitual, la morfinomanía y el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes; la impotencia incurable para la cópula (se supone que ésta la incluye por que puede ocasionar trastornos de carácter nervioso y mental; así como el idiotismo la imbecilidad; la sífilis y las enfermedades crónicas e incurables, que sean además contagiosas o hereditarias.

Finalmente, el Código Civil enumera como causales de divorcio en el artículo 267, además de las enfermedades ya citadas como impedimentos para la unión matrimonial, el padecer de enajenación mental incurable, (aunque ésta para que sea considerada incurable deberán transcurrir dos años desde que empezó a padecerse ese mal).

La propia legislación civil contraría el espíritu de protección y prevención que contienen los artículos 156 y 267, en virtud de que el artículo 279 determina que: artículo 279, "Ninguna de las causas enumeradas en el artículo 267 pueden alegarse para pedir el divorcio cuando haya mediado perdón expreso o tácito". es decir, que a través de un simple otorgamiento de perdón, se puede atentar en contra de la estabilidad familiar y aún social. Como si se pudiera perdonar individual o socialmente y solapar la proliferación de contagios venéreos o de otra enfermedad contagiosa o bien que se procreen hijos idiotas, imbéciles o mongoloides; como se puede observar, el legislador no consideró la trascendencia social de la incidencia de esas enfermedades, aunque se comprende, que la función de la preservación de la familia, es importante también lo es el hecho que se citó anteriormente de protección y prevención de la salud.

Ahora bien, otros riesgos inherentes al embarazo pueden agravar enfermedades ya existentes en la mujer como en el caso de la tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, hepáticas, inestabilidad mental u otras causas como el que la futura madre sea soltera, sufra extrema miseria; amén de los peligros de mortandad por abortos, suicidios, homicidios, accidentes y otras.

Por razones obvias resulta imposible conocer el número de embara-

zos que se dán en una comunidad y difícil es, asimismo registrar - la MORBILIDAD OBSTETRICA. Necesariamente entonces, se debe recurrir a tasas de mortalidad materna que sí puede ser precisada y -- que, además son un indicador de la morbilidad. Este renglón ocupó en el año de 1973, el 5o. lugar entre las 10 principales causas de muerte con una tasa de 5.2% por 1,000. (Fuente: Dirección de Bioestadística de la S.S.A., actualmente Dirección General de Estadística e Informática).

2.- MATERNO INFANTIL

Este aspecto continúa teniendo relación con el punto precedente, - ya que según se indicó, nunca es más íntima la relación de la madre y del niño que durante las 40 semanas a partir de la fecundación del óvulo, hasta el nacimiento. Los objetivos del control higiénico del embarazo, parto y puerperio, no sólo son los de prevenir enfermedades y muerte sino también preparar a la madre para el cuidado del hijo y ofrecerle las mejores condiciones para el desarrollo normal de éste. El control de la eficiencia se puede medir matemáticamente a través de la baja en la morbilidad y mortalidad materna y de la reducción de las tasas de mortinatalidad y mortalidades perinatal, neonatal e infantil en general. A pesar de la - - tendencia general de las tasas de mortalidad materno-infantil es - el descenso, sin embargo siguen siendo altas en relación a los -- avances científicos y la buena intención de las campañas sanitarias que incluyen la difusión de consejos de control higiénico.

3.- EN EL LACTANTE

Se dá el nombre de recién nacido al lactante durante el período en que, ya separado de su madre, se adapta a las condiciones ambientales externas, lo cual se produce durante los primeros 15 días de - la vida. La lactancia o primera infancia se inicia con la cicatrización de la herida umbilical y cuando la recuperación del peso ha terminado; acaba a los dos años, cuando el niño tiene desarrolladas sus principales funciones de relación, como la deambulación y -

el lenguaje. La segunda infancia corresponde al período preescolar-2.5 años y se extiende desde el término de la primera dentición -- hasta la segunda dentición, que sucede entre los 5 y 7 años. La -- tercera infancia corresponde a la edad escolar, se extiende desde la segunda dentición hasta los 12 ó 14 años, época de la pubertad.

Del total de defunciones, entre 1961 a 1973, el 39.8% correspondió al grupo de 0 a 4 años, el 23.1% al de 5 a 49 años y el 37.1% al grupo de 50 años a más. Estos datos demuestran la alta proporción de defunciones en el grupo de menos de 5 años de edad, puesto que representando el 16.9% de la población, en él ocurrieron casi el 40% de las muertes lo que se hace más grave todavía en el grupo de menores de 1 año que representa el 3.4% de la población y la mortalidad significó el 29.16% del total de las defunciones. Debe notar se comparativamente hasta 1973 que en el período 1949-1951 el porcentaje registrado fue mayor en mortalidad de los menores de 5 años 49.5% habiendo disminuído la producción de muertes de menores de 1 año y aumentando las de individuos de 50 años y más (37.1%) -- (Fuente: Dirección de Bioestadística de la S.S.A.). Esto implica en la actualidad, un mejoramiento de las condiciones y del nivel general de vida; aclarando que las zonas rurales son las que generan más datos estadísticos en relación con las urbanas.

4.- EN EL ADOLESCENTE

Actualmente no se conoce bien la correlación entre el desarrollo de la inteligencia y del carácter y apenas se han establecido las variables fisiológicas que intervienen en esta edad. Son evidentes las rápidas modificaciones bioquímicas, anatómicas y mentales que se producen durante la adolescencia y le dán a éste período un carácter distintivo. No hay transiciones netas entre la pubertad y la adolescencia, es decir entre el paso de la infancia a la vida del adulto joven. La pubertad (PUBESCERES cubrirse de vellos) corresponde al período de la maduración sexual, generalmente dura -- dos años; tiene variaciones en su inicio y extensión de acuerdo al clima, nivel de vida, grupo étnico, constitución física, estado de nutrición, pero en general, abarca de los 12 a los 14 o 15 años, -

un poco antes en las mujeres que en los hombres.

En la literatura y manifestaciones de modas juveniles norteamericanas se habla de los TEEN-YEAR'S, o sea de los 13 a los 19 años, -- que corresponde a la adolescencia, donde generalmente gozan de buena salud y que este período de transición provoca alteraciones temporales del equilibrio fisiológico y la esfera psico-social.

El Doctor Hernán San Martín, al respecto dice..." Durante este período se produce la maduración o desarrollo del complejo endócrino formado por la hipófisis, tiroides, suprarrenales y glándulas sexuales. Estos cambios se manifiestan externamente con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y por las poluciones en los hombres y las menstruaciones en las mujeres. La pubertad termina cuando el individuo está biológicamente maduro y cuando debería estarlo psico-socialmente" *13.

Hoy día, por la extensa e intensa información masiva ya no existen problemas locales sino universales. Los problemas de los adolescentes del mundo son más semejantes en Londres, Nueva York, Sídney y en México. En el país tenemos actualmente 54.6% de personas menores de 20 años y esta población va en aumento. Según las estadísticas de las Naciones Unidas que hablan de las perspectivas de la población mundial hasta el año 2000 se señalan cifras que nos dan -- una idea de la magnitud de la población de jóvenes: en el mundo, en el año de 1960 había 2,998 millones de habitantes; para el año 2000 serán 6,000 millones de habitantes. La población crece fundamentalmente a expensas de la población joven. En México, el incremento de población es principalmente a expensas de la población de

*13.- San Martín Hernán.OPUS-cit P.422-424 Véase para las enfermedades de la -- adolescencia.

menos de 20 años y la población general se duplica cada 23 años. -
*14.

Por otra parte según el censo de 1970, la población aumentó en el período de 1950-1940 en una proporción de 1.6% y en la actualidad se estima que el incremento es de 3.5% es decir más del doble. Se calcula que para la 1a. mitad de la octava década la población llegará a 75 millones de habitantes si continuara a ese ritmo de crecimiento. Por la composición de la población, México es un país joven en que el 46.3% de los habitantes tiene menos de 15 años y los menores de 20 años representan el 56.8% del total.

Sin embargo, existe un problema de falta de información amplia y confiable, debido a la inexistencia de los resultados definitivos y completos del X Censo General de Población y Vivienda, realizado en 1980 y del cual apenas se conocen resultados parciales y preliminares. Por lo cual el Consejo Nacional de Población, dependiente de la Secretaría de Gobernación, en versión preliminar del Programa Nacional de Población 1983-1988 entregó a la Comisión Especial de Población y Desarrollo de la Cámara de Diputados, unos estudios, estadísticos y estimaciones de diversas fuentes gubernamentales.

El documento del Consejo Nacional de Población, afirma que entre 1970 y 1980 los niveles de fecundidad han descendido y llevado al país una tasa estimada de crecimiento anual de aproximadamente 2.3% para 1983, con una población de 75 millones de habitantes. Este documento informa que en 1970 la tasa de natalidad era de 3.5%, que descendió al 2.5% en 1981, y estima tasas anuales para 1982 y 1983 de 2.4% y 2.3% respectivamente. Conforme a la política poblacio-

*14.- Belasso Guido "El adolescente y las Drogas". Tribuna Médica 3 de abril de 1972 Tomo XXII p.p. 37-39 México. Este autor habla de los peligros inherentes a la adolescencia como las primeras experiencias sexuales, desorientaciones y uso de drogas y estupefacientes que tienen necesariamente consecuencias de carácter social. Por carecer de información estadística se citan los datos por él proporcionados.

nal del Estado, se propone reducirla al 1.99% en 1988 y al 1% para el año 2000. De cumplirse esas metas programáticas, agrega el documento, México tendrá una población de 83 y 100 millones de habitantes para 1988 y el año 2000, respectivamente.

Indica el documento que, el efecto de la reducción de la natalidad y la disminución de la mortalidad tendrá repercusiones en el empleo a mediano y largo plazo, ya que aquéllas personas que ingresarán al mercado de trabajo en los próximos 10 ó 15 años ya han nacido. La población en edades activas (15 a 64 años) pasará de 40 millones en 1983, a 48 en 1988 y a 67 en el año 2000, con la dependencia actual de una persona activa por una inactiva, se transformará en una relación de dos a uno.

Cabe señalar que emana del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Población 1983-1988 y que establece siete programas específicos de la política de población del Estado: tres programas que comprenden a la población en su conjunto (Programa Nacional de Planificación Familiar, Programa Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y Programa Nacional de Dinámica y Distribución de la Población); dos dirigidos a grupos prioritarios de población (Programa Nacional de Acción para la Integración de la Mujer en el Desarrollo y Programa Nacional para el Desarrollo Integral de los Grupos Indígenas y dos de apoyo a los cinco anteriores (Programa Nacional de Educación en Población y Programa Nacional de Investigación sobre Planeación y Desarrollo). En ellos participarán todas las Secretarías de Estado, en acuerdo, según los ámbitos de sus respectivas competencias.

Sostiene la Comisión Nacional de Población, que de cumplirse con la proyección programática y en el supuesto de que la actual infraestructura de salud y de educación cubriera satisfactoriamente la demanda, "La misma sería suficiente para atender a la población que habría en los próximos años"

Como corolario, mencionaremos que aunado a los programas de planificación familiar y persuasivos del Estado para la reducción de la

natalidad, se contempla la actitud de la mujer de reforzar el incremento de salarios propios que contribuyan a elevar bienestares familiares, se encuentra la crisis económica que sufre el país y que actúa como eficaz anticonceptivo sin aparentes efectos secundarios.

5.- EN EL ADULTO

La morbilidad y mortandad cambian fundamentalmente en este período, que es el más largo de la vida y el que acumula más población si consideramos la edad adulta desde los 20 a los 64 años, alrededor del 50% de la población se agrupa en éstas edades.

Además de la importancia numérica, esta edad es la de mayor trascendencia social por ser la época productiva del hombre, puesto que los primeros 18-20 años, el individuo los ha invertido en su desarrollo y educación. A la sociedad le conviene proteger y fomentar la salud del adulto para que su actividad rinda el máximo de sus posibilidades orgánicas, así en el balance económico positivo es el motor del progreso nacional.

La salud del adulto está influenciada y se fundamenta en el desarrollo normal y sano del niño desde el momento de fecundación hasta que el organismo alcanza su total desarrollo. Si el individuo está sometido a influencias favorables durante todo este período, alcanzará la edad adulta en buenas condiciones orgánicas.

Las técnicas de la medicina preventiva han sido aplicadas al adulto casi exclusivamente a través de los programas de higiene industrial y de los exámenes periódicos de salud, así como los programas de salud materno-infantil y sobre todo, las medidas de saneamiento ambiental y educación higiénica individual y familiar. Esto, da consecuentemente la prolongación de la vida media de la población; pero asimismo, permite el predominio de otras enfermedades propias de la edad madura que se presentan como la desintegración gradual de la máquina orgánica por efecto de enfermedades previas, acciden-

tes, envenenamientos y violencias, así como las ocasionadas por --- herencia, malos hábitos higiénicos, factores adversos acumulados - en un período largo, lesiones o trastornos no reparables y de curso irreversible y lógicamente el desgaste propio del organismo por el envejecimiento.

Es oportuno hablar de las enfermedades crónicas que son el rubro - más importante de la morbilidad y mortalidad del adulto; hay cuatro grupos principales: neoplasias malignas, enfermedades cardio-- vasculares, diabetes-mellitus y enfermedades reumáticas.

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido o es probable que persista durante largo tiempo. Es evidente que ejercen un efecto negativo muy intenso sobre la productividad por su alta prevalencia, que puede llegar a constituir alrededor del 70% del total de la morbilidad del adulto.

Existe la creencia de que las enfermedades crónicas son propias o inevitables de la vejez. Envejecimiento y enfermedad crónica son - fenómenos muy relacionados, pero sin dependencia de causa a efecto. Las enfermedades crónicas son procesos patológicos bien definidos- que no pueden confundirse con la senectud, como veremos más adelante. Más del 50% de los casos se producen después de los 30 años de edad; la mayor incidencia está en el grupo de 35 a 44 años, donde se acumula alrededor de un 20% del total; lógicamente ellas son -- más frecuentes en los grupos de mayor edad.

De las 10 principales causas de muerte en el adulto de 45-65 años, han sido en 1973 padecimientos como neumonías, influenza y otras - infecciones respiratorias, enfermedades del corazón, tumores malignos, cirrosis hepática, lo que representa el 66.3% del total de de funciones. Siguieron en importancia como causa de muerte, la diabetes mellitus, avitaminosis y otras deficiencias nutricionales y -- anemias. La influenza y neumonías; las enteritis y otras enfermedades diarreicas continúan ocupando los principales lugares como - causa de muerte, y están ligadas a la deficiencia en la educación-

higiénica y en el saneamiento, a la desnutrición y a la deficiente atención médica. Estos dos rubros de padecimientos ocasionaron casi el 30% del total de defunciones. (Fuente Dirección de Bioestadística de la S.S.A.).

6.- EN LA SENECTUD Y LA SENILIDAD.

El envejecimiento del organismo plantea problemas médicos específicos pero también psicológicos y sociales que afectan a la familia y la comunidad. A medida que envejece el individuo se incapacita para la vida activa debido a tres factores principales: invalidez progresiva, producida por el proceso normal del envejecimiento fuera de toda relación con procesos patológicos; acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas que ya eran importantes en los períodos anteriores a la edad adulta; problemas psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud.

En cuanto al proceso de envejecimiento, éste es gradual e insidioso y ocurre cuando termina el período de crecimiento (entre los 25-30 años). Es progresivo, y sólo se objetiviza después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos en relación con el potencial de recuperación del organismo se hace evidente. Algunos distinguen tres etapas * 15. En el proceso clínico del envejecimiento:

- 1.- Madurez avanzada: entre los 45 y 60
- 2.- Senectud: entre los 60 y 75 años
- 3.- Senilidad: más allá de los 75 años.

*15.- Véase E.V. Cowdry. "El Cuidado del Paciente Geriátrico". Prensa Médica Mexicana. México. citado por Hernán San Martín OPUS-cit P. 434.

Esta división es bastante relativa porque el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con los factores individuales y sociales.

En el grupo que nos ocupa, de 65 años y más, adquieren mayor importancia como causas de mortalidad los padecimientos de evolución -- crónica, como ya se indicó, la mayoría de ellos iniciados en otras etapas anteriores, sin embargo, las enfermedades del corazón, las neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas así como la enteritis y otras enfermedades diarréicas; sin olvidar los accidentes por caídas o atropellos callejeros por anormalidades de la visión, de la agudez auditiva y los defectos mentales; entre -- otras, determinan casi el 20% del total de defunciones. Necesario es insistir que las enfermedades crónicas no están confinadas solamente en los viejos, ya que sólo la mitad de los casos ocurren en personas mayores de 50 años. Lo que sucede es que el problema se concentra en estas edades porque los grupos de población en ella -- son menores y los programas de salud pública revelan un mejoramiento de las condiciones de salud y del nivel de vida general con mayores expectativas de vida al nacer por ejemplo, hasta 1930 era de 36.26 años promedio, aumentando en 1970 a 60.2 y 1984 de 64 años.

Lo relativo a la higiene de esta etapa de la vida implica la práctica de las mismas técnicas de la higiene de los períodos precedentes, más los inherentes que le son propios. Considerando que teóricamente el hombre debería envejecer a través de un proceso normal y llegar a la senectud y senilidad sin una patología exclusiva y -- necesariamente agregada. Lo normal es la vida es ir pasando por -- las diferentes etapas que venimos estudiando sin enfermarse obligatoriamente; lo sabio es, desde el punto de vista psicológico, ir -- pasando de una a otra en forma consciente y paulatina encontrando en cada una de ellas su propio encanto y nuevos valores objetivos. Este proceso es difícil por razones ecológicas, el viejo es más -- propenso a los riesgos del ambiente y cae fácilmente en lo patológico; se enfrenta a tres peligros, enfermedades, soledad y pobreza. Por tanto la higiene mental es importante para que no se haga decrepito y que lleve una vejez serena, con conciencia de su estado, --

considerar que el camino hacia la muerte es normal y eliminar el --
temor a morir, evitar tensiones emocionales y angustias mantenidas,
evitar el sedentismo, mantener una actividad intelectual permanente
por medio de lectura, estudio, distracciones etc. así como control-
médico periódico, dietas y evitar la soledad por medio de vida fami-
liar o vida acompañada si no tiene familia, etc.

6.1.- GERONTOLOGIA Y GERIATRIA

La gerontología es la ciencia que se preocupa de estudiar los cam-
bios físicos y psicológicos que se van produciendo en el envejeci-
miento. La geriatría, es una división de la gerontología, es la rama
de la medicina preocupada de los problemas fisiológicos y patoló-
gicos del adulto viejo y, en una forma más amplia, del individuo --
que ha pasado la edad media de la vida. La geriatría incluye la pre-
vención de la enfermedad, la prolongación de la vida y el fomento -
de la salud física y mental de los adultos mayores de 45 a 50 años-
con el objeto de mantener la capacidad de trabajo y auto-subsisten-
cia.

En cuanto al proceso de envejecimiento, está la reacción psicológi-
ca del individuo, así, el problema mayor del anciano no es "el añá-
dir años a la vida sino el llenar de vida los últimos años"

7.- EN LA ALIMENTACION Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

El tema que ahora se tratará está en íntima relación con la higie-
ne personal, cuyo factor básico es la nutrición. Los alimentos - -
ejercen influencia directa sobre la salud y constituyen también un
problema colectivo de salubridad y es el más importante de los so-
cioeconómicos que se le plantean al hombre; su solución no está --
condicionada a los gustos y apetites de las personas sino a situa-
ciones enraizadas en la organización social misma. La producción y
distribución adecuada de los alimentos es el punto de partida de -

una serie de acontecimientos en los que intervienen factores sociales, económicos y culturales que conforman el nivel alimentario, la higiene de los alimentos y el grado de nutrición de la población así como la incidencia de enfermedad y mortalidad por aspectos alimenticios *16.

Puede parecer extraña paradoja que persistan todavía enfermedades producidas por la falta de higiene de los alimentos no obstante los grandes adelantos logrados por la humanidad en el campo de la nutrición e industrialización de alimentos procesados envasados, pero esto es debido a un retraso en la interpretación y a la resistencia humana así como a la ignorancia, prejuicios y desniveles económicos.

El alimento ha sido siempre un componente social desigualmente repartido en cantidad y calidad. La pobreza como resultado del conflicto entre ingresos económicos y necesidades básicas del ser humano, tiene su principal exponente en la alimentación inadecuada, podríamos separarla en dos grupos: el primero, en la que el presupuesto familiar no alcanza a cubrir los gastos de adquisición de los alimentos protectores, que son siempre los más caros; el segundo, en la que, disponiéndose de medios suficientes para disfrutar de una buena dieta, ésta es inadecuada. En ambos casos el resultado negativo es el mismo. Desde el punto de vista sanitario social, la alimentación hay que centrarla en el núcleo familiar; la cuantía económica del presupuesto familiar condiciona la calidad de la

*16.- Cruz Aubry Emilio. "Factores que determinan la Higiene de los alimentos (sociales, económicos y culturales)". Memoria de la XX Reunión anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública en la Paz Baja California: 1966. México. P.P. 49-57. Siendo indispensable considerar los factores que intervienen en la higiene alimentaria y al parecer coinciden diversos autores en este renglón, citamos a este autor, quien fungiera como director de la Escuela de Nutrición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que estudia las ideas generales del tema.

dieta. Cuando los gastos alimentarios por individuo van disminuyendo, porque los ingresos no aumentan paralelamente al número de miembros de la familia, es peor la calidad de la dieta; recordemos el aforisma "La familia pequeña vive mejor".

Sin embargo, en algunas ocasiones sucede que los patrones de conducta se imponen a las posibilidades reales de adquirir bienes y servicios, dando lugar a que las formas de vida se externen a través de algunas modalidades específicas reacias a cambios para mejores condiciones.

Importante es considerar al mismo tiempo, en relación a la alimentación, el aspecto de la vivienda, la cual es de tres tipos: la vecindad, los apartamentos y las casas solas, sin olvidar los hoteles, internados y los mesones; que representan desde las peores condiciones de habitación, sin sitio adecuado para la preparación y conservación de alimentos y con pésimos servicios sanitarios comunales, cuando los hay, hasta las casas particulares, condiciones que comprenden y determinan la influencia en la higiene del individuo y sus alimentos, así como la persistencia de malos hábitos y falta de educación.

Otros aspectos sociales como factores importantes son: la urbanización, las comunicaciones y los transportes, que son los que contribuyen directamente a la conservación higiénica de los alimentos.

Otro aspecto social respecto a la higiene en materia alimenticia, es el de los comerciantes y particulares que tienen la costumbre de tirar la basura en la vía pública, evitándose así la molestia de esperar el paso del carro recogedor, y como consecuencia, dan oportunidad a los pepenadores a realizar su inmundicia tarea revolviendo la basura, diseminándola y sacudiendo el polvo; ofreciendo la proliferación de roedores y desarrollo de moscas y gérmenes nocivos a la salud. El basurero en cada esquina familiariza al pueblo con la suciedad, volviendo estéril todo intento de educación higiénica.

Por lo que se refiere a la venta de alimentos, ésta es correlativa-

a la mala costumbre y extrema necesidad de ingerirlos, por lo barato, de puestos sobre la vía pública o de vendedores ambulantes en la orilla de la banqueta y en ciertos espectáculos que en canastas, cajas o en el suelo, o bien en accesorias y lugares generalmente sucios que son nocivos y exponen la salud del pueblo, a pesar del reglamento respectivo *17.- Asimismo, de fondas taquerías o restaurantes, que son establecimientos fijos y acondicionados más o menos por su limpieza y disposición, bien para surtir menús completos o simples golosinas conocidas como "antojitos mexicanos". Pero en muchos de los casos ya no depende del sitio, sino del personal que elabora los alimentos, que por falta de preparación, escrúpulos o de control, cometen violaciones a las reglas de higiene y cuyo resultante es poner en peligro a la salud.

Dentro del aspecto económico, hallándose frente a un mundo de realizaciones técnicas, especialmente en lo relativo a producción, -- circulación, distribución y consumo de alimentos, es preciso tomar en consideración el orden social en su composición total. El progreso socioeconómico, consiste en la adquisición y goce de los bienes materiales, que a cada momento, sean los más elevados en cantidad y calidad, lo más difundido entre todas las clases sociales y lo más continuado en el tiempo. Muchas veces vemos que en la carrera de precios y salarios la falta de control de precios de materias básicas va en detrimento directo del pueblo, pero lo ideal no es que el precio vaya de acuerdo con la calidad, sino que la calidad siempre sea muy superior al precio.

En lo relativo al factor cultural, sabemos que hay muchas definiciones de cultura; pero todas están acordes en que ésta es aprendida, que permite al hombre adaptarse a su ambiente natural que es por demás variable y que se manifiesta en instituciones, normas de -- pensamiento y objetos materiales.

Debemos considerar tradiciones, prejuicios, supersticiones, la - -

*17.- Reglamento para el Registro de Comestibles, Bebidas y Similares.

importancia de la alimentación en la escala de valores, los conceptos y prácticas en el manejo higiénico de los alimentos, incluyendo los utensilios y equipos necesarios para su preparación, conservación, transporte y consumo.

Es imposible calcular el número de casos y las muertes atribuibles a las infecciones intestinales y microbianas, especialmente a tifoideas, paratifoideas, disentería, enfermedades diarréicas y otras salmonelosis. Su incidencia debe ser enorme, ya que es mantenida por deficiencias del saneamiento ambiental, situación en la que se encuentran probablemente las tres cuartas partes de la población humana. Se calcula que el 30% de todas las muertes se originan por estas circunstancias *18.

El problema sanitario social de la alimentación insuficiente, desequilibrada y antihigiénica, se traduce en repercusiones sobre la salud individual y colectiva. Finalmente, se argumenta que uno de los problemas más importantes de salud es la desnutrición, ya que más de la mitad de la población tiene una alimentación deficiente y se estima que "el 31% de los niños preescolares del medio rural y el 16% del medio urbano, presentan desnutrición en segundo o tercer grado. La desnutrición es más grave en las áreas rurales, sectores marginados de las zonas urbanas y en los grupos de preescolares y de embarazadas. Entre las deficiencias más frecuentes en nuestro país, además de la proteínica y calórica, se pueden mencionar la de hierro como causa de anemia hipocrónica que afecta a uno de cada 3 niños al final del primer año de vida; la deficiencia de yodo que ocasiona el bocio endémico y aunque tiende a resolverse, todavía afecta a un 5% de la población; también son frecuentes las deficiencias de vitaminas A, C, riboflavina y niacina".

*18.-Estas manifestaciones las vierte Hernán San Martín (P.212 OPUS-cit) y las corrobora Gines Navarro Díaz de León en lo relativo a nuestro país, agregando que las diarreas significaron en 1973 el 63.6% de las enfermedades infecciosas y parasitosis intestinales. OPUS-cit en *25 P.P. 26-27

8.- EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Reciben el nombre de enfermedades transmisibles cualquier enfermedad debida a un agente parasitario como son: virus, bacterias, hongos, protozoarios, metazoarios, en todo caso, a un parásito interno o externo mayor que vienen del ambiente que nos rodea; o bien - debido a sus productos tóxicos, que se transmite directa o indirectamente a una persona sana por un enfermo o portador, por un animal enfermo o portador, o por conducto de un hiesped intermediario, de un vector o del medio ambiente.

La infección representa la invasión del organismo por cualquiera -- otra forma de vida. Aún cuando los microorganismos patógenos para el hombre son incapaces de una vida prolongada en el ambiente externo, todos ellos representan para nosotros factores ambientales que influyen sobre nuestra salud. Esta es la razón por la cual el control y la erradicación de las enfermedades transmisibles son principalmente problemas de saneamiento ambiental. Siendo la extensión de estas enfermedades un índice del estado sanitario, económico y social de la población.

El Código Sanitario en vigor hasta el 30 de junio de 1984, contempla en capítulo especial las enfermedades transmisibles e intensifica la lucha contra ellas, facultando a la S.S.A. para elaborar y llevar a cabo por sí misma o con otras dependencias o instituciones, programas para la prevención y su control; así en el artículo 112 - hace una relación que abarca casi todas las enfermedades infecciosas y transmisibles que tienen mayor peligro e incidencia en el territorio nacional, dejando margen para otras enfermedades no mencionadas pero que puede determinar el Consejo de Salubridad General. Con el mismo sentido la Ley General de Salud, que entra en vigor -- el 10. de julio de 1984 y que deroga al Código Sanitario, en el título octavo, se refiere a la Prevención y Control de Enfermedades y Accidentes, sin perjuicio de lo que dispongan las leyes laborales y de seguridad social en materia de riesgos de trabajo, retoma lo expuesto por el ordenamiento que deroga y dispone que a la SSA co--

responde establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia -- Epidemiológica y en el artículo 134 de manera concurrente con las entidades federativas y la SSA establece que realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las enfermedades transmisibles, enumerándolas y dejando a salvo las de más que determinan el Consejo General de Salubridad y los tratados y convenios internacionales en los que México sea parte.

Un panorama general del problema de las enfermedades transmisibles como las enfermedades infecciosas y parasitarias ocasionaron en -- 1970 el 23% del total las defunciones y en 1973 el 20% las diarreas significaron el 63.6%, le siguieron en importancia la tuberculosis, septicemia, tosferina, fiebre tifoidea, sarampión, amibiasis, tétanos, otras salmonelosis y parasitosis intestinales, el sarampión -- en el paso 1968-72 ocasionó un promedio anual de 9,500 defunciones con una tasa de 19.3 por 100,000. En el año 1973, como resultado -- de las campañas de vacunación realizada en los últimos años, el -- sarampión se abatió notablemente, habiendo descendido a 2,609 las muertes con una tasa de 4.9 por 100,000 la tosferina en ese quinquenio ocasionó un promedio anual de 4,500 muertes, con una tasa -- de 13.2 por 100,000 y en 1973 la tasa descendió a 6.8 que correspondió a 3,584 defunciones.

La mortalidad por tétanos ha ido disminuyendo sensiblemente, en -- 1950 la tasa de mortalidad fue de 8.2 por 100,000 en 1960 de 7.5 -- en 1970 de 3.7 y en 1973 de 3.3.

La tuberculosis en todas sus formas ocasionó en el quinquenio 1968 72 un promedio de 9,241 defunciones anuales con una tasa de 18.8 -- por 100,000, en 1973 la tasa disminuyó a 16.3. Esta disminución es más notoria al examinar los coeficientes de mortalidad por tubercu -- losis pulmonar.

La rabia continúa siendo un problema, a pesar de que el número de -- casos humanos es bajo, pero su letalidad es de 100%. Durante el -- quinquenio 1968-72 ocasionó 65 muertes humanas en promedio anual -- y en 1973 hubo 50 defunciones. El 80% de las muertes correspondie--

ron al medio urbano. (Fuente: Dirección de Bioestadística de la -- S.S.A.).

Es oportuno mencionar que no obstante la problemática presentada, es indudable que el país ha logrado en materia de salud pública -- progresos de gran trascendencia, como la erradicación de la viruela, de la fiebre amarilla y del tifo epidémico, el abatimiento de los casos de paludismo a niveles muy bajos y la desaparición de es te padecimiento como causa de muerte. La disminución considerable -- de la mortalidad por tuberculosis, difteria, sarampión y tosferina, el descenso de la mortalidad general, de la infantil preecolar y -- materna: la disminución en general de la morbi-mortalidad por en-- fermedades transmisibles; y como ya se indicó, un resultado en aumento constante de la esperanza de vida al nacer, son hechos irre-- futables del avance de la salud pública en México, logrados a pes-- sar del incremento extraordinario de la población.

Al hacer referencia a las enfermedades transmisibles, las estadís-- ticas planteadas, su etiología y las acciones epidemiológicas que-- se emprenden para combatirlas, es menester señalar algunas condi-- ciones previsoras y medidas de control.

El enlace lógico que se sugiere en el estudio de las enfermedades-- transmisibles, es señalar los medios de que se dispone para formu-- lar programas de su control a efecto de evitar brotes endémicos -- y/o epidémicos.

El tema a desarrollar de notificación, presupone la hipótesis pre-- visora a formulación temprana. Siempre hay una serie de medidas de control que son generales para todas las enfermedades infecciosas -- y que se deben aplicar aún sin tener un diagnóstico de endemias y/o epidemias (de las endemias y epidemias se hablará más adelante).

Estas medidas se refieren a la denuncia de los casos, aislamiento, diagnóstico, tratamiento, inmunizaciones, estudio de las condicio-- nes sanitarias ambientales, etc.

Así queda justificada la inclusión de notificación obligatoria de ciertas enfermedades.

Más adelante se menciona a las enfermedades no transmisibles con la finalidad de abarcar los aspectos genéricos de las enfermedades que han representado las principales causas de morbilidad y mortalidad, seleccionando a las toxicomanías y al alcoholismo como productoras de repercusiones negativas indubitables en la población; - - asimismo, se dá una visión general de las causas de muerte e invalidez debido a los accidentes producidos por los adelantos tecnológicos de que dispone el hombre moderno, sin olvidar la trascendencia de la seguridad e higiene industrial en el tema del trabajo y la salud que más adelante se trata.

8.1.- LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MEXICO.

Desde el punto de vista legal, la notificación de las enfermedades transmisibles en México posee una brillante historia. En efecto, - el Código Sanitario Federal promulgado el 15 de julio de 1891 integró y completó diversos ordenamientos que ya existían en materia de prevención de padecimientos contagiosos. Posteriormente las nuevas revisiones del Código Sanitario han venido ampliando la lista de enfermedades transmisibles cuya notificación es obligatoria, pasando por el publicado el 10. de marzo de 1955 abrogado por el de 26 de febrero de 1973 y puesto en vigor el 13 de abril de ese año. En este Código Sanitario Federal en vigor hasta el 30 de junio de 1984 se declaran de orden e interés público así como de interés social las campañas sanitarias contra las enfermedades causadas por agentes biológicos, las cuales deben ser notificadas a las autoridades sanitarias por parte de todo profesionista que ejerza la medicina o actividades conexas, de todo director de algún organismo y, en general, de toda persona que tenga conocimiento de algún caso de padecimiento contagioso. El artículo 112 enumera las enfermedades, con un carácter más científico y, la obligación de su notificación está expresa en los artículos 113, 114 y 115.

La Ley General de Salud retoma lo establecido por el Código Sanitario, en los artículos del 136 al 157 al dictar la obligatoriedad de la notificación de las enfermedades transmisibles que constituyan un problema real o potencial para la salubridad general de la República, así como las medidas que se requieran para prevención y control de las enfermedades listadas en el artículo 134, como ya que indicó.

Por otra parte, México por su calidad de país miembro de la Organización Mundial de la Salud, ha aceptado cumplir con los deberes -- que señala el Código Sanitario Internacional, que incluye, entre otros, la notificación veraz y oportuna de los casos de enfermedades cuarentenales (viruela, fiebre amarilla, peste, cólera, tifo clásico y fiebre recurrente transmitida por piojos).

Se completa este estudio con lo manifestado por el doctor Miguel -- Angel Bravo Becherelle, investigador del Instituto de Enfermedades Tropicales que contiene información estadística..." Antes de 1930 se efectuaban notificaciones de los casos de padecimientos transmisibles únicamente en el medio urbano. En el lustro 1930-34 se extendió por fin el sistema a todo el país, aún cuando su efectividad resultaba todavía muy reducida. Así por ejemplo, durante ese período fueron registrados apenas unos 5,000 casos de viruela, entanto que las defunciones registradas por esa causa ascendieron a cerca de 60,000. En el quincenio 1945-39 la situación principió a mejorar, pues se notificaron 12,747 casos para 18,912 defunciones registradas de este padecimiento. En el lustro 1940-44 la mejora fue mayor ya que los casos notificados, 13,767 se acercaron a las defunciones registradas, 14,351.

En el quinquenio 1945-49 los casos notificados de viruela, 5,810 superaron por primera vez a las defunciones registradas, 3,726 aun que sin aproximarse a la razón del 10 x 1; ésta razón existe cuando el informe es completo ya que la letalidad media de la enfermedad es de 10%.

Finalmente, durante el último brote de viruela ocurrido en la Repú

blica Mexicana, que se presentó en el municipio de Uruapan Mich., a fines de 1950 y principios de 1951, para 47 casos se registraron 4 defunciones, con lo cual se alcanzó la precitada razón del 10 x 1. Este ejemplo es muy relativo, como veremos más adelante, pero es valedero para los fines de comprender la importancia del sistema nacional de notificación. Empero, — continúa este autor, — "Los resultados de la notificación son desiguales, así vemos que en el Distrito Federal, en lo que se refiere a males que originan alarma pública como la rabia o la poliomielitis paralítica, probablemente más del 90% de los casos son denunciados, en cambio, V. gr. durante 1957 fueron notificados 89,921 casos de influenza, mientras que por muestreos se estimó que hubo poco más de cinco millones de casos en la República durante la epidemia del padecimiento ocurrido de junio a diciembre, o sea que el informe resultó menor del 2%" *19.

En efecto, decimos que son relativos estos ejemplos porque las causas son múltiples y dependen de factores socioculturales de la población y de la actitud de la medicina individualizada, que afortunadamente evoluciona constantemente hacia la socialización con sentido de solidaridad social. No obstante, en la actualidad todavía son ocultados casos de padecimientos contagiosos, supuestamente porque no se recibe beneficio con la notificación y se considera fuente de molestias para los médicos y los enfermos, salvo quizás, en casos de las enfermedades que causan pánico.

Recordemos que la viruela..." Ocasionó hasta 60,000 defunciones -- por año y que desde su introducción de España en mayo de 1520,

*19.- Bravo Bacherelle Miguel Angel. "La notificación de las enfermedades transmisibles en México". Salud Pública Mexicana. Epoca V-Volumen II No. 1 Enero-marzo P.P.15-16 México. Los datos aportados por este autor indican que fueron recabados de la Dirección General de Epidemiología y Campañas Sanitarias, publicados parcialmente en el Boletín del Departamento de Salubridad Pública y en el Boletín Epidemiológico; así como de la Dirección General de Estadística en los años 1957-1958.

cobró millones de víctimas, destruyendo vidas, causando cegueras o dejando repugnantes cicatrices y una defunción por cada ocho enfermos. Hasta abril de 1951, 430 años después, se registró el último caso, esta erradicación no fué obra de 30 años. (así se ha dicho,) ni se debió a unos cuantos hombres. La lucha contra este mal comenzó con las primeras inmunizaciones con vacuna humanizada desde el 25 de abril de 1804 y con la orientación del pensamiento y determinando la acción de modo tal, que en 1931 se organizaron las primeras brigadas epidemiológicas y las campañas permanentes de vacunación, así como la producción de la linfa antivariolosa por el Instituto Nacional de Higiene, sin menospreciar la entrega absoluta al deber, de un ejército de médicos, oficiales, y enfermeras sanitarias, que lucharon contra la ignorancia, la renuencia e incomprensión, para sembrar la simiente de la educación higiénica y del convencimiento del pueblo que hicieron factible la erradicación de este padecimiento" *20.

Hasta 1979 las labores sanitarias se limitaron a vigilancia, notificación inmediata, control y vacunación permanente para impedir nuevos brotes, después del último caso en el mundo registrado, --- (Africa) la Organización Mundial de la Salud certificó la erradicación del mal y autorizó que ya no se aplicara la vacuna.

Finalmente, se cita que "de las notificaciones y reportes se conocen las morbilidades de las enfermedades transmisibles, su consenso significa el número de personas enfermas que se presentan en áreas y tiempo determinados, dando a conocer la magnitud del problema y estar en aptitud de programar de acuerdo con la situación que prevalezca" *21.

*20.- Moreno Valle Rafael. "La Viruela en México". Salud Pública en México, Organismo Oficial de la S.S.A. Epoca V Volumen VII No. 2 Marzo-abril de 1965. P.P.150-151

*21.- Díaz Castro Sara. OPUS-cit P.P. 41-44

8.2.- LAS ENDEMIAS Y EPIDEMIAS

El Código Sanitario como antecedente inmediato de la Ley General de Salud, en el capítulo de las enfermedades transmisibles habla de problemas endémicos y epidémicos. (artículo 118 y siguientes) por lo tanto, los conceptos son:

ENDEMIA.- "Es la condición por la cual una enfermedad infecciosa se mantiene más o menos estacionaria a través de los años, con fluctuaciones pero dentro de los límites habituales de la expectativa". La endemia demuestra la persistencia de factores dependientes de hésped, agente y ambiente sin variación apreciable *22. Como ejemplos típicos están la tifoidea, las enfermedades diarreicas agudas debidas a factores complejos: climáticos, de saneamiento, actitudes higiénicas etc.

EPIDEMIA.- Brote epidémico.- "Es la aparición de un número desusado de casos en un tiempo determinado y en un área determinada". -- Los tres elementos de la definición, número de casos, tiempo y espacio, determinan las características de la epidemia; el aumento de número de casos sobre la variabilidad esperada o sea lo que es usual en la población expuesta al riesgo, del tiempo en que se desarrolla la epidemia (mayor intensidad mientras más corto es el período epidémico) y del área en que se produce (más intensa mientras más concentrada aparece en un lugar *23. ejemplo el sarampión).

Por su parte, la Ley General de Salud reitera lo establecido por el Código Sanitario que deroga, y dá un tratamiento genérico a la prevención y control de enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles e incluye a los accidentes que ocasionan daños a la salud y que produzcan por ser concurrencia condiciones potencialmente prevenibles en sus artículos, 133, 134, 158 y 162; enfatiza el establecimiento y la operación del Sistema Nacional de Vigilancia-Epidemiológica y prevé la colaboración de las instituciones

*22.- San Martín H. OPUS-cit P.P. 103-226

*23.- IDEM.

del sector público, social y privado así como de la población en general para el desarrollo de los programas de prevención y control de enfermedades y accidentes, como está señalado su título octavo.

9.- LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Ya quedó expresado que toda enfermedad, cualquiera que sea su naturaleza, constituye un problema médico-epidemiológico y social. La importancia médica y social depende de la epidemiología particular de la enfermedad en cada grupo humano.

Para el control y la erradicación de las enfermedades ha sido necesario conocer primero su etiología, aunado a las medidas y programas de salud pública, los resultados han sido excelentes.

Como las enfermedades no infecciosas tienen también su propia etiología y epidemiología, el método epidemiológico puede ser aplicado v. gr. en las enfermedades nutricionales, en el estudio del cáncer, en las del corazón e hipertensivas, en las diabetes, bocio endémico, reumatismo, cardiovasculares, nefritis, toxicomanías, enfermedades mentales, alcoholismo, etc. es decir en cualquier estado patológico no transmisible por infección que afecta a grupos de población.

El Código Sanitario derogado, contempló las enfermedades no transmisibles de una forma limitativa al decir en el artículo 141 que la S.S.A. dictará cuando crea necesario las medidas temporales o permanentes relativas al control de estas enfermedades, enfatizado: cuando constituyan un problema de salud pública, enumerando sólo algunas y dejando margen para otras que determinara posteriormente la propia Secretaría.

Se considera que la redacción del artículo 141 comentado, es una abstracción teórica, caprichosa y que no estaba acorde con el trabajo presente y futuro de la medicina preventiva, curativa y socializada, o por lo menos, era un tanto confusa, porque la medicina

en general es reacción a las demandas sociales, tan diversas como sus circunstancias, que antepone el hombre a la ciencia, el humanismo a la técnica, y que la salud pública en su orientación social es una unidad de servicio, para prevenir, tratar, rehabilitar, investigar y educar, orientada hacia la protección y promoción de la vida humana con pleno disfrute de la salud, siendo también la salud uno de los elementos y recursos para el desarrollo y progreso del país, basado en el mejoramiento de las condiciones de vida de todos los habitantes; no puede ni debe circunscribirse a dictados potestativos que a juicio de la S.S.A. constituyeran problemas de salud pública.

Aunque el estudio epidemiológico y acción sanitaria estaban casi completos en los artículos siguientes de este ordenamiento legal, creemos que los programas concebidos en serie, cuyo común denominador no sea en realidad, la igualdad, sino sólo la regulación y uniformidad impuesta, expresan en el fondo una veneración injustificada a la técnica y un divorcio con la verdad humana.

Los programas de salud pública, deben adaptarse a las circunstancias culturales, sociales y epidemiológicas, específicamente concebidos como ahora los contempla la Ley General de Salud para comunidades concretas, no para abstracciones teóricas como ocurrió en este capítulo del Código Sanitario que se estudia.

La Ley General de Salud, ha sido elaborada científicamente y acorde a las necesidades actuales de la población, si bien es cierto toma como fundamento el Código Sanitario que deroga, ahora se constituye en legislación calificativa y reglamentaria del artículo 40. constitucional, al reglamentar el derecho a la protección a la salud que toda persona tiene, de aplicación en toda la República y cuyas disposiciones son de orden público e interés social; en su artículo 2o. determina las finalidades del derecho a la protección a la salud; en su artículo 3o. establece los elementos que comprende la materia de salubridad general.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, prevé el-

establecimiento del Sistema Nacional de Salud, y conjuntamente con el Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la S.S.A. (D.O. 30 de agosto de 1983), se avanza hacia una justicia social.

En este sentido, la Ley General de Salud previene la coordinación de acciones entre la federación por conducto de la SSA en el ámbito de su competencia señalada en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal con los gobiernos de las Entidades Federativas, mediante Acuerdos de Coordinación para organizar y operar los servicios respectivos y vigilar su funcionamiento por sí o en coordinación con dependencias y entidades del sector salud, y sublimar así la falta de una coordinación efectiva que ha dado, por un lado, la superposición de coberturas de atención a la población en ciertas regiones y carencias en otras.

Y bien que sí, porque en México, como en el resto del mundo, las enfermedades transmisibles que han representado las principales causas de muerte, están siendo substituídas por las no transmisibles, como las cardiovasculares, neoplasias y metabólicas, todas ellas, características de la edad adulta, consecuencia lógica de la disminución de la mortalidad y mejores expectativas de vida con la oportunidad de padecer enfermedades como resultado de las exposiciones prolongadas a los riesgos de la vida moderna y de la declinación orgánica y funcional del hombre. Lo que hace que quienes comparten la responsabilidad de velar por la salud de la población en todo el mundo, mediten sobre las condiciones que integran el panorama actual y conformen el que ha de presentarse en un futuro no lejano, que señala cual será el nuevo horizonte en los problemas de salud en el que ha de trocarse el tributo al subdesarrollo por el tributo al progreso.

9.1 LAS ENFERMEDADES MENTALES

El criterio para juzgar la salud mental es muy relativo debido a las grandes variaciones psicológicas del individuo. Sin embargo, tradicionalmente han sido aceptadas cinco condiciones para evaluar el grado de salud mental: ausencia de enfermedad mental, -- conducta normal; adaptación al ambiente; unidad de la personalidad y, percepción correcta de la realidad, o sea del mundo y de uno mismo.

Lo normal, es el objetivo aplicable al individuo que es capaz -- de satisfacciones subjetivas, de sentir goces con las diferentes manifestaciones de la vida, tener interés en el trabajo y progreso o contribuir a él de modo constructivo, así como ser capaz de vivir en sociedad con otras gentes y superar los conflictos con su ambiente en una forma adecuada. La unidad de funcionamiento y el establecimiento de un balance aceptable entre las necesidades personales y las condiciones sociales, parecen ser las características más notables de la personalidad normal.

La salud mental no es una condición estática, sino sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales, - No debemos olvidar que el hombre es una unidad Bio-Psíquica-Social.

El desarrollo de la civilización, el urbanismo, la industrialización, deshumanización de los individuos por la explosión demográfica donde hay grupos económicamente diversificados y, sobre todo la educación familiar y las deficiencias en la higiene mental o - la educación sanitaria mental, suelen ser los condicionantes para que aparezcan las enfermedades mentales y nerviosas, las psicopatías, psiconeurosis, enfermedades psicósomáticas, delincuencia juvenil y otros trastornos en la esfera emocional y mental sin --

olvidar el alcoholismo verdadero y el suicidio, *24. son esos algunos factores mencionados.

Una forma de describir el nivel de salud mental de la población es a través del número de enfermos mentales admitido en los hospitales y nosocomios psiquiátricos estatales y privados, a falta de estadísticas más completas se usan los siguientes datos de ingresos para diagnóstico o tratamiento:

En materia de padecimientos psiquiátricos, aunque no se cuenta con estudios suficientes, se calcula que la prevalencia es del orden del 0.2% de la población, en lo que respecta a la psicosis, la prevalencia oscila entre 5 a 10 por 1,000 habitantes, la epilepsia - tiene una prevalencia de 5 a 6 por 1,000, los casos de retraso mental con coeficiente mental menor de 50, constituyen el 4 por mil en los niños de 10 a 14 años, el alcoholismo verdadero se estima con un coeficiente de 6.2. por mil, el suicidio se presenta con una tasa de 2.1 y el homicidio de 22.5 por cada 100,000 habitantes.*25.

9.2 LAS TOXICOMANIAS

En el estudio de las enfermedades no transmisibles o sea, las que tienen el carácter de ser identificadas desde el punto de vista de cualquier estado patológico no transmisible por infección que afectan a grupos de población, encontramos entre otras, a las toxicomanías.

*24.- Algunos aspectos de las enfermedades mentales relacionadas con la legislación penal mexicana, presentan en la práctica situaciones de desconcierto y discusiones, por virtud de que las normas jurídicas que actualmente rigen el trato que debe darse a los enfermos mentales, son técnicamente defectuosas y prácticamente insuficientes...

*25.- NAVARRO DIAZ DE LEON, GINES." Panorama Actual de la Salud en México y Proyección al Futuro". Higiene. Vol. 26 No. 1 Enero-Febrero 1976. P. 32. México. Estos datos fueron proporcionados por el autor cuando fungía como Secretario de Salubridad y Asistencia, (también los mencionados en cita *18.)

Como se ha descrito en el párrafo anterior, existen variadas enfermedades no transmisibles, pero en cuanto a la selección de estudio, se mencionan a las toxicomanías, por la importancia que revisten al lado del alcoholismo en el contexto médico-social, por cuanto a la tendencia de incremento que registran como productoras de diversas consecuencias: disminución de la productividad, desorganización familiar, accidentes, suicidios, enfermedades cardiovasculares, psicopatías, criminalidad y muchos otros actos antisociales, en relación al lugar preponderante indirecto de morbilidad y mortalidad que ocupan estos rubros).

Las toxicomanías son una tendencia morbosa a ingerir, inhalar o --inyectarse sustancias perniciosas habitualmente medicamentosas o químicas o vegetales, que ejercen primero una estimación pasajera del organismo y luego un estado de necesidad imperiosa de dosis --progresivas que tienden a producir diversas lesiones orgánicas, --desde la acelerada destrucción de células cerebrales que generan --demencias tóxicas o psicopatías, hasta lesiones al sistema nervioso central y al corazón que pueden llegar a la muerte.

La determinación de cuando el uso de una droga debe considerarse --como toxicomanía depende en gran medida del criterio del observador, después que se examina el caso bajo sus aspectos farmacológicos, --psicológicos, legales (en vida y en necropsias), sociales, políticas o morales. Considerando todos estos aspectos, el toxicómano es una persona que, de manera habitual e irresistible, utiliza algún estupefaciente que pone directamente en peligro la salud, seguridad y bienestar propio o ajeno.

De todas las sustancias tóxicas usadas por el hombre, las más generalizadas son las derivadas del opio, morfina, heroína y sustancias sintéticas similares y las del grupo de la cocaína.

En ciertos países mediterráneos y de América Latina está más extendido el uso de la marihuana (*cannabis sativa*) y en oriente el de una variedad (*cannabis indica*) llamada haschis.

También se incluyen en este tipo de tóxicos, la nicotina, el hidrato de coral, los barbitúricos y bromuros, cuyo uso es más bien accidental.

La mayoría de las drogas tienen en común el efecto depresor que causan en los mecanismos neurofisiológicos y psíquicos, y sus diversas consecuencias de degradación individual y social, como la pereza, apatía, abandono personal, etc. pero diferente entre sí por la dependencia física que resulta de su uso, estado que sólo se produce en el grupo del opio y de las sustancias morfínicas.

A pesar de que actualmente en todos los países existen leyes que regulan la producción y uso de estos tóxicos, y que hay comisiones especiales de las Naciones Unidas que se ocupan de todo lo relacionado con estos problemas, siempre existe un tráfico clandestino a través de todo el mundo. El interés comercial ha sido el motivo principal que ha fomentado las toxicomanías en la población humana.

Los toxicómanos son enfermos y su tratamiento es un problema médico bien definido. Las causas de la toxicomanía son múltiples y varían según la persona y la sociedad. Además de los factores culturales y económicos, interviene también el estado individual de salud y de bienestar, lo mismo en el aspecto físico que en el psíquico, en el caso del morfínismo, parece que interviene fundamentalmente un trastorno psicológico de la personalidad. El morfínismo se produce especialmente en individuos neuropáticos, mental y emocionalmente inestables, es más común en los hombres que en las mujeres y más en las clases económicamente altas que en las pobres, las cuales buscan tóxicos a su alcance (desde los de origen vegetal, hasta químico como thinner o cemento que lo contiene). Ciertos grupos que tienen mayor facilidad de obtener la droga, presentan -

más frecuentemente la enfermedad.

En todo caso, la etiología y patología de las toxicomanías es todavía bastante obscura por la complejidad y amplitud de los problemas de la personalidad que conducen a la toxicomanía.

Determinadas actitudes predominantes en el medio social y cultural contribuyen asimismo a facilitar la toxicomanía y dejar sentir su influencia, los factores psiquiátricos.

Los motivos de que una droga determinada, se extienda en un medio-cultural o social específico, están todavía menos claros que las razones que pueden explicar el uso de estupefacientes. El precio, la facilidad de adquisición y la costumbre, tienen probablemente importancia al respecto, pero ciertas particularidades raciales de carácter psicológico, podrían influir también.

El principio en que debe inspirarse el tratamiento de los toxicómanos, es considerarlos como enfermos. La finalidad del tratamiento es ayudarlos a adquirir, sin necesidad de estupefacientes, la impresión de una satisfacción y de un bienestar relativos, y a adoptar adecuadamente sus relaciones sociales. La rehabilitación somática, psicológica y social del toxicómano es, pues, la meta del tratamiento.

El tratamiento se compone de fases: preparación, supresión y consolidación. Estas fases se integran en una sucesión continua que puede ser a veces extendido a lo largo de varios años.

Las implicaciones de derecho que observan las toxicomanías, se relacionan en nuestro país por el Derecho Procesal Penal de manera preventiva más que represiva.

En efecto, debemos distinguir entre el procedimiento que se dirige al drogadicto que ha delinquido y el que se destina a sujetos de la misma clasificación que no han infringido la norma penal.

En el primer caso, el procedimiento es el ordinario, sea que desenboque sólo en pena, sea que culmine en la aplicación de pena y de medida de seguridad, en su caso; en el segundo, es el procedimiento especial, brevemente regulado por el Código Federal de Procedimientos Penales, dentro de la hipótesis de que la autoridad persecutoria ha tomado conocimiento de los hechos. Si éste último no ha acaecido, de todas maneras nos hallamos en el caso de aplicabilidad de los artículos 75 y 76 de la Ley General de Salud, que faculta a las autoridades de este ramo para internar, previo el procedimiento legal correspondiente, tanto al farmacodependiente como al enfermo mental que se considere peligroso para la sociedad.

Se ha hecho referencia que las obstrucciones o vacilaciones que plantea la ley sustantiva, fruto del vacío constitucional en materia de peligrosidad predelictiva, por lo que hace a la consideración del adicto como sujeto peligroso aún cuando se encuentre todavía en período predelictivo, vienen al caso en el área procesal. Y esto es lógico, pues a la peligrosidad sin delito es natural que se relacione el procedimiento específico que culmina en la imposición de una medida de seguridad, al través de una resolución que no adquiere fuerza de cosa juzgada y sea, por ello, revisable en todo momento, ni más ni menos que como acontece con las medidas que el Consejo Tutelar para Menores Infractores aplica a los sujetos. Al respecto, el maestro Sergio García Ramírez, menciona: "Este procedimiento se podría articular, como el español para vagos y maleantes, con fases de diligenciado prenotorio y de contradictorio y prueba limitada, pero sin participación del abogado (si no es que se le excluya de plano, a semejanza del enjuiciamiento de menores) desde la iniciación" *26.

Sobre el particular, Niceto Alcalá Zamora opina que "el enjuiciamiento de enfermos mentales y, sobre todo, el de toxicómanos no trafican

*26.- García Ramírez Sergio.- "Curso de Derecho Procesal Penal" Segunda Edición- Editorial Porrúa. 1977. México P.P. 362-363-557 a 562.

tes, debería asociarse con el de malvivientes, a título todos de sujetos peligros, y al mismo tiempo causar baja la tipificación de la vagancia como delito". *27.

El maestro García Ramírez, refiere reformas que ha sufrido el Código Federal de Procedimientos Penales, diciendo: "en 1974 el C.F. experimentó reformas en cuanto al procedimiento sobre delitos contra la salud. Aquéllas, que mantuvieron, como no podía ser menos, intacta la esencia del sistema, incorporaron novedades técnicas. El título décimosegundo de dicho código pasó a ostentar la siguiente denominación: "Procedimiento relativo a los enfermos mentales, a los menores y a los que tienen el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos" y a su vez, el capítulo III del propio título fue denominado así "De los que tienen el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos".*28.

Ahora bien, como ya se indicó, es distinta la actividad de la autoridad persecutoria, por supuesto, cuando se cae en la cuenta de -- que el sujeto de la averiguación (sea indiciado, sea procesado, según la etapa procedimental en la que se encuentre) es adicto y, -- por lo tanto, no amerita procedimiento penal), sino curativo, de la que la misma autoridad debe desarrollar cuando el sujeto del -- procedimiento es, presumiblemente, un delincuente y amerita, por -- lo tanto, el despliegue de la actividad punitiva del Estado. Todo ello, desde luego, sin perjuicio de que el Ministerio Público establezca diligentemente contacto con la autoridad sanitaria para la atención médica de las personas que hubieran hecho uso indebido de estupefacientes o de psicotrópicos (art. 523 C.F. de P.P.). Por -- otra parte, si nos hallamos ante el caso señalado inicialmente, o -- sea, frente a un adicto que no ha delinquido, pues sólo posee o ha comprado droga para su propio uso, el Ministerio Público no ha de -- ejercitar acción penal (art. 524); pero si la ha ejercitado y den--

*27.- Citado por García Ramírez Sergio.- OPUS-cit.

*28.- García Ramírez Sergio. OPUS-cit.

tro de las setenta y dos horas previas al auto de formal prisión, se advierte que el procesado tiene hábito o necesidad de consumir el estupefaciente o psicotrópico, y que la adquisición ha sido para su propio consumo, la autoridad persecutoria debe desistirse -- del ejercicio de la acción penal, conforme a un sistema especial, que le exime de la necesidad de consultar al Procurador. En este caso, el procesado quedará a disposición de la autoridad sanitaria federal para tratamiento médico (art. 525)

Es posible, desde luego, que surja la interrogante: ¿y qué pasará si el Ministerio Público encuentra que el procesado no es responsable de delito alguno, una vez emitido el auto de formal prisión? en esta hipótesis, el M.P. deberá proceder como en cualquier otro caso de irresponsabilidad penal a título de parte "imparcial" o de buena fé, ésto es, proveerá lo pertinente para la liberación del sujeto a proceso, sea desistiéndose de la acción penal, si procede, dentro de las condiciones normales para dicho propósito, o bien -- sea formulando conclusiones no acusatorias al culminar el período instructivo. Si el M.P. no cumple los mandatos legales mencionados, la jurisprudencia ha dispuesto que el juzgador libere al inculcado, absolviéndolo, en el supuesto de que el individuo sea, propiamente, un delincuente contra la salud, no hay cuestión de carácter procesal; se le deberá consignar, normalmente. Si es al parejo un delincuente y un adicto, se procederá de todos modos a su consignación, sin perjuicio de que intervenga la autoridad sanitaria federal para los efectos del artículo 526 de ese ordenamiento legal.

A todo lo largo del procedimiento intervienen, de una manera o de otra, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, su delegado y, a -- falta de éste, el perito médico oficial, y el artículo 527 dispone que cuando haya "detenido", el dictámen sobre los caracteres orgánicos o químicos de la substancia, sea rendido dentro de las setenta y dos horas que constituyen el plazo constitucional para dictar el auto de formal prisión.

9.3.- LOS ACCIDENTES

Este rubro ha adquirido importancia creciente debido a que es motivo de incapacidad, muertes y pérdidas económicas en situaciones tales que las estadísticas muestran alarmantes cifras; ocupando el 40. lugar entre las diez principales causas de muerte en grupos especiales por edades. (Fuente: Dirección de Bioestadística de la S.S.A.).

Siendo el accidente por definición un acontecimiento inesperado que ocurre a un individuo o individuos sin que tenga posibilidad de prevención en el momento que acontece; no significa que no pueda ser prevenible modificado o eliminando la serie de acontecimientos que conducirán al accidente. "Los accidentes no nacen, se hacen". Su estudio epidemiológico comprende el conocimiento de las causas o factores que favorecen la producción de accidentes.

La Ley General de Salud, destina en el título VIII diversos artículos 162 y siguientes) y en especial su capítulo IV a la prevención y control de los accidentes, facultando a la Secretaría de Salubridad y Asistencia a promover medidas y a realizar actividades de investigación epidemiológica o de otros tipos, como son: coordinaciones intersecretariales y de cooperación con el sector público o privado y la participación de las comunidades para la realización de esos programas de prevención y control de accidentes. Para la mayor eficacia de estas acciones, se creará el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, del que formarán parte, representantes de los sectores público, social y privado.

Cabe sólo agregar que el desarrollo, la industrialización y mecanización, contribuyen para que las tasas de mortalidad aumenten; pues to que el mayor uso de vehículos motorizados, el hacinamiento de la población en ciudades de excesiva actividad y la intervención de problemas psicológicos y tendencias particulares, favorecen la producción de accidentes de tránsito, riesgos ocupacionales, caídas, ahogamientos, incendios y explosiones, intoxicaciones, así como los debidos a armas de fuego, etc.

9.4.- EL TRABAJO Y LA SALUD

Este tema, por la importancia que reviste debe ser tratado con entusiasmo y tendría que ser un estudio exhaustivo, pero las limitaciones propias de esta obra obligan a reducirlo a algunas consideraciones teóricas y a otras referidas especialmente a la legislación laboral, al origen y justificación de su leyes que pretenden regular la actividad industrial en beneficio del obrero; así como a la actividad industrial en beneficio del obrero; así como a las disposiciones de la Ley General de Salud para la implantación y mantenimiento de medidas potencialmente prevenibles de accidentes, que -- tienden a la protección de la vida y la salud del Sector Social -- compuesto por los trabajadores y campesinos organizados, asimismo de los trabajadores de carácter agrícola, industrial, comercial o de servicio, cualquiera que sea la forma jurídica de su organización tanto en los centros urbanos como en el medio rural. Se dice que el tipo de trabajo que las personas realizan tiene una relación definida con la salud. Por un lado, la calidad e intensidad del trabajo deben estar en relación con la edad, sexo, estado de nutrición, clima y condiciones orgánicas generales, para que éste no perjudique el estado de salud. Por otro lado, hay tipos de trabajo que son peligrosos por su naturaleza misma o por el ambiente en que se desarrollan; en tercer lugar, es evidente que toda ocupación ejerce influencia, física-mental sobre la persona que la desempeña, y que esta influencia puede ser favorable o desfavorable; por último, es necesario considerar que pasamos una buena parte de la vida expuestos a las influencias que emanan del tipo de trabajo que realizamos.

Se destaca que la protección de la salud del trabajador tiene relación directa con la capacidad productora de la población y, por lo tanto, con la economía nacional. El problema se plantea para toda la población activa del país y no sólo para determinados grupos de trabajadores. Así se desprende que la higiene ocupacional, industrial o del trabajo, es parte de la higiene del adulto porque la -

mayor parte de la población activa o trabajadora constituye un porcentaje muy alto del total, que varía entre el 30 y 50 por ciento-
* 29.

Se ha expresado que la Ley General de Salud, está elaborada más -- científicamente y acorde a las órdenes del progreso, por lo tanto, ya no es su regulación casuística, además de insuficiente y estadística como lo era en general la legislación sanitaria hasta antes - de la expedición de este ordenamiento legal, ahora ésta legislación ha sido preparada por expertos que coinciden con los lineamientos - propuestos en materia de salud ocupacional por la "OFICINA INTERNACIONAL DE TRABAJO" y decisiones del Consejo de Administración de -- ese organismo, y en particular, las normas de la "RECOMENDACION No. 112 de junio de 1959" *30. dejando a la Ley Federal del Trabajo que cumpliera con el cometido amplio y casuístico de las enfermedades - del trabajo, riesgos de trabajo, valuación de incapacidades, indemnizaciones, etc. contempladas ampliamente en sus títulos II, VI, y IX.

Como toda norma o grupos de normas legales, en un Estado de Derecho, las que a la higiene y seguridad industrial se refieren, deben ser apoyadas en la Constitución, así en el artículo 123 apartados A y - B se establecen las condiciones, prohibiciones y normas relativas a las labores insalubres y peligrosas para las mujeres y niños; el es tablecimiento de enfermerías y otros servicios necesarios a la comu nidad; prescripción de las responsabilidades de los patrones por -- accidentes y enfermedades del trabajo; instalaciones de normas so-- bre higiene y seguridad; en fin, fijación de jornadas y salarios, - tiempo de vacaciones, ordenamientos relativos para el establecimiento de la seguridad social que abarca accidentes y enfermedades pro-

*29.- Marín Vergara Manuel "La legislación en Materia de Higiene y Seguridad --- Industrial." Salud Pública de México. Epoca V Volumen II, No. 2 abril-junio 1960. México. P.P. 339-340

*30.- Ruíz Salazar Antonio "La Salud Ocupacional "Higiene, Organó de la Sociedad Mexicana de Salud Pública. Vol. 25 No. 5 Sept.-Octubre 1975. México P.P. 317-324.

fesionales y no profesionales así como maternidad, jubilación, invalidez, vejez y muerte, también tiempo de protección para antes y después del parto, para lactancia, asistencia médica u obstétrica, guarderías infantiles, sin descuidar el aspecto de asistencia médica a familiares de los trabajadores y la instalación de centros recreativos y vacacionales y tiendas económicas para beneficio de los mismos, así como habitaciones baratas en arrendamiento o venta, etc.

Así pues, y con apoyo en la Carta Magna, desde la creación de las leyes que han estructurado las Secretarías y Departamentos de Estado, hasta la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se establece que corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, aplicar las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y la ciudad; así como la vigilancia, respecto al cumplimiento de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud en vigor y sus Reglamentos, expresando, por otra parte, que corresponde a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social proponer las medidas de higiene y seguridad industrial.

En conclusión, la legislación laboral en la que se incluye, la Ley General de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Ley del Seguro Social, el régimen de los trabajadores como los de la U.N.A.M. y otros organismos descentralizados, o bien los Contratos Ley que rigen en todo el país; son conjuntamente con la legislación sanitaria, coadyuvantes a proteger al trabajador en general y a la población de los riesgos específicos que ofrece el trabajo de: las enfermedades ocupacionales o profesionales, accidentes del trabajo, enfermedades comunes favorecidas por el trabajo, y de la fatiga ocupacional o industrial; promoviendo los programas específicos, mejorando las deficiencias de saneamiento básico de los ambientes de trabajo, higiene en general, servicio médico social, educación para la prevención de riesgos, capacitación técnicas sobre seguridad industrial, exámenes médicos, alimentación adecuada, equipos protectores, trabajo social.

C A P I T U L O I I I

"PRECEPTOS DE SALUD PUBLICA EN DIVERSAS MATERIAS"

- 1.- ASPECTOS DE LA SALUD PUBLICA CONTENIDAS EN EL DERECHO - POSITIVO.
- 2.- DISPOSICIONES DIVERSAS.
 - 2.1. EN EL DERECHO CIVIL.
 - 2.2. EN EL DERECHO PENAL.
 - 2.3. EN LA EDUCACION.
 - 2.4. EN LA LEY GENERAL DE POBLACION .
 - 2.5. EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCION AL AMBIENTE .
 - 2.6. EN LA LEY FEDERAL DE VIVIENDA .
 - 2.7. EN LA LEY DE PLANEACION .
- 3.- LA ADMINISTRACION Y LA SALUD PUBLICA .
- 4.- NATURALEZA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA .
- 5.- LOS PROGRAMAS DE SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .

C A P I T U L O I I I

"PRECEPTOS DE SALUD PUBLICA EN DIVERSAS MATERIAS"1.- ASPECTOS DE LA SALUD PUBLICA CONTENIDOS EN EL
DERECHO POSITIVO.

En los capítulos precedentes quedó expresado que la salud pública opera en una proyección fundamentalmente social; su esfera de acción es el fomento de la salud colectiva e individual, que debe entenderse como unidad conceptual y operativa, integrada por la medicina preventiva, la asistencial, la de rehabilitación y otras ciencias conexas; que mediante un sistema de técnicas, métodos y procedimientos, debe investigar y adiestrar técnicos; tiende a mejorar las condiciones de bienestar social. Pero la esfera de acción de la salud pública es prácticamente ilimitada, como se pretende enunciar más adelante.

Para tener una idea del panorama general que comprende este estudio, debe hacerse mención que, la actual legislación sanitaria ha sido objeto de revisión y evaluación constantes, necesarias para la mejor aplicación de los programas, acorde a los cambios y transformaciones que hace el conocimiento humano; fundándose en el aprendizaje de un gran número de ramas científicas para crear una doctrina que estudia al individuo, la sociedad y el medio ambiente, a fin de formular métodos y tratamientos estableciendo normas de espontánea, constante y universal observancia.

Desde el punto de vista jurídico, debe considerarse a la salud pública como fuente creadora de normas, por cuanto que las manifestaciones del Derecho son subsecuentes a la aceptación plena de las costumbres sancionadas por la sociedad, directamente o por medio de órganos adecuados, agrenando a aquéllas un impulso coactivo-ejecutivo,

sincronizado con los derechos y deberes del individuo y la colectividad. Tiene dos aspectos, el consuetudinario y el positivo. Así, - son de clara extracción de salud pública las normas referentes a seguridad social contenidas en la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; las que se refieren al salario mínimo, a participación de utilidades; a organización del trabajo y sus jornales; a protección de la mujer, del niño y del adolescente, contenidas en la Ley Federal del Trabajo; y a todas ellas buscan solucionar situaciones que repercutirán en el bienestar de la comunidad. En suma y dentro del criterio anterior, todas las disposiciones legales cuyo objeto sea lograr una solución más armónica entre los miembros de la sociedad y todas las que establezcan protección para el más débil, deben considerarse como tendientes a lograr la salud pública.

Con este fundamento, o sea basándose en la prioridad de las normas sanitarias, se legisla en todos los problemas relacionados con la salubridad general del país, o lo que es lo mismo, conforme al concepto actual más amplio, se dictan normas científico-jurídicas en todos y cada uno de los problemas que guarden relación directa o indirecta con la salud pública.

El concepto de salud en el campo público, obliga a prever nuevos problemas, cuyo estudio y resolución dependerá de los conocimientos y aptitudes hasta ahora adquiridos, no es posible estimar, por lo tanto, que la acción en materia de salud pública se deba limitar a la aplicación de la Ley General de Salud y sus Reglamentos y a la ministración de servicios de curación hospitalización y rehabilitación. La fundamentación emana de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; sus aspectos abarcan acción legislativa en materia de nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización colonización, migración e inmigración y salubridad general del país.

A lo anterior se debe agregar el artículo 11 Constitucional por cuanto autoriza el libre tránsito por la República, con la única limitación de atender las leyes de salubridad de la federación; y otra disposi-

ción constitucional referida a cuestiones de salud es el artículo 4o, fundamentalmente porque tiende a preservar el desarrollo de la familia y señala la libertad responsable e informada sobre la pareja para decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y señala el deber de los progenitores de preservar el derecho que tienen los menores para atender sus necesidades y, muy especialmente su salud tanto física como mental; recientemente, la consagración en la constitución del derecho a la protección a la salud con la adición al artículo 4o, con un párrafo penúltimo que a la letra dice: "Toda persona tendrá 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 derecho a la salud individual y a la salud pública, en virtud del esfuerzo en común de médicos y juristas, viene delimitando su contenido desde el siglo XIX con la aparición de una rama especial de la administración pública, la sanitaria. Así al promulgar nuestra Carta Magna en 1917, se producen entre otros, dos hechos que revisten gran importancia y que son: 1o.- Junto a las garantías individuales, consagradas por constituciones anteriores, aparece el concepto de garantía social como parte de la estructura jurídica, abriendo así nuevos campos para el Derecho Positivo Mexicano, 2o.- En la propia Constitución se plasman conquistas individuales y colectivas no logradas antes por ningún otro pueblo, como el derecho a la salud y la prioridad de la salud pública sobre el derecho individual, que aunque no aparecen propiamente como garantías, lo cierto es que tienen que considerarse ya como tales, por virtud del contenido social que las caracteriza. Su evolución avanza el 15 de octubre de 1943, cuando se funden el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de la Asistencia Pública creados respectivamente en 1917 y en 1937, naciendo así la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la que absorbe todos los aspectos de la salubridad pública nacional.

Así, la SSA, se obliga a hermanar las medicinas preventiva, asistencial y la de rehabilitación, para atender mejor a las necesidades -

de la población, cuidando además de aspectos sanitarios como alimentos y bebidas; habitación, ingeniería sanitaria, aguas potables y negras; saneamiento del ambiente, prevención y control de la contaminación ambiental tanto atmosférica originada por la emisión de humos y polvos, contaminación de las aguas, de los suelos, eliminación de basuras, y la emisión de ruidos; de la prevención de la invalidez y rehabilitación de inválidos; asimismo del control y vigilancia de laboratorios de análisis clínicos; de bancos de sangre y servicios de transfusión; de bancos de ojos y de órganos y tejidos de seres humanos para su utilización, conservación y suministro -- provenientes de seres vivos o de cadáveres, con fines terapéuticos, de investigación o docentes; control y vigilancia de la fabricación, terminación, envase, acondicionamiento y almacenamiento de productos de perfumería y artículos de belleza y aseo; así como de fábricas, almacenes, expendios, droguerías y farmacias en los que se -- produzcan, distribuyan, almacenen o expendan medicamentos, sueros, vacunas o sustancias para la prevención y curación de las enfermedades transmisibles; también de sanatorios, hospitales o clínicas para el tratamiento de las enfermedades listadas en los artículos 134, 158 y 159 de la Ley General de Salud en vigor y de las cuales ya se ha hecho referencia con amplitud en el capítulo anterior. Para culminar en la inclusión expresa del derecho a la protección de la salud, como ya se indicó, en febrero de 1983.

En esta forma. La salubridad, unificada con la asistencia, se proyecta tanto a las zonas urbanas como a las rurales y la administración sanitaria se une a la administración asistencial; estableciéndose la doctrina con el concepto definitivo que la salud pública -- tiende a obtener el bienestar individual y social y mejorar la condición de la especie humana.

Cabe agregar que otros aspectos en relación al tema en cuestión son: que las acciones sanitarias se efectúan a través de campañas generales, procedimientos y programas adecuados como las establecidas contra el alcoholismo y la producción, venta y consumo de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, como los-

usos indebidos de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas; las encaminadas a la prevención del bocio endémico que se encuentra extendido en diversas zonas o regiones del territorio nacional por medio de la yodación de la sal en la proporción del yodato de potasio o de sodio, en los diversos tipos de sal para el consumo humano; los proyectados para la prevención y control de enfermedades y accidentes; los programas para la prevención de la invalidez; las campañas de prevención y control ambiental en todas sus facetas; el programa nacional de nutrición, etc.

2.- DISPOSICIONES DIVERSAS.

Al decir que la esfera de acción de la salud pública es prácticamente ilimitada, no se exagera, basta revisar el artículo tercero de la Ley General de Salud para comprender esta afirmación, las actividades no se listaron en forma limitativa, sino enunciativa, ya que también se mencionan las demás actividades y disposiciones de carácter general que señalen la propia ley y otras leyes y reglamentos que tienen más o menos los mismos lineamientos sobre la materia, -- como son entre otros: en relación a enfermedades de animales transmisibles a la especie humana, que produzcan cualquier alteración a la salud de ésta, la "Ley Federal de Sanidad Fitopecuaria". publicada el día 13 de diciembre de 1974; la legislación civil, la penal; en materia educativa; en política y legislación poblacional; la Ley Federal del Trabajo en relación a la higiene y seguridad industrial, así como las enfermedades resultantes del trabajo, etc. tema tratado antes. A continuación enunciamos algunos aspectos que a nuestro juicio contienen normatividad de salud pública en estas materias.

2.1. EN EL DERECHO CIVIL

Otros aspectos de la relación que guarda la protección de la salud pública con otras legislaciones que no son netamente sanitarias, -- los tenemos por ejemplo en la codificación civil, que como ya apun-

tamos en el capítulo precedente, dicta medidas protectoras para evitar la proliferación de enfermedades transmisibles, infecto-contagiosas, mentales, hereditarias o degenerativas de la especie humana, en lo que toca a requisitos e impedimentos para contraer matrimonio y algunas causales de divorcio; también algunas medidas respecto a la Patria Potestad, la Tutela, Curatela, de los Consejos Locales de Tutela y de los Jueces Pupilares así como lo relativo a las Actas de Defunción y Certificados Médicos de Defunción, de las inhumaciones, que aunque fundamentalmente son para efectos del Registro Civil, coadyuvan con los ordenamientos de la Ley General de Salud para tener control sanitario de los cadáveres, sus inhumaciones, embalsamamiento, incineración exhumación o traslado, depósito, así como su entrada y salida del territorio nacional o traslado de una entidad federativa a otra.

2.2 EN EL DERECHO PENAL

El Código Penal para el Distrito Federal" en materia común y para toda la República en materia de fuero federal por que se refiere -- y menciona (artículo 6o.) cuando se cometa un delito no previsto por el propio código pero sí en una ley especial, ésta deberá aplicarse, observándose las disposiciones conducentes; y en su artículo 3o. transitorio, deja vigentes las disposiciones de carácter penal contenidas en leyes especiales, en todo lo que no esté previsto en el ordenamiento penal, en materia de delitos contra la salud, contempla en sus artículos 193 a 199 bis, lo relativo a la producción, tráfico, proselitismo en materia de enervantes y al peligro de contagio, los que claramente constituyen delitos contra la salud pública. En su artículo 193 hace un recuivo a la Ley General de Salud, que prohíbe en sus artículos 290, 292, 293 y 294 el comercio, importación, exportación, transporte en cualquier forma, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, adquisición, posesión prescripción médica, preparación, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con el tráfico o el suministro de estupefacientes o de cualquier producto que sea cognotado como tal en la República Mexicana ya sea opio preparado para fumar, o diacetilmorfina (heroína),

sus sales o preparados, o cannabis (marihuana) en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones. Por lo que se refiere al peligro del contagio venéreo, es interesante observar la forma de redacción del artículo 199 bis, que tipifica como delito el hecho de poner en peligro la salud de otro por medio de relaciones sexuales, es decir, que basta el conocimiento de la existencia de la enfermedad y a pesar de ello tener relaciones sexuales, para que se consuma el delito, aunque no se verifique el contagio; sin embargo, se estima que este delito no debiera referirse únicamente a enfermedades venéreas, cuya curación actual es sencilla, sino que debiera ampliarse a toda clase de las enfermedades transmisibles listadas en el artículo 134 ya comentado de la Ley General de Salud, pues todas ellas ponen en peligro la salud del individuo y de la colectividad, por lo que, si existe conocimiento de la enfermedad y a pesar de ello se pone en peligro la salud individual o colectiva, debe considerarse tipificado un delito contra la salud pública. *31.

En un análisis meramente jurídico de delitos contra la salud circunscrito al contagio venéreo se encuentra que entre los medios de comisión del delito de lesiones se incluye el contagio venéreo, --- pues aunque, por ser innecesario, el Código Penal en vigor no lo especifica expresamente, dentro del concepto de lesiones formulado en el artículo 288 y de la expresión "al que infiera..." contenida en los artículos 289 a 293, está comprendido el contagio venéreo como forma típicamente adecuada de comisión. Empero el propio código de una manera indirecta hace una especial referencia a esta forma de comisión, en virtud que el artículo 315 in fine, expresamente establece que "se presume que existe premeditación cuando las lesiones... se cometan, por medio de ... contagio venéreo".

Así incluido dentro de los delitos contra la salud, el artículo 199-

*31.- Se considera que los delitos contra la salud pública merecen ser tratados con más amplitud y por separado, ya que esta investigación no debe desviarse.

bis, dice: "El que sabiendo que está enfermo de sífilis o de un -- mal venéreo en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado -- con prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, -- sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio. Cuando se trate de cónyuges sólo podrá procederse por querrela del ofendido".

Este delito de contagio venéreo descrito en el artículo 199 bis, -- aparece incluido en el título séptimo, que se denomina "Delitos con -- tra la Salud", esta nomenclatura encierra un manifiesto equívoco, -- pues no expresa a que salud se refiere, si a la individual de la -- persona, tutelada en el delito de lesiones (obsérvese que el artí -- culo 288 expresa que "bajo el nombre de lesiones, se comprenden... toda alteración en la salud y cualquier otro daño...") o cualquier -- otro daño a la salud pública, esto es, la que abstractamente se -- describe a la colectividad como grupo social. Aunque exactamente -- el código expresa en sus títulos la especial atribución del bien -- jurídico tutelado en relación a los intereses de la colectividad, como lo demuestran los delitos contra la seguridad pública del tí -- tulo cuarto, los delitos contra la moral pública del título octavo, y los delitos contra la economía pública del título decimocuarto, -- no hay duda de que la salud a que hace referencia el título séptimo es la pública, toda vez que, las demás conductas que tipifica (arts. 194, 197, y 198) como delitos, no afectan directamente a la salud -- de una persona determinada, sino sólo potencialmente a la salud de -- todos o, abstractamente dicho, a la salud pública.

El tipo delictivo contenido en el artículo 199 bis, contemplado des -- de el punto de vista de la teoría de la acción, es formal o de sim -- ple comportamiento, pues para su integración basta que el sujeto -- activo realice la conducta descrita, esto es, que tenga relaciones -- sexuales, sin que se precise que acaezca algún resultado material, y si se observa desde el ángulo de la antijuricidad, "un tipo de -- peligro", pues sanciona, con independencia de que se produzca un -- daño, la conducta del que ponga en peligro de contagio la salud de -- otro. La sanción del artículo 199 bis se establece, pues en razón --

del peligro para la salud de otro que encuadre en la conducta típica, aún cuando no se verifique el daño en la salud. Así en cada caso concreto debe ser afirmado y probado que el agente activo del delito, al tener relaciones sexuales con otro, puso la integridad corporal de éste en riesgo de sufrir un daño. *32.

No cualquier persona puede ser sujeto activo sino sólo la que está enferma de un mal venéreo en período infectante. Nos hallamos así ante un delito propio o especial, ya que la posibilidad de ser sujeto activo está limitada a las personas en quienes concurra la circunstancia personal mencionada.

El elemento subjetivo de antijuricidad se encuentra claro, pues no basta que el sujeto activo reúna las circunstancias citadas, sino que, se requiere además, que el agente actúe sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo y que su mal se encuentra en estado infectante. (doble conocimiento).

El peligro típico de este delito es sólo el encuadramiento de la acción o relaciones sexuales habidas entre los sujetos activo y pasivo. No existiendo el peligro de contagio cuando el sujeto pasivo estuviese ya enfermo del mismo mal venéreo que aquejaba al sujeto activo.

Finalmente, respecto a la punibilidad de este delito, Mariano Jiménez Rueda, *33 analiza la sanción del artículo 199 bis con prisión

*32.- El tipo de peligro de contagio venéreo creado por la reforma de 1940 más demerita que mejora lo correcto y lógico del tipo del Código de 1931. Antes de la Reforma era sancionado como contagio doloso y culposo de sífilis o de un mal venéreo, siendo antes un delito de daño para su integración típica o sea que, el contagio se hubiere realizado.

*33.- Jiménez Rueda Mariano "Derecho Penal Mexicano" Tomo II 3a. Edición Editorial Porrúa, México. 1975. P.P. 316-317.

hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio, menciona... "La imposición de una doble sanción cuando el contagio se produzca, re presenta una notoria aberración jurídica conculadora del principio de la consunción que norma el concurso de tipos; pues, existe una excluyente relación valorativa entre dos tipos autónomos que protegen el mismo bien jurídico en instantes diversos de su lesión". Y continúa expresando este autor... "El apotegma penal NE BIS IN IDEM imposibilita, a pesar de la letra taxativa del precepto, que pueda penarse dos veces una misma conducta anti-jurídica lesiva del mismo bien jurídico". Es claro que si el apotegma aludido tiene rango --- constitucional, vulnerar el mismo imponiendo las dos penas, una por peligro y otra por el daño, implica una flagrante violación de garantías.

2.3.- EN LA EDUCACION

Otra ramificación de la salud pública ocurre en materia de educación o enseñanza, en lo relativo a los programas de promoción de la salud que formule la S.S.A. en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (artículos 60. y 70. de la Ley General de Salud) - en escuelas rurales, elementales, superiores, secundarias y profesionales y demás institutos a que se refiere la fracción XXV del artículo 73 constitucional, así como las escuelas de salubridad, - institutos de higiene o de estudios médicos o farmacéuticos que no dependan directamente de una universidad y que están bajo la dependencia del Gobierno Federal; formulación de programas educativos -- populares para la prevención de enfermedades, asistencia médica y - rehabilitación, especialmente en lo referente a la salud materno- infantil, salud mental, mejoramiento del ambiente, nutrición, accidentes, y responsabilidad y planeación familiar, atendiendo a principios científicos y éticos; proporcionando el material didáctico; adiestrar personal encargado de la educación higiénica, sancionar - el material publicitario para estos fines; sin olvidar mencionar -- que en materia de comunicación, los medios masivos de comunicación-

adquieren carácter público cuando se trata de difundir educación -- sanitaria y que, por otra parte, también será sancionada la forma -- de presentar los productos que tengan relación con el consumo y uso que puedan llegar a dañar la salud o la forma de inducir al público al consumo de tabajo, bebidas alcoholicas, prácticas abortivas o -- adquirir malos hábitos en materia de salud o en general que atenten contra ella.

La educación sanitaria, lo mismo que la educación en general, trata de cambios de ideas, de sentimientos y de conducta de las personas. En su forma más corriente, se afana de fomentar aquellas prácticas -- que se supone producirán el mayor grado posible de bienestar. Para -- que sea efectiva, en sus planes, métodos y procedimientos se debe -- tener en cuenta tanto los procesos mediante los cuales se adquieren conocimientos, se cambia el modo de sentir y se modifica la conduc -- ta, como los factores que tienen influencia en dichos cambios.

La educación sanitaria representa el conjunto de todos los conoci -- mientos que existen en materia de salud, traducidos por medio de la educación en formas convenientes de comportamiento individual y co -- lectivo. Su propósito es educar a la gente, induciéndola a vivir -- una vida sana mediante la práctica de normas de higiene personal y -- colectiva así como el conocimiento de los problemas de salud públi -- ca.

Ya quedó expresado al hablar de la "higiene en general" el papel -- primordial que ocupa la educación sanitaria en la medicina preventi -- va, del fomento de la salud y las condiciones sociales; así como la necesidad de que sea una práctica incluida en los programas naciona -- les de salud. Sin embargo. es de anotarse que la información y edu -- cación que más necesita el pueblo se refiere a los siguientes pun -- tos; anatomía humana; fundamentos sobre fisiología y psicología, -- composición de la dieta diaria normal, manipulación de alimentos -- usados por la poblacion; normas para mantener y fomentar el estado -- de salud; importancia del control materno infantil, desarrollo físi -- co y mental del niño y formación de la personalidad; formación de -- los hábitos; responsabilidades del individuo y de la sociedad en el

mantenimiento de la salud; prevención de accidentes; posibilidades de rehabilitación; fisiología del viejo y cuidados de los ancianos; beneficios de la seguridad social, etc. En fin se analiza la higie ne no como una necesidad aislada y empírica, sino como un conjunto de factores convergentes en el empeño de crear una personalidad individual y colectiva en capacidad de progreso y adelanto continuo, en una palabra EDUCACION, que significa comprensión de una finalidad y voluntad para ejecutar los medios que nos llevan a conseguir la.

2.4.- EN LA LEY GENERAL DE POBLACION

En la nueva "Ley General de Población", de 7 de febrero de 1974, - en vigor, las disposiciones sanitarias van acordes con la política demográfica del país y corresponde a las dependencias del Poder Ejecutivo según las atribuciones que cada una tiene señaladas la aplicación y ejecución de los procedimientos para realizar cada uno de sus fines, y que las disposiciones sanitarias sobre extranjeros que entren o salgan del territorio nacional, los reconocimientos sanitarios se practicarán con anticipación y tendrán preferencia a los de más trámites que corresponda efectuar a cualquier otra autoridad.

Así se observa que es de carácter sanitario lo prescrito por el artículo 5o. de la Ley General de Población cuando menciona que para activar el crecimiento natural, se dictarán o promoverán de acuerdo a las resoluciones del Consejo Nacional de Población, (formado por un representante de cada una de las Secretarías y el Departamento - del Distrito Federal) las medidas adecuadas al fomento de los matri monios, aumento de la natalidad, disminución de la mortandad, pro- tección biológica y legal de la infancia, su mejor alimentación, hi gienización de las habitaciones, centros de trabajo y lugares pobla dos y elevación del tipo medio de subsistencia.

Por otra parte, corresponde a la S.S.A. la administración de los -- Asuntos de Sanidad Internacional, rigiéndose en lo establecido por los tratados y convenios internaciones, en los que México sea parte;

también lo relacionado con el movimiento migratorio o sea el tránsito (entrada y salida internacional de nacionales y extranjeros - o bien tránsito local fronterizo o el de extranjeros de una u otra población de la República) (art. 15); estableciendo que dicho tránsito internacional sólo podrá efectuarse por los lugares destinados para ello y fijados por la Secretaría de Gobernación, lugares en donde instalará la S.S.A. Servicios de Sanidad permanentes en - Puertos aeropuertos, poblaciones fronterizas, marítimas, costas e islas sujetas a la jurisdicción del Gobierno Federal, dichos servicios de sanidad permanentes tendrán como mínimo: Servicio Médico - Sanitario al que estén adscritos cuando menos un Médico y un Oficial Sanitario dependientes de la S.S.A.: un local para exámenes - médicos, laboratorios para la obtención y envío de muestras, contar con los medios necesarios para transportar, aislar y tratar a las - personas infectadas o sospechosas de padecer infección; contar con equipos de desinfección, desinfectación, desratización y detección de radioactividad; tener, agua potable y sistema adecuado para eliminación de desechos.

En el artículo 35 de la Ley General de Población expresamente se dá prioridad al servicio de sanidad incluso al de migración, para inspeccionar la entrada o salida de personas en cualquier forma que lo hagan, ya sea en transportes nacionales o extranjeros, marítimos - aéreos o terrestres, en las costas, puertos, fronteras y aeropuertos de la República. Esta inspección se efectúa para detectar a los extranjeros que sean ebrios consuetudinarios o adictos al uso de es tupefacientes y psicotrópicos o bien los que padezcan otras enfermedades transmisibles o que ejerzan o hayan practicado la prostitución o la exploten, fomenten o pretendan la introducción de prostitutas, las acompañen o vivan a sus expensas o se dediquen a la trata de blancas o de niños (art. 27 del Reglamento de la Ley General de Población.

Cabe mencionar que tratándose de mexicanos que se internen en el - país, que se encuentren enfermos de un mal contagioso, (art. 21 - del Reglamento de esta ley) las autoridades de migración cooperarán con las de sanidad para su pronta internación en la estación sanita

ria más próxima. También es aplicable el Reglamento Sanitario Internacional independientemente de las medidas que adopte la S.S.A. en los casos de presentación de enfermedades sujetas a reglamentación internacional como son peste, cólera, fiebre amarilla, viruela etc. y las cuales deberán ser informadas por esta Secretaría a la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, o en su caso, al organismo internacional competente *34, en un plazo no mayor de veinticuatro horas; dicho aviso también se dará a la Secretaría de Gobernación para los efectos correspondientes. Por lo que se refiere a los puertos aéreos, marítimos y terrestres abiertos al tránsito internacional, la S.S.A. formulará una lista de ellos y en caso de que allí se presente cualquier enfermedad de éstas, la dará a -- conocer a las demás naciones por los conductos debidos. En lo referente a la intervención de otras secretarías de Estado, tenemos que la S.S.A. por conducto de las autoridades sanitarias podrá impedir la introducción al territorio nacional de animales, substancias u objetos que puedan constituir un riesgo para la salud pública, sin perjuicio de la intervención de la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos artículo 354 de la Ley General de Salud.

Se consideran como medidas sanitarias, las contenidas como requisitos para adquirir la nacionalidad mexicana por naturalización ordinaria en los artículos 80. inciso C. y 11 inciso K de la "Ley de Nacionalidad y Naturalización". cuando exige la exhibición de un certificado médico de buena salud expedido por un médico autorizado -- por la S.S.A.

2.5.- EN LA LEY FEDERAL DE PROTECCION AL AMBIENTE

Hemos indicado que el hombre enfrenta problemas de adaptabilidad --

*34.- Puede ser este organismo, la Organización Panamericana de la Salud. Artículo 359 de la Ley General de Salud, u otros organismos que aparecen en los convenios y tratados internacionales suscritos por México de carácter multinacionales.

al medio, que el principal obstáculo que se presenta en lo relacionado a la salud pública es de saneamiento, y que es preferible prevenir que curar.

El antecedente mediato de la protección, mejoramiento, conservación y restauración del ambiente, así como la prevención y control de la contaminación que lo afecte, lo constituyen la reforma constitucional del artículo 73 fracción XVI base 4a. que se refiere al tema en estudio de 16 de julio de 1971, que propicia la creación de la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente de la S.S.A. de 29 de enero de 1972, la formulación de la Ley Federal para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental de 23 de marzo de 1971 y sus Reglamentos respectivos de aplicación sobre los tres elementos vitales, agua, tierra y aire, incluido en éste último a la emisión de humanos y ruidos; y por otra parte, la Ley Federal de Ingeniería Sanitaria y las demás leyes que rijan en materia de tierras, aguas, aire, flora y fauna y sus correspondientes reglamentaciones, coadyuvan al respecto.

En esta forma, el combate y abatimiento de la contaminación ambiental, corresponde constitucionalmente al Consejo General de Salubridad, para dictar las medidas necesarias al respecto, concomitantemente con el Congreso de la Unión con la facultad de sancionarlas.

En conclusión, con fecha 29 de marzo de 1983 en el Diario Oficial de la Federación, se publica el Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología, mismo que contempla las atribuciones para prevenir y controlar la contaminación ambiental, derivadas a su vez de las reformas a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal publicadas el 29 de diciembre de 1982 para formular y conducir la política de saneamiento ambiental, en coordinación con la SSA, de tal manera que, la Ley Federal de Protección al Ambiente, publicada el 11 de enero de 1982, recoge lo establecido por los ordenamientos legales ya citados, en materia de mejoramiento del medio ambiente, su protección, conservación y restauración del mismo, así como establecer las normas de la prevención y control sobre los contaminantes y las causas reales que los originan.

Por otra parte, la Ley General de Salud en su artículo 117 establece que "la formulación y conducción de la política de saneamiento ambiental corresponde a la SEDUE en coordinación con la SSA, en lo referente a la salud humana".

La contaminación del ambiente, no sólo en México sino en cualquier país, está en íntima relación por una parte con la carencia de recursos para atender las necesidades básicas de la población en crecimiento, y por otra, con los problemas que engendra la lucha para lograr el desarrollo.

La salud, el don máspreciado del hombre y su propia vida, se ven severamente amenazados con las tendencias ascendentes del problema de la contaminación ambiental, que es hoy motivo de honda preocupación mundial.

La conferencia de las Naciones Unidas sobre el medio humano, celebrada en Estocolmo en 1972, es un ejemplo de la universalidad del problema y de la necesidad de enfoques mundiales para su solución, en el ámbito aplicable a cada nación.

Desde cierto punto de vista, en esta problemática se requiere una cierta liberación de soberanías nacionales para que funcionen las medidas comunes en la depuración ambiental con una auténtica participación de todos los núcleos nacionales, ya que no sólo los más ricos, tecnificados, y desarrollados, con su gran patente de progreso; sino los más atrasados, de uno u otro régimen social, de un gobierno o de otro; todos tienen algo que decir respecto a la explotación masiva de los recursos naturales, pues suyos son, en muchos casos, los que el empleo tecnológico desaforado incompartido y mal distribuido comienza a disminuir.

Pero no basta que un hombre o un grupo de hombres, en un área circunscrita adquiera conciencia de la preservación y regulación del medio. Ha de lograrse una conciencia mundial sobre el cuidado del medio ambiente que el hombre disfruta y abusa.

Indispensable es que mencionaremos que un problema a que se enfrenta el hombre moderno o su evolución es al de su adaptación conforme al fenómeno ecológico, pues la dinámica de sus intereses biológicos y sociales así lo requieren; considerando que la ecología como ciencia que estudia las relaciones entre los organismos y su medio ambiente merecen toda su atención. La cadena formada por el equilibrio de los sistemas vivientes o ecosistemas cuando se rompe en uno de sus eslabones afecta la interdependencia de todos. El escenario donde se efectúa el equilibrio de los sistemas ecológicos es la biosfera, aquí se encuentran los elementos vitales: el agua, la tierra y el aire, y con ellos, todos los seres vivos del planeta (hombre, animales y plantas). Así que todo lo que es tóxico o contaminante en la trilogía de elementos vitales, está interrelacionado.

Desde este punto de vista analizaremos qué es contaminante y qué es contaminación. Sus acepciones no quedan reservadas a la respetable definición de los científicos. También están en la Ley. Se ha hecho necesario legislar y no sólo recomendar. Aquí se dispone lo que es debido y lo que no lo es, y rige la prevención y el control de la contaminación y el mejoramiento, conservación y restauración del medio ambiente, todo lo cual ha sido declarado de carácter federal y de interés público.

Conforme a la ley, se entiende (art. 4o.) que serán de prevención, regulación, control y prohibición por parte del Ejecutivo Federal - *35. Los contaminantes y sus causas, cualquiera que sea su procedencia, que en forma directa o indirecta, sean capaces de producir contaminación, o degradación de sistemas ecológicos.

En páginas anteriores hemos insistido en decir que la reglamentación sanitaria está más científicamente elaborada, aunque también tratamos de hacer notar algunas deficiencias de que adolece a nuestro --

* 35.- Esta es una facultad concedida por la Constitución Política en el artículo 73 fracción XVI base 4a. en cuanto que el Consejo General de Salubridad General directamente depende de él.

juicio. En el contexto de este importantísimo aspecto, creemos que al menos teóricamente se prevé ampliamente sobre contaminación, no obstante, padecemos en la práctica defectos institucionales y tradicionales populares o bien intereses económicos que impiden su funcionamiento adecuado.

Ahora bien, la ley antedicha en el artículo 4o. define: "CONTAMINACION.- La presencia en el ambiente de uno o más contaminantes o - - cualquier combinación de ellos que perjudique o resulte nocivo a la vida, la salud o el bienestar humano, la flora y la fauna o degraden la calidad del aire, del agua, del suelo o de los bienes y recursos en general".

"CONTAMIANTE.- Toda materia o substancia, sus combinaciones o compuestos, los derivados químicos o biológicos, así como toda forma de energía térmica, radiaciones ionizantes, vibraciones o ruido, -- que al incorporarse o actuar en la atmósfera, aguas, suelo, flora, fauna o cualquier elemento ambiental, alteren o modifiquen su composición, o afecten la salud humana".

2.6 EN LA LEY FEDERAL DE VIVIENDA

"La vivienda ha quedado aquí puesto de relieve, es el asiento físico de la familia, núcleo básico de la sociedad. Ahí se efectuó el proceso de la formación de la persona humana en los elementos esenciales de su existencia: la nutrición, los hábitos de aseo y salubridad, la educación moral y patriótica, la formación emotiva. ahí se aprende a conocer, a amar y a definir el proyecto de la vida de cada persona.

No es casual que a la vivienda le llamamos también morada, lugar de formación de costumbres. Es también ámbito de recreación en su sentido literal. Ahí nos recreamos, ahí descansamos para seguir luchando. Es lugar de refugio cuando condiciones adversas en la vida externa requieren de paciencia, de consuelo, de estímulo. En suma, la vivienda es el ámbito físico de la integración personal, familiar y,

en consecuencia, de la integración social.

La vivienda es un mínimo de bienestar que condiciona a los demás -- condiciona la alimentación, la salud y la educación. Es un aspecto clave del desarrollo social y, por tanto, debemos ratificar explícitamente el carácter de un derecho social en todos los mexicanos. -- Ese es el espíritu de la Constitución". *36.

La Ley Federal de Vivienda publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 es reglamentaria del artículo 40, párrafo cuarto constitucional, sus disposiciones son de orden público e interés social cuyo objeto es establecer y regular los instrumentos y apoyos para que toda familia pueda disfrutar de vivienda digna y decorosa. En la política nacional de vivienda se indica la integración de la vivienda a su entorno ecológico y preservación de los recursos y características del medio ambiente.

Por otra parte, hemos indicado que el artículo 123 Constitucional prevé la obligación de ejecutar o financiar programas de vivienda para los trabajadores; estas acciones habitacionales se regirán en los términos de las leyes que regulan la organización, funcionamiento y sistemas de financiamiento derivados del sector al que pertenezcan, y coordinarán sus lineamientos conforme a los objetivos que marca esta ley y el Plan Nacional de Desarrollo en los términos de la Ley de Planeación.

Conforme al artículo 18 de la ley que se comenta, los programas de las entidades de la administración Pública Federal que lleven a cabo acciones para la vivienda rural, se ajustarán a la política sectorial de desarrollo rural integral y tenderán al mejoramiento y -- construcción de viviendas que fomenten el arraigo de los campesinos a su medio, a utilización de materiales de la región a procedimientos de preservación del medio, al uso de tecnologías que propicien la elevación de los niveles de bienestar procurando el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de habitabilidad.

*36.- De la Madrid Hurtado Miguel-Monterrey, Nuevo León. Reunión de Consulta Popular para la Vivienda. - 7 de Noviembre de 1981.

2.7 EN LA LEY DE PLANEACION

En el proceso dinámico de una permanente reforma administrativa, la planeación democrática significa un cambio estructural que la sociedad exige para usar mejor nuestros recursos, planear el desarrollo equilibrado independiente con la participación democrática, hacia el modelo de nación que cojuge el ideal común. Esta fue una premisa esgrimida desde el inicio del actual régimen cuyos postulados para el establecimiento de un sistema de planeación democrático del desarrollo nacional se hicieron palpables, surgiendo así la iniciativa presidencial para reformas y adiciones a nuestra Constitución de 3 de diciembre de 1982 publicadas el 3 de febrero de 1983, específicamente el artículo 26 Constitucional quedó reformado para establecer explícitamente las facultades del Estado para planear el desarrollo nacional y establecidas en la Ley de Planeación publicada el 5 de enero de 1983, misma que desarrolla los propósitos, atribuciones y las bases del Sistema Nacional de Planeación Democrática, con la participación de la sociedad en el proceso, que fortalece la capacidad del Estado para hacer converger los esfuerzos de la sociedad hacia el desarrollo integral de la Nación, que contempla el avance político, económico, social y cultural del pueblo de manera sólida, dinámica, permanente, equitativa y eficiente.

La formulación del Plan Nacional de Desarrollo sustrae todos éstos elementos como programa sexenal. La Ley de Planeación establece las normas y principios básicos para la integración y funcionamiento del Sistema Nacional de Planeación Democrática y encauzar, en función de ésta, las actividades de la Administración Pública Federal.

Las dependencias de la Administración Pública Federal en los términos de esta ley, deberán planear y conducir sus actividades con sujeción a los objetivos y prioridades de la Planeación Nacional de Desarrollo, así proveerán lo conducente en el ejercicio de las atribuciones que como coordinadoras de sector les confiere la ley.

La descentralización de la vida nacional es una estrategia básica -

del proceso nacional de planeación. La distribución de competencias sanitarias en los niveles federal, estatal y municipal es el resultado de la evolución de la obligación del Estado para la prestación de los servicios de salud.

Con fecha 8 de marzo de 1983 se publicó el acuerdo secretarial por el que se crea la Comisión de Descentralización y de Desconcentración de la SSA, posteriormente el 30 de agosto del mismo año, se publicó el decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la propia SSA.

En este orden de ideas la descentralización gradual de los servicios de salud, se dá en el orden de las facultades de los servicios coordinados a los gobiernos estatales, así como las facultades desconcentradas precedentes. En esta forma se impulsará el funcionamiento eficiente del Sistema Nacional de Planeación, la integración y funcionamiento de los Sistemas Estatales de Salud en coordinación con el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con una normatividad nacional que redunde consecuentemente en el uso más eficiente de los recursos y con ello a la efectividad progresiva del derecho constitucional a la protección de la salud.

3.- LA ADMINISTRACION Y LA SALUD PUBLICA

Hasta aquí hemos presentado un panorama general de los fenómenos sociales de la salud y la enfermedad como un estudio médico-social y su referencia jurídica; la finalidad de esta investigación es o debe ser vislumbrar la concatenación que tiene lo que llamamos salud pública con la ciencia del Derecho y, en última instancia conocer el tratamiento que a la fecha se le ha dado y percibir o mejor dicho, comprender conceptualmente que futuro debiera tener esta disciplina científica.

Ahora bien, ¿donde encuadrar todo el contexto que hemos esbozado en los capítulos precedentes? ¿en que rama científica pudiera quedar -

configurado este estudio? claro está que surgen infinidad de interrogantes, pero todas las respuestas convergen para indicarnos que siendo el Derecho Administrativo por excelencia la ciencia que define las funciones de un poder ejecutivo (administración pública), es decir que esta ciencia establece, estructura y organiza el funcionamiento del Estado, en cuanto que éste se relaciona con otros entes y órganos públicos y con los particulares, forjando y definiendo la multiplicidad y diversificación de la actividad estatal; y por otra parte, como ya hemos dicho, la salud pública es la ciencia y arte de evitar enfermedades, prolongar la vida sana, y que su campo de acción es prácticamente ilimitado al promover la salud y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad, entendiéndose que coordinadamente con el Estado, concluimos que, no sólo tienen íntima relación estas dos ramas científicas, y que en definitiva está el encuadramiento de la salud pública dentro del estudio del Derecho Administrativo, sino que necesariamente para entender a la primera, se debe estudiar al segundo.

Este orden de ideas tiende consecuentemente a llevarnos al análisis de la actividad administrativa como función para conocer si es válido o no enfocar nuestro estudio a un concepto universal.

¿Porqué no debemos encuadrar este estudio en otras ramas científicas incluso ajenas al Derecho? porque ya quedó analizado que ni la ciencia de la medicina, ni la antropología, ni la biología, ni la psicología, etc. quedan fuera de una regulación jurídica y porque cualquier actividad del hombre desde antes de su nacimiento hasta aún después de su muerte, tiene repercusión en la salud pública.

Es cierto que por la importancia del estudio de la salud pública, su proyección social y su esfera de acción, debe entenderse como unidad conceptual y operativa, integrada por la medicina preventiva, la asistencial, la de rehabilitación, la epidemiología y otras ciencias conexas; empero, no podríamos llegar a conocer los postulados de la salud pública si la estudiamos desvinculada del Derecho en general y particularmente de la rama llamada administrativa, ya que esos postulados son fuentes creadoras de normas jurídicas.

El Derecho Administrativo es propiamente de reciente formación por cuanto al estudio analítico de manera autónoma; *37. Su precisión data de finales del siglo XIX, aunque aún no podemos hablar de "un padre del Derecho Administrativo", porque su estudio se ha desarrollado de manera paulatina conforme a la actividad estatal.

La actividad administrativa ha existido desde que el hombre habita la tierra. Reconozcamos que el hombre, cualesquiera que sean sus razones y la teoría sobre la materia, es un ser social, que requiere de la vida en común para su existencia y supervivencia. Lejos de ser un ente perfecto y capaz de autosatisfacer sus múltiples necesidades, ha requerido para su superación de la actividad colectiva, situación que actualmente, dada la complejidad de la vida moderna, es una necesidad irrenunciable. Sólo en cooperación con sus semejantes encontrará las fuerzas suficientes para hacer frente con éxito a las necesidades que la naturaleza y su condición de hombre le imponen. La sociedad, asociación entre los hombres, nace como el producto, a la vez que el medio, de las intenciones de superación humana.

En el tiempo, los individuos han creado innumerables y múltiples -- instituciones con fines precisos y parciales, pero todos con el propósito de lograr bienestar a un grupo de individuos o a la comunidad en general. Se trata, por tanto, que el hombre se ha organizado en instituciones que, en su medida y de acuerdo a los objetivos para los que han sido creadas, han aportado su cuota de bienestar a la humanidad. No se puede negar que muchas instituciones pasadas y actuales han organizado a individuos cuyos objetivos más bien fueron y son perjudiciales para la humanidad en general, pero en todo caso sus fines pretendían beneficiar a sus asociados conforme a los valores morales y dentro del contexto cultural donde se desarrollaron. Todos los principios de administración tuvieron en su gran mayoría, origen en las experiencias recogidas de las actividades comerciales e industriales. Sin embargo, no se pueden desconocer otros orígenes, como es el caso del desarrollo de la administración pública.

*37.- "Confrontar" Serra Rojas Andrés. Derecho Administrativo. Editorial Porrúa-1962 1a. Edición México P.P. 9-12.

En cuanto que el hombre se organiza con otros individuos emprende funciones ya comunes o diferentes para lograr un objetivo común con interrelación que permita el cumplimiento adecuado a los objetivos propuestos constituyendo una función. Es esta función precisamente, cuyo campo de acción son los grupos humanos que permitan la coordinación de los esfuerzos comunes, la que se reconoce como función administrativa o administración (ADMINISTRARE=SERVIR). La administración, en resumen, tiene como objetivo básico el bienestar de la comunidad.

Sociológicamente, podemos considerar que el aumento de la población, el avance tecnológico y científico así como la búsqueda de metas de progreso y bienestar dentro de la sociedad, han provocado que la administración pública actúe en campos que hasta hace poco tiempo --- eran desconocidos.

La administración pública moderna ha visto ampliada cada vez su estructura y funciones que podríamos decir, corren paralelas con la ampliación de la actividad del Estado, independientemente de la filosofía política y la concepción política que sustenten los dirigentes del Estado, es un hecho que la administración pública día a día acrece sus agencias, oficinas, departamentos o unidades administrativas, el personal de éstas y los medios materiales con que cuentan para ello.

Lo anterior nos permite, desde ahora, afirmar que la actividad administrativa estará obviamente presente en las instituciones de salud. Los principios que rigen la actividad administrativa serán -- igualmente válidos, cualquiera que sea el tipo de servicios asistenciales que cubren necesidades de atención médica, de seguridad social etc. en los que trabajan numerosos profesionales y técnicos, con las particularidades de las actividades correspondientes, cuyo propósito final es dar salud a la comunidad a través de las diversas acciones de fomento, protección y rehabilitación ya discutidas en los capítulos precedentes. La administración pública ha tenido que desarrollar métodos adecuados para hacer frente a la existencia de los problemas de salud de la población, utilizando recursos y --

y sistemas administrativos para distribuir adecuadamente y con el máximo de eficiencia la protección de la salud, constituyendo per - sé una responsabilidad estatal.

La administración sanitaria consiste en guiar, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de la colectividad para proteger, fomentar y restaurar la salud de la población, así, la administración en salud ha dejado de ser ya una cuestión de buen criterio solamente. Existen principios, métodos y técnicas que se deben tomar en cuenta para crear la política nacional de salud.

Desde las primeras líneas de esta investigación mencionamos que la protección de la salud de la población, es de acuerdo con lo establecido por la ciencia política, una responsabilidad de gobierno; que en el caso de México están fijadas por la constitución de 1917 - las bases de la organización sanitaria del país dando el máximo de autoridad a la autoridad sanitaria federal que depende exclusivamente del Presidente de la República. El Código Sanitario de 1934 robusteció al Departamento de Salubridad como autoridad autónoma y ejecutiva, dándole, al mismo tiempo, la supervigilancia de los ser - vicios sanitarios de los Estados, ayuntamientos y autoridades sani - tarias del país.

Esa responsabilidad de gobierno, dijimos que, puede ser ejercida -- directamente o delegándola en las divisiones políticas y administra - tivas del país. Pues bien, un rasgo importante de la Ley General de Salud y que recogió de lo establecido por el ordenamiento legal que deroga, es la franca tendencia que encierra en favor de la coordina - ción de los servicios sanitarios locales con los federales.

Con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los -- asuntos sanitarios y los de asistencia pública quedaron en esa sola dependencia.

Los servicios públicos deben funcionar coordinadamente con los de - salud, y el administrador sanitario debe conocer y tener idea precisa de la organización administrativa del país, de la reglamentación

en materia de salud y de los poderes, deberes y limitaciones de las funciones a su cargo.

4. NATURALEZA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA.

Es indudable que la administración es un proceso general que caracteriza todo esfuerzo colectivo dada la medida y la compleja técnica de las modernas instituciones; la administración está particularmente interesada en el arte de coordinar, puede ser definida como la organización y la dirección de recursos materiales y humanos para alcanzar los medios deseados en este aspecto. La administración es un concepto universal, una parte de toda empresa grande o pequeña, los elementos de la organización, procedimientos y la actitud que son su esencia aparecen en la Universidad, en el Ejército, en el Sector Salud, en las corporaciones privadas y en el gobierno; en varios grados se puede apreciar en cada uno un sistema de jerarquía, un sentido de unidad coporativa inspirada por conceptos comunes de misión, una línea encaminada a alcanzar el máximo calculable de métodos.

El conocimiento administrativo incluye planeación, dirección, coordinación y control, cada uno de ellos es esencial al esfuerzo organizado; sin embargo, la administración pública tiene encomendada la formulación y establecimiento de políticas públicas que son conducidas en sus facetas más altas por los cuerpos políticos representativos. *38. Con lo anterior acreditamos que el Derecho Administrativo tiene un contenido jurídico en un continente orgánico.

Como puede apreciarse, la administración pública viene a constituir una característica del Estado, una parte de él, o sea el Poder Eje-

*38.- Acosta Romero Miguel "Apuntes de Derecho Administrativo" UNAM. 1970. México P. 34.

cutivo y los órganos que dependen en forma centralizada, desconcentrada, descentralizada, y empresas de participación estatal.

La administración pública, para realizar su actividad cuenta con -- una estructura jurídica con elementos materiales, o sea el conjunto de bienes que en un momento dado tiene a su disposición y el elemento personal, que es el conjunto de funcionarios, empleados y trabajadores que prestan sus servicios a la administración.

En este sentido el Poder Ejecutivo jerarquiza a todos los órganos - o unidades administrativas que directa o indirectamente dependen de él. Orgánicamente la Administración Pública Federal está constituida por el Presidente de la República y todos los órganos centralizados, desconcentrados, descentralizados, las empresas y sociedades mercantiles de Estado.

La Administración Pública local estará constituida por el Gobernador y todos los órganos que dependan de él en forma centralizada, desconcentrada, descentralizada o de empresas estatales, igualmente podría agregarse lo mismo del Municipio en cuanto al Ayuntamiento.

Desde el punto de vista dinámico, la administración pública se entiende como la realización de la actividad que corresponde a los órganos que forman ese sector. En este sentido, administrar es realizar una serie de actos para conseguir una finalidad determinada, -- por lo que, los fines del Estado, que ya vimos, son múltiples y complejos; y para cuya consecución se necesita también una complejidad de órganos encargados de realizarlos de una manera armónica, que se logra a través de enlazarlos y coordinarlos jerárquicamente.

5.- LOS PROGRAMAS DE SALUD Y EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Este trabajo no podría dejar de contemplar uno de los fundamentos -- sobre los cuales se alza la estructura sanitaria del país, que son los programas de salud, y la materia sobre la que versan.

Concebida la ciencia del Derecho como normativa, considerado como un conjunto de normas que forman un sistema establecido en estado-dinámico en la serie de actos por los cuales es creado y luego --- aplicado; veremos que validez contienen como normas jurídicas positivas los "Programas Nacionales" que en materia de salud se establece, cuales son sus objetivos, su naturaleza y jerarquía. Repasando estos aspectos vincularemos al contexto general de esta obra, los planes proyectos y programas de salud que a nivel nacional han conformado la política en materia de salud.

La Constitución vigente determina en lo relativo a la salud pública como deben crearse las normas sobre esta materia y cual debe ser su contenido, y por virtud de la dinámica del Derecho, se establece la medida de validez para la creación de esas normas destacando su fundamentación. Esto es, que la norma superior prevé la creación y subordinación y por consecuencia, la validez del orden jurídico que regirá en conjunto la conducta individual y social en materia de salud.

Sin entrar en análisis de la norma fundamental hipotética de Hans Kelsen, mencionaremos que el grado superior de nuestro derecho positivo en materia de salud, es la Constitución, entendido en el sentido material, cuya función esencial es la de designar los órganos encargados de la creación de normas generales y determinar el procedimiento a seguir, ésto es, la legislación; así como el contenido de ciertas leyes futuras a prescribir o prohibir tal o cual acción u omisión; pero también contiene la prescripción del tema específico de la salud pública el equivalente a promesa de dictar medidas, aunque se vea como obligatoriedad de los órganos que indica (art. 73 - Fracción XVI) a dictar leyes, programas o medidas indispensables, pues la técnica jurídica no permite prever una sanción para el caso en que dichas leyes o medidas no sean dictadas o bien que se realice de modo diverso al prescrito cuando nuestra Constitución en su lista de derechos individuales básicos ya consagra el derecho a la salud individual y colectiva, sin embargo, está contemplada esa protección, y permite dar eficacia al orden jurídico al prever la derogación o abrogación al respecto ya que por procedimientos especiales

puede modificarse la política nacional en salud, a la fecha se ha dado substancialmente este hecho.

Inmediatamente después de la Constitución encontramos las normas generales emanadas del proceso legislativo, las cuales determinan no sólo los órganos y el procedimiento, sino también y sobre todo el contenido de las normas individuales que han de ser dictadas por las "Autoridades Sanitarias".

Generalmente la Constitución tiene por función especial regular la creación de leyes ocupándose poco o nada de su contenido. En el caso que nos ocupa, sí se prescribe el contenido, al mencionar que será el Congreso de la Unión quien dictará leyes sobre la salubridad general de la República así como el Consejo de Salubridad General quien dictará disposiciones generales, sin olvidar al Departamento de Salubridad que también dictará las medidas preventivas necesarias e indispensables.

En la Constitución está establecida la regulación de creación de las normas en materia de salud, las leyes pertenecen al derecho material y al derecho formal, determinándose la superioridad sobre la norma inferior de tal manera que en los programas de salud los dos elementos no se equilibran preponderando el material de la ley. Aquí se establece una distinción importante, porque las leyes sanitarias tienen los ámbitos espaciales de validez como normas jurídicas generales que han sido creadas según las reglas especiales del proceso legislativo, siendo también los reglamentos emanados administrativamente de este mismo orden, y por su parte los programas nacionales de salud no contemplan esta creación legislativa, sino que emanan del contenido de esas normas jurídicas y provienen del Sector Salud en su conjunto y éste no es órgano legislativo.

Puede decirse que los programas son fuente de derecho, porque lo informan socio-jurídicamente en forma por demás dinámica, y porque de ellos derivan deberes y obligaciones, responsabilidades o derechos subjetivos tanto de parte de los que los llevan a efecto como a quienes van dirigidos; pero la aplicación y coercibilidad del

derecho se sustentan en las leyes sanitarias; siendo por tanto éstos programas uno de los más eficaces medios para cumplimentar el contenido de por sí amplísimo de la ley sanitaria y la política nacional de este especial renglón. Esta política es la que contemplan los programas aludidos.

Pero surge una interrogante, si éstos programas son el continente y lógicamente aquí se encuentran incluidos los programas particulares dictados por los órganos obligados ya no solo por una ley sino por la propia Constitución ¿no se convierte entonces el contenido en algo secundario y falto de validez como norma positiva por su modo -- particular de existencia?. Pensamos que sí, que aquí se hace negatoria la norma constitucional que ordena la formulación de programas, de leyes y medidas indispensables a órganos especiales legislativos. La técnica legislativa sufre atropellos porque aquí los programas no constituyen una norma positiva porque no es válida aunque de hecho se encuentre en estrecha relación con las circunstancias sociales.

Se puede argumentar que los órganos legislativos obligados constitucionalmente sí están cumpliendo al formular programas, dictar medidas y que las plasman en el contenido de ese programa nacional, empero el continente no constituye una norma con características de validez por carecer de validez material y por esa naturaleza tampoco puede considerarse eficaz, es decir, que los hechos no son conformes al orden jurídico, por falta de validez y atentar al principio de legalidad y legitimación. Derivándose exclusivamente en un plan piloto administrativo pero sin fuerza de ley, siendo indicativo de la política particular.

No podría argumentarse la inutilización de los programas de salud, porque en ellos se plasma la dinámica de acción administrativa para que el Estado cumpla esta importante función pública.

Estos programas de salud no sólo son el resultado de compilaciones, de proyectos, de metas, que configuran la política nacional sobre el particular, sino constituyen el principal instrumento de ideolo

gías, de avances científicos y técnicos que a nivel internacional van surgiendo y demuestran las bondades de sus aplicaciones, en definitiva recomendados por organismos como la Organización Mundial de la Salud, su homóloga Panamericana, entre otros afines, y México que es miembro de ellos por fortuna ha aceptado y plasmado en realidad no sólo esas recomendaciones sino también ha aportado constructivamente algunas de sus particulares experiencias. El contenido ideológico de los programas de salud aceptan y ejercen con apoyo en la ley en el tiempo y espacio las recomendaciones y obligaciones recíprocas a nivel de soberanías internacionales creando así una condición esencial para lograr la unidad política mundial de salud con la propia organización jurídica y de acción del país.

Específicamente la materia sobre la que tratarán los programas de salubridad general está comprendida en el artículo 3o. de la Ley General de Salud en vigor, pero contenidas en todo el cuerpo de este ordenamiento se encuentran las bases para la formulación de campañas sanitarias, las medidas y actividades tendientes a la promoción, prevención y restauración de salud de la población por medio de sendos programas de salud que una vez integrados constituyen el establecimiento del Sistema Nacional de Salud.

En el decenio de los setentas, se formuló el Plan Nacional de Salud, un documento que constó de dos mil páginas, comprendió veinte programas y cincuenta y seis subprogramas. Su cumplimentación se trató de realizar en dos etapas, la primera de 1974 a 1976 y la segunda de 1977 a 1983. Sus objetivos capitales eran cinco; extender la cobertura de Servicios Sanitarios Asistenciales a toda la población; transformar las circunstancias adversas del medio en favorables a la salud; incorporar a la población, por sí misma y por medio de su organización social al desarrollo de programas de salud; promover y coordinar las acciones de las instituciones relacionadas con la materia, para lograr el máximo aprovechamiento de los recursos, y el aumento de la productividad de los servicios; y aumentar la esperanza de vida de los mexicanos, así como la elevación de su calidad. Estos postulados en su gran mayoría sirven de base o punto de partida en el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, Sistemas --

Estatales de Salud, políticas, estrategias y líneas generales de acción sobre la materia, contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Las experiencias tanto positivas como las metas nunca alcanzadas por el citado Plan Nacional de Salud, constituyen en la actualidad la mediata fundamentación para la integración y cumplimiento del Sistema Nacional de Salud. Este sistema conforme a la Ley General de Salud, está conformado por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas y 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.

Conforme al artículo 6o. de la ley que se comenta, el Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

- I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de las mismas, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los Sectores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las actividades 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 cumplimiento al desarrollo de la familia, y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- V.- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

VI.- Impulsar un sistema nacional de administración y desarrollo de los recursos humanos 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 se presten para su protección.

Todo proceso administrativo exige objetivos que cumplir en plazos determinados y a un costo también determinado. Exige, por lo tanto, un sistema para ejecutar. El Sistema Nacional de Salud no es un documento inerte sino un proceso dinámico que, al aplicarlo, se desarrolla en el tiempo con ajustes permanentes en relación a los cambios de las variables.

Este proceso administrativo, exige el establecimiento previo de una política general de gobierno que indique lo que desea realizar en salud pública en el país, en un período determinado. En este lapso, los planes, programas y proyectos deberán ser la expresión de esa política en términos de tiempo y espacio, integrada en el proceso del desarrollo social. Las políticas, prioridades, líneas de acción y mecanismos de coordinación referentes al sector salud, están contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.

Obviamente se entiende que el Sistema Nacional de Salud es derivado de las experiencias del Plan Nacional de Salud 1974-1983, pese a las negativas detectadas en la aplicación y cumplimiento de las metas de este último; se sostiene que ha existido avance en los logros de la protección de la salud pública merced al desarrollo tecnológico y en definitiva por la inclusión constitucional como derecho inalienable de la población.

Empero, la técnica jurídica exige la fundamentación legal de la política ad-hoc. Así la Ley de Planeación en sus artículos 30 y 31 establece la obligatoriedad de publicar en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo así como los programas sectoriales. En relación al Plan, se ha cumplido -- con esa publicación, no así con el Sistema Nacional de Salud, o algún programa sectorial de salud, no obstante haber entrado en vigor la Ley General de Salud, misma que se refiere a estos instrumentos como si ya se ubieran dado a conocer por la vía legal.

C A P I T U L O I V

"EL DERECHO ADMINISTRATIVO Y LA FUNDAMENTACION DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA"

- 1.- EL DERECHO ADMINISTRATIVO.
- 2.- CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.
- 3.- ESTRUCTURA SECTORIAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.-
3.1.- EL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. 3.2.- LA DESCON--
CENTRACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA. 3.3.
LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PU-
BLICA.
- 4.- EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO. 4.1.- PRIORIDADES SECTORIA
LES DE LA SSA. 4.2.-ELEMENTOS BASICOS DE LOS ACUERDOS DE --
COORDINACION EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.
- 5.- FUNDAMENTACION JURIDICA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA -
SALUD.
- 6.- LAS AUTORIDADES SANITARIAS. 6.1.- EL PRESIDENTE DE LA REPU-
BLICA.6.2.- EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. 6.3.- LA SE--
CRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. 6.4.-ATRIBUCIONES DE -
LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. 6.5.- LOS GOBIER-
NOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, INCLUYENDO AL DEL DISTRI-
TO FEDERAL.
- 7.- OBJETIVOS DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.

C A P I T U L O I V

EL DERECHO ADMINISTRATIVO Y LA FUNDAMENTACION DEL DERECHO A LA -
PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA

1.- EL DERECHO ADMINISTRATIVO

Todo orden requiere de una legitimación y de una legalidad para -- que opere. Se habla de que vivimos en un "Estado de Derecho", es - un "Régimen de Derecho". Es decir, que nuestro gobierno es legíti- mo en los términos que marca la Constitución Política de los Esta- dos Unidos Mexicanos, elaborada por el Congreso Constituyente de - 1917. Además, las funciones que realiza el gobierno están determi- nadas por leyes, acuerdos, decretos, reglamentos que lo facultan pa- ra ello.

La rama del Derecho que estudia los fenómenos relativos al Estado - es la del Derecho Público y éste se divide en Derecho Constitucio- nal y Derecho Administrativo.

El Derecho Administrativo es el que norma las actividades (el proce- so administrativo) que se ejecutan para aplicar la legislación.

Primero consideramos que el conjunto de normas jurídicas del Dere- cho Administrativo son del orden de normas de Derecho Público ya - que éste organiza, estructura y regula la actividad de la adminis- tración pública. En seguida veremos lo que se refiere al contenido del Derecho Administrativo, siendo un problema difícil de determi- nar y precisar que materias abarca el Derecho Administrativo enten- dido como género, pues el constante auge y ampliación de las acti- vidades de la administración pública se vé cada día más presionado por el avance de las ciencias y la tecnología, lo que nos obliga -

a meditar si el Derecho Administrativo es una rama unitaria, o bien un género que abarca diversas especies de derechos que sin dejar de ser administrativos van adquiriendo autonomía, objeto de conocimiento, régimen y sistematización propia.

Así tenemos que del tronco generoso del Derecho Administrativo general van naciendo ramas del Derecho Administrativo particulares. Verbi gratia, de las dependencias de la estructura y organización pública Federal surgen necesariamente reconocimiento de derechos y legislaciones AD HOC-SUI GENERIS, como lo es de la Secretaría de Educación Pública emanan el Derecho Educacional, el de derechos de autor; o de la Secretaría de Salubridad y Asistencia el Derecho Sanitario, el Derecho Asistencial y la rama del derecho que se integra al tronco rector del Derecho Administrativo que es el Derecho a la Protección de la Salud Pública.

El Derecho Administrativo se configura con la aplicación formal y material de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos y circulares con que el Estado materializa sus fines, mediante actos materiales y jurídicos, en virtud de las atribuciones que la legislación positiva le otorga.

Las atribuciones no sólo sirven para regular la acción administrativa del Estado, sino también la del Estado sobre los particulares, delimitando la actividad privada cuando ésta se proyecte sobre un bien o servicio de interés colectivo.

Ahora bien, ¿en que momento la Salud Pública como disciplina científica puede influenciar al Derecho Administrativo para que éste le reconozca el carácter de generadora de normas jurídicas?. Desde la consideración que el Derecho Administrativo no es un conjunto frío y despersonalizado de normas, sino que como ciencia es el conjunto de conocimientos sistematizados y unificados, en busca de principios generales a través del estudio de la interconexión sistemática de los fenómenos sociales y con método propio de investigación y desarrollo.

Habremos aquí de utilizar un procedimiento lógico de conocimiento - para precisar con claridad la vinculación de los fenómenos sociales explicados en los capítulos anteriores referentes a la salud pública con el punto de vista práctico y de la realidad de las instituciones de Derecho Administrativo, explicadas según su técnica y entendidas como el conjunto de medios, instrumentos que en forma ordenada, sirvan para crear, aplicar e interpretar correctamente el Derecho Administrativo.

Nunca mejor que ahora la aplicación de las circunstancias sociales, las interpretaciones AD-HOC, e integración de normas de diversa índole y jurisdicción en materia de Salud Pública para saturar un vacío del Derecho para informarlo, porque siendo el Derecho un factor social, será el resultado de una serie de factores sociales muy diversos y de distintos orígenes que podrán formar la conciencia del legislador o la conciencia de aquéllos que reconocen una determinada norma.

La última palabra para la vinculación a que aludimos no ha sido dicha, ésto es, que se debe actuar conforme a la ley (SECUNDUM-LEGEM); que si las interpretaciones AD-HOC son las actuaciones volitivas -- conforme a la OPINIO-JURIS o a la INVETERATA-CONSUETUDO, sirven - para saturar un vacío del Derecho y que si aplicamos el principio - de PRETER-LEGEM * 39.- Por lo que se refiere al tiempo y espacio de aplicación de esas leyes, concluimos que, siendo actos humanos los encaminados a lograr la salud tanto individual como colectiva, quedarán encuadrados dentro de la rama rectora del Derecho Administrativo, toda vez que son los particulares los que influyen el Derecho Administrativo en razón fundamental a que, la conciencia social es la MAGISTER MAGNUM de la ley en todo tiempo y lugar.

Así la materia del Derecho Administrativo, en el sentido amplio, -- incluye todas las reglas jurídicas de la Administración, sea en su-

*39.- García Maynes Eduardo. "Introducción al Estudio del Derecho" Editorial Porrúa, S.A. 1970.MEXICO P.P. 17-32

organización o en su actividad; y en sentido estricto, se refiere a reglas especiales diferentes del Derecho Privado.

El Derecho Administrativo comprende reglas básicas como son:

- a).- Determinar la composición, reclutamiento y estatuto de las personas y organismos de la administración o sea la estructura y organización administrativa, considerando los medios patrimoniales y financieros que requiere la administración para su sostenimiento y garantía en la regularidad de su actuación.
- b).- La determinación y delimitación de poderes o atribuciones de mando, de policía o coacción que están encaminadas a mantener y proteger al Estado; la prestación de servicios públicos; la intervención estatal en la economía cultural, salud pública y seguridad social.
- c).- Las sanciones por el exceso de esos poderes y las faltas cometidas por sus órganos en su ejercicio.
- d).- El Derecho Administrativo es el que norma las actividades (el proceso administrativo) que se ejecutan para aplicar la legislación.

Se puede ver, entonces que las relaciones entre la Administración Pública y el Derecho son muy estrechas, tanto en la teoría, como en la práctica. Muy claramente con el Derecho Constitucional que señala las atribuciones, pero particularmente, con el Derecho Administrativo que le brinda el marco de referencia jurídico a la acción administrativa.

Sin embargo, hay que subrayar la siguiente situación: el Derecho Público, tanto en su rama constitucional como en la administrativa no explica de ninguna manera los fenómenos que suceden en la administración pública. Esto es claro, puesto que se refiere al deber ser.

El Derecho es una de las disciplinas científicas de que se vale la teoría de la Administración Pública para explicar la fenomenología que se presenta en los procesos administrativos del gobierno.

En la práctica, el Derecho es una arma sin la cual no es posible establecer gobierno alguno. El Derecho positivo (el que se aplica), en este sentido, es común a todas las actividades de la sociedad.

Si se considera a la Administración Pública como cuerpo de instituciones y personas que conforman un gobierno y como proceso administrativo, dentro de un sistema liberal-democrático, es el pueblo -- quien a través del ejercicio del "derecho del voto" legitima a un gobierno y es el Derecho Administrativo el que marca la pauta para la actuación administrativa de ese gobierno.

En efecto, en México, el Presidente lo es por elección popular, lo mismo que Diputados y Senadores; Gobernadores y Diputados locales de los Estados. Entre las facultades del Ejecutivo, señaladas en la Constitución Política, aprobada por los representantes del pueblo en 1917, están las de nombrar al Gabinete y a los principales miembros del Poder Judicial. De esta manera, se constituye un gobierno legítimo, que para su actuación, se basa en leyes y normas que en teoría emanan del poder legislativo.

Así surgió la "Ley de Secretarías y Departamentos de Estado". las que crean organismos descentralizados y las que establecen la participación estatal en diferentes ramas de los servicios y bienes de interés nacional. Posteriormente, la ley de la Administración Pública Federal que redistribuye facultades y competencias a las entidades y dependencias del Ejecutivo Federal.

Existen, por otra parte, las leyes, Acuerdos, Decretos o Reglamentos que regulan las relaciones entre los diferentes organismos del Gobierno Federal y las leyes que establecen las relaciones entre los Estados y la Federación (Ley de Coordinación Fiscal, Ley General de Salud, Ley de Planeación, Ley Federal de Vivienda, etc).

Existen la Ley Electoral, las que norman la captación de recursos - fiscales, la de instituciones de crédito; las normas de inversión - pública, de gasto público, de reforma administrativa, de control de bienes muebles e inmuebles propiedad del Gobierno Federal; de adquisición de bienes y servicios, de control de operación del sector público, etc., o sea ordenamientos jurídicos que establecen el marco legal a la administración, es decir el deber ser y el cómo se debe hacer o ejercer la acción administrativa.

Estos ordenamientos jurídicos no son, sin embargo, el reflejo de la realidad. Lo que se quiere expresar es que no siempre sucede lo que se ordena jurídicamente porque hay circunstancias políticas, económicas y administrativas fuera del control jurídico.

En conclusión, es importante anotar los siguientes señalamientos:

- a).- Las relaciones entre el Derecho Público y la Administración Pública son estrechas y tienen muchos puntos de contacto.
- b).- Utilizar el enfoque legal o jurídico para tratar de explicar la función de la administración pública, no es válido porque tiene incosistencias visibles al efectuar el análisis comparativo con la realidad, toda vez que el -- Derecho se queda siempre, e ineludiblemente, en el campo del "debe ser".
- c).- Sin embargo, es indispensable para el estudio de la Administración Pública utilizar al Derecho como auxiliar en la explicación de la realidad objeto de su análisis.
- d).- En la práctica es imposible actuar sin el respaldo jurídico ya sea consititucional o administrativo. En suma, - el Derecho establece el marco de referencia jurídico de la Administración Pública.

Para llevar a cabo los fines del proceso administrativo con eficiencia, ya hemos mencionado las cuatro formas clásicas de la organización administrativa: la centralización, descentralización, desconcentración y las Sociedades Mercantiles de Estado o Empresas de Economía mixta.

Para ofrecer un panorama general de como están organizados los servicios de Salud en el país hemos colegido que de las estructuras administrativas en el Sector Salud y Seguridad Social están incluidas expresamente la Centralización, la Descentralización y la Desconcentración solamente, sin intervenir las últimas que son las Sociedades Mercantiles de Estado o Empresas de Economía Mixta, y que por no ser materia de estudio no las analizamos.

2.- CENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

El régimen de centralización constituye la forma principal de la Administración Pública Federal.

Según nuestro sistema constitucional, el Presidente de la República es la autoridad suprema de la administración por ser el titular del Poder Ejecutivo y tener el goce y el ejercicio de las facultades administrativas otorgadas a dicho poder.

De conformidad con el artículo 89 de la Constitución. Dicho funcionario tiene entre sus atribuciones principales las de "promulgar y ejecutar las leyes que le expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia". Según la interpretación tradicional de este precepto, en él se encuentra comprendida la actividad final que completa la función legislativa, la más amplia competencia para realizar la función administrativa en los aspectos de preparación, decisión y ejecución que ella requiere; para mantener la unidad en la administración; y para expedir normas de carácter abstracto e impersonal, es decir Reglamentos que tienen

por objeto facilitar la exacta y precisa observancia de las leyes expedidas por el Poder Legislativo.

La centralización administrativa implica una multiplicidad de diferentes órganos con intercoordinación y subordinación frente a un titular. Este medio se establece a través de un vínculo jurídico mediante el ejercicio de poderes que impera la propia relación. Esta relación jurídica jerárquica trae como consecuencia la agrupación de diferentes grados, categorías y competencias según su grado o dependencia de los inferiores frente o respecto del superior. *40. Así tenemos que la Centralización Administrativa es la forma de organización mediante la cual diferentes unidades, entidades u órganos -- se ordenan coordinadamente bajo un orden jerárquico.

Distinguimos las características de la centralización:

- a).- El Estado es la única persona titular de derechos que se traducen en poderes públicos (a través de los diversos órganos de la administración pública).
- b).- La centralización es un régimen administrativo legal,
- c).- Las facultades de mando y decisión se concentran totalmente en el Poder Ejecutivo. La fuerza pública se concentra en los órganos superiores de la administración; principalmente en el Presidente de la República.
- d).- La existencia de un régimen jerárquico.

Así es nuestro régimen administrativo, la centralización administrativa está integrada por: el jefe del Ejecutivo Federal, los Secretarios de Estado, el jefe del Departamento del Distrito Federal, el Procurador General de Justicia de la República y el Procurador General de Justicia del Distrito Federal.

*40.- "Confrontar Acosta Romero. Opus-cit. P.P. 34-35".

Las acciones de salud en el país, reposan sobre un régimen centralizado con respaldo jurídico para abordarlas conjunta e íntegramente en unitaria política sobre la materia, plasmada en un programa, Plan Nacional de Salud o Sistema Nacional de Salud.

Así la integración de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud, cuenta con dependencia normativa y operativa centralizada en concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas y el Departamento del Distrito Federal y ejecución zonal local de forma coordinada. Esta dependencia normativa jurídica está contemplada y regida por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 73 fracción XVI; en la Ley General de Salud en vigor y sus correspondientes Reglamentos; y por otras leyes federales. Así que el Poder Ejecutivo Federal con apoyo en los artículos 89, 90 y 93 constitucionales procuró la "Ley Orgánica de la Administración Pública Federal", conformándose la administración centralizada en general, y en el caso del Sector Salud es el Presidente de la República, la autoridad administrativa que ocupa el lugar más alto de la jerarquía administrativa, concentrando en sus manos los poderes de decisión de mando y jerárquicos necesarios para mantener la unidad en la administración bajo el orden jurídico establecido en la Constitución Política y por el Poder Legislativo. Es de notarse la franca tendencia hacia la descentralización de los Servicios de salud a las entidades federativas mediante la coordinación y establecimiento de los Sistemas Estatales de Salud en el marco del Sistema Nacional de Salud. Esta descentralización es un proceso paulatino, aunque de inmediata aplicación. Así en la materia de descentralización del Sector Salud se ha iniciado una vigorosa etapa de descentralización.

La existencia del Secretario de Estado denominado como titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia es, en función de la subordinación que está sujeto a las órdenes del Presidente de la República; cuenta con la facultad o ejercicio de refrendo, con obligación de informar al Congreso de la Unión al principio del período de sesiones ordinarias acerca del estado que guarda el despacho de los asuntos de su ramo encomendados a él; de estudiar y dar forma a los acuerdos presidenciales y reglamentos de su ramo; para que -

en unión de los demás Secretarios de Estado y del titular del Departamento del Distrito Federal estudiar y promover las modificaciones que deban hacerse a la Administración Pública Federal y coordinar y evaluar su ejecución; y para los servicios de difusión y relaciones públicas el Presidente contará con las unidades respectivas, de asesoría y apoyo técnico y de coordinación en áreas prioritarias, que el propio Ejecutivo determina de acuerdo con el Presupuesto asignado a la Presidencia (LOAPF artículo 8o.)

Es el Secretario de Salubridad y Asistencia quien constituye el auxiliar más inmediato del Presidente de la República para ejercer las funciones en los servicios públicos de salud, Tiene el Secretario un doble carácter; es un órgano político al mismo tiempo que un órgano administrativo.

Pensamos que el Secretario del Ramo que nos ocupa no es un órgano que se limite a cumplir ciegamente las resoluciones o decisiones del Presidente de la República, sino que, por el contrario, debe reconocérsele la posibilidad de una decisión libre y espontánea que pueda llegar desde, el recaer en responsabilidad constitucional en el ejercicio de sus facultades por delitos, faltas u omisiones hasta el rehusar en solidarizarse con los actos del Presidente. Esto es, que nuestra Constitución Política establece prácticamente la irresponsabilidad del Presidente de la República, pues en el artículo 108 se dispone que éste durante el tiempo de su encargo sólo puede ser acusado por traición a la patria y por delitos graves del orden común. Ahora bien, dada la organización del régimen constitucional, resulta hasta cierto punto incongruente que se pretenda considerar que el ejercicio de las facultades del Poder Ejecutivo pueda hacerse sin el control y la garantía que representa un sistema organizado de responsabilidades oficiales. Sin embargo, si por el ejercicio de las facultades del Poder Ejecutivo se hace recaer la responsabilidad en los Secretarios de Estado, como lo determina el mismo artículo 108, parece que se resuelve esa incongruencia, la que por otra parte se explica por la necesidad de evitar que el Jefe del Poder Ejecutivo Federal se vea acosado por constantes acusaciones fundadas o infundadas.

La decisión libre del Secretario constituye un elemento de colaboración con el acto presidencial y es coautor del acto, pues de otro modo no podría fundarse la responsabilidad constitucional que lo afecta por razón de los actos que realiza en el ejercicio de su cargo. Igualmente vemos que cuando concurre con su refrendo dá - - autenticidad al acto presidencial formando e integrando el acto, - configurando la competencia necesaria para la realización del mismo. (artículo 92 constitucional).

La organización interna de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se encuentra bajo el régimen de organización centralizada, misma - que considera que la autoridad jerárquica superior tiene la facultad de resolver sobre conflictos de competencia, de calificación - de actuaciones, de suspensión y remoción de cargos, o bien de modificación revocación de acuerdos, o la de revisión de la legalidad - o jerarquía que pudieran surgir de los actos de autoridades inferiores que le están subordinadas. Más adelante habremos de referirnos - a la Secretaría con mayor detenimiento, revisando su competencia, y funciones y organización como AUTORIDAD SANITARIA, así completaremos su estudio.

Con fecha 29 de diciembre de 1976 se publicó en el Diario Oficial - la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que abrogó la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado de 23 de diciembre de - 1958 y las demás disposiciones legales que se opusieran a la nueva - organización que se viene a establecer. Los principales propósitos - de esta ley son los de asignar en un sólo cuerpo legal la compleja - estructura que se había creado con el crecimiento del aparato administrativo, tratando de adecuar la administración pública a las necesidades y problemas que plantea la actual situación del país y -- del mundo; de establecer en forma clara y precisa las facultades -- de las distintas entidades administrativas; de evitar duplicación - de funciones de dichas entidades para definir responsabilidades y - permitir que las decisiones gubernamentales se traduzcan en resultados satisfactorios para los gobernados.

Se persigue con la nueva ley la institucionalización de la programa

ción de las acciones de la administración pública, el establecimiento de prioridades, objetivos y metas que resulten comprensibles y viables y que las dependencias directas del Ejecutivo Federal se constituyan en unidades responsables que se encarguen de la coordinación de los organismos descentralizados, empresas de participación estatal y fideicomisos que se ubiquen en el AMBITO SECTORIAL- que habrá de estar a su cargo.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia es un órgano de la administración Pública, integrada como el conjunto de elementos personales con estructura jurídica que le otorga competencia para realizar toda su actividad. Esta actividad es responsabilidad y relativa al Poder Ejecutivo Federal y desde el punto de vista orgánico depende de éste. La Secretaría es la encargada de organizar y administrar los servicios sanitarios generales y de salubridad en toda la República, así como ejecutar por conducto de sus unidades administrativas la coacción para hacer cumplir los ordenamientos legales relativos a la salud, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud y sus Reglamentos, amén de formular planes o programas de salud y la coordinación del Sistema Nacional de Salud.

La formulación y conducción de la política sanitaria nacional, así como el Sistema Nacional de Salud y el impulso de la descentralización y desconcentración de los servicios de salud, están encomendadas al Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ésta realiza las acciones tendientes a lograr la participación en las tareas y programas de promoción, educación, conservación, restauración y mejoramiento de la salud. Asimismo, establece la coordinación horizontal con las demás dependencias del Ejecutivo Federal a efecto de obtener la óptima utilización de los recursos financieros y humanos disponibles para esas tareas, (los fondos provienen del Erario Federal) e impulsar la permanente actualización de las disposiciones legales en materia de salud, así como las demás atribuciones que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Por cuanto a la responsabilidad de la administración de salud y la coordinación de las actividades sanitarias del país, éste es compartido por las autoridades administrativas o mejor dicho por los funcionarios federales, por las autoridades estatales y las municipales procediendo la Secretaría de Salubridad y Asistencia a aplicar y dirigir centralizadamente los principios técnicos y procedimientos uniformes celebrando con los gobiernos de los Estados los acuerdos para establecer los Servicios Coordinados de Salud Pública en cada uno de ellos, donde ejerce el titular de la Secretaría el poder de nombramiento y remoción de los delegados y jefes de esos servicios coordinados. La organización, facultades y funcionamiento de los servicios coordinados, se regirán por la Ley General de Salud, el Reglamento interior de la S.S.A. y el Acuerdo de Descentralización publicado el 20 de abril de 1983, así como por los Acuerdos de delegación y desconcentración de atribuciones y facultades que dicte el Secretario.

Hemos repetido en múltiples ocasiones los conceptos de Sectorización Administrativa y Sector Salud, pues bien, corresponde glosar presuntamente dentro del estudio de la centralización administrativa esos temas porque ya indicamos que el Ejecutivo Federal para el desempeño de sus funciones administrativas está facultado para organizar, sistematizar etc., a los órganos administrativos y sus respectivas unidades que le están subordinadas. Por tanto, en seguida estudiaremos la estructura sectorial de la administración pública federal y el sector Salud en particular, previo análisis de la Reforma Administrativa.

3.- ESTRUCTURA SECTORIAL DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.

Una forma moderna de la administración pública ha sido llamada SECTORIZACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL. Esta modalidad pretende evitar la dispersión o dualidad de actividades estatales. Las necesidades de la administración fueron en crecimiento desde la formación de la institución de las Secretarías, que dentro de la organización del Poder Ejecutivo es quizá, la que tenga mayor antigüedad

en la vida independiente de México. En efecto, apenas iniciado el movimiento de Dolores, y en medio de la confusión de los primeros momentos, Don Miguel Hidalgo intenta en Guadalajara, en diciembre de 1810 la organización de un gobierno con dos secretarios, uno -- con el carácter indeterminado de Estado y del Despacho y otro con el de Gracia y Justicia; estableciéndose posteriormente las Secretarías de Hacienda Pública, la de Relaciones Exteriores e Interiores, la de Justicia y Negocios Eclesiásticos y la de Guerra con en cargo de lo perteneciente a Marina, con las que propiamente se pre tendía abarcar los sistemas de administración adecuados a las nece sidades de la primera etapa de la independencia. En la medida en que la población fue incrementándose, la estructura administrativa también manifestó síntomas de complejidad cada vez más intensa *41.

La crisis administrativa tuvo su clímax durante la década 1965-75, cuando el Poder Ejecutivo fomentó la creación de organismos con débil fundamento jurídico, que intentaba abocarse al estudio específi co de un problema en lo particular *42. La óptica administrativa -- contemporánea ha extendido casi sin límite organismos carentes de una función verdaderamente trascendente al servicio del público; no obstante, su eliminación crearía el conflicto laboral y social de incremento al índice de DESOCUPACION: y justamente una de las etapas de la actual Reforma Administrativa es el de procurar acercarse más al ideal del PLENO EMPLEO; *43. Por lo que resultaría una contraccción que el propio Estado incrementara la desocupación a través de la cancelación o liquidación de fideicomisos, o comisiones que en otra época tuvieron su esplendor, pero que actualmente absor

*41.- Carrillo Castro Alejandro "Nueva Ley Orgánica de la Administración Pública Federal" Editada por el ISSSTE 1977.-MEXICO.

*42.- Véase el Esquema Estructural o cuadro "Organizacional del Gobierno Federal", para este estudio de la Sectorización, elaborado por Carrillo Castro Alejandro OPUS-cit.

*43.- Consúltese "Hacia el Pleno Empleo" Edición publicada por la Organización Internacional del Trabajo. 1980 Centro de Documentación de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. MEXICO, P.P. 20-45.

ben más de la mitad de los empleados al servicio del Ejecutivo. Por tanto la SECTORIZACION no tiene otro fin que el de controlar, vigilar y coordinar las actividades de organismos públicos en esencia -afines en sus atribuciones.

A esta virtud señalamos que el actual sistema de la administración pública a nuestra manera de ver ha suplido propiamente a la antigua ley de Secretarías y Departamentos de Estado de 1958, porque esta nueva ley de la Administración Pública Federal se refiere a la organización metodológica de la administración pública y redistribución de atribuciones de las diferentes unidades administrativas, sectorizándolas, así como la desaparición o fusión de organismos o bien la transferencia de fideicomisos federales a gobiernos estatales, que a juicio del Ejecutivo Federal reportan pérdidas o son inoperantes -o bien, es conveniente su regionalización a cargo de los gobiernos locales. *44.

3.1. EL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Entre los organismos descentralizados de este sector que aparecían -hasta fines de 1977, la SSA fungió como cabeza de sector, sin secretariado técnico, integrados en número de diecisiete, algunos cambiaron de denominación, otros desaparecieron como el único fideicomiso que tenía este sector llamado "De la Entrega de Productos a la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez por Venta o Arrendamiento de Muebles", el Consejo Nacional de Prevención de Accidentes, el Instituto Nacional de Endocrinología y el Patronato de Asilo Nicolás Bravo; los que cambiaron de denominación fueron el Centro de estudios en Farmacodependencia a Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, el Instituto Nacional de Neurología a Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

*44.- Presentamos a continuación el SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL) sin detenernos al estudio de los demás sectores, por considerar fuera de tema ese análisis.

Es de notarse que en el sector salud y seguridad social de esa época el gobierno federal mantuvo una estructura un tanto difusa sin una plena coordinación en virtud de que instituciones fundamentalmente de servicio social asistencial estaban integradas en sitio diverso a la sectorización de la Administración Pública Federal, dependiendo directamente del Ejecutivo Federal en el organograma funcional. Estos organismos eran: El IMSS, INFONAVIT, CONACYT, ISSSTE y el DIF; todas con estructura y funcionamientos autónomos y con vinculación de supraordinación con el Ejecutivo Federal, su gobierno era su Consejo Técnico con representación de las unidades administrativas de ese sector, pero de suyo autárquicos en la expedición de sus acuerdos y reglamentos. Por otra parte, la vigilancia de la SSA a esas instituciones era meramente teórica por virtud de esa autarquía de que gozaban y por la dependencia de supraordinación al Ejecutivo Federal.

De acuerdo a la dinámica social, la modernización de los mecanismos administrativos, la consulta popular y la culminación del reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, el sector salud en la actualidad se encuentra encuadrado bajo una sistematización en función sustantiva de organización de desarrollo y planeación del Estado con relaciones interinstitucionales para tratamientos y áreas específicas

En efecto, el Ejecutivo Federal expidió el 18 de enero de 1983 el Acuerdo por el que se crea la Dirección General del Secretariado Técnico de Gabinetes de la Presidencia de la República, que en su artículo segundo fracción tercera, determina la integración del Sector Salud por los titulares de la SSA, SPP, SCGF, IMSS, ISSSTE y DIF, como Gabinete Especializado e instancia coordinadora y supervisora, dependiente directo del Ejecutivo Federal, a efecto de coordinar los asuntos interdependenciales debidamente informados de los programas e instrucciones del Presidente de la República, con obligación de sesiones ordinarias conforme a los lineamientos y prioridades del ramo.

En el mismo sentido se dictó el Acuerdo Secretarial publicado el -- 30 de marzo de 1984, por el que se establecen las normas y linea-- mientos para la integración y funcionamiento de los Organos de Go-- bierno de las Entidades Paraestatales coordinadas por la SSA, con - fundamento en la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, Re-- glamento interior de la SSA y el Acuerdo Presidencial publicado el - 3 de septiembre de 1982, modificado este último por el diverso pu-- blicado el 19 de mayo de 1983, y el oficio-circular No. 212-879, di-- rigido a los titulares coordinadores del sector por el cual se expi-- den los lineamientos generales para la integración y funcionamiento de los Organos de Gobierno de las Entidades de la Administración -- Pública Federal.

Aquí se indica que en cumplimiento de las metas y objetivos señala-- dos por el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 y por el Programa-- Sectorial de Salud, requieren de instrumentos administrativos idó-- neos y eficaces en el marco de la modernización administrativa, a - efecto del óptimo funcionamiento del Sector Salud como componente - indispensable del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, el referido Acuerdo de 3 de septiembre de 1982, por el que las Entidades de la Administración Pública Paraestatal, se agru-- pan por sectores a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Fe-- deral, se realicen a través de las Secretarías de Estado o Departam-- tos Administrativos que se determinan, le correspondió al artícu-- lo único inciso "L" a la SSA, de la siguiente forma:

- 1.- Centro de Salud "Soledad Orozco de Avila Camacho"
- 2.- Centro Materno Infantil "General Maximino Avila Camacho"
- 3.- Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
- 4.- Hospital Infantil de México
- 5.- Instituto Nacional de Cancerología
- 6.- Instituto Nacional de Cardiología
- 7.- Instituto Nacional de Gastroenterología
- 8.- Instituto Nacional de Oftalmología
- 9.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- 10.- Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

- 11.- Instituto Nacional de la SENECTUD
- 12.- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
- 13.- Instituto Nacional de Pediatría
- 14.- Instituto Nacional de Perinatología
- 15.- Instituto Nacional de Urología
- 16.- Instituto Mexicano de Psiquiatría
- 17.- Centros de Integración Juvenil A.C.
- 18.- Fondo Nacional para Prevenir y Controlar la Contaminación Ambiental.
- 19.- Patronato de la Clínica Primavera de Ortopedia
- 20.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF
- 21.- Patronato para la Formación del Patrimonio de la Fundación Permanente de Asistencia Privada Dr. José María Alvarez.

En lo que respecta a la coordinación intersecretarial, ésta se ha venido desempeñando en el marco de la distribución de facultades y competencias que establece la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; la expedición de disposiciones administrativas del Ejecutivo Federal, del Secretario del Ramo y del Sector Salud. Entre otros, se cuenta con el Acuerdo Presidencial publicado el 17 de octubre de 1983, por el que se crea la Comisión Nacional de Alimentación, como un órgano de coordinación y definición de políticas, estrategias y acciones en materia de alimentación y nutrición, esta Comisión será presidida por el titular del Ejecutivo Federal, y se integrará de manera permanente por los Secretarios de Hacienda y Crédito Público, de Programación y Presupuesto, de Comercio y Fomento Industrial, Agricultura y Recursos Hidráulicos, Salubridad y Asistencia, Reforma Agraria, Pesca y por el Jefe del Departamento del Distrito Federal, así como por los Directores Generales de CONASUPO, del Instituto Nacional de Nutrición y del DIF.

En el mismo sentido, se dictaron dos Acuerdos Presidenciales publicados el 19 de octubre de 1983, uno por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud, con el propósito de contribuir a la formulación de políticas de investigación en salud y de coordinación de acciones para su ejecución y desarrollo; y el otro -

por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de indentificar las áreas de coordinación entre las instituciones educativas y las de salud, en el proceso de formación de recursos humanos para la salud que requiera el Sistema Nacional de Salud. Esta Comisión estará integrada por un representante de la SPP, de la SEP, de la SSA, del IMSS, del ISSSTE, del DIF y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

La Comisión invitará a formar parte de ella al Consejo Nacional de Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior A.C., a la Academia Nacional de Medicina y a un representante de los Institutos Nacionales de Salud.

3.2 LA DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

Es relativamente nuevo este concepto de Desconcentración, lo ubican los autores como un término medio entre la Centralización y Descentralización.

Consiste la desconcentración en una forma de organización administrativa mediante la cual se otorgan a determinados órganos ciertas facultades de decisión y un manejo autónomo de su presupuesto o de su patrimonio, sin dejar de existir el nexo de jerarquía. (Dependen necesariamente estos organismos de una Secretaría o de un Departamento).

En virtud de los retardos en la administración pública, la prestación de los servicios, la consecución en fin de metas específicas del órgano superior; se ha pensado en la conveniencia de dar a ciertos organismos adyacentes al poder central con características de autonomía técnica otorgándoles facultades de decisión limitadas y supervisadas del órgano del que dependan, así como dotándolas de cierta autonomía financiera (limitada) presupuestaria.

La desconcentración busca el mejor aprovechamiento de los servicios públicos en los lugares donde se requieren, el contar con funcionarios más vinculados con la población a la que sirven, posibilitar soluciones adecuadas a los problemas locales y que el personal federal realice sus trámites y obtenga los servicios en forma rápida y cercana, así los titulares de las dependencias del Poder Ejecutivo, mediante acuerdo de éste procede a una efectiva delegación de funciones y facultades en funcionarios subalternos para la más ágil toma de decisiones aumentando su espíritu de responsabilidad al conferírseles determinados asuntos. *45.

Desde luego la doctrina no es unánime en tipificar la desconcentración; tampoco se determina con precisión su personalidad jurídica, simplemente su creación se señala como organismos federales autónomos dependientes del órgano superior, pero no podrán llevar a cabo la toma de decisiones o su actividad si no es con acuerdo de la Secretaría u órgano del que dependen.

Es pertinente y oportuno manifestar que la figura jurídica llamada DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA en nuestro particular punto de vista, pensamos en un principio que este concepto no intervenía en la materia de estudio, pero afortunadamente y para poder presentarlo dignamente, en entrevista directa en 1979-80 con el C. Director General de Asuntos Jurídicos de la S.S.A., Lic. Carlos Román Celis, nos convenció de que los elementos de la desconcentración administrativa que hemos citado, sirven de fundamentación para comprender a las unidades administrativas u órganos administrativos desconcentrados que dependen directamente del C. Secretario del Ramo.

El Lic. Román Celis, *46 atribuye características comunes a estos organismos y sitúa a esta figura jurídica entre la Centralización y la Descentralización Administrativas.

*45.- Artículo 17 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

*46.- Román Celis Carlos.- "Centralismo y Descentralismo en el Pensamiento Político de México", (con prólogo del Dr. Andrés Serra Rojas) Edición Privada MEXICO. 1956. P.73

- a).- "La descentralización es sólo parcial en cierta materia y limitada a ciertos poderes de administración. En otros aspectos de su actividad, el órgano está en la misma posición que los demás órganos jerarquizados, o sea que existe centralización.
- b).- El traspaso de poderes debe tener origen legal, mismo que deberá ser publicado en el Diario Oficial de la Federación. Sólo puede hablarse de desconcentración cuando la ley establece la competencia propia del órgano. De allí que el órgano jerarca pueda afectar o suprimir las resoluciones propias del órgano desconcentrado, los cuales derivan del instrumento jurídico de creación.
- c).- El órgano jerarca mantiene un "contralor" sobre la actividad que el órgano desconcentrado desarrolla en ejercicio de los poderes que le fueron dados.
- d).- El traspaso de poderes se realiza del órgano central hacia -- los órganos subordinados, o sea los de grado jerárquico inferior. Es indiferente que dichos órganos estén radicados en el mismo lugar que la autoridad central o en localidades distintas. Lo que interesa es el descenso de poderes hacia los órganos inferiores y no que éstos sean locales.
- e).- Al órgano desconcentrado se le trasmite la titularidad de la competencia sobre determinados asuntos, dentro de un ámbito territorial determinado".

El tema de la desconcentración administrativa ha sido tratado por el Sector Salud de una forma que se desarrolla conforme lineamientos plasmados en el Reglamento Interior de la SSA, así observamos que este ordenamiento ha sufrido modificaciones y reformas hasta concretarse en la expedición del último Reglamento Interior publicado el 25 de junio de 1984.

La evolución del Reglamento ha permitido constatar el tratamiento

que ha tenido la desconcentración administrativa. El Reglamento publicado el 13 de octubre de 1983 contempla la desconcentración desde dos ámbitos administrativos, según los artículos 2o, 9o, 36 a 49, se observa que la SSA para el estudio, planeación y despacho de los asuntos de su competencia contó con diversas unidades administrativas, entre las que se encontraba la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados de forma centralizada; además con cinco Organos Administrativos Desconcentrados por Función; y dos Organos Administrativos Desconcentrados por Territorio. Por función eran: la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública; el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea; la Escuela de Salud Pública de México; Gerencia General de Biológicos y Reactivos; y la Junta de Asistencia Privada. Por Territorio: los Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas y los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal.

Consideramos que existían ciertos vacíos jurídicos para una adecuada interpretación de la desconcentración en relación a la demanda inmediata de proceder a la descentralización de la SSA de los servicios de salud a las entidades federativas, para hacer efectivo el mandato constitucional de acceso del pueblo a esos servicios.

Ahora con el nuevo Reglamento Interior de la SSA publicado el 25 de junio de 1984, se subsanan esos vacíos y se pueden interpretar adecuadamente la desconcentración y la descentralización. Así el artículo 5o. fracción X se refiere a la propuesta del Secretario del Ramo al Presidente de la República para la desconcentración de facultades de unidades administrativas centrales a órganos administrativos desconcentrados por territorio; asimismo la fracción XVII del mismo numeral establece la atribución del Secretario para designar conforme a las instrucciones del Presidente de la República, entre otros a los Titulares de los Organos Administrativos Desconcentrados por función o por territorio, y a los representantes ante las diversas comisiones. Por otra parte, las fracciones XVIII y XIX del mismo artículo 5o. mencionan como atribución indelegable del titular de la SSA el publicar en el Diario Oficial de la Federación, los acuerdos de adscripción orgánica de las unidades administrativas

y la delegación de facultades; así como conducir y controlar el proceso de descentralización y desconcentración de la Secretaría.

El Reglamento Interior en vigor, conforme el artículo 2o; contempla a tres Organos Administrativos Desconcentrados por Función: la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública; Escuela de Salud Pública de México; y la Gerencia General de Biológicos y Reactivos. Asimismo, a dos Organos Administrativos Desconcentrados por Territorio: los Servicios Coordinados de Salud Pública en las Entidades Federativas, y los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal. (Además de incluir en forma centralizada a diversas Comisiones y Comités).

Debe hacerse notar que este nuevo ordenamiento legal está encauzado a la agilización de la modernización administrativa, al proceso legal de desconcentración y descentralización procedentes, para lo cual todas las unidades administrativas procurarán apoyar de acuerdo a sus funciones dichos fines.

Es evidente que existen atribuciones del Secretario con las que está dotado para la representación, el trámite y resolución de los asuntos de su competencia, pero corresponden a facultades indelegables conforme al artículo 5o. del Reglamento Interior de la SSA, aunque para el logro de los asuntos que le encomiendan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud y otras leyes, reglamentos, acuerdos y órdenes del Presidente de la República, podrá conferir sus facultades delegables a funcionarios subalternos, mediante acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación, sin perder por ello la posibilidad de su ejercicio directo.

Al respecto el maestro Nava Negrete *47 dice: "Es la forma jurídica-administrativa en que la administración centralizada con orga-

*47.- Nava Negrete Alfonso.- "Descolonización, véase Autodeterminación, Colonialismo, Desconcentración". Diccionario Jurídico Mexicano. Tomo III-D Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM Agosto de 1983 México Distribuido por Edit. Porrúa Julio.1984. P.P. 244-246.

nismos o dependencias propias, presta servicios o desarrolla acciones en distintas regiones del territorio del país. Su objeto es --doble, acercar la prestación de servicios en el lugar o domicilio del usuario, con economía para éste y, descongestionar al poder --central".

En el análisis que efectúa el maestro Nava Negrete, destaca la opinión de considerar que en México la desconcentración no se dá de --igual forma que en España, Italia y Francia donde se manifiesta en acrecer y fortalecer las atribuciones o poderes de las autoridades locales, a las que el poder central trasmite una parte de sus funciones; agrega, "Esto en México no podría ser, si la administra---ción federal transmitiera algunas funciones a autoridades locales, como son las administraciones de los estados y los municipios, se--estaría aproximando al federalismo y no a la desconcentración admnistrativa".

Los elementos que distingue el maestro Nava Negrete son:

- a).- La desconcentración está dentro del cuadro de la centraliza--ción. Las atribuciones o competencia son ejercidas por los --órganos desconcentrados en forma regional o periférica fuera del centro geográfico del poder central.
- b).- Es la desconcentración una forma jurídica en que se organiza la administración central con sujeción de poder jerárquico --sobre esos organismos quienes carecen de personalidad jurídica y patrimonio propios.
- c).- La desconcentración se alcanza cuando el poder central transmite parte de sus funciones en órganos que le están subordi--nados, la transmisión se puede realizar jurídicamente al ---través de la delegación de facultades u otra forma legal. Pudiendo ser esta delegación en forma directa o derivada, de pendiendo de la distribución de competencias mediante ley, --reglamento o decreto general o por delegación administrativa de facultades en forma indirecta mediante acuerdo general

o individual. No debe confundirse la delegación de facultades con la desconcentración, p.e., las facultades delegadas de órganos superiores a inferiores para ejercerlas en todo el territorio nacional (art. 16 LOAPF). Como tampoco se presenta la desconcentración en los numerosos casos en que las Secretarías de Estado delegan ciertas facultades a los ejecutivos estatales por medio de los "Convenios de Coordinación".

d).-La desconcentración tiene un tratamiento legal (art. 17-LOAPF).

3.3 LA DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA EN MATERIA DE SALUD PUBLICA

Este tema es por demás actual y actuante y no podríamos efectuar su investigación sin consultar a un funcionario que por su trayectoria y dedicación al servicio del Estado, es por hoy el pilar en que descansa la evolución de una verdadera reforma administrativa, nos referimos al Lic. José Francisco Ruíz Massieu *48 actual Subsecretario de Planeación de la SSA, Premio Nacional de Administración Pública en 1974, quien al respecto dice:

"Resumen: Se analiza el concepto de descentralización desde el punto de vista histórico y semántico y se describen los principales pasos para la descentralización de los servicios de salud en nuestro medio. Los principales objetivos: a) Revertir el proceso de --concentración nacional, que se manifiesta en graves desigualdades-regionales en cuanto a niveles de salud. b) Reivindicar el carácter concurrente de la materia sanitaria a través de la unificación técnica y la asunción progresiva por parte de los gobiernos locales de los servicios que les correspondan. c) Dar un uso más racional a los recursos que se destinan a los servicios, per medio de una -

*48.- Ruíz Massieu J. Francisco. "La Descentralización de los Servicios de Salud Pública de México", Organo Oficial de la SSA. Volumen 26 Número 1 Enero-Febrero-1984 México. P.P. 7-16.

organización y funcionamiento más idóneo. d) avanzar con mayor celeridad en la cobertura de los servicios y en el mejoramiento de su calidad para dar efectividad creciente al derecho constitucional a la protección de la salud".

Este autor analiza la descentralización desde un aspecto de Derecho Comparado e Histórico, estudiando sus elementos filosóficos para derivar en consecuencia a la figura jurídica de la descentralización en México, indicando que ésta se efectúa mediante dos vías que pueden usarse independiente o conjuntamente, la primera es legislativa y la otra, convencional. Tal como lo expone en el resumen presentado respecto al objetivo (a "revertir el proceso de Concentración Nacional", consideramos que emplea la denominación "Concentración" por la influencia que existe en la concentración jurídica de Francia para referirse a la centralización de funciones, responsabilidad y autoridad administrativas; sin embargo, este término usado por extensión en nuestro medio, no debe ser motivo de confusión, como algunos autores pretenden indicar.

Si por un lado el diccionario nos dice que la centralización es la acción y efecto de centralizar o centralizarse. centralizar es reunir varias cosas en un centro común, o hacerlas depender de un poder central o bien asumir el poder público facultades atribuidas a organismos locales; y por otra parte, concentrar es reunir en un centro o punto lo que estaba separado; es por tanto irrelevante el uso de los términos por analogía.

Este autor fungió como Director General de Asuntos Jurídicos de la SSA, proyectando desde entonces la dinámica jurídica-administrativa que a últimas fechas ha demostrado la dependencia y que sin lugar a dudas, servirá de modelo a otras.

Las vías para la descentralización que indica Ruz Massieu que tienen cabida en nuestro régimen constitucional, la legislativa y la convencional, consisten, la primera en la redistribución de competencias a través de la Constitución General a fin de ampliar las atribuciones de los Estados y reducir, correlativamente, ---

las de los poderes de la unión; la otra vía la constituyen los Convenios de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y los gobernadores de los estados, sirviendo estos instrumentos convencionales para redistribuir la competencia administrativa, que no la legislativa que otorga la Constitución General.

El único caso de descentralización por la vía constitucional en el Derecho mexicano lo constituye la adición al párrafo tercero del artículo cuarto, porque establece el carácter concurrente en la materia sanitaria de la federación y las entidades federativas conforme lo dispuesto por la fracción XVI del artículo 73 de la misma Carta Magna.

El maestro Tena Ramírez comenta que la "la adición aludida implica, como lo hizo el artículo 73 fracción XVI, una verdadera delegación-constituyente al legislador ordinario, pues será éste, y no la Constitución quien reparta la competencia entre la federación y las entidades federativas". *49.

Manifiesta Ruíz Massieu que la descentralización es un proceso tendiente a dar una distribución equilibrada, en términos regionales, a las acciones públicas así como a llevar la participación de las autoridades locales en las mismas. Identifica tres modalidades básicas de descentralización: la delegación regional, la desconcentración regional y la descentralización en sentido estricto.

a) La delegación regional, es el establecimiento de órganos revestidos de facultades a fin de que sean ejercidas en determinada circunscripción y bajo el poder jerárquico del delegante, éste puede ejercer directamente esas facultades cuando lo estime conveniente.

*49.- Citado por Ruíz Massieu, OPUS-cit p.10. Véase el tema de las "Autoridades Sanitarias" que más adelante se trata, contiene observaciones respecto a confusiones terminológicas y delegación constitucional de facultades legislativas expresadas por Tena Ramírez.

- b).- La desconcentración regional es el establecimiento de órganos administrativos desconcentrados que poseen autonomía técnica para el uso, en determinada circunscripción de las facultades que le fueron conferidas por el superior. El poder jerárquico se mitiga y el superior no puede ejercer directamente las facultades desconcentradas. Los actos emitidos podrán ser anulados, modificados o substituídos por el superior.
- c).- La descentralización en sentido estricto, consiste en que se transfieren a la administración pública local facultades y -- con ellas programas y recursos, que son ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasa. El órgano que recibe las facultades (Estado, Municipio) posee su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política y no se haya bajo el control jerárquico del transmisor.

A través de la tercera modalidad — continúa el autor — el Estado posee dos tipos de competencias: la propia, la que posee conforme a las prescripciones del poder constituyente y, la competencia que le es transferida por ministerio de un convenio. El ejercicio de la primera es libre respecto al Ejecutivo Federal, y en la segunda está sujeto a la tutela de éste. Además, debe distinguirse que la primera es igual para todos los estados puesto que está sujeta al principio de igualdad competencial que contiene el pacto federal, y la segunda puede no serlo, ya que se trata de instrumentos de -- uso potestativo, casuístico y gradual, por lo que no deben universalizarse indiscriminadamente. Esta última modalidad es la contemplada en la fracción X del artículo 115 constitucional.

Al parecer ya podemos mencionar las características de la descentralización administrativa, como un fenómeno de delegación de autoridad, responsabilidad o de funciones.

Se pueden descentralizar funciones, atribuciones, más no la facultad normativa que permanece centralizada, esta facultad puede cambiarse de lugar o de acción administrativa, (de una Dependencia a otra o lugar físico) Pero la facultad legislativa originaria de la

Constitución General no puede desmembrarse, aún en el caso de las facultades concurrentes en materia de salud.

Según los elementos aportados por Ruíz Massieu, se deduce que la descentralización es un preámbulo para la descentralización en estricto sentido. Pero se debe tener especial cuidado en no confundir ambas figuras jurídicas. De la descentralización se ha hecho referencia en el párrafo anterior; y el Reglamento interior de la SSA indentifica a órganos descentralizados por función y por territorio.

Los elementos constitutivos de la descentralización son:

- a).- Por su origen.- Creados mediante una ley del Congreso o Decreto del Ejecutivo.
- b).- En cuanto a la personalidad.- Se confiere personalidad jurídica propia; pero encuadrada dentro de la personalidad general del Estado.
- c).- Por su patrimonio.- El organismo descentralizado cuenta con patrimonio propio.
- d).- Por su competencia.- El organismo descentralizado cuenta con capacidad técnica. Tiene atribuciones para darse sus propias normas internas, o sea capacidad de administrarse asimismo, pero la designación de sus directivos depende del órgano de creación, y los lineamientos normativos serán dictados por el órgano centralizado, y en su caso, en facultad concurrente, ésto es, que deberán regirse por la normatividad originaria y unitaria que de manera obligatoria e indelegable la Constitución General o la ley otorga a los órganos centrales.
- e).- Respecto a su ubicación.- Se encuadran en la Administración Pública Paraestatal. La estructura orgánica de estos organismos es distinta a la del órgano central. Entre éste y aquéllas existe una relación de tutela administrativa.

f).- Disposiciones legales aplicables.- Artículos 45, 50, 51, 52, y 54 de la Ley para el Control, por parte del Gobierno Federal de los Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal; 7o. fracción III, 9o. y demás relativos de la Ley General de Salud; 2o, 9o, 42, 43, 44 y demás relativos del Reglamento Interior de la SSA publicado el 25 de junio de 1984; Decreto Presidencial publicado el 30 de agosto de 1983, por el que se establecen las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA., el acuerdo de 18 de junio de 1984 por el que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal procederán a elaborar un programa de descentralización administrativa que asegure el avance de dicho proceso.

Por su parte, el maestro Nava Negrete *50 explica respecto a una comparación entre la desconcentración y descentralización, "ambas son formas jurídicas en que se organiza la administración en las dos el poder central transmite parte de sus funciones a determinados organismos. Existe la diferencia esencial en que los órganos de la primera están sujetos al poder jerárquico y los organismos de la segunda están fuera de la relación jerárquica del poder central". Después menciona el ilustre maestro Nava Negrete, "no existe diferencia por cuanto a las funciones que pueden desarrollar -- pero para el derecho es mejor mecanismos el descentralizado a fin de prestar ciertos servicios públicos o para llevar a cabo empresas productoras de bienes (PEMEX, CFE, etc)."

Para los efectos de la descentralización en materia de salud pública, resta formular las siguientes interrogantes: a) ¿ que sucederá con la relación jurídico-patronal de los servidores públicos, si el nombramiento de los jefes de los organismos depende del titular de la SSA?. b) Si existe delegación de facultades, pero subsiste el poder central en cuanto a la normatividad de la política y acciones a desarrollar por cuanto a las autoridades sanitarias, ¿se-

*50.- Nava Negrete Alfonso.- OPUS-cit P.245.

crearán en el futuro organismos autónomos que potestativamente desarrollen sus funciones aún en discrepancia con los órganos centrales?.

Consideramos que las respuestas deben ser en el sentido de que lo que se trata de descentralizar son los servicios de salud, en concurrencia de la Federación, las Entidades Federativas y, en su caso, el Departamento del Distrito Federal y también de los Estados a sus municipios con la asesoría técnica que los ejecutivos locales requieran de la federación; que por inicio de esta revolucionaria forma de prestación de servicios públicos, al principio serán servidores públicos al servicio del Estado Federal, posteriormente y conforme a las circunstancias evolutivas, podrán ser subrogados por los gobiernos estatales; finalmente, se considera que la obligación indelegable de las autoridades sanitarias respecto a la formulación de la política nacional y la normatividad en materia de salubridad general del país, no puede, ni debe ser delegada o descentralizada. Podrán los gobiernos estatales por un lado, o los organismos desconcentrados convenir, opinar y apoyar la política ad-hoc, pero deberá subsistir la normatividad por parte de las autoridades sanitarias constitucionales para mantener la uniformidad y el poder sobre la materia, siempre en aras del cumplimiento de la obligatoriedad estatal de la protección a la salud pública, con sagrada ahora como garantía social.

4.- EL CONVENIO UNICO DE DESARROLLO.

Etimológicamente, convenio es del latín CONVINIERE de convenir, ser de un mismo parecer, ajuste o concierto entre dos o más personas. Es conforme al artículo 1972 del Código Civil, el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones. Así las definiciones doctrinales coinciden con la que estipula el ordenamiento civil, Es pues, un género particular de actos jurídicos en el que el acuerdo de voluntades tiene por objeto un interés jurídico referido a la transmisión, modificación, creación o extinción de derechos y obligaciones. (Los contratos son

una especie de este género).

A efecto de respetar la soberanía de los gobiernos estatales y de fortalecer el federalismo, surgió en 1977 a la vida institucional del país, un documento jurídico-administrativo denominado "Convenio Unico de Coordinación" (CUC) como canal de concertación de acciones federales y estatales para lograr el desarrollo nacional en un plano de igualdad absoluta entre ambos niveles de gobierno.

A partir de 1977 hasta 1982 operó el CUC y constató que fué durante seis años el instrumento jurídico, administrativo, político, programático y financiero más importante con que han contado los ejecutivos federal y estatales para integrar y armonizar en un sólo esquema sus acciones comunes.

Las acciones intergubernamentales de competencia concurrente, así como aquéllas de interés común que se han llevado a cabo a través del Convenio, se apoyan en una bien entendida y respetuosa política federalista, cuya finalidad ha sido promover el desarrollo socioeconómico regional. La evolución que en ese período experimentó el CUC ha propiciado que, por sus fines intrínsecos se avanzara en la tendencia coordinadora de los intereses nacional y estatales y se consolidara como instrumento administrativo de desarrollo.

Esta evolución propició por otra parte, el reconocimiento general de que el Convenio debería seguir sirviendo a los fines del Estado, así se efectuó un cambio en cuanto a su denominación, a partir del 5 de febrero de 1983 se identificaría como "Convenio Unico de Desarrollo" (CUD), sufriendo cambios substanciales pero aprovechando los logros obtenidos a través de la participación de ambas instancias de gobierno y ahora integrando con el concurso de los gobiernos estatales al nivel municipal en la coordinación de acciones en caminadas al desarrollo.

Actualmente consolidado como instrumento de desarrollo regional el CUD, tiene por objeto impulsar y fomentar el desarrollo integral del país, mediante la coordinación de los ejecutivos federal y

estatales para la realización de acciones y programas que promuevan la planeación nacional del desarrollo, la descentralización de la vida nacional y el fortalecimiento municipal, encaminados a obtener una sociedad más igualitaria.

Para 1984 se incorporaron nuevos programas y acciones con la participación decidida de los municipios en materia de planeación, acorde a las reformas y adiciones de los artículos 115 fracción X y 26 de la Constitución General.

En relación al apartado de la descentralización de la vida nacional, se promoverá la participación de los municipios y de los sectores social y privado en las funciones que están a cargo de entidades y dependencias de la Administración Pública Federal cuando sean de interés local y propicien el desarrollo regional.

Asimismo, se establecerá un programa de descentralización administrativa y delegación orgánica de facultades a los estados y municipios.

Referente a la materia que nos ocupa de la prestación de servicios de salud y a efecto de cumplimentar lo establecido por el artículo 4o. Constitucional se procurará la integración programática y orgánica de los servicios de salud o población abierta a cargo de la SSA, del programa IMSS-COPLAMAR y la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas. También se organizarán y desarrollarán los Sistemas Estatales de Salud mediante la desconcentración y descentralización de facultades y competencias que procedan a los estados y sus municipios, a través de la celebración de Acuerdos de Coordinación en el marco del CUD, acorde a las disposiciones legales y los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

El CUD tiene su fundamentación jurídica en los artículos 22 y 32 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en los que se establece:

"Artículo 22.- El Presidente de los Estados Unidos Mexicanos podrá celebrar convenios de coordinación de acciones con los Gobiernos-- Estatales, y con su participación, en los casos necesarios, con -- los municipios, satisfaciendo las formalidades legales que en cada caso procedan, a fin de favorecer el desarrollo integral de las propias Entidades Federativas".

"Artículo 32.- A la Secretaría de Programación y Presupuesto corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

IV.- Coordinar las acciones que el Ejecutivo Federal convenga con los gobiernos locales para el desarrollo integral de las diversas regiones del país".

Debe mencionarse el Acuerdo Presidencial de 25 de junio de 1982, - que dá operatividad a lo dispuesto por el citado artículo 22 respecto a la concertación de acciones entre ambos niveles de gobierno.

Estos preceptos conjuntamente con los artículos 33 a 36 de la Ley de Planeación, tienen como propósito esencial la realización conjunta de acciones y programas entre la Federación, los Estados y - con el concurso de éstos con los Municipios, para lograr el desarrollo nacional en un plano de absoluta igualdad, así como la facultad de la SPP como coordinadora del Convenio y de los Acuerdos de Coordinación que de él se deriven.

Finalmente se debe mencionar que en las cláusulas de este documento se encuentran implícitos los puntos resolutivos para los casos de incumplimiento por las partes que lo signan, independientemente que la Ley de Planeación en su artículo 44 menciona que en todo -- caso, en las controversias que se den con motivo de la interpretación y cumplimiento de los convenios que suscriba el Ejecutivo Federal con los gobiernos de las entidades federativas, se propondrán las medidas de sanción, así como la resolución por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, en los términos del artículo 105 de la Constitución General de la República.

El Convenio Unico de Desarrollo 1984 en su cláusula nonagésima - - cuarta, estipula dar por terminada la vigencia del CUC-1980, otorgando vigencia permanente al mismo, por virtud de los cambios cualitativos que contiene y que lo consolidan como un nuevo instrumento para el desarrollo nacional.

4.1.- PRIORIDADES SECTORIALES DE LA SSA.

Los programas y las acciones materia del Convenio Unico de Desarrollo, se encuadran en la estructura sectorial definida para la Administración Pública Federal. Su realización por parte del Ejecutivo Federal será a través de sus dependencias y entidades de acuerdo a sus respectivos ámbitos de competencia.

Acorde con las principales políticas, propósitos, objetivos y estrategias que establece el Plan Nacional de Desarrollo y de manera especial el capítulo de Política Regional del mismo, para 1984 se incorporaron al CUD nuevos programas y acciones con la finalidad de lograr una mejor coordinación entre las tres instancias de gobierno para el desarrollo regional integral.

En consecuencia, el CUD establece que los ejecutivos federal y estatales determinarán, en el seno de los Comités Estatales para el Desarrollo (COPLADES), los programas prioritarios que llevarán a cabo las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; correspondiendo la cláusula cuadragésima tercera a la Secretaría de Salubridad y Asistencia como sigue:

"El Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con la participación que corresponda a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a los municipios, en cumplimiento a la normatividad constitucional y demás disposiciones legales en vigor, procurará que el derecho a la protección de la salud se convierta en efectiva facultad de la población a ser beneficiaria de la infraestructura y servicios de salud

y de asistencia básicos, mediante la integración del Sistema Nacional de Salud, que permita ampliar la cobertura institucional en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación; para tal efecto, celebrará el Acuerdo de Coordinación relativo para continuar el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en el Estado, de conformidad al Programa Nacional de Atención a Población Abierta y el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud, y promoverá la formación y funcionamiento eficiente del Sistema Estatal de Salud por medio de la desconcentración y descentralización de competencias y facultades que procedan al Estado y a sus municipios.

Para el logro de estos propósitos, los Ejecutivos Federal y Estatal establecerán bases sólidas para que éste pueda asumir plenamente las atribuciones en materia de salud que la legislación respectiva confiere al Gobierno Local en forma exclusiva y concurrente con la Federación; promoviendo al efecto las modificaciones de la legislación estatal y municipal; asimismo, programarán acciones y conjugarán esfuerzos tendentes a avanzar cualitativa y cuantitativamente en los servicios de salud, mediante la atención a población abierta en las etapas prenatal, preescolar y escolar; protección a la salud mediante programas de vacunación, de detección oportuna de enfermedades, de cuantificación de riesgos a la salud, de educación para la salud, de nutrición, de vigilancia epidemiológica y de control sanitario, así como de planificación familiar, con la intervención que corresponda a la Secretaría de Gobernación, y de asistencia social y abastecimiento de insumos para la atención de la salud".

4.2.- ELEMENTOS BASICOS DE LOS ACUERDOS DE COORDINACION EN MATERIA DE SALUD PUBLICA.

Hemos revisado el carácter concurrente de la salubridad general del país por parte de las autoridades sanitarias, que conforme a la Constitución General desarrollan los postulados del derecho a la protección de la salud o sea la vía convencional y estudiada

esta última mediante el apartado de la descentralización administrativa como necesaria para lograr la unificación técnica sobre la materia.

Ahora debemos proceder a señalar los elementos básicos que contendrán los Acuerdos de Coordinación, su fundamentación legal, así como analizar las perspectivas y los objetivos de la descentralización apuntados por Ruíz Massieu *51

Con antelación citamos que la materia sanitaria representa el único caso de descentralización por vía constitucional en virtud de la adición al párrafo tercero del artículo 4o, por la facultad concurrente de la Federación y las entidades federativas en la salubridad general del país. Conviene recordar que la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República Mexicana publicada el 25 de agosto de 1934, en su artículo 2o. facultaba al Jefe del Departamento de Salubridad Pública para celebrar convenios en representación de la Federación con los estados y, cuando lo permitiera la legislación local con los ayuntamientos, en materia de unificación, coordinación y cooperación de los servicios sanitarios. Con base en esa ley se crearon los Servicios Coordinados de Salud Pública como unidades de competencia coordinada. Este ordenamiento constituye el antecedente mediato de la coordinación, porque a partir de él todos los códigos sanitarios previeron la fórmula de la coordinación. Así la Ley General de Salud en vigor, en su artículo 13 establece la distribución de competencias y en relación con el 18 y siguientes, señala las bases y modalidades del ejercicio coordinado para la prestación de los servicios, indicando los elementos básicos a que se ajustarán los acuerdos de coordinación.

Se permite así la descentralización de los servicios públicos federales y su unificación técnica con los que tienen a su cargo los gobiernos estatales, correspondiendo la normatividad técnica al Ejecutivo Federal por conducto de la SSA sobre la materia de salu-

* 51.- OPUS-cit P.P. 7-15

bridad general en los términos de los artículos 3o. y 14 de la ley.

Conforme a las finalidades que tiene el derecho a la protección de la salud, la materia de salubridad general, los objetivos del Sistema Nacional de Salud así como la determinación de la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas, se establecen las bases y modalidades de la coordinación mediante los acuerdos de coordinación en el marco del Convenio Unico de Desarrollo.

Esos acuerdos de coordinación establecerán las unidades que tendrán a su cargo los servicios de salud, conforme a la definición del artículo 23 y la clasificación indicada del artículo 24, ambos de la Ley General de Salud, por conducto de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y del Distrito Federal.

Las partes, la Federación y los estados, harán aportes financieros, materiales y humanos necesarios para la operación de los servicios, de conformidad con las disposiciones legales aplicables (art. 18, 19 y 20 L.G.S.).

La organización, estructuras administrativas, funcionamiento y vigilancia de los servicios se rigen por la Ley General de Salud así como por lo estipulado en el propio Convenio y los acuerdos de coordinación que de él se deriven.

La Dirección Técnica corresponde a la Federación por conducto de la SSA.

Los acuerdos deberán expresar conforme al artículo 25 L.G.S., por lo menos:

- Determinación del objeto del acuerdo, o sea que establecerán el tipo y características operativas de los servicios de salubridad general que constituyan el objeto de la coordinación.
- Determinación de las funciones correspondientes a desarrollar -- por partes, indicando sus obligaciones.
- Los fondos y los bienes que aporten las partes, con la especifici-

cación del régimen al que quedarán sujetos.

- El marco jurídico de afectación y fundamentación, a nivel federal y estatales aplicables, así como las medidas legales y administrativas que las partes se obliguen a adoptar y promover; también se establecerán las estructuras administrativas a que se refiere el artículo 19 L.G.S. determinando sus modalidades orgánicas y funcionales.
- El procedimiento para la elaboración y aprobación de los proyectos presupuestales anuales y determinación de los programas de actividades que vayan a desarrollarse.
- Definición en su caso, de las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios.
- Circunscripción territorial de la prestación de los servicios, -- así como el establecimiento de los ingresos que se obtengan (cuotas de recuperación previo estudio socioeconómico) por la prestación de los servicios, mismos que se ajustarán a lo dispuesto por la legislación fiscal y por los acuerdos de coordinación.
- Intervención de las partes para vigilar y evaluar el cumplimiento de las obligaciones, así como el procedimiento para la resolución de las controversias que, en su caso se susciten con relación a la ejecución del acuerdo con sujeción a las disposiciones legales aplicables. (artículo 44 Ley de Planeación, 105 Constitucional).
- Facultad del Titular de la SSA para designar al Jefe de los Servicios, así como el procedimiento para la designación y remoción -- del personal técnico y administrativo de conformidad con las prevenciones de los acuerdos.
- La duración del acuerdo y las causas de terminación anticipada -- del mismo.

Conforme al artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, corresponde a la Secretaría de Programación y -- Presupuesto, coordinar los acuerdos y dictar su normatividad. (Es parte en los acuerdos).

El Acuerdo Secretarial publicado el 8 de marzo de 1983, mediante el cual se creó la Comisión de Descentralización y Desconcentración de esa dependencia, constituye el antecedente programático -- para revertir el proceso centralizador y reivindicar el carácter-

concurrente de la materia sanitaria. Se eleva el rango de ese atributo con el diverso de 8 de marzo de 1984, que distribuye los -- programas IMSS-COPLAMAR, mismos que se sujetarán al Programa de -- Descentralización de los Servicios de Salud contenido en el Decreto publicado el 30 de agosto de 1983.

La prestación de los servicios de salud será:

- La salubridad general "Federal" que normará técnicamente y operará la Federación.
- La salubridad general de las entidades federativas que legislarán y operarán éstas, pero que se sujetarán a la normatividad técnica de la Federación.
- La salubridad local que quedará íntegramente en la esfera de las entidades y, en su caso, de los municipios según lo disponga el - derecho local.

Debemos recalcar las dos vías para el logro de la descentralización de los servicios de salud, la constitucional y la convencional.

A nivel Federal, la adición al párrafo tercero del artículo cuarto que constituye la cúspide de la pirámide jurídica y su reglamentaria la Ley General de Salud, así como el Reglamento Interior de la SSA y el Decreto de 30 de agosto de 1983.

A nivel estatal, deberá impulsarse la descentralización para que abarque la constitución local y sus leyes reglamentarias, leyes orgánicas de los ejecutivos y las leyes orgánicas municipales y, por último, los bandos de policía y buen gobierno.

La vía convencional, instituirá los programas estatales relativos, derivada de la concurrencia federal y estatales en el marco del - Convenio Unico de Desarrollo, artículos 22, 32, y 39 de la LOAPF, los relativos de la Ley de Presupuesto, contabilidad y Gasto Público Federal, la Ley General de Salud y el Decreto de 30 de agosto de 1983 por el que se establecen las bases para el programa -- relativo.

Este Decreto desarrolla lo establecido por el artículo 4o. de la Constitución General y lo propio de la Ley General de Salud, señala las bases del programa de descentralización.

Además de los elementos esenciales que hemos anotado que contendrán los acuerdos de coordinación, el citado ordenamiento señala: la -- identificación de las facultades que se transferirán a los gobiernos locales y las que se atribuirán a los Servicios Coordinados -- (desconcentración); la determinación de acciones que se llevarán a cabo para la integración de los Sistemas Estatales de Salud; la expedición por parte del titular de la SSA de los acuerdos de desconcentración de facultades y la formulación de los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público de los Servicios Coordinados, además ordena que se definan las directrices de la descentralización de los gobiernos estatales a los municipios, así como la desconcentración de los Servicios Coordinados a las -- jurisdicciones sanitarias.

Para tener una visión completa de la prestación de los servicios de salud en el país, es necesario comprender el alcance del Decreto Presidencial, en este sentido y a mayor abundamiento:

Esas bases conducen a las siguientes conclusiones relevantes: el programa debe acabar tanto la descentralización en sentido estricto de facultades de la SSA a los gobiernos locales como la desconcentración (no delegación) de facultades a los Servicios Coordinados, y no es constitucionalmente posible la descentralización directa de la federación a los municipios. Por ello, el Decreto, siguiendo a la fracción X del artículo 115, prevé que sólo se definirán los lineamientos para que los gobiernos locales descentralicen facultades.

El Decreto, además, precisa la naturaleza jurídico-administrativa de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados al señalar que serán órganos administrativos desconcentrados; o sea, instancia inexcusable para las oficinas centrales de la SSA con competencia coordinada; es decir, atribuida por la federación y por los-

estados, para que así se logre la unificación técnica, y regida esta última por los acuerdos de desconcentración y los de coordinación.

Por prescripción de este ordenamiento los servicios no podrán estructurarse como delegaciones y contarán con autonomía técnica interna. El artículo 3o., asimismo, contiene un dispositivo de la mayor trascendencia: habrá un Consejo Interno que presidirá el gobernador, si conviene en ello, de modo que éste se convertirá en el superior jerárquico del Jefe de los Servicios Coordinados en el campo de lo operativo. Así, sin necesidad de transferir a los trabajadores de la SSA de la Federación a la administración del Estado en el superior del órgano desconcentrado. Las oficinas centrales de la SSA retienen solamente el carácter de superiores jerárquicos en lo relativo a la planeación, normatividad y control.

Este cambio tiene impactos en la estructura de la dependencia federal, según dispone el artículo 4o. del Decreto que se comenta; la estructura deberá componerse de unidades centrales con facultades normativas y de control, la unidad de coordinación regional fungirá como instancia de enlace y los Servicios Coordinados tendrán facultades operativas. Además esa redistribución de competencias conlleva la compactación de la estructura central, tomando en cuenta que no ejercerá ya facultades operativas. El Decreto Presidencial liquida el debate sobre la opción que se tomará para la descentralización definiendo que se seguirá la desconcentración y al mismo tiempo la descentralización de facultades a los gobiernos locales.

Por otra parte, el ordenamiento previene que los Servicios Coordinados participen activamente en los Subcomités de Salud y Seguridad Social de los Comités de Planeación para el Desarrollo de los Estados a fin de que se formen los Sistemas Estatales de Salud. Estos sistemas son mecanismos de coordinación programática de las dependencias y entidades que prestan servicios de salud, que se adecúan a la naturaleza jurídico-administrativa de las mismas.

El programa de descentralización se acomoda al principio de gradualismo de modo que abarque paulatinamente a todas las entidades federativas en el período de 1984-88. Asimismo, se contempla la desconcentración de los Servicios Coordinados a las jurisdicciones sanitarias y a las unidades aplicativas, con el propósito de que su funcionamiento sea ágil y oportuno. Igualmente, con el apoyo de la SSA que se solicite, se espera que progrese la descentralización de facultades de los gobiernos estatales a los municipales.

En virtud de que la redistribución de competencias a través de la vertiente legal pudiere generar problemas técnicos, administrativos y financieros, se contempla que los Servicios Coordinados ejerzan la competencia federal y estatal durante el tiempo que sea indispensable. En todo caso, cuando maduren los Servicios Coordinados como órganos administrativos desconcentrados, podrán prosperar estructuras jurídico-administrativas más ambiciosas.

5.- FUNDAMENTACION JURIDICA DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

El grado superior del derecho positivo es la Constitución General, en el sentido material su función esencial es la de designar los órganos encargados de la creación de las normas generales y determinar el proceso legislativo. Estas normas generales forman lo que se denomina la legislación. La Constitución determina también el contenido de ciertas leyes futuras, esta prescripción de un contenido determinado equivale a la promesa de dictar una ley. Asimismo, la Constitución establece una lista de derechos individuales básicos. Contiene disposiciones para su modificación o reformas, pero precisa de ciertos requisitos especiales como un procedimiento diferente del legislativo ordinario.

Inmediatamente después de la Constitución, encontramos las normas generales emanadas del procedimiento legislativo, las cuales determinan no sólo los órganos encargados de su aplicación y cumplimiento, sino también el contenido de las normas para derivar en deberes, responsabilidades o derechos subjetivos.

Para la exacta observancia de las normas generales prescritas en la Constitución, ésta prevé un procedimiento legislativo diferente encargado a un órgano administrativo-político, que admite que las normas generales sean detalladas por otras disposiciones de carácter administrativo. Esta es la función reglamentaria encomendada al titular del Ejecutivo Federal. * 52 véase.

En lo referente la fundamentación de la legislación sanitaria en México, es necesario mencionar las bases constitucionales emanadas de la fracción XVI del artículo 73 en relación a la salubridad general de la República; el artículo 4o. que reafirma la igualdad de los seres humanos sin importar el sexo, la protección, organización y desarrollo de la familia, la paternidad responsable para decidir el número y espaciamiento de sus hijos, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y las bases y modalidades para el acceso a la prestación de los servicios, mismos que serán otorgados en forma concurrente por la Federación y las entidades federativas, también el derecho de la familia a disfrutar de vivienda digna y decorosa, así como el deber de los padres a preservar el derecho de los menores a satisfacer sus necesidades primarias y la salud mental y física, en la inteligencia de que el Estado apoyará en casos necesarios la protección de los menores; finalmente, el artículo 11 relacionado al libre tránsito de cualquier persona por el territorio nacional con las limitaciones que impongan las leyes sobre salubridad general.

Dentro del cuerpo legal constitucional se debe hacer mención a la facultad reglamentaria que tiene el Presidente de la República para promulgar y ejecutar las leyes que expida el Congreso de la Unión, proveyendo en la esfera administrativa a su exacta observancia, contenida en la fracción I del artículo 89.

La Constitución General otorga facultades legislativas en materia de salubridad general del país al Congreso de la Unión; al Consejo

*52.- Kelsen Hans "Teoría Pura del Derecho" Introducción a la ciencia del Derecho. Editorial Universitaria de Buenos Aires 3a. Edición 1963. Argentina - P.P. 147-150.

de Salubridad General, quien dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado; al Departamento de Salubridad, quien dictará medidas preventivas - indispensables en casos de emergencia por invasión de enfermedades en el país, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República; y lógicamente este último también es autoridad sanitaria que tiene facultades legislativas otorgadas constitucionalmente.

De esta facultad legislativa del Congreso de la Unión, deriva la expedición de la Ley General de Salud. Debe existir una preminencia jerárquica respecto del Consejo de Salubridad General con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, es decir un orden jerárquico de supra-ordinación de este organismo frente a la Secretaría.

Es innegable que el Congreso de la Unión no delega facultades legislativas al Consejo de Salubridad General, porque éste tiene facultades originarias concedidas por la propia Constitución sin que exista intervención de ninguna Secretaría de Estado.

Es de observarse la incongruencia existente entre el espíritu que prevaleció en el Diario de los Debates del Constituyente 1916-1917, con lo que prevalece plasmado en el texto constitucional en materia de salud pública y la praxis que actualmente se tiene en la vida institucional del país. En efecto, en la Constitución se especifica que no existirá intervención de alguna Secretaría de Estado frente al Consejo, pero la actividad de este organismo se ve restringida y nulificada por la SSA; por otra parte, prevalece como autoridad sanitaria el "Departamento de Salubridad en el texto constitucional sin que exista en la vida institucional del país, y por el contrario se creó la S.S.A. en 1943 con fundamento en la facultad reglamentaria del Ejecutivo Federal, sin la técnica jurídica apropiada para reformar el texto de la Constitución.

La actividad conferida en la Constitución es por tanto, superada, suplida o ejercida por otros órganos administrativos. Ninguna de las medidas encomendadas quedan plasmadas en leyes o reglamentos -

por iniciativa o disposición del Consejo, excepto tal vez el Reglamento Interior del mismo, cuando expresamente dice... "a propuesta del Consejo..." y queda refrendado por el Secretario de Salubridad y Asistencia, aunque no lo firma en su calidad de Presidente del Consejo sino como titular de la SSA (publicado el 11 de noviembre de 1974 y reformas al mismo el 17 de enero de 1983).

Otro tanto sucede con el "Departamento de Salubridad", respecto a las facultades legislativas conferidas por la Constitución plasmadas en la base segunda de la fracción XVI del artículo 73. En primer lugar, ya no existe este "Departamento", como hemos comentado en relación a su desaparición cuando se fusiona con la Secretaría de Asistencia Pública por Decreto Presidencial de 15 de octubre de 1943, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 del mismo mes y año, para nacer la actual SSA.

Esto quiere decir que existe una inconstitucionalidad en lo referente a la creación de la S.S.A., subsistiendo el Departamento de Salubridad en el texto de la Constitución en forma decorativa sin que aparezca físicamente en la vida institucional del país.

La primera flagrante violación a los postulados del Constituyente de 1916-17 fue la interpretación errónea del artículo 4o. del Decreto de lo. de junio de 1942 que "faculta al Ejecutivo Federal para imponer en los distintos ramos administrativos todas las modificaciones que fueren indispensables para el mantenimiento de nuestras instituciones fundamentales; entre las que se incluyen, sin duda, las que sirven a la defensa social de los habitantes de la República", que conjuntamente con el Decreto que creó la Secretaría de Asistencia Pública, pasaron por alto el mandato constitucional de que en materia de salubridad general del país no debía tener intervención alguna ninguna Secretaría de Estado, dado su carácter de órganos político-administrativos y que según el Constituyente, no debería exponerse a los vaivenes políticos la salud del pueblo.

El Decreto de lo. de junio de 1942 aludido, es tomado como funda-

mental en los considerandos del diverso que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia de 15 de octubre de 1943 ya mencionado. Este último ordena expresamente la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el "Departamento de Salubridad Pública", aunque cabe hacer mención que en el primer Decreto Presidencial de 14 de abril de 1917 referido al Departamento de Salubridad, por primera vez se le agrega el adjetivo de "Pública" adherido al nombre de -- Departamento de Salubridad (instituído en la propia Constitución) sin razón alguna, denominándose así sucesivamente hasta octubre -- de 1943.

En segundo lugar, se anota la incongruencia de que en la antigua Ley de Secretarías y Departamentos de Estado (publicada en el Diario Oficial el 24 de diciembre de 1958) en sus artículos 10 y 13 concedía las atribuciones a la Secretaría de Asistencia Pública y al Departamento de Salubridad, respectivamente, pasando por alto también lo establecido constitucionalmente a que se ha hecho mención; ordenando posteriormente a la fusión de ambas dependencias en su artículo 14 el despacho de asuntos específicos a la S.S.A.

Finalmente en la actual Ley Orgánica de la Administración Pública Federal dictada el 22 de diciembre de 1976, publicada en el Diario Oficial el 29 del mismo mes y año, cuya entrada en vigor es el 1o. de enero de 1977, en su exposición de motivos tampoco hace mención a esta laguna de la ley sanitaria ya referida, y por otra parte, en su artículo 39 establece la competencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en XXIII fracciones.

A efecto de complementar el marco de fundamentación de la legislación sanitaria, se citarán las disposiciones constitucionales que tienen ingerencia sobre este renglón:

Artículos 4o, 11, 73 fracción XVI, ya comentados.

El párrafo segundo del artículo 16, respecto a la garantía de motivación y fundamentación de actos de autoridad, en que la autoridad administrativa podrá practicar visitas domiciliarias únicamente --

para cercionarse de que se han cumplido los reglamentos sanitarios y de policía.

En el artículo 27 fracción III, en materia de adquisición de bienes raíces indispensables para el objeto de las instituciones de beneficencia pública o privada, cuyo fin sea el auxilio a los necesitados o para la investigación científica o pedagógica, imponiéndoles limitantes a esas propiedades privadas así como a su administración y manejo.

El párrafo segundo de la fracción IX del artículo 117, donde se faculta al Congreso de la Unión y las Legislaturas de los Estados para dictar desde luego, leyes encaminadas a combatir el alcoholismo.

El artículo 123 apartado A, donde quedan protegidos los derechos de los trabajadores en general, respecto de las jornadas de trabajo, de las condiciones de salubridad e higiene, de la edad y sexo, de los días de descanso, del tiempo para el desempeño de labores de las mujeres embarazadas y de la lactancia de sus hijos; de los salarios mínimos para satisfacer las necesidades normales de un jefe de familia en el orden material, social y cultural así como para proveer a la educación obligatoria de los hijos; del reparto de utilidades de las empresas a sus trabajadores. Asimismo a toda empresa deberá proporcionar a los trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas mediante aportaciones que las empresas hagan a un fondo nacional de la vivienda (INFONAVIT) por depósito en favor de sus trabajadores y establecer un sistema de financiamiento que permita otorgar a éstos créditos baratos y suficientes para que adquieran en propiedad tales habitaciones, considerándose de utilidad social la expedición de una ley para la creación de un organismo tripartita que administre los recursos del fondo nacional de la vivienda; obligando por otra parte a las negociaciones situadas fuera de las poblaciones a establecer escuelas, enfermerías y demás servicios necesario a la comunidad como mercados públicos, instalación de edificios destinados a los servicios municipales y centros recreativos; quedando prohibido en todo centro de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juego de azar.

En este apartado A del artículo 123, también está dispuesto que -- los empresarios serán responsables de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas -- con motivo de sus labores, debiendo pagar las indemnizaciones correspondientes, según sobrevenga la muerte o incapacidades temporales o permanentes para trabajar; asimismo el patrón deberá observar en la instalación de sus establecimientos los preceptos legales sobre higiene y salubridad y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes de trabajo, organizando éste para que resulte la mayor garantía para la vida y salud de los trabajadores.

Aquí se considera de utilidad pública las sociedades cooperativas para la construcción de casas habitación baratas e higiénicas, destinadas a ser adquiridas en propiedad por los trabajadores en plazos determinados.

El artículo 123 apartado B, que rige las relaciones de los trabajadores de los Poderes de la Unión y Gobierno del Distrito Federal, donde quedan establecidas las prestaciones de estos trabajadores con ingerencias de salud pública.

Al principio de este párrafo, mencionamos que inmediatamente después de la Constitución, encontramos normas generales derivadas -- del proceso legislativo, así surge la Ley General de Salud, que es reglamentaria del artículo 4o. Constitucional, detalla el acceso por parte del pueblo a los servicios de salud, establece las bases y modalidades a que se sujetará esa prestación, así como la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia -- de salubridad general.

En el mismo nivel de jerarquía jurídica se encuentra la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, que establece la redistribución de atribuciones, competencias y facultades que desarrollará la administración pública centralizada y paraestatal.

La facultad reglamentaria concedida constitucionalmente al Presidente de la República en el artículo 89 fracción I, provee en la --

esfera administrativa, ordenamientos para la expedita y adecuada observancia de las leyes emanadas del proceso legislativo, derivando en Decretos, Acuerdos, y otras disposiciones administrativas para el mejor despacho de los asuntos que tiene encomendados para el ejercicio de sus atribuciones como titular del Poder Ejecutivo de la Unión.

Precisamente aquí debemos señalar que la facultad reglamentaria del Presidente de la República no puede ni debe ser superior a la norma Constitucional, toda vez que las disposiciones administrativas a que se hace mención, rebasan la esfera de sus atribuciones, existiendo INCOSTITUCIONALIDAD en los ordenamientos que crean la S.S.A., la fusión o desaparición de facto del "Departamento de Salubridad", nombramiento e intervención del Titular de la S.S.A. como Presidente del Consejo de Salubridad General, y todas las demás disposiciones que derivan de la modificación de la letra constitucional.

Recordemos que el artículo 135 Constitucional especifica que la Carta Magna puede ser modificada o reformada mediante un proceso especial y diferente del ordinario legislativo, requiriéndose que el Congreso de la Unión por mayoría de votos de sus integrantes acuerde las reformas o adiciones y, el requisito sine qua non de ser aprobadas por la mayoría de las legislaturas de los Estados.

6.- LAS AUTORIDADES SANITARIAS

En la pirámide jurídica, como autoridades sanitarias en la cúspide se encuentran conforme a la fracción XVI del artículo 73 Constitucional, el Congreso de la Unión, el Consejo de Salubridad General; el Presidente de la República; el Departamento de Salubridad y; conforme a la adición del artículo 4o. de esta misma Carta Fundamental, las entidades federativas concretamente en materia de salubridad general. Estas son las autoridades administrativas por antonomasia encargadas de la salubridad general del país.

La Ley General de Salud previene que también el Gobierno del Distrito Federal es Autoridad Sanitaria. Se considera que esta determinación fué concedida por virtud de lo estatuido por las partes integrantes de la Federación que prescriben los artículos 43 y 44 de la propia Constitución.

En lo referente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia como Autoridad Sanitaria, nos reservamos el derecho y la oportunidad para ejercer la crítica respectiva; empero, la Ley General de Salud también la instituye como tal, (derivado de la legislación reglamentaria desde 1943 y la visión ofusca legislativa).

Así tenemos que las Autoridades Sanitarias de acuerdo a nuestro régimen jurídico actual (artículo 4o. Ley General de Salud) son:

- a) El Presidente de la República;
- b) El Consejo de Salubridad General;
- c) La Secretaría de Salubridad y Asistencia, y
- d) Los Gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal.

Estas autoridades sanitarias son constitucionalmente las encargadas de la salubridad general de la República y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. Son encargadas también de la aplicación de la Ley General de Salud per-se reglamentaria del artículo 4o. en relación con el 73 fracción XVI constitucionales.

La Ley General de Salud es la aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Sus finalidades están enunciadas en el artículo 2o. así como la materia de salubridad general en el 3o; además de las disposiciones comunes respecto al Sistema Nacional de Salud que se tratan del artículo 5o. al 12, independientemente que este sistema tiene un tratamiento omnipresente en la ley que se comenta.

El Sistema Nacional de Salud como ya se indicó en el capítulo pre-

cedente, pese a ser el documento fundamental que contemple la política unitaria sobre la materia, los objetivos y metas a las que deberá ajustarse el Sector Salud y las autoridades sanitarias del país, el establecimiento y consolidación del mismo, así como su publicación en el Diario Oficial de la Federación como lo ordena el artículo 30 de la Ley de Planeación, no ha sido cumplido ni en su defecto formulado algún Plan Sectorial de Salud.

La Ley General de Salud entró en vigor el 10. de julio de 1984, su publicación fue desde el 7 de febrero de 1984, y en su título segundo se refiere al Sistema Nacional de Salud que a la fecha no ha sido dado a conocer. El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, cumplió con el requisito formal de publicación en el Diario Oficial el 30 de mayo de 1983, que como Plan Sexenal, es el instrumento que permite dar coherencia a las acciones del sector público, crear el marco para inducir y concertar la acción de los sectores social y privado, y coordinar las de los tres órdenes de gobierno, conjuntando así el esfuerzo de la sociedad para recuperar las bases del desarrollo nacional y construir una etapa diferente y mejor de nuestra historia; que en su apartado correspondiente se refiere al sector salud fijando los propósitos, lineamientos de estrategia y líneas generales de acción así como el establecimiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud.

Dialécticamente se nota la evasión al cumplimiento de presentación de un Programa Sectorial o del multicitado Sistema Nacional de Salud y, por el contrario se propicia la confusión cuando en el artículo 50. de la ley de la materia se menciona como está constituido, y en el 60. señala sus objetivos y por otra parte, establece que la coordinación del sistema estará a cargo del titular de la SSA artículo 70. Es por tanto valedera la exposición que realizamos en el infrá 5 del capítulo tercero; y deducimos que las Autoridades Sanitarias y el Sector Salud han incurrido en contravención al no formular y publicar el programa sectorial respectivo (hasta fines de julio de 1984 por lo menos, fue presentado el 7 de agosto de 1984 por el Secretario al Ejecutivo Federal para su aprobación, quedando pendiente su publicación. En relación a las Autoridades Sanitarias, debe hacerse notar que --

se ha operado un gran avance respecto a la aplicación y cumplimiento de la Ley General de Salud. Se han subsanado serias omisiones -- que contenía el Código Sanitario, desde la designación indeterminada de "demás autoridades sanitarias" (artículo 5o) hasta la delegación de facultades para los inspectores o agentes sanitarios, la capacitación de recursos humanos para la salud, los procedimientos para aplicar sanciones y medidas de seguridad con flagrantes violaciones en las inspecciones y actos de autoridad, con fallas en la legalidad y motivación, lo que significaba gran cantidad de juicios de amparo, recursos de inconformidad, y por otra parte, injusticias por exceso de facultades.

Ahora se pretende que la Vigilancia Sanitaria contenida en el capítulo único del título XVII y los seis capítulos del título XVIII -- que comprenden medidas de Seguridad, Sanciones y Delitos, de los -- artículos 393 a 472 de la Ley General de Salud, sean debidamente -- reguladas las actividades de coercibilidad en materia sanitaria.

Debemos recordar que para que una autoridad exista jurídicamente, -- la misma debe establecerse a través de un ordenamiento jurídico -- idóneo o sea, por medio de una ley que emane del Poder Ejecutivo o de un Reglamento o Decreto emitido por el Ejecutivo; las autoridades podrán delegar las atribuciones consignadas, pero es de explorado derecho que cuando un funcionario superior jerárquico delega facultades (delegables) a un funcionario inferior, éste debe quedar expresamente señalado, para que cuando actúe en uso de esa facultad se sepa en que carácter y como actúa; ya que de otra manera, debe entenderse que este funcionario inferior actúa por sí mismo.

La incongruencia detectada en el Código Sanitario respecto a la delegación expresa de facultades para designación de las "demás autoridades sanitarias", se encuentra subsanada en los artículos 396 y 397 de la Ley General de Salud. El primero se refiere a la designación de inspectores por la autoridad sanitaria correspondiente para ejercer actos de autoridad, el segundo a la facultad potestativa de la autoridad sanitaria de encomendar a sus inspectores, además, actividades de orientación, educación y aplicación en su caso de las medidas de seguridad respectivas.

6.1.- EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Conforme el artículo 80 Constitucional se previene que el Poder Ejecutivo se deposita en un solo individuo que se denominará Presidente de los Estados Unidos Mexicanos. De los dos caracteres que guarda en nuestra organización constitucional de órgano político y órgano administrativo, nos interesa no tanto el primero que deriva de la relación directa o inmediata que asume con el Estado y con los otros órganos representativos del mismo, dentro de la esfera que -- le señala la ley; cuanto más nos interesa como órgano administrativo y su relación con la ley que ha de aplicar y ejecutar en casos concretos. Tal carácter se configura al realizar la función administrativa bajo el orden jurídico establecido constitucionalmente.

Como autoridad administrativa, el Presidente de la República constituye el Jefe de la Administración Pública Federal, ocupando el lugar más alto de la jerarquía administrativa, concentrando en sus manos los poderes de decisión, de mando y jerárquicos necesarios para mantener la unidad en la administración.

Para los efectos de nuestro estudio, conviene hacer un análisis respecto a las facultades que constitucionalmente corresponden al Poder Ejecutivo; desde luego los artículos 71 y 72 constitucionales dan al Ejecutivo el derecho de iniciar leyes o decretos ante el Poder Legislativo, y la facultad de observar los proyectos de leyes o decretos aprobados por las cámaras. Esas facultades del Ejecutivo en el proceso de la función legislativa no llegan a excluir de ésta al poder normalmente encargado de la función, viniendo, por tanto a constituir, no propiamente una excepción, sino un temperamento al principio de separación de poderes.

Las demás facultades y obligaciones del Presidente de la República, se deben examinar por el orden en que son expuestas por el artículo 89 constitucional, como formalmente administrativas por su naturaleza, pero para el estudio que nos ocupa, interesa la fracción -- primera de este numeral, porque en esta fracción se reúnen la promulgación, que es el complemento necesario de la ley; la ejecución,

indudablemente como función administrativa; y la facultad de expedir reglamentos, que constituye un medio para proveer, en la esfera administrativa, a la exacta observancia de las leyes, y que es una función legislativa.

El Constituyente de 1916-17 designó como Autoridad Sanitaria al Presidente de la República, creemos por estar en condiciones de contacto más íntimo con el medio en el cual va a ser aplicada la legislación sanitaria, ésto es, por su carácter de Jefe de la Administración Pública Federal para ejecutar las atribuciones que el Estado tiene asignadas como son entre otras: de mando, de coacción, que comprenden todos los actos necesarios para el mantenimiento y protección del Estado y de la seguridad, la salubridad y el orden públicos.

De esta derivación examinamos la facultad reglamentaria del Ejecutivo Federal para reglamentar y proveer en la esfera administrativa la exacta observancia de las leyes emanadas del Congreso de la Unión, prevista como ya vimos en la Fracción primera del artículo 89 Constitucional, en relación con el artículo 92 de la propia Constitución.

Si entendemos al "Reglamento" como Gabino Fraga, "Como una disposición legislativa expedida por el Poder Ejecutivo, como el uso de la facultad que la Constitución le otorga para proveer en la esfera administrativa la exacta observancia de las leyes que expide el Poder Legislativo". *53 Vemos que el Reglamento es una norma o conjunto de normas jurídicas de carácter abstracto e impersonal que expide el Poder Ejecutivo en uso de una facultad propia para facilitar como objeto la exacta observancia de las leyes expedidas por el Poder Legislativo. La atribución de la facultad reglamentaria al Poder Ejecutivo, está justificada por la práctica necesidad de aligerar la tarea del Poder Legislativo relevándolo de la necesidad de desarrollar y completar en detalle las leyes para facilitar su mejor ejecución por las condiciones de contacto a que aludimos antes y además, por existir mayores facilidades para la modificación, adición o reformas

*53 Fraga Gabino "Derecho Administrativo". Editorial Porrúa, S.A. XVII Edición 1977 México P.104.

de los reglamentos, permitiendo así la adecuación de la legislación a las circunstancias cambiantes, ésto es, la dinámica socio-jurídica del derecho, facilidades que no serían posibles si dependiera del Poder Legislativo esa adaptación, ya que éste tiene procedimientos más complicados y períodos reducidos de funcionamiento. (carácter expedito para su formación y modificación).

Resta analizar el contenido del artículo 92 Constitucional, en donde se fijan los requisitos formales que deben llenar los reglamentos que expida el Ejecutivo dentro de su esfera normal que es la Administrativa. Afirmando al margen, que la facultad reglamentaria del Ejecutivo en su ejercicio depende como potestad discrecional, es decir, dicho ejercicio es espontáneo y tiene lugar cuando el Ejecutivo cree oportuno realizarlo. El artículo que se estudia, dispone que "todos los reglamentos, decretos y órdenes del Presidente deberán estar firmados por el Secretario del Despacho encargado del ramo a que el asunto corresponda, y sin este requisito no serán obedecidos".

Pero aquí cabría hacer una observación, pues la fracción II del artículo 89 Constitucional Faculta al Ejecutivo para nombrar y remover libremente (o sea facultad discrecional) a los Secretarios del Despacho, al Procurador General de la República, etc., haciendo negatorio ese requisito formal aludido pues, en caso de que ese alto funcionario se negara a firmar un reglamento por no solidarizarse con los actos del Presidente, sabemos que lo que sucede es su destitución sin evitarse la substitución.

Esta facultad de dar eficacia por la firma del Secretario del Despacho se conoce con el nombre de facultades de refrendo, constituye un medio de dar autenticidad a los actos que emanan del Ejecutivo, y concurre a la formación del acto integrado con el Presidente la competencia necesaria para la realización del mismo.

Ahora bien, nos preguntamos, ¿ esa facultad reglamentaria en vías de proveer en la esfera administrativa, (aunque sea de buena fé) puede restringir las facultades legislativas expresamente otorgadas a

otros entes constitucionales diferentes del Presidente de la República?.

Al analizar más adelante las categorías constitucionales del Consejo de Salubridad General y del Departamento de Salubridad, veremos las facultades legislativas plasmadas en la fracción XVI del artículo 73 Constitucional. Ahora quisieramos saber cuando han ejercido esas facultades legislativas, si cuando surge una iniciativa de ley de su competencia o cuando se adopten medidas que son de su exclusivo ramo, no se cumple con ese precepto constitucional, sino que, se envían al Ejecutivo para su previa sanción y no ejercen -- primero sus funciones y se revisan por el Ejecutivo o por el Congreso de la Unión con posterioridad esas medidas, ya sean ordinarias o extraordinarias; y en cambio, se sigue el proceso de poner en manos del Ejecutivo proyectos de leyes para que él ejerza su facultad reglamentaria.

En aras del buen gobierno, ¿ puede la facultad reglamentaria del Ejecutivo Federal legislar sobre materias que ya están conferidas a otras entidades constitucionales?.

Fácilmente podemos revisar toda la legislación sanitaria, exceptuándose la Ley General de Salud en vigor, que decretó el H. Congreso de la Unión, toda la reglamentación en materia sanitaria no está expedida por el Consejo de Salubridad General, ni por el Departamento de Salubridad; sino por virtud de la facultad reglamentaria del Presidente de la República conferida en la fracción I del artículo 89 constitucional, llenando más allá de lo indicado en la propia Constitución en referencia a este ángulo de la salubridad general del país.

Por último, ¿ Puede el Ejecutivo Federal cometer errores legislativos y quitarles el carácter de autoridades ordenadoras y legislativas a esos entes jurídicos que son el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad que la propia Constitución ha investido así, para convertirlos en entidades decorativas en pro de su facultad reglamentaria, llenando más allá de lo constitucionalmente permitido?.

Al intentar una respuesta, debemos distinguir si el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad gozan de facultades legislativas originarias o delegadas por el Congreso de la Unión por virtud de lo establecido en la Constitución. Aunque dicho sea de paso, es indudable que de una u otra forma, son facultades legislativas.

Pensamos que el maestro Gabino Fraga, como ya observamos (Infra-cit-53) se refiere al ejercicio de la facultad discrecional para realizar actos relacionados con la salubridad del país, pero como una excepción legislativa originaria de los órganos aludidos, porque ni siquiera puede considerarse como un temperamento de funciones legislativas encomendadas al poder legislativo, y bien puede llegar a considerarse como función legislativa delegada por el Congreso de la Unión a esos órganos.

En efecto, claramente está establecido en el artículo 73 constitucional, "Es facultad del Congreso... fracción XVI... para dictar leyes sobre... salubridad general de la República". Aquí no hay dificultad para darse cuenta de la facultad legislativa del Congreso, siendo que se define la esfera de acción en materia de salubridad general del país.

Más adelante del numeral en estudio, en el párrafo primero se menciona que... "El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país". Esas disposiciones generales no son otra cosa que facultades constitucionales para ejercer funciones legislativas originarias encomendadas al Consejo de Salubridad General, aunque dependa del Presidente de la República; aquí no se menciona que esa dependencia o subordinación sea tal que se encuentren restringidas o subeditadas las facultades legislativas o bien que, el Ejecutivo Federal sea el órgano legislativo que dicte medidas o disposiciones generales sobre la materia, nulificando al Consejo en sus funciones legislativas.

En el segundo párrafo del artículo que se trata, también se ve clara la idea del legislador constituyente de facultar originariamente a la entidad "Departamento de Salubridad" de funciones legislativas... "En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República." Recordemos que los debates del Constituyente de 1916-17 querían la inmediatez de medidas por el lógico temor de invasión de enfermedades al país, evitando trámites -- burocráticos, dotando de facultades legislativas al Departamento de Salubridad, y precisamente al Departamento de Salubridad sin -- intervención de ninguna Secretaría de Estado.* 54 ya antes mencionamos que existe inconstitucionalidad en la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, subsistiendo decorativamente el Departamento de Salubridad. Pues bien, del Diario de los Debates entresacamos estas líneas... "Porque éstas tienen un doble carácter de órganos políticos y órganos administrativos y los Departamentos tienen función meramente administrativa, referente a un servicio público que nada tiene que ver con la política, sin facultad de -- refrendo, siendo muy pernicioso que la política se mezcle en esos servicios, porque los desvía de su objeto natural, que es la prestación al público de un buen servicio del ramo que se les encomienda, y nada más; cuando la política se mezcla en estos asuntos, desde el alto personal de los servicios públicos, que no se escoge ya según la competencia sino según sus relaciones políticas, hasta el funcionamiento mismo del sistema administrativo ofrece grandes dificultades.

Por eso ha parecido a la Comisión conveniente que los órganos del Ejecutivo se constituyan según un sistema que hasta la fecha no ha

*54 Diario de los Debates.- Dictámen Presentado por la Segunda Comisión de Constitución en el Congreso Constituyente Tomo II Cámara de Diputados XLVI Legislatura. Editorial Dirección de la Imprenta de la Cámara de Diputados México-1967. P. 345.

sido ensayado en México... Al grupo de órganos políticos o político-administrativos pertenecen las Secretarías de Estado... Al segundo grupo de órganos del Ejecutivo, o sea lo meramente administrativos, corresponde la creación de una nueva clase de entidades que se llamarán "Departamentos Administrativos", cuyas funciones en ningún caso están ligadas con la política, sino que se dedicarán única y exclusivamente al mejoramiento de cada uno de los servicios públicos, dependerán directamente del Jefe del Ejecutivo, no refrendarán los reglamentos y acuerdos relativos a su ramo, no tienen obligación ni facultad de concurrir a las cámaras a informar ni se les exigen constitucionalmente cualidades determinadas para poder ser nombrados; el Presidente que tiene la facultad de nombrarlos, queda con el derecho de calificar sus aptitudes, que deben ser principalmente de carácter profesional y técnico".

Según lo que hasta aquí hemos analizado de la situación especial que guarda la Salud Pública a través del tiempo, positivamente --- afirmamos que los avances científicos, tecnológicos, sobre medicina, epidemiología, antropología, sociología jurídica y sobre todo de Derecho Constitucional y Administrativo, merecen una infraestructura jurídica de carácter constitucional más adecuada a la época y que el artículo 73 se reforme substancialmente. ¿Porque subsiste el Departamento de Salubridad constitucionalmente sólo como un olvido legislativo, y en la vida institucional del país no aparece por ningún lado?. ¿Porque no subsanan la incostitucionalidad que guarda la Secretaría de Salubridad y Asistencia, contra los ideales plasmados de los constituyentes, que en su época fueron válidos, aunque en la práctica estén más o menos satisfechos?. El pilar de la salud que está sustentado ahora dentro de los cánones -- constitucionales, no está acorde a la época que vivimos y realmente se cometen fallas de técnica jurídica o bien las injusticias -- que deseaban evitar los constituyentes, cuando se comercia y juega políticamente con la salud del pueblo.

Ahora bien, analizando el tercer párrafo del artículo 73 Constitucional que dice... "La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrati--

vas del país", aquí también observamos la reiteración de esas facultades legislativas originarias en las entidades que tratamos, así como la obligación de todas las otras autoridades de acatar las disposiciones emanadas por las autoridades sanitarias y, al respecto ya hemos aclarado cuales son éstas en las que quedan incluidas el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General.

Respecto al cuarto párrafo del numeral citado, indudablemente se reitera el carácter legislativo del Consejo al referirse a "Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después sancionadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan". Como ya indicamos antes, la adición de esta fracción es desafortunada, toda vez que, no se puede comprender la frase de "serán después sancionadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan" ¿que no ha quedado perfectamente claro que el principal problema de salud del pueblo es de saneamiento del medio ambiente? ¿que el problema de la contaminación ambiental no entra en la esfera de acción de salubridad general del país? entonces, ¿porque el moderno legislador es tan ambiguo y falto de precisión?. Creemos que se pueden formular infinidad de interrogantes, algunas podrán responderse con relativa facilidad, otras no, porque existen errores legislativos de fondo que es menester corregir antes.

Finalmente repetiremos que la facultad legislativa del Congreso de la Unión define la esfera de acción en materia de salubridad. El maestro Gabino Fraga se refiere a "Organo Ejecutivo" y no específicamente al Congreso de la Unión, quien en todo caso, tiene una facultad legislativa y no está delegando funciones legislativas en el Consejo de Salubridad General y en el Departamento de Salubridad. Estas funciones legislativas de estos órganos no son delegadas, sino originarias conferidas expresamente en el texto constitucional y además concurrentes con las del Congreso y las reglamentarias del Ejecutivo en materia de salubridad, constituyendo un caso de excepción de facultades legislativas otorgadas a órganos mate--

rial y formalmente legislativos.

6.2. EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

Sería realmente interesante revisar los antecedentes históricos - del Consejo de Salubridad General que se remontan al año 1628 con el célebre Consejo de Indias, pasando por el Tribunal de Protomedicato y el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México de 1841, pero el espacio y el objeto de este estudio ya no lo permiten. Brevemente analizaremos los antecedentes del actual artículo 73 Fracción XVI de nuestra Carta Magna.

Encontramos el primer antecedente en la Constitución Política de la Monarquía Española, sancionada en Cádiz el 19 de marzo de 1812, en la que en su artículo 131-XXIII señalaba; "Las facultades de -- las Cortes son: aprobar los reglamentos generales para la policía y Sanidad del Reyno. *55.

En cuanto al Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana, sancionado en Apatzingán el 22 de octubre de 1814, el -- artículo 118 establecía: "Al Supremo Congreso pertenece exclusivamente: aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los -- ciudadanos a su comodidad y demás objetos de policía" *56.

La reforma de la Fracción XXI del artículo 72 de la Constitución - Política de la República Mexicana de 1857, efectuada el 22 de no-- viembre de 1908, modificó dicho precepto, quedando en los siguientes términos: "El Congreso tiene facultad para dictar leyes sobre - ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República". * 57.

* 55.- XLVI Legislatura de la Cámara de Diputados "México- a través de sus Cons- tituciones". Editorial Dirección de la Imprenta de la Cámara de Diputa- dos 1967. Mexico P.643

* 56.- IDEM P.P. 643 y 644

* 57.- IDEM P.662

En el Mensaje y Proyecto de Constitución de Venustiano Carranza, pronunciado en la ciudad de Querétaro el 10. de diciembre de 1916 encontramos que es el artículo 73-XVI el que repite que es el Congreso de la Unión el facultado... para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República" *58.

El proyecto de Constitución de Venustiano Carranza, dió origen al Congreso Constituyente que sesionó en Querétaro de Arteaga, 1916-1917, para discutir el mencionado Proyecto y, una vez discutido, promulgar la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De los debates llevados a cabo por el Congreso Constituyente, interesa a nuestro tema, la discusión de la Fracción XVI del artículo 73, efectuada en la Quincuagésima Sesión Ordinaria, la tarde -- del viernes 19 de enero de 1917; en la que el C. Doctor José Ma. - Rodríguez, Diputado Constituyente por el Tercer Distrito Electoral del Estado de Coahuila, propone incluir al artículo ya aprobado, - las siguientes disposiciones:

BASE 1a.-El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna-Secretaría de Estado, y sus disposiciones serán obligatorias en el país.

BASE 2a.-En caso de epidemias de carácter grave o peligro - de invasión al país de enfermedades exóticas, el Departamento de - Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas - por el Ejecutivo.

BASE 3a.- La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

* 58.- IDEM P.663.

BASE 4a.- Las medidas que el Departamento de Salubridad haya - puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de - substancias que envenenan al individuo y degeneran la raza y que sean del resorte del Consejo serán despúes revisadas por el Congreso de - la Unión." *59.

El C. Diputado Dr. José Ma. Rodríguez propuso la adición de estas - bases, por considerar de suma importancia, dictar disposiciones de carácter general, para frenar el alto índice de mortalidad, que se - según datos estadísticos colocaban a nuestro país en uno de los pri - meros lugares en el mundo, así como para mejorar la raza que se de - genera por el alcoholismo y el uso de substancias que envenenan al individuo y evitar el abuso del comercio de las mismas.

Opinaba el Dr. José Ma. Rodríguez, que la autoridad sanitaria era - la indicada para dictar disposiciones de carácter paulatino o vio - lento para corregir estos males, porque cualquiera otra autoridad por encargarse de otras funciones, y no contar con el personal ca - pacitado en medicina o salubridad no tendría el suficiente conoci - miento para valorar los perjuicios que la persistencia en el uso - de esas substancias ocasionaría al individuo, a la sociedad y a la Nación.

Continuaba diciendo en su exposición, que las disposiciones del -- Departamento de Salubridad deberían ser obligatorias en todo el -- país, porque de lo contrario dejarían de ser efectivas en un momen - to dado, como sería el caso de que se presentara una epidemia en - alguna región de la República y tuvieran que llevarse a cabo una - serie de trámites burocráticos que dilatarían la ejecución de las - medidas necesarias para frenar la expansión de la epidemia.

Esta propuesta estaba suscrita además por el Doctor Miguel Alonso - Romero, Diputado por el Quinto Distrito Electoral de Yucatán y - - treinta y nueve diputados más.

No faltó quien objetara el proyecto de adición a la Fracción XVI - del artículo 73; el más renuente fue el C. Pastrana Jaimes, Diputa - *59. IDEM P.744

do, Constituyente por uno de los distritos electorales del Estado de Guerrero; argumentaba:..."se atropella a la soberanía de los Estados... El Departamento que se quiere establecer, por las facultades amplísimas que se le quiere otorgar, podrá invadir, siempre -- que quiera la soberanía de los Estados. Esto es, señores, constituir un Departamento con más atribuciones que un Ministerio. Ningún ministro, dicta primero sus disposiciones y luego va a pedir al -- primer jefe o al Presidente de la República su acuerdo; primero se acuerda con el Presidente de la República y luego se dictan esas - disposiciones. ¿ No es ésto invadir la soberanía de los Estados? - ¿Con qué facultades se puede intervenir en asuntos de salubridad - pública?" *60.

El Dr. Rodríguez rebatió la objeción del Diputado Pastrana Jaimes, en el sentido de que a pesar de ser obligatorias las disposiciones que dictará el Consejo, no violarán la soberanía de los Estados, - por no contar éstos, con los elementos necesarios para establecer sus propias medidas de sanidad.

Otro punto de apoyo para rebatir al C. Pastrana Jaimes, fue el criterio de que el presupuesto destinado al renglón salubridad debería aplicarse en toda la República y no sólo en la Ciudad de México, y que el Consejo era el organismos para aliviar las necesidades de algunas regiones en las que ni siquiera se contaba con médicos.

Al ser solicitada la dispensa de trámites por el Dr. Rodríguez, surge como opositor a ésta el Diputado Céspedes, aduciendo, que las - facultades que se le pretendían otorgar al organismo que se trataba de crear deberían ser materia de un estudio minucioso, por lo que proponía que se pasara a la Comisión Revisora para que lo modificara si era necesario.

Como solamente hubo dos oradores en contra y dos en pro, la Presidencia preguntó a la Asamblea si se consideraba suficientemente discutido el asunto, al obtener contestación afirmativa y mayoritaria

se procedió a la votación.

El proyecto de adición a la fracción XVI del artículo 73 quedó así aprobado por 143 votos en favor y 3 en contra; los votos en contra fueron de los diputados: Fajardo, Palmas y Pastrana Jaimes.

Todavía conservaba las mismas características el Consejo Superior de Salubridad de México, cuando don Venustiano Carranza convoca al Congreso Constituyente de Querétaro, en el que, como ya se vió, este organismo adopta el nombre de Consejo de Salubridad General y es elevado a nivel constitucional, formando parte de la Fracción XVI del artículo 73.

Conociendo ya el origen del Consejo de Salubridad General y su inserción en el texto constitucional, nos ocuparemos a continuación de estudiar su estructura y funcionamiento interno, ya que los cuatro párrafos de la fracción XVI del artículo 73, sólo señalan algunas de sus atribuciones, otras competencias son señaladas entre otras en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley General de Salud, coincidentes con lo que establece el Reglamento Interior del Consejo.

En cuanto a su estructura:

Es un órgano que depende directamente del Presidente de la República; los miembros del Consejo son nombrados y removidos por el Presidente de la República; actualmente está integrado por un Presidente que deberá ser el Titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; un Secretario y doce vocales titulares, uno de los cuales, será el Presidente de la Academia Nacional de Medicina. El nombramiento de los miembros del Consejo deberá recaer en profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias. La organización y funcionamiento del Consejo se regirá por su Reglamento Interior, que formulará el propio Consejo y someterá a la aprobación del Ejecutivo Federal.

Los miembros del Consejo disfrutarán, por el ejercicio de sus funciones, de los horarios que a iniciativa del Ejecutivo Federal - -

determine en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Este organismo funciona en sesiones ordinarias y sesiones extraordinarias, previa convocatoria, en ambos casos del Presidente del Consejo, integrándose el quorum con la presencia de ocho de sus miembros titulares, sujetando sus trabajos a la Orden del día, formulada previamente.

Los miembros del Consejo se reúnen mensualmente en forma ordinaria en sus oficinas en Paseo de la Reforma #506 piso 21, y para las sesiones extraordinarias se requiere que lo solicite el Presidente del Consejo o alguno de sus miembros titulares, pero con la aprobación de aquél.

Las resoluciones del Consejo se tomarán por mayoría de votos y en caso de empate, el Presidente del Consejo tendrá voto de calidad.

En lo referente a las atribuciones del Consejo podemos señalar: -- discutir y aprobar las disposiciones sanitarias de aplicación general en toda la República respecto a las materias en que tiene facultad; discusión y aprobación de las medidas que con carácter obligatorio se impondrán en todo el país en materia de contaminación ambiental, alcoholismo y tráfico de sustancias tóxicas que envenenan al individuo, que serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan; la aplicación de la Ley General de Salud y la Ley Federal de Protección al Ambiente; actualizar los ordenamientos citados, para su mejor aplicación.

Al llegar a este punto, nos encontramos con que el Consejo debe -- producir normas de aplicación en toda la República sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, con fundamento en los párrafos -- primero y cuarto de la Fracción XVI del artículo 73 Constitucional, del artículo 17 de la Ley General de Salud, así como del artículo 7 fracción II de su Reglamento Interior, el Consejo dicta disposiciones de observancia en todo el país en materia de alcoholismo, -- venta de sustancias que envenenan al individuo, así como para prevenir y controlar la contaminación ambiental, a reserva de ser --

revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan. El reglamento Interior del Consejo fue publicado el 11 de noviembre de 1974, y sus reformas y adiciones el 17 de enero de 1983.

Debiéndose publicar en el Diario Oficial de la Federación cuando entran en vigor esas medidas y cuando se suspenden. Esta adopción de medidas como la suspensión de las mismas se harán por medio de Decreto Presidencial.

Con lo que hasta aquí hemos mencionado del Consejo podemos en consecuencia efectuar ciertas consideraciones:

a).- El artículo 73 fracción XVI Constitucional, se conservó inmutable desde la promulgación de la Constitución Política de 1917 hasta el 16 de julio de 1971. Esta adición consistió en agregar al párrafo 4o dos renglones para referirse a medidas adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental.

El anterior párrafo 4o. "Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competen".

El actual párrafo 4o.- "Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental. serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan."

El Congreso Constituyente de 1916-1917 no conocía los términos de "Contaminación ambiental, ni prevención y abatimiento de la contaminación ambiental". Estos términos son producto del desarrollo tecnológico y demográfico de esta época.

Pensamos que el criterio legislativo para modificar y adicionar este párrafo 4o. aludido, fue una medida precipitada, sin el afán de

reformar para realmente cambiar los errores legislativos que desafortunadamente hemos sufrido en materia de salud pública. Esta --- adición se efectuó exclusivamente para dar pauta a la creación de la "SUBSECRETARIA DE MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE" de la S.S.A. en -- principios de 1972 y justificar el contenido que se exigía del nuevo Código Sanitario de 1973 mismo que debía contemplar los avances tecnológicos sobre esta materia.

B).- Las facultades legislativas de las autoridades sanitarias federales otorgadas en la fracción XVI del artículo 73 constitucional, contemplaron una concurrencia con los congresos locales de las entidades federativas por excepción derivadas de lo establecido en el artículo 124 constitucional, donde tenían facultad para legislar en materia de salubridad, por virtud de la carencia absoluta de un articulado perfectamente acorde a la época y con visión futurista, ya que si bien es cierto que el Constituyente de 1916-17 no era perito en materia legislativa, ahora con los avances tecnológicos y de la propia ciencia del Derecho, se tiene la concurrencia expresamente otorgada con la adición al párrafo tercero del -- artículo 4o. y la expedición de la Ley General de Salud que ordenan el cumplimiento del derecho a la protección de la salud con la coordinación de acciones de ambos niveles de gobiernos.

La concurrencia se refiere también a que los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los Acuerdos de Coordinación que -- celebren con el Ejecutivo Federal, a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, así como lo propio para los Sistemas Estatales de Salud respectivos.

Así tenemos que, la facultad del Congreso en materia de salubridad general, consiste en que pueda dictar leyes en esta materia, o sea, disposiciones generales, impersonales, abstractas, por ejemplo las -- que integran la Ley General de Salud, que tienen vigencia especial en todo el territorio nacional y, por su parte los congresos locales pueden dictar leyes en materia de salubridad en situaciones--- ordinarias como disposiciones que se refieren a combatir el alcohol

lismo, y desde luego se entiende que cualquier otro vicio que afecte o dañe la salud de sus habitantes; y en situaciones extraordinarias como cuando existe el peligro de epidemias, aquí opera la misma concurrencia de facultades legislativas pero con más intensidad y justificación, por ejemplo cuando surja un brote epidémico que afecte a una o varias entidades federativas.

Son los congresos locales y las autoridades administrativas de cada entidad las que pueden proveer las medidas conducentes para combatir la epidemia, porque se trata de situaciones anormales muy graves que comprometen la salud general de los habitantes de las entidades. De tal manera que si el Derecho, la ley, la Constitución, no pueden prever todas las situaciones que se pueden presentar en la realidad, y cuando ocurre un brote epidémico en una entidad federativa, no se puede ni se debe esperar a que se reúna el congreso respectivo y a que se dicten leyes, sino que es el Gobernador y las autoridades sanitarias locales las que deben dictar las medidas urgentes y necesarias. Siendo después el Consejo de Salubridad General y la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia quienes pueden rectificar o ratificar esas disposiciones por tener el Consejo rango constitucional y constituirse en órgano revisor de esas medidas urgentes; y la Secretaría de Salubridad y Asistencia por su parte, sin tener rango Constitucional estar supeditada al Ejecutivo Federal y ser en la práctica la que efectúa las acciones en materia de salud.

C).- De las investigaciones realizadas en materia de salud pública y de las efectuadas respecto al artículo 73 fracción XVI Constitucional, hemos deducido que desafortunadamente como ya observamos, los debates del Constituyente de 1916-17 relativos a este artículo, contienen errores de interpretación, de técnica legislativa, de precisión, etc.

Los errores de interpretación se refieren a que en esos debates, continuamente se confundió el término de "Departamento de Salubridad con el de Consejo de Salubridad General" y que cuando se opusieron a que fuera establecido un Departamento con mayores facultades

des que un Ministerio, tanto los proponentes como los opositores - llegaron a confundirlo con el Consejo.

Los errores de técnica legislativa se refieren a que las adiciones de las cuatro fracciones ya mencionadas, que consagran la creación de un organismo del Estado Federal llamado Consejo de Salubridad -- General, de conformidad con nuestro sistema, es erróneo habersele ubicado dentro del capítulo de las facultades del Congreso de la - Unión, por contrastar con la técnica jurídica. Vislumbrando dos po- sibilidades de una mejor ubicación de la mencionada adición: Una, - haberla encuadrado en el artículo 130, dentro del Capítulo de Pre- venciones Generales; otra, que el Congreso de la Unión expidiera - una Ley Federal que reglamentara al Consejo de Salubridad General.

Los errores referentes a la falta de precisión son por virtud de - ser el Consejo un organismos sui generis que está investido de --- amplias facultades para dictar disposiciones, llegando al extremo- de abrogar, derogar o hacer negatorias las disposiciones que sobre dichas materias expida el Congreso de la Unión, el cual sólo puede revisar las medidas que el propio Consejo haya puesto en vigor, -- siendo que al dictar sus disposiciones se coloca por encima del -- Congreso de la Unión. (esta situación de alguna forma la querían - evitar los opositores en los debates aludidos).

Pero no sólo el Constituyente de 1916-17 tuvo las limitaciones que apuntamos, ya vimos que los actuales estudiosos a quien se les en- comendó efectuar una reforma o adición, no llegaron a trasponer ni en el tiempo ni en el espacio la esfera del contenido del citado - artículo. Aún los pilares de la doctrina mexicana en materia de De- recho Administrativo, al referirse a las facultades legislativas - del Consejo, se equivocan también en la interpretación confundien- do los términos de "Departamento con Consejo".

El maestro Gabino Fraga *61 al hablar del principio formal de le- galidad que consiste "en la conformidad con el Derecho y que es -

* 61.- Fraga Gabino.- "Derecho Administrativo". OPUS-cit P.99

sinónimo de regularidad jurídica". dice que en el Estado moderno, ningún órgano del Estado puede realizar actos individuales que no estén previstos o autorizados por disposición general anterior, -- salvo el caso del ejercicio de la facultad discrecional y la excepción en el caso de la legislación sanitaria *62... "Al fijarse en el artículo Constitucional las bases que han de regir al Consejo Superior de Salubridad (Fracción XVI,) aquí se confunde con el -- nombre) se establece que las disposiciones generales dictadas por esta institución serán obligatorias en el país; que el Departamento de Salubridad deberá dictar medidas preventivas inmediatamente obligatorias en los casos de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país; así como para combatir el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza".

Obviamente el maestro inside en la confusión aludida, al continuar diciendo "Estas facultades otorgadas a un órgano ejecutivo, (aquí está la confusión, no habla en plural o distingue cada una) son indudablemente facultades legislativas desde el punto de vista material aunque formalmente sean actos administrativos y constituyen también una fuente del derecho administrativo". La afirmación contenida en esta transcripción la confirmamos y estamos de acuerdo con el contexto, pero es válida en lo conducente para apreciar la confusión que se trata de demostrar.

Por su parte el maestro Felipe Tena Ramírez citado por la revista Cardinal *63 también confunde al Departamento de Salubridad con el repetido Consejo. Al decir "Es el Congreso de la Unión el que tiene la facultad de definir la esfera de acción en materia de salubridad de los poderes federales y locales; situación que impera desde la reforma de 1908 y que fue ratificada por la Constitución de 1917, -- siendo contraria al sistema federal señalado por el artículo 124, sin embargo, no es la única excepción que establece la Constitu--

*62.- IDEM P.104

*63.- Corona Arzoia Ma. Estela V. y otros. "Consejo de Salubridad General" Revista Cardinal No. 4 Julio de 1979. Editorial Privada. 1979 México P.20

ción, más grave que la anterior, es la contenida en los párrafos 2o y 4o. de la fracción XVI del artículo 73". Aquí está la confusión aludida porque, los párrafos mencionados por el autor se refieren el 2o. al Departamento de Salubridad y el 4o. al Consejo de Salubridad General. Continúa el maestro diciendo "Dichos párrafos logran que el Consejo de Salubridad General, siendo un órgano administrativo, asuma como caso excepcional funciones legislativas y ejecutivas, en virtud de que el Congreso de la Unión delega facultades en áquel para dictar disposiciones en determinadas materias y en situaciones extraordinarias." también coincidimos con el contexto, pero apuntamos la confusión terminológica y de instituciones.

D).- No son términos sinónimos el "Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General". El Consejo es una entidad creada en la Constitución; cuando ésta se expidió, no había Secretaría de Salubridad y Asistencia, la creación de esta Secretaría es inconstitucional porque el texto de la Constitución claramente habla del DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD. Este Departamento aunque subsiste en la Constitución, no existe en la vida institucional del país, sin embargo, es teóricamente una entidad aparte del Consejo y de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia.

E).- El Consejo de Salubridad General es máxima autoridad Sanitaria del país, depende directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado; sus disposiciones serán obligatorias en todo el país; por virtud consuetudinaria tiene facultades legislativas y facultades de decisión y ejecución; los miembros del Consejo son nombrados y removidos por el Ejecutivo Federal, así como el Presidente del Consejo quien será el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Aquí surge una interrogante, ¿hay o no intervención de la SSA sobre el Consejo?

6.3.- LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

De las Autoridades Sanitarias, corresponde ahora el estudio de la-

Secretaría de Salubridad y Asistencia. Aunque ya no insistiremos sobre lo que consideramos que constituye una incostitucionalidad al crearse en la forma que se efectuó dentro de la organización del Poder Ejecutivo esta Secretaría y consecuentemente sus cuatro subsecretarías, sólo indicaremos la importancia de las funciones que realiza teniendo el encargo de los servicios asistenciales, así como la organización y fomento de los servicios sanitarios y los que menciona el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Sin embargo consideramos que puede adecuarse a la realidad sociopolítica del país en materia de Salud Pública una revisión exhaustiva de la normación constitucional, reformando el artículo 73 fracción XVII donde se suprime la entidad "Departamento de Salubridad" homologando a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con anterioridad nos hemos referido a la creación de esta Secretaría (15 de octubre de 1943). Como su nombre indica, comprende dos ramas: la Salubridad y la de Asistencia, cuyos orígenes son diversos respectivamente.

Salubridad.- Antes de la Independencia y hasta diez años después de consumada ésta, el encargado de la Salubridad era el Protomedicato. En el año de 1820, se creó la Facultad de Medicina, que asumió esa función y a la cual se le concedieron facultades para arreglar el Código relativo a las Leyes Sanitarias. Substituyó en este ejercicio a la Facultad, el Establecimiento de Ciencias Médicas, creado en 1833, fue hasta el 4 de enero de 1841 en que legalmente apareció el Consejo de Salubridad General, que dependía de la Secretaría de Gobernación, En el año de 1917 se creó el Departamento de Salubridad cuya existencia se prolongó hasta 1943 en que se fusionó con la Secretaría de Asistencia Pública.

Asistencia.- Los antecedentes inmediatos del Servicio Público de Asistencia, derivan del Decreto de 28 de febrero de 1861, en que se creó la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospitales, hospicios y demás establecimientos de beneficencia.

cia, que manejaba los hospitales, hospicios y demás establecimientos de beneficencia del Gobierno de la Unión. Por Decreto de 30 de agosto de 1862, se creó la Dirección de Beneficencia Pública y se mandó que los establecimientos de caridad quedaran a cargo del Ayuntamiento. En 1877, la Dirección de Beneficencia Pública recobró el manejo de los establecimientos de caridad. Por Decreto de 16 de julio de 1924, se instituyó la Junta Directiva de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, que tuvo las atribuciones que antes tenía el Director General de Beneficencia Pública. Este organismo funcionó hasta la expedición del Decreto de 31 de diciembre de 1937 - que modificó la ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando la Secretaría de Asistencia Pública. Repetimos que en 1943, nació la Secretaría de Salubridad y Asistencia por virtud de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad Pública.

Es oportuno citar el Decreto Presidencial de 17 de agosto de 1945 - publicado el 14 de noviembre del mismo año, mediante el cual en uso de la facultad reglamentaria, el Ejecutivo Federal ante la confusión general que predominó respecto a la creación de la SSA, la prevalencia en la letra constitucional del Departamento de Salubridad y el uso de las siglas SAP (Secretaría de la Asistencia Pública), se vió precisado a establecer el uso de las siglas SSA para designar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en substitución de las SAP y DSP que designaban a las dependencias fusionadas en ella. Tal ha sido la confusión que el exceso de la facultad reglamentaria ocasionó en la época, pero que hasta ahora no se han atrevido corregir con técnica jurídica adecuada. (homologación o modificación del texto constitucional a posteriori aprovechando la experiencia e infraestructura de la SSA).

6.4 ATRIBUCIONES DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

Conforme el artículo 39 de la LOAPF, a la SSA corresponde el despacho de: establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, a excep

ción de lo relacionado al saneamiento del ambiente de la que ahora se encarga la SEDUE, aunque tiene intervención en la materia según lo dispone la Ley de Protección al Ambiente. Asimismo, le corresponde coordinar intersecretarialmente los programas de servicios de salud; crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social del país y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal; aplicar a la beneficencia pública los fondos que le proporciona la Lotería Nacional.

La SSA organizará y vigilará las instituciones de beneficencia privada en los términos de ley e integrará sus patronatos: Clínica Primavera de Ortopedia y para la Formación del Patrimonio de la Fundación Permanente de Asistencia Privada Dr. José María Álvarez, respetando la voluntad de sus fundadores; asimismo administrará los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.

Corresponde a la SSA, normar, promover, y apoyar la impartición de asistencia médica y social, atención materno-infantil y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas; regular la prevención social a niños hasta de seis años, ejerciendo sobre ellos la tutela que corresponda al Estado.

La fracción IX del numeral en estudio, se refiere a la obligación de la SSA de organizar y administrar los servicios sanitarios generales en toda la República; las X y XI en relación a dirigir la policía sanitaria con excepción de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana y la policía sanitaria especial en los puertos, costas y fronteras.

Se ocupa además de llevar el control higiénico e inspección sobre preparación, posesión, uso, suministro, introducción, circulación etc., de comestibles y bebidas tanto alcoholicas como las que no lo son; vigilar la higiene en lo que se relaciona con la salud humana por medio de los alimentos, controlar la preparación aplicación e importación de productos biológicos y la preparación, uso, suministro, introducción, circulación, etc., de drogas y productos me-

dicinales. Dicta medidas contra las enfermedades transmisibles -- plagas sociales que afectan la salud y contra el alcoholismo y las toxicomanías. Auspicia Congresos Sanitarios y de Salud Pública.

Le corresponde a la SSA poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores y de higiene industrial, con excepción de lo relacionado con la previsión social en el trabajo; asimismo de administrar y controlar las escuelas, institutos y servicios de higiene establecidos por la Federación en toda la República, excepto los relacionados a sanidad animal.

También le corresponde prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal.

La fracción XXI de este artículo ordena a la SSA actuar como Autoridad Sanitaria y vigilar el cumplimiento del Código Sanitario y sus Reglamentos (léase Ley General de Salud que deroga).

Se destaca como función de la SSA el establecer las normas que deben orientar los servicios de asistencia social que presten las dependencias y entidades federales y proveer su cumplimiento. La fracción XXIII de este numeral sobre las posibilidades de actuación de la SSA al referirse a otras funciones que fijen expresamente las leyes y reglamentos, o sea que este numeral solo menciona facultades y obligaciones enunciativas pero no limitativas.

La Ley General de Salud amplía el ámbito de competencias de la SSA, destacándose la coordinación del Sistema Nacional de Salud, el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud, la coordinación formulación y difusión de los programas sectoriales de salud, así como el impulso a la desconcentración y descentralización de los servicios de salud que ya hemos estudiado, con los elementos de capacitación de recursos humanos para la salud y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud, así como actualizar permanentemente las disposiciones legales sobre la materia.

Para el mejor despacho de los asuntos que tiene encomendados la SSA contará con cuatro Subsecretarías: la de Investigación y Desarrollo; la de Planeación; la de Regulación Sanitaria y la de Servicios de Salud; con una Oficialía Mayor, una Contraloría Interna y 25 Direcciones Generales; tres órganos administrativos desconcentrados por función y dos órganos administrativos desconcentrados por territorio; con 4 comisiones y 8 comités. La enumeración, denominación, adscripción y determinación de funciones y atribuciones de las unidades administrativas están comprendidas en el Reglamento Interior de la SSA (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 1984).

Ya sabemos que el Presidente de la República según los principios constitucionales obra en asuntos de Salubridad y Asistencia del País por conducto del Secretario del Ramo, pero éste no tiene facultades mayores o distintas que corresponden a aquél, y que originalmente corresponde al titular de la Secretaría el trámite y resolución de los asuntos de su competencia, pero para la mejor organización del trabajo podrá delegar en los funcionarios y titulares de las unidades administrativas a que se ha hecho referencia, cualquiera de sus facultades, excepto aquéllas que por disposiciones de ley o reglamento interior, deben ser ejercidas por el propio titular.

El Reglamento Interior de la Secretaría expedido por el Presidente de la República en ejercicio de la facultad que le concede la fracción I del artículo 89 constitucional y con fundamento en la Ley Orgánica en sus artículos 18 y 39, previene el establecimiento de las atribuciones de esas Unidades Administrativas, así como la forma de suplir las ausencias temporales de sus titulares. Asimismo la susodicha Ley Orgánica dispone que el titular de la Secretaría expedirá los manuales de organización, de procedimientos y de servicios al público, con información detallada sobre atribuciones, estructura y funciones de esas unidades administrativas, los niveles jerárquicos, así como los sistemas de comunicación y coordinación, y los grados de autoridad y responsabilidad. Dichos manuales deberán mantenerse actualizados permanentemente y publicarse en el

Diario Oficial de la Federación según el artículo 4o. del Reglamento, así como la publicación de los acuerdos de adscripción orgánica de las unidades administrativas y de delegación de facultades.

El Secretario del Ramo es el representante de la Secretaría y tendrá las siguientes atribuciones NO DELEGABLES a funcionarios subalternos: establecer y dirigir la política de la Secretaría; coordinar y evaluar los planes y programas de salud en los términos de la legislación aplicable de conformidad con las políticas y objetivos nacionales que determine el Presidente de la República; someter al acuerdo del Ejecutivo Federal los asuntos encomendados a la Secretaría y al Sector Salud que lo ameriten; desempeñar las comisiones y funciones especiales que el Presidente de la República le confiera y mantenerlo informado sobre el desarrollo de las mismas; proponer al Presidente de la República los proyectos de leyes, reglamentos, decretos y órdenes sobre los asuntos de la competencia de la Secretaría y del Sector Salud.

Le corresponde refrendar, para su validez y observancia constitucionales, los reglamentos y decretos expedidos por el Presidente de la República; representar al Presidente de la República en los juicios constitucionales en los términos del artículo 19 de la Ley de Amparo; dar cuenta al H. Congreso de la Unión del Estado que guardan el Ramo y el Sector Salud e informar para ello, cuando vaya a discutirse un proyecto de ley o se estudie un asunto concerniente a sus actividades; presidir el Consejo de Salubridad General.

Asimismo, aprobar la organización y funcionamiento de la Secretaría y ejercer la coordinación del Sector Salud; nombrar a los integrantes de los Comités y Comisiones que sean necesarios para el buen funcionamiento de la Secretaría; aprobar y ordenar la publicación del Manual de Organización y Métodos, así como los demás manuales de organización, de procedimientos y de servicios públicos; aprobar concesiones, permisos y autorizaciones, así como declarar en su caso; la caducidad, nulidad, rescisión y renovación que corresponda en los términos de las disposiciones legales apli

cables; resolver sobre los recursos de reconsideración que se interpongan; determinar en los casos concretos que lo ameriten, en acuerdo con los Subsecretarios respectivos la forma en que sus labores deban coordinarse.

Algunas funciones del Secretario que se encuentran determinadas en el Reglamento, merecen especial atención por ser éstas las que configuran la moderna administración que tiende a la desconcentración y descentralización de facultades de unidades administrativas centrales a órganos administrativos desconcentrados por territorio y por función, la designación de sus directores generales, conforme al programa respectivo, lo cual propondrá al Presidente de la República. En el mismo sentido se menciona la celebración de los acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas.

Ordenar a la Contraloría Interna, la práctica de auditorías contables, financieras, administrativas y operativas a las unidades administrativas de la Secretaría y a las entidades del Sector Salud.

También el titular del ramo deberá resolver los casos de duda que se susciten con motivo de la interpretación o aplicación del Reglamento Interior de la Secretaría, así como los casos no previstos en el mismo, y ejercer las demás que con el carácter de no delegables, le otorgue el Presidente de la República y las que le confieran las disposiciones legales.

6.5. LOS GOBIERNOS DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, INCLUYENDO AL DEL DISTRITO FEDERAL.

Las entidades federativas son los estados miembros que integran parte del Estado Federal. El artículo 43 constitucional señala que México está integrado por 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

Hasta hace algunos años eran 29 estados, 2 territorios y 1 Distri

to Federal; en reforma reciente a la Constitución, los territorios de Baja California Sur y de Quintana Roo, se erigieron en Estados-
*64.

Conforme al régimen federal, cada estado es libre y soberano para la formación de sus poderes internos, pero unidos por la Federación. El Distrito Federal es el lugar donde se asientan los Poderes de la Unión y por lo tanto carece de un Poder Legislativo Local y el Jefe del Departamento del Distrito Federal tiene el rango de Gobernador y será nombrado por el Presidente de la República.

La característica esencial de una entidad federativa es que goza de Autonomía, para darse su propia Constitución la cual es la fundamentación de la legislación local, y que para las reformas a su Constitución se siguen procedimientos que en ella misma se señalan. La Soberanía es el poder supremo e ilimitado, difiere de la Autonomía que implica un poder jurídico limitado, se tiene un espacio de actuación libre y al mismo tiempo, un campo que jurídicamente no se debe traspasar. Las entidades federativas son autónomas, pero están limitadas por la Constitución del Estado Federal, empero, en su esfera de competencia pueden organizarse con libertad, siempre que respeten los lineamientos marcados en la Constitución General.

Conforme al artículo 115 Constitucional, se señala la estructura política esencial que deben respetar los estados y que es: que deben adoptar la forma de gobierno republicano, representativo y popular; la base de la división territorial y de su organización política y administrativa es el Municipio Libre; la duración de los gobernadores no deberá exceder más de seis años; la elección de los gobernadores y los diputados debe ser en forma directa, o sea que es el pueblo quien elige a sus representantes sin necesidad de ningún intermediario o elector; se remarca la no reelección; los requisitos indispensables para ser gobernador; la integración de las legislaturas locales con un número proporcional a los habitantes, señala el mínimo de legisladores de acuerdo a la población;

*64.- Reforma al artículo 43 Constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 8 de octubre de 1974.

el ejercicio de la fuerza pública que deben tener el Ejecutivo Federal y los gobernadores en los municipios donde residieren habitualmente; la admisión del congreso local del sistema de diputados de minoría, y en los municipios cuya población sea de 300,000 o más habitantes se debe introducir el principio de representación proporcional en la elección de los ayuntamientos.

Asimismo en la Constitución General se impone una serie de restricciones a las entidades federativas, así como obligaciones que deben cumplir. Así por ejemplo el artículo 27 indica que el Congreso Federal y los Congresos locales legislarán con el objeto de fijar la extensión máxima de propiedad rural, y para efectuar el fraccionamiento de los excedentes conforme a las bases que establece la propia Ley Fundamental. (también artículo 119 y 121 etc.).

En relación al Distrito Federal, el artículo 44 Constitucional se refiere a su circunscripción territorial que sirve de sede de los poderes federales u órganos del Gobierno Federal. Es una fracción federativa que, a diferencia de los estados, carece de autonomía política, por lo que está impedido para darse su propia Constitución.

La fracción VI del artículo 73 constitucional menciona lo relacionado a las bases para legislar en todo lo relativo al Distrito Federal; como cualquier entidad federativa, tiene tres poderes, el poder legislativo o legislatura del Distrito Federal reside en el Congreso de la Unión. Esta legislatura consiste de dotar de facultades a los otros dos poderes y, le corresponde desarrollar los actos que realiza cualquiera otra legislatura local, especialmente expedir las leyes particulares para el Distrito Federal. Aquí el Congreso de la Unión tiene unidad de órgano legislativo federal y local y dualidad de funciones.

El Gobierno del Distrito Federal estará a cargo del Presidente de la República, quien lo ejercerá por conducto del órgano u órganos que determine la ley respectiva *65. Así queda demostrado que el

*65.- Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal publicada en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 1978.

poder ejecutivo local del D.F. es el propio Presidente de la República y como en el caso del legislativo, existe coincidencia en el Ejecutivo Federal como órgano de la Federación y como órgano local del D.F., unidad en el órgano y dualidad en la función. El Ejecutivo Federal ejerce el Gobierno del D.F. a través de un órgano administrativo.

El jefe del D.F. es nombrado y removido por el Ejecutivo Federal; es auxiliado por una serie de subdependencias, en los ámbitos político y administrativo, y con órganos desconcentrados como las 16 Delegaciones político-administrativas y diversas Comisiones.

El Poder Judicial del D.F. reside en el Tribunal Superior de Justicia del D.F. La función jurisdiccional administrativa está a cargo de un Tribunal de lo Contencioso Administrativo y, en materia laboral la Junta Local de Conciliación y Arbitraje del D.F. El Ministerio Público del D.F. estará a cargo de un procurador de justicia, que depende directamente del Ejecutivo Federal quien ejerce poder de nombramiento y remoción.

La base segunda de la fracción VI del artículo 73 constitucional - el 6 de diciembre de 1977 fue reformada para darle a los ciudadanos del D.F. iniciativa popular y referéndum, consistiendo una diferencia con las entidades federativas que carecen de esto. (aunque en la práctica la reglamentación a nivel de ley ordinaria de estos dos elementos de gobierno semidirecto ha sido incompleta e inoperante). La iniciativa para el referéndum le debe corresponder al Presidente de la República o a las cámaras del Congreso de la Unión. En cuanto a la iniciativa popular deberá tener apoyo mínimo de 100 mil habitantes con 5 mil por cada Delegación.

Las diferencias con las entidades federativas son que éstas tienen autonomía política y se pueden dar su propia Constitución, el D.F. carece de esa autonomía. La base de la territorialidad de los estados es el municipio, en el D.F. no hay municipios. En los estados hay una legislatura y un gobernador electos directa y popularmente y son distintos estos órganos de los federales, en cambio en el --

D.F. la legislatura y el gobernador son a la vez órganos federales. Respecto a la votación de la ciudadanía, ésta es diferente, pues en los estados se vota para elegir a sus autoridades municipales, a su gobernador, a sus diputados locales y federales y senadores y al Presidente de la República, en el D.F., sólo se vota para elegir diputados federales, senadores y Presidente de la República.

El artículo 44 constitucional establece de que en el caso de que los poderes federales se trasladen a otro lugar, se erigirá el Estado del Valle de México en el territorio que actualmente tiene el D.F.

En cuanto al tema que nos ocupa respecto a la categoría de autoridades sanitarias de los gobiernos de las entidades federativas incluyendo al del Distrito Federal, es necesario recordar la concurrencia que tienen con la Federación en materia de salubridad general del país. Antes de la reforma constitucional del artículo cuarto párrafo tercero, existía concurrencia por la excepción atribuida en el artículo 124 también de la Constitución. Ahora está expresamente otorgada esa concurrencia, pero se concede en forma restringida, porque señala que una Ley Reglamentaria establecerá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Esta reglamentaria es la Ley General de Salud.

Es importante destacar que el presente régimen tiene especial atinencia en preservar y hacer efectivo el derecho a la protección de la salud pública. Desde el mensaje del 10. de diciembre de 1982 de toma de posesión como Presidente de la República se observó esa preocupación fundamental, posteriormente el 20 del mismo mes y año, *66 el Ejecutivo Federal mandó la iniciativa respectiva a la Cámara de Senadores (Cámara de Origen) y, previos los trámites legales del proceso legislativo, se publicó el Decreto Promulgatorio el 15 de enero de 1983, sin haber sido modificada la iniciativa y como

*66.- De la Madrid Hurtado Miguel. "El Marco Legislativo para el Cambio" editado por la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Presidencia de la República, Talleres Gráficos de la Nación Tomo III. México P.P. 349-361-416.

ya hemos repetido que la reforma aludida se publicó el 3 de febrero de 1983.

Para el tema en estudio, entresacamos lo conducente ... "El perfeccionamiento del Sistema Nacional de Planeación, es condición para que el Sistema Nacional de Salud se implante. La planeación nacional dispondrá los procedimientos indispensables, a fin de que el programa de salud y los programas institucionales, cimentados en el Plan Nacional de Desarrollo, resulten compatibles y complementarios. La iniciativa que presentamos a esta Honorable Cámara responde al propósito de revertir el proceso centralizador que desde principios de siglo se iniciara en materia de salud y que ha llevado a que la Federación tome responsabilidades que pertenecen por su naturaleza a las jurisdicciones local y municipal. La Ley Sanitaria ha desvirtuado el ámbito de la salubridad general, que concibió el Constituyente de Querétaro, y con los Convenios de Servicios Coordinados de Salud Pública tradicionales, prácticamente se ha liquidado el carácter concurrente de la materia sanitaria.

Por esas consideraciones, en la adición se previene que la ley distribuirá entre la Federación y las entidades federativas las responsabilidades que en cuanto a la salubridad tocan a cada uno de los niveles de gobierno, sin menoscabo de que cada Estado, conforme a sus respectivas legislaciones y potencialidades, convenga con los municipios que éstos participen activa y gradualmente en las actividades de salud. El carácter concurrente de la materia sanitaria se ajusta a lo dispuesto por el Constituyente de Querétaro, al prevenir el Consejo de Salubridad General y la dependencia del Ejecutivo encargada de las tareas sanitarias en el ámbito federal. El empeño descentralizador ha de comprender la entrega paulatina a las jurisdicciones locales de funciones, programas y recursos hasta hoy manejados por la Federación.

Sin embargo, para que la reivindicación federal que propugnamos no actúe en contra de los objetivos de racionalización de los recursos sanitarios y coadyuve a dar efectividad al derecho a la protección de la salud, será necesario que tanto las entidades federativas como los municipios, decidan integrarse por la vertiente de la coordinación, al Sistema Nacional de Planeación y con ello, al Sistema Nacional de Salud.

Así se abatirán las iniquidades regionales, el centralismo y el manejo dispensioso de los recursos que la Nación asignara a esta prioridad.

Otro aspecto saliente de la iniciativa es el relativo al acceso a los servicios de salud: una ley reglamentaria definirá las bases y modalidades de ese acceso

para que se tengan en cuenta las características y de los distintos regímenes de seguridad social, que se fundan en los criterios de capacidad contributiva y de redistribución del ingreso; de los sistemas de solidaridad social, que usan recursos fiscales, la cooperación comunitaria y la colaboración institucional, y de los sistemas de asistencia, que descansan en el esfuerzo fiscal del Estado.

A esa ley secundaria tocará, en su caso, establecer los mecanismos, fórmulas y criterios para que los mexicanos obtengan servicios de salud"

La Ley General de Salud establece en la fracción cuarta del artículo 4o. la categoría de autoridades sanitarias a las entidades federativas incluyendo al D.F., y en el 5o. la integración de las mismas al Sistema Nacional de Salud, la coordinación de acciones y el cumplimiento al derecho a la protección de la salud. En el 9o. la consolidación y funcionamiento del Sistema por parte de los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de su respectivas competencias en los términos de los Convenios de Coordinación que celebren con la SSA.

El artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud indica que corresponde a estas autoridades sanitarias en estudio, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general; formular y desarrollar programas locales de salud en el marco de los sistemas estatales de salud; elaborar la información estadística local y proporcionarla a las autoridades federales competentes; vigilar en la esfera de su competencia el cumplimiento de la Ley General de Salud y las demás disposiciones aplicables.

Debemos recordar lo que hemos estudiado respecto a los temas del Convenio Unico de Desarrollo (infra 4 y sig.) en relación a las bases y modalidades de ejercicio coordinado de atribuciones de la Federación y las entidades federativas en la prestación de los servicios de salubridad general, que se establecerán en los acuerdos de coordinación.

7.- "OBJETIVOS DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD PUBLICA"

Para cumplir las finalidades que el Estado tiene, éste debe contar con una organización estable y permanente, que es la organización administrativa, cuya finalidad es satisfacer determinadas necesidades de la población, entre las cuales están las que se refieren a salud. Esta organización se logra a través del sistema de Derecho Público en lo relativo a los "Servicios Públicos" (incluidos dentro de la organización estatal sometida a un régimen jurídico especial que tiene por objeto satisfacer una necesidad pública en forma continua) por los cuales se establecen las disposiciones legales que organizan toda la administración pública y la órbita de acción de cada uno de los servicios, y donde se establecen las bases jurídicas en relación con la estructura, organización y funcionamiento, así como la modificación o supresión del servicio público.

Es con el Derecho Sanitario como rama del Derecho Administrativo como se va a determinar en su mayor proporción las acciones de un servicio de salud; por su intermedio se fijan planes, proyectos, programas, etc.

El interés de los gobiernos en adquirir responsabilidad administrativa en las actividades sanitarias probablemente se hizo notorio en el siglo pasado, con el auge de la bacteriología y de las técnicas de saneamiento ambiental. La mayoría de los países iniciaron estas actividades con el control de las epidemias y construyendo hospitales para pacientes de enfermedades infectocontagiosas. En lo que va corriendo de este siglo, el criterio de la sociedad ha cambiado fundamentalmente en esta materia; todos los países han aceptado el DERECHO A LA SALUD DE CADA CIUDADANO, y la responsabilidad de la comunidad, a través de sus organismos competentes, de fomentar, proteger y reparar la salud de sus integrantes. La legislación social se ha enriquecido especialmente con la protección de la salud. Las características más notables del manejo de los recursos sanitarios han sido la orientación preventiva y social al -

mismo tiempo que la aplicación consecuyente de los principios de la administración pública en forma científica.

Pertinente es, que citemos a Hanlon J.J. que este tema lo circunscribe a tres conceptos fundamentales. *67 "Los fundamentos sobre los cuales se alza la estructura sanitaria de un país son: programas de salud adecuados, personal técnicamente eficiente y, financiamiento suficiente".

Una de las consecuencias administrativas más importantes del criterio social de la medicina actual, que por siglos fue un servicio personal debidamente remunerado por aquellos que contaban con recursos económicos suficientes, y que al mismo tiempo fue y sigue siendo una dádiva para los pobres; y que por otra parte, los juristas no se han ocupado debidamente del tema "salud" es por considerar que no les concierne. Pero por fortuna ahora se ve que ya se empieza a considerar a la medicina y al derecho como actividades conexas y unitarias, o sea, que todas las actividades sanitarias apuntan hacia una sola meta social: La prevención de la enfermedad, el fomento y la restauración de la salud como acciones integradas como servicios públicos.

El problema de salud no es fácil ni sencillo, envuelve múltiples y variadas cuestiones, muchas de las cuales aún no tienen una adecuada y satisfactoria respuesta. Algunas de las preguntas concretas, por ejemplo, podrían ser las siguientes: ¿Cómo administrar para combinar y distribuir los recursos médicos y paramédicos para que lleguen a cada uno de los integrantes de la comunidad? ¿Qué relación cuanti y cualitativa tienen las acciones de salud con otras actividades que propenden al bienestar social? ¿Quién o quienes son los responsables de la distribución adecuada y oportuna de los recursos de salud?.

Obviamente hay muchas respuestas para cada pregunta. La sola diversidad y complejidad de los programas nacionales, regionales y locales de salud está demostrando que existen distintas formas de resolver el problema. Ello impide cualquier generalización. Aún si fue *67.- Hanlon J.J. "Principios de la Administración Sanitaria" 2a. Edición. La

ra posible encontrar una respuesta única, ello per-se no sería --- deseable, puesto que cada sistema ha nacido en respuesta a necesidades temporales y locales, a los sistemas de organización social, a las tradiciones culturales, etc.

La verdad es que, siguiendo ciertos principios fundamentales de la administración pública y usando las técnicas reconocidamente eficientes, se pueden obtener resultados positivos por muchos y variados procedimientos.

En la actividad humana tan peculiar que es la salubridad, las autoridades y órganos sanitarios, así como todo el personal que constituye el equipo de salud, el presupuesto que procede del Estado o de los gobiernos locales e indirectamente del bolsillo de cada ciudadano, los objetivos finales son la disminución de la morbilidad y mortandad, el mejoramiento de la salud, la prolongación de la vida humana útil y el bienestar social.

"EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD PUBLICA"EPILOGO

Hasta aquí hemos analizado al DERECHO ADMINISTRATIVO de manera vinculatoria y Rama Rectora de la Salud Pública con la realidad fáctico-ontológica y valorativa del ser humano, del ciudadano que tiene el derecho inalienable a la salud tanto individual y de sus familiares como de la colectividad; para llegar a concebir hoy la salud en la raíz de la vida como en el destino que cada ser humano se labra; para entenderla como infraestructura de la felicidad, estímulo y componente del desarrollo; a ver la salud como un fin que cada persona y un medio para el bienestar colectivo; y en fin, para comprender la obligatoriedad del Estado a satisfacer las necesidades de salud del pueblo, y que mediante esa vinculación del Derecho con la Salud Pública se perfeccione la administración pública sobre el particular, acorde al ritmo de la época que vivimos y vivirán las generaciones futuras.

Pese a la enorme evolución conceptual reflejo de los aportes científicos en materias como la Medicina Socializada, Ingeniería Sanitaria, Epidemiología o Administración Pública, etc. así como a la labor de hombres y mujeres, instituciones y gobiernos, hoy día en México ya se le da al derecho a la salud la jerarquía que le corresponde al plasmarlo como Garantía Constitucional, la cima constitucional de la salud como un derecho y un deber de todos y no el privilegio de algunos.

La Salud Pública siendo una función social que es tan diversa como los razgos culturales de cada sociedad, tan variada como es la vida que alimenta, tan polimorfa como es la enfermedad y tan compleja como lo es el crecimiento de la economía al que contribuye, da lugar a una riquísima historia, misma que se ve atrapada en el viejo concepto de DADIVA INSTITUCIONAL Y SECTARISTA, sin pasar de ser una actividad administrativa de servicio público a espensas de la magnanimidad de lo que pueda lograrse para aminorar el peso de-

la enfermedad, del sufrimiento y de la depresión.

Creemos que los avances que México ha logrado en materia de salu--
bridad, son el reflejo de la poderosa lucha que a nivel mundial se
ha emprendido contra las olas amenazadoras de enfermedades que en--
torpecen el progreso de los pueblos, que no respetan fronteras, --
distancias ni vidas humanas.

"Es bien cierto que no obstante los obstáculos y el caudal de vi--
vencias, han podido consolidarse avances en materia de Salud Públi--
ca, concentrándose la atención en la prestación de servicios, for--
mulándose sendos programas nacionales de salud. Como también es --
cierto que, se puede afirmar que ningún país estima que sus necesi--
dades de salud han sido resueltas, y que se ha sostenido que nun--
ca se podrá llegar a una situación de equilibrio satisfactorio. --
Cuando el desequilibrio entre recursos y necesidades no es sólo --
privativo del Sector Salud, sino que atañe a cualquier otra necesi--
dad que tienda al progreso humano, por ejemplo educación; vivienda,
alimentación, vestuario, comunicaciones, etc."*68.

Empero, pensemos seriamente en el cuarenta por ciento de nuestra -
población que actualmente no recibe las DADIVAS aludidas, que en -
su mayoría habita en comunidades rurales muy dispersas y en hacina--
das zonas de la periferia de las grandes ciudades. Esta es una si--
tuación que en general no guarda relación con el grado de desarro--
llo que queremos alcanzar como nación. ¿Como esperamos que queden--
amparadas las personas más necesitadas, grupos que viven aislados--
en lugares lejanos y poblaciones indígenas que carecen de servi--
cios de salud?. A esta población corresponde una parte despropor--
cionada de las tasas de mortalidad y morbilidad, y está mas expues--

*68.- Confrontar a Candiani de Celis J. Alberto. "apuntes de Derecho Adminis--
trativo". Facultad de Derecho. 1969. MEXICO. "Quede aquí plasmado nuestro
agradecimiento por las indicaciones y enseñanzas de este distinguido ami--
go que nos impulsara a completar esta investigación".

ta a las enfermedades transmisibles, agudas y crónicas. Estos habitantes a menudo son analfabetas, carecen de viviendas e instalaciones sanitarias adecuadas y sus escasos ingresos los obligan a una dieta inadecuada en cantidad y calidad. En pocas palabras, se les niega lo que constituye un DERECHO UNIVERSAL HUMANO, no un privilegio: LA SALUD, el bienestar y la oportunidad para desarrollar su potencial durante toda la vida, y que decir del cincuenta por ciento que privilegiadamente recibe ciertos beneficios en salud pública, cuando no está educada en HIGIENE, y que desconoce sus derechos intrínsecos de salud para estar en posibilidad de hacerlos valer. ¿PERO COMO? (del diez por ciento restante no hablamos, para qué si lo tienen todo y en abundancia).

Al quedar plasmado en la Constitución Política de los Estados Mexicanos el DERECHO DE LA SALUD al lado de las garantías individuales o sociales, se genera una nueva rama de derecho que sentará precedente a nivel mundial y rescatará el prestigio de ser la primera Constitución Social. Sería claro está lo ideal, pero esta idea posee sentido universal y por otra parte, el contenido de las normas es de naturaleza ideal, por eso la ciencia del derecho es eidética, normativa, en orden inviolable aunque se viole, vinculatoria y autárquica.

Quedando así plasmado el DERECHO DE LA SALUD, da pauta para una fundamentación, justificación, y unificación del conjunto de imperativos en materia sanitaria en un orden positivo de Derecho, con toda la fuerza del término, método y principio de unificación al par. Creando además nuevos cauces en materia de JUSTICIA SOCIAL, eliminando facultades originarias o delegadas, discrecionales o potestativas encaminadas al "Buen juicio" de la administración en esta rama donde quedan en juego los dones más preciados:

"LA SALUD Y LA VIDA DEL HOMBRE".

" CONCLUSIONES "

Primera.-El hombre como ser bio-psíquico-social, se enfrenta en el transcurso de su existencia a problemas de adaptación ecológica. En este contexto de factores se debe comprender a la salud. Entendiendo que ésta no es sólo la ausencia de enfermedad, ni como un estado obvio del individuo y del grupo social; sino como el balance y adaptación en plenitud de bienestar y armonía del hombre en su relación familiar, industrial, social y frente al Estado. Por ello, el hombre a través de la historia ha desarrollado técnicas y ciencias tendientes a lograr solucionar los inconvenientes que afectan su salud. Así que el cumplimiento de las normas relativas a la Salud Pública corresponde además de la autoridad por antonomasia a todas las instituciones públicas de la Nación.

Por enfermedad, contrario sensu, se entiende como el conjunto de factores que intervienen de manera negativa derivados de la desproporción de la libertad en primer término y la reivindicación de un derecho, en la distribución equitativa de la riqueza, de la alimentación, del aislamiento ecológico e inclusive la falta de educación e higiene entre otros, como agentes externos causantes directos del estado patológico; lo que provoca una ausencia de continuidad de solución en el desarrollo económico del país.

Segunda.- Partiendo del concepto de Salud Pública, debe considerarse que es fuente creadora de normas, por virtud del objetivo de lograr una verdadera justicia social, de protección al más débil, ya que posee sentimientos de universalidad, manteniendo un contenido de normas vinculatorias, incluso con otras ramas científicas, siendo esas normas de orden autárquico ya que prevalece sobre facultades potestativas y justifica el conjunto de imperativos en el orden positivo mexicano.

La interdependencia de las acciones del grupo social en sentido cosmogónico se logra mediante la influencia recíproca de todos

los factores sociales, entre ellos el factor médico; pues nunca podremos pensar en una medicina no social. Por ello la vinculación jurídica-médica se justifica a través de la medicina socializada, de la biología social, bio-estadística, sociología médica y de la epidemiología, como coadyuvantes del ejercicio de la ciencia del derecho en pro de la vida comunitaria por encima del interés individual.

Tercera. - Respecto de la alimentación y manipulación de alimentos, ciertamente ejercen influencia directa sobre la salud puesto que la nutrición es quizá el más importante de los problemas socioeconómicos, pero también los alimentos y la higiene alimentaria se encuentran determinadas por la administración pública y la propia producción de alimentos.

Primeramente el enfoque se debe hacer sobre la producción de alimentos y la urgente necesidad de restablecer el dinamismo del sector agropecuario, promoviendo el desarrollo armónico entre las diversas regiones y mejorando el nivel de vida de los campesinos. Incrementando el producto agrícola a un ritmo mayor que el crecimiento demográfico.

En seguida, se debe constatar la imposibilidad a corto plazo de la solución del control sanitario que rige en la actualidad por los aspectos socio-económico-culturales que entraña. Porque debe incrementarse el sector público la vigilancia por cuerpos de personal perfectamente entrenado y con conciencia de verdadero servicio público y justamente remunerado para evitar la falta de contacto sistemático y desorganizado entre la actuación, los reportes y registro de situaciones que afectan la salud pública; la agilidad en la tramitación de asuntos relativos al resultado de las inspecciones, instalación y recepción oportuna de muestreos de laboratorio para que las autoridades sanitarias ejecutivas actúen en consecuencia y, finalmente, la ampliación de la cobertura de las campañas de educación higiénica.

Cuarta.- La demografía mexicana se ha visto alterada por el desarrollo de la medicina, así como del perfeccionamiento de la patología, tanto en la atención materno-infantil, la pediatría, medicina industrial, como en la gerontología y geriatria. La manipulación de alimentos, la higiene en general, los avances epidemiológicos, han logrado un saneamiento de la patología social, gracias al incremento de los niveles de salud de las diversas comunidades, aunque todavía haya mucho por hacer y estos logros dejen mucho que desear.

Es dentro del marco de nuestras libertades como deben y pueden -- fructificar los mecanismos de demografía y planeación familiar. Es indispensable continuar una política de planeación familiar respetuosa de la libertad personal, que convenza, persuada y facilite la planeación. Se establece que por nuestra tasa de crecimiento demográfico y por la estructura de nuestra población, el derecho al trabajo de todos los mexicanos, la eliminación del desempleo y el combate al sub-empleo constituyen el reto fundamental de la -- Nación para los próximos años.

Quinta.- El hombre moderno para aprovechar debidamente los aspectos positivos del medio físico que requiere para su bienestar, -- emplea sus conocimientos para facilitar la prevención de los efectos negativos de la insalubridad; así surge el saneamiento ambiental, a través de la aplicación adecuada de técnicas alternativas -- (actualmente se intensifica la aplicación de tecnología para la -- utilización de la energía solar, la energía atómica, etc.) y modernas de ingeniería sanitaria, epidemiología, acciones médicas y de salud pública para el abatimiento de los índices de morbilidad y mortandad, sobre todo de padecimientos transmisibles, y el mejoramiento de las condiciones generales del medio ambiente, identificando plenamente los elementos del saneamiento físico. Así que México está a buen tiempo de tomar las medidas de prevención y -- control necesarias para preservar el ambiente habitable, considerando las experiencias internacionales, aplicando y cumpliendo la

legislación sanitaria nacional, responsabilizando a los órganos administrativos de la implantación de programas y vigilancia para obtener el mejor éxito que será aquél que permita lograr ese ambiente saneado sin estorbar el desarrollo tecnológico que demanda el progreso económico y social del país.

Sexta.- La salud no es patrimonio exclusivo de minorías, sino un derecho social de todos los mexicanos. Este derecho no se agota en la lucha contra la enfermedad, sino que implica su prevención, el mejoramiento integral de la salud, la rehabilitación y la obtención de mejores niveles de vida con mínimos de bienestar, para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud y dar cumplimiento a los principios de nuestra democracia y justicia social. Para tales efectos, será necesario:

- Que el derecho a la protección de la salud en sus facetas de salubridad y asistencia sociales, sea complementado con la extensión del sistema de seguridad social, con ampliación de su cobertura y perfeccionamiento en la prestación de servicios.
- La descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas se realice en forma efectiva y eficaz, no solamente se contemple como una posibilidad de hacer llegar sus beneficios a las clases más menesterosas. Que los acuerdos de coordinación que celebren los Ejecutivos Federal y Estatales, tengan una revisión y evaluación anual verdadera.
- En beneficio de la masa popular, realizar un efectivo control de precios en los productos básicos de consumo popular, ejercitando los mecanismos indispensables para evitar el indebido intermediarismo comercial.
- Que los programas de reordenación económica, de generación de empleos, de desarrollo regional, etc., dejen de ser bandera de demagogia y se conviertan en verdaderos orientadores y factores de arraigo de la población rural en sus lugares de origen, evitando migraciones innecesarias y conflictivas a las ciudades medias y -

grandes urbes, para incrementar la producción de alimentos o de materias primas para la industria agropecuaria y aprovechar así los recursos con que cuentan y contribuir efectivamente al desarrollo nacional.

- Que la política y los mecanismos de acciones habitacionales se ratifiquen como un derecho social, para que toda familia pueda disfrutar de una vivienda digna y decorosa.
- Se efectúe una redefinición de la política nacional de salud a partir de las experiencias sobre la materia, simplificando los mecanismos participativos de los tres niveles de gobierno, incluyendo a los sectores social y privado, con utilización de la modernización administrativa en beneficio del sector; se procure una actualización de la infraestructura jurídica-administrativa, sistematizando la vasta legislación sanitaria; pero sobre todo, establecer claramente los deberes, obligaciones y responsables de la no aplicabilidad de la norma positiva, para que ésta sea eficaz.
- Efectuar una verdadera campaña informativa respecto a los derechos y obligaciones que implica el derecho a la protección de la salud.

Difundir por los diversos medios los preceptos que deba conocer el pueblo, incluyendo aquéllos de participación y acción o denuncia popular; dar a conocer una síntesis comprensible del Programa Nacional de Salud, así como la definición y expectativas del Sistema Nacional de Salud; establecer una comunicación de interés social de las distintas campañas sanitarias y de educación higiénica, sobre todo de control sanitario de los alimentos, de higiene materno-infantil, higiene ocupacional, mental, de protección y mejoramiento ambiental etc.

- Para lograr un manifiesto desarrollo regional, incrementar la inversión pública con apoyos complementarios de créditos provenientes de Instituciones de Banca y Crédito, o bien, con fondos perma

nentes de fomento económico constituidos por el Gobierno Federal y con las aportaciones que en efectivo o en especie hagan los -- sectores social y privado. Esta vinculación entre la inversión -- pública y el crédito, habrá de darse en proyectos prioritarios, -- destacando entre éstos, la rehabilitación de obras, así como la -- terminación de proyectos inconclusos que sean susceptibles de -- ser apoyados mediante crédito para su operación, procurando el -- aprovechamiento integral de asistencia técnica, capacitación y -- otros servicios de apoyo.

- Se intensifiquen los programas de adiestramiento vocacional y de capacitación de recursos humanos, que genere personal calificado para atender los problemas de la materia de salud pública; asimismo, se promueva la investigación epidemiológica y en general de la salud, que, con el apoyo del pueblo y financiamientos adecuados, redunden en condicionantes de éxito de los programas de salud.

Séptima.- El Derecho a la protección de la Salud y la Salud Pública per-se, son términos que se complementan, no obstante a que desde el siglo XIX han surgido conceptuosos valores en la legislación sanitaria, se habían abandonado como garantía los que se refieren al derecho de la salud pública, que deben mantener férula aún sobre el derecho individual, ya que la característica social de este aspecto, absorbe todos aquéllos relativos al bienestar individual o sectorio en pro de la condición de la especie humana, como derecho irrenunciable e inaplazable del ciudadano.

Octava.- Se sostiene que existe inconstitucionalidad en la legislación sanitaria del país. Afirmamos que ésta se encuentra científicamente preparada y acorde a las actuales necesidades básicas de salud pública, no obstante, al no cumplirse los lineamientos que el Congreso Constituyente plasmó, o al subsistir en el texto constitucional disposiciones relativas al Departamento de Salubridad, del Consejo de Salubridad General y la prohibición de la intervención de cualquier Secretaría de Estado en la materia de salubridad general de la República, se han cometido errores legislativos y de

técnica jurídica que implican la inconstitucionalidad referida.

La creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se efectuó sin haber sido modificado el texto constitucional. La facultad reglamentaria del Ejecutivo Federal ha sido excedida frente a la Norma Fundamental.

El Congreso de la Unión ha cometido errores de técnica legislativa en lo referente a las modificaciones de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional, (publicadas en el D.O. de la F. el 18 de enero de 1934 y 6 de julio de 1971) y no promover la reforma respectiva para eliminar al ente "Departamento de Salubridad" y modificar la intervención de las Secretarías de Estado en la materia. Asimismo en la expedición de la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado (1958), los Códigos Sanitarios y la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (1976), la Ley General de Salud, en fin todo la legislación federal que se relaciona a la intervención de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como Autoridad Sanitaria.

Subsistirá la inconstitucionalidad aludida en tanto no se reforme substancialmente el artículo 73 fracción XVI, se restituyan facultades legislativas del Consejo de Salubridad General, se cambie al Departamento de Salubridad por una "dependencia del Ejecutivo Federal" y se elimine la prohibición de intervención de las Secretarías de Estado en materia de salubridad general de la República.

Novena.- En cumplimiento a los postulados constitucionales de la -- protección de la salud, deberá continuarse con la reforma administrativa del Sector, convergiendo las acciones de las dependencias -- y entidades de la Administración Pública Federal en el marco de -- sus competencias a coadyuvar a la efectividad de este derecho. De ahí la unidad ordenadora deberá ampliarse a las facultades concurrentes de las entidades federativas para que sus congresos locales contemplen las reformas constitucionales y legislativas apropiadas, procurando que el Municipio Libre intervenga en este importante renglón. En este sentido, apresurar la formación de los Sistemas Estatales de Salud.

Décima.- La Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la homóloga Panamericana de la Salud, se han preocupado por promulgar el Código Sanitario Panamericano y el Reglamento Sanitario Internacional, que están actualmente en vigor a partir de la 4a. Asamblea Mundial de 1951-52. México ha sido el más preocupado por vigilar, en prenda su prestigio, que las experiencias recogidas de este tipo de convenciones sean cabalmente cumplidas. Así encontramos que nuestro país es uno de los protagonistas de mayor relieve en materia de Salud Pública, a través de la inclusión en el texto de su Constitución General y la promulgación de leyes básicas de protección, promoción y restauración del bien por excelencia, LA SALUD.

*

B I B L I O G R A F I AOBRAS CITADAS

- Acosta Romero Miguel. "Apuntes de Derecho Administrativo" UNAM-1970. MEXICO.
- Candiani de Celis J. Alberto. "Apuntes de Derecho Administrativo" Facultad de Derecho. 1969. UNAM. MEXICO.
- Carrillo Castro Alejandro. "Nueva Ley Orgánica de la Administración Pública Federal". Editada por el ISSSTE. 1977. MEXICO.
- Cámara de Diputados. XLVI Legislatura. "México a través de sus Constituciones". Editorial Dirección de la Imprenta de la Cámara de Diputados 1967. MEXICO.
- Cámara de Diputados. XLVI Legislatura. "Diario de los Debates" Dictamen - Presentado por la Segunda Comisión de Constitución en el Congreso -- Constituyente. Tomo II. Cámara de Diputados XLVI Legislatura. Editorial Dirección de la Imprenta de la Cámara de Diputados. 1967.- MEXICO.
- De la Madrid Hurtado Miguel. "El Marco Legislativo para el Cambio". Tomo III Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Presidencia de la República. Talleres - Gráficos de la Nación. 1983.- MEXICO.
- Fraga Gabino. "Derecho Administrativo". XVII Edición. Editorial Porrúa, S.A. 1977- MEXICO..
- García Maynes Eduardo. "Introducción al Estudio del Derecho". Editorial Porrúa, S.A. 1970- MEXICO.
- García Ramírez Sergio. "Curso de Derecho Procesal Penal" 2a. Edición. Editorial Porrúa, -- S.A. 1970. MEXICO.
- Hanlon J.J. "Principios de la Administración Sanitaria". II Edición. La Prensa Médica Mexicana. 1963. MEXICO.
- Hanlon J.J. "Guías para la Salud de la Comunidad". I Edición. La Prensa Médica Mexicana. 1967. MEXICO.

- Jiménez Rueda Mariano. "Derecho Penal Mexicano". Tomo - II 3a. Edición. Editorial Porrúa, S.A. 1975. MEXICO.
- Kelsen Hans. "Teoría Pura del Derecho" Introducción a la Ciencia del Derecho. 3a. Edición. Editorial -- Universitaria de Buenos Aires - 1963. Argentina.
- Nava Negrete Alfonso. "Descolonización, V. Autodeterminación, Colonialismo, Desconstrucción". Diccionario Jurídico Mexicano. Tomo III-D. Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM. Distribuido por Editorial Porrúa, S.A. 1984. MEXICO.
- Oficina Sanitaria Panamericana. "Carta de las Naciones Unidas y Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud". Boletín y Suplemento de la OSP. mayo 1973, cuya oficina es el órgano ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y organismo oficial de salud de las Naciones Unidas, así como del Sistema Interamericano. -- Véase en O.P.S. y O.M.S. oficinas en México en las calles de Havre No. 30 esq. con Hamburgo.
- Organización Internacional del trabajo. "Hacia el Pleno Empleo". Edición Pública por la O.I.T. Centro de Documentación de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje. MEXICO.
- Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española" XIX Edición. Talleres Gráficos de la Editorial Espasa - Calpe, S.A. 1981. ESPAÑA.
- Salvat Editores de México, S.A. "Enciclopedia Salvat, Monitor - No. 6". Impresa en Barcelona, - España en 1970 Publicado por - Salvat Editores. 1970. MEXICO.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. "Plan Nacional de Desarrollo -- 1983-1988" 1a. Edición S.P.P. - mayo. 1983. MEXICO.

Secretaría de Programación y Presupuesto.

"Convenio Unico de Desarrollo-1984.(compilación CUC-CUD.---1977-1984)".S.P.P. Dirección General de Programación y Presupuesto Regional. José Ma. Izazaga No. 38, 2o. piso.1984. MEXICO.

Secretaría de Programación y Presupuesto, Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Difusión y Relaciones Públicas.

"Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos al través de los Regímenes Revolucionarios". (1917-1982). --S.P.P. Dirección General de Asuntos Jurídicos, Dirección General de Difusión y Relaciones Públicas.-enero 1982.- MEXICO.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social.-Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.

"Prontuario de Ley Federal -- del Trabajo de 1970" Director de la Obra Humberto Bouchot - Fócil. Talleres Gráficos de la Nación. 1970. MEXICO.

Román Celis Carlos.

"Centralismo y Descentralismo en el Pensamiento Político de México" (con prólogo del Doctor Andrés Serra Rojas) Edición Privada.P.73 1956.MEXICO.

San Martín Hernán.

"Salud y Enfermedad". Prensa Médica Mexicana.Editorial - Fournier, S.A. II Edición.30 de Septiembre de 1968. MEXICO.

Serra Rojas Andrés.

"Derecho Administrativo". Editorial Porrúa S.A. 1a. Edición. 1962.MEXICO.

Ward Bárbara y Dubos René.

"Una sola Tierra". (El cuidado y Conservación de un Pequeño Planeta.) Editada por la Organización de las Naciones Unidas. Fondo de Cultura Económica.-1972.MEXICO.

LEGISLACIONCITADA

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos "Con una explicación sencilla de cada artículo para su mejor comprensión" 2a. Edición Editorial-Trillas abril de 1984.MEXICO.
- Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios - en la República Mexicana. D.O.de la F. de 25 de agosto de 1934.
- Ley de Secretarías y Departamentos de Estado. D.O.de la F. de diciembre de -- 1958
- Código Civil para el Distrito y Territorios Federales. XXVII Edición Editorial.Porrúa, S.A. 1970. MEXICO.
- Ley para el Control por parte del Gobierno Federal de los -- Organismos Descentralizados y Empresas de Participación Estatal. D.O. de la F. de 31 de diciembre de 1970.
- Ley Federal para Prevenir y -- Controlar la Contaminación Ambiental. D.O. de la F. de 23 de marzo de 1971
- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. XII Edición Editorial Porrúa, - S.A. 1977.MEXICO.
(publicado el 13 de marzo 1973)
- Ley General de Población D.O. de la F. de 7 de enero de 1974
- Ley General de Sanidad Fitopercuaria. D.O. de la F. de 13 de diciembre de 1974.
- Código Penal para el Distrito Federal reformas al... XXVII Edición. Editorial Porrúa S.A. 1975.MEXICO, D.O. de la F. de 4 y 13 de enero de 1984.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Decretos de Reformas y Adiciones a la ... D.O. de la F. de 29 de diciembre de 1976, 4 de enero de 1982 y 29 de diciembre de 1982 y 30 de diciembre de 1983, respectivamente.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. - fé de erratas de la ...Reformas y adiciones de la ... D.O. de la F. de 31 de diciembre de 1976, 30 de diciembre de 1977 y 30 de diciembre de 1980, respectivamente.

- Ley del Seguro Social reformas a la ... D.O. de la F. de 10. de abril de 1977, 30 de diciembre de 1982.
- Ley de Coordinación Fiscal, fe de erratas de la ... reformas y adiciones de la ... D.O. de la F. de 27 de diciembre de 1978, 12 de febrero y 30 de diciembre de 1980, respectivamente.
- Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal. D.O. de la F. de 29 de diciembre de 1978.
- Ley Federal de Protección al Ambiente reformas y adiciones a la ... D.O. de la F. de 11 de enero de 1982, 27 de enero de 1984, respectivamente.
- Ley de Planeación D.O. de la F. de 5 de enero de 1983.
- Ley General de Salud D.O. de la F. de 7 de febrero de 1984.
- Ley Federal de la Vivienda D.O. de la F. de 7 de febrero de 1984.
- Decreto por el que se Descentralizan a los Gobiernos Estatales los Servicios de Salud que presta la SSA en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social -- por participación Comunitaria -- denominado IMSS-COPLAMAR, proporciona el IMSS. D.O. de la F. de 8 de marzo de 1984.
- Acuerdo de la SSA por el que se establecen las normas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los Organos de Gobierno de las Entidades -- Paraestatales coordinadas por la SSA. D.O. de la F. de 30 de marzo de 1984.
- Decreto por el que las dependencias y entidades procederán a elaborar un Programa de Descentralización Administrativa que asegure el avance en dicho proceso... D.O. de la F. de 18 de junio de 1984.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General reformas al... D.O. de la F. de 11 de noviembre de 1974 y 17 de enero de 1983, respectivamente.

Reglamento para el Registro de Comestibles, Bebidas y Similares.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Reglamento Interior de la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología. reformas al...

Decreto que faculta al Ejecutivo para imponer en los distintos ramos administrativos todas las modificaciones que fueren indispensables para el mantenimiento de nuestras instituciones fundamentales.

Decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Decreto que establece el uso de la sigla S.S.A. para designar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en substitución de las S.A.P. y D.S.P. que designaban a las dependencias fusionadas en ella.

Acuerdo de la SPP. por el que el Ejecutivo Federal coordinará las acciones que requiera el cumplimiento de los Convenios Unicos de Coordinación celebrados con los Ejecutivos Estatales.

Acuerdo Presidencial por el que las Entidades de la Administración Pública Paraestatal, se agrupan por sectores, a efecto de que sus relaciones con el Ejecutivo Federal se realicen a través de las Secretarías de Estado o Departamentos Administrativos que se determinan... "letra L".

D.O. de la F. de 5 de marzo de 1941 Código Sanitario XII Edición Editorial Porrúa, S.A. 1977 MEXICO.

D.O. de la F. de 13 de octubre de 1983 y 25 de junio de 1984, respectivamente.

D.O. de la F. de 29 de marzo de 1983 y 8 de marzo de 1984, respectivamente.

D.O. de la F. de 10. de junio de 1942

D.O. de la F. de 18 de octubre de 1943.

D.O. de la F. de 14 de noviembre de 1945.

D.O. de la F. de 5 de julio de 1982.

D.O. de la F. de 3 de septiembre de 1982.

- Acuerdo Presidencial por el que se crea la Dirección General del Secretariado Técnico de la Presidencia de la República. D.O. de la F. de 19 de enero de 1983.
- Acuerdo de la SSA que creó la Comisión de Descentralización y Desconcentración de la SSA. D.O. de la F. de 8 de marzo de 1983
- Acuerdo Presidencial sobre el Funcionamiento de las Entidades de la Administración Pública Parastatal y sus relaciones con el Ejecutivo Federal. D.O. de la F. de 18 de mayo de 1983.
- Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la SSA. D.O. de la F. de 30 de agosto de 1983.
- Acuerdo de la SSA por el que se crea la Comisión Nacional de Alimentación. D.O. de la F. de 7 de octubre de 1983.
- Acuerdo de la SSA por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. D.O. de la F. de 19 de octubre de 1983.
- Acuerdo de la SSA por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. D.O. de la F. de 19 de octubre de 1983.

H E M E R O G R A F I A
CITADA

- Belasso Guido. "El Adolescente y las Drogas".
Tribuna Médica. Tomo XXII 3 de
abril de 1972. MEXICO.
- Bravo Becherelle Miguel Angel. "La notificación de las Enfer-
medades transmisibles en Méxi-
co". Salud Pública Mexicana. -
Epoca V Vol. II No. 1 Enero --
Marzo 1957. MEXICO.
- Campillo Sainz Carlos. "La Situación de la Salud en -
el País y sus Tendencias". Hi-
giene. Vol. 24 Nos. 4, 5, 6 de-
julio-diciembre 1974. MEXICO.
- Corona Arzoia María Estela V.
y otros. "Consejo de Salubridad General".
Revista Cardinal No. 4 julio de
1979, Editorial Privada. MEXICO.
- Cruz Aubry Emilio. "Factores que Determinan la Hi-
giene de los Alimentos (Socia--
les, Económicos y Culturales)".
Memoria de la XX Reunión Anual-
de la Sociedad Mexicana de Sa-
lud Pública en la Paz Baja Cali-
fornia 1966. MEXICO.
- De la Madrid Hurtado Miguel. "Reunión de Consulta Popular para
la Vivienda" Monterrey Nuevo
León. Consulta Popular en las Reu-
niones Nacionales. Vivienda. Co-
lección de Divulgación de los -
resultados de las reuniones del
IEPES, editada por la Sundirec-
ción de difusión. 7 de noviembre
de 1981. MEXICO.
- Díaz Castro Sara. "Importancia del Reporte de En-
fermedades Transmisibles y la --
Coordinación entre la Secretaría
de Salubridad y Asistencia y - -
Otros Servicios de Salud". Higie-
ne. Organó de la Sociedad Mexica-
na de Salubridad Pública. Vol. 23-
Nos. 3 y 4 Mayo a Agosto 1972. -
MEXICO.
- Marín Vergara Manuel. "La Legislación en Materia de --
Higiene y Seguridad Industrial". -
Salud Pública de México. Epoca V-
Vol. II No. 2 abril-junio 1960.
MEXICO.

Moreno Valle Rafael.

"La Viruela en México", Salud --
Pública de México. Organó Oficial
de la S.S.A. Epoca V Vol. VII --
No. 2 Marzo-Abril 1965. MEXICO.

Navarro Díaz de León Gines.

"Panorama Actual de la Salud en
México y Proyección al futuro".
Higiene. Vol. 26 No. 1 Enero-Fe-
brero 1976. MEXICO.

Ordoñez de la Mora Blanca -
Raquel.

"Algunos Conceptos Sobre Medici-
na Preventiva". Higiene. Organó
de la Sociedad Mexicana de Salud
Pública. Vol. XVII No. 6 Noviem--
bre-Diciembre 1965. MEXICO.

Ruiz Massieu J. Francisco.

"La Descentralización de los Ser-
vicios de Salud Pública en Méxi-
co". Organó Oficial de la SSA. -
Volumen 26 número 1 Enero-Febre-
ro 1984. MEXICO.

Ruiz Salazar Antonio.

"Consejo Nacional de Prevención-
de Accidentes". Higiene. Organó
de la Sociedad Mexicana de Salud
Pública. Vol. XXV No. 5 Septiem--
bre-Octubre 1975 MEXICO.

Ruiz Salazar Antonio.

"La Salud Ocupacional". Higiene.
Organó de la Sociedad Mexicana -
de Salud Pública. Vol. 25 No. 5 -
Septiembre-Octubre 1975. MEXICO.
