

300609

UNIVERSIDAD LA SALLE, A. C.
ESCUELA DE DERECHO.
INCORPORADA A LA U. N. A. M.

6
2ej

"ASPECTOS POLITICOS EN TORNO A LA
PROTECCION DE LA SALUD EN MEXICO
Y SU REGULACION JURIDICA".

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LICENCIADO EN DERECHO

PRESENTA:
MARCELA ARIAS HERNANDEZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. GONZALO VILCHIS PRIETO.
MEXICO, D.F., A MAYO DE 1992.



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.

ASPECTOS POLITICOS EN TORNO A LA PROTECCION DE LA SALUD
EN MEXICO Y SU REGULACION JURIDICA.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	1
CAPITULO I ANTECEDENTES HISTORICOS.	
A).- Epoca Prehispánica	6
B).- Epoca Colonial	10
C).- Epoca de la Independencia	20
D).- Período Post-Revolucionario	27
E).- Métodos de Financiamiento de los Sistemas de Prestación de Servicios de Salud	37
1.- Pago Personal	38
2.- Caridad	39
3.- La Industria	40
4.- El Seguro Voluntario	41
5.- Seguridad Social	43
6.- Fondos Públicos	44
F).- Modelos de Salud en América Latina	47
1.- Medicina Indígena	48
2.- Sistema Caritativo	49
3.- Seguridad Social	52
4.- Los Servicios Privados y los Servicios Médicos Industriales	57
5.- Atención Médica Oficial	60
6.- Los Recursos Humanos	64
G).- El Personal Sanitario Paramédico o Auxiliar y los Servicios Ambulatorios	72

CAPITULO II

ESTUDIO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD COMO UNA "GARANTIA SOCIAL".

A).- Las Garantías Individuales como auténticos Derechos de los Gobernados	105
1.- Diversas acepciones del concepto Garantía	111
2.- Concepto de Garantías Individuales y su relación con las acepciones: DERECHOS CIVILES, DERECHOS HUMANOS, DERECHOS INDIVIDUALES Y DERECHOS DE LOS GOBERNADOS..	116
3.- Elementos de la relación Jurídica de las Garantías Individuales	125
- Sujetos	127
- Objeto	134
B).- Las Garantías Constitucionales y su relación con las Garantías Individuales	137
C).- Las Garantías Sociales	147
1.- Naturaleza Jurídica y Definición de las Garantías Sociales	149
2.- Relaciones de otros conceptos Jurídicos con las Garantías Sociales	152
3.- Estudio de los elementos que conforman a las Garantías Sociales	161
4.- Relación Jurídica entre el Estado y las Garantías Sociales	164
5.- Las Garantías Sociales e Individuales semejanzas y diferencias	167
6.- El Derecho a la Protección de la Salud como una Auténtica Garantía Social	169

CAPITULO III

ANALISIS DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA ADICION AL ARTICULO 4o. CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE SALUD Y ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN

A).- Análisis	177
Dictamen Senatorial	186
Decreto que adiciona el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	193
Dictamen de la Cámara de Diputados	198
Consideraciones	199
B).- Análisis de los Elementos Constitutivos de la Adición al Art. 4o. Constitucional	212
Persona.....	213
Derecho a la Protección de la salud	223
Bases y Modalidades para el acceso a los Servicios de Salud	240
Concurrencia de la Federación y las entidades Federativas en Materia de Salubridad General ..	258
C).- Corolario	274

CAPITULO IV

ENTORNO POLITICO Y SOCIAL DEL DERECHO A LA SALUD

A).- Introducción	289
B).- Plan Nacional de Desarrollo.....	290
C).- Acuerdo Nacional para la Ampliación de la Vida Democrática.....	300
D).- Acuerdo Nacional para la Recuperación Económica y la Estabilidad.....	301
E).- Acuerdo Nacional para el Mejoramiento del del Nivel de Vida.....	304
1.- Creación de empleos productivos y Protección del Nivel de vida de los trabajadores.....	306

2.- Educación.....	308
3.- Suministro de servicios urbanos.....	311
4.- Mejoramiento en las condiciones de vida en la Ciudad de México.....	313
5.- Salud, Asistencia y Seguridad Social.....	315
6.- Elevación en la calidad de los Servicios de Salud	317
7.- Atención de las desigualdades sociales	318
8.- Modernizar el Sistema de Salud	318
9.- Descentralizar y Mejorar la Coordinación de los Servicios de Salud	321
10.- Protección del Medio Ambiente	323
11.- Educación y Comunicación	323
F).- PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD	324
1.- Líneas de Política	328
2.- Piso Social Básico	339
3.- Alimentación	342
4.- Salud	346
5.- Grupos Prioritarios	351
6.- Los Proyectos Productivos	357
7.- Criterios de Acción	360
8.- Salud, Asistencia y Seguridad Social	364
G).- SOLIDARIDAD PARA EL BIENESTAR SOCIAL SALUD	375
1.- Abasto y Alimentación.....	376
2.- Agua Potable y Alcantarillado.....	377
3.- Fondos Municipales de Solidaridad.....	378
4.- Objetivos:General y Especificos.....	382
5.- Mortalidad.....	385

6.- Morbilidad.....	387
7.- Adicciones.....	389
8.- Nutrición.....	390
9.- Recursos Materiales.....	390
CONCLUSIONES.....	396
BIBLIOGRAFIA.....	431

I N T R O D U C C I O N

Derecho inegable, improrrogable, intransmisible, e inalienable de todo ser humano es la salud, todo individuo al nacer, adquiere una serie de prerrogativas para su vida como la libertad, el alimento, el vestido, el trabajo, la vivienda, la educación, la recreación y por supuesto la Salud. Es necesario destacar que la salud es el más preciado patrimonio de los Pueblos, indispensable para el desarrollo económico, y social de los mismos.

A la salud se le ha considerado como la capacidad que tienen los hombres para ser cada día mejores y lograr una mejor adaptación a la vida en sociedad, la salud se traduce en un equilibrio y plenitud vital que trasciende no sólo al interés personal, sino que se convierte en un bien colectivo. La salud entonces se traduce en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o padecimientos.

La salud del Pueblo Mexicano, es una preocupación que desde tiempos remotos aparece como una necesidad social e individual de difícil satisfacción, no solo para el propio ser carente de recursos y medios apropiados por los cuales atienda sus enfermedades, sino que en la actualidad nos percatamos que el Estado lucha en contra de las enfermedades y padecimientos colectivos sin contar con los recursos físicos, materiales y

financieros.

El objetivo de este trabajo recepcional, es en primer momento, analizar en forma suscinta los antecedentes de la materia sanitaria y su trascendencia en nuestro país, observando las Instituciones creadas desde el periodo Azteca, hasta nuestros días, su evolución, deficiencias y logros alcanzados, centrando nuestra atención en el año de 1983, durante el periodo presidencial del Lic. Miguel de la Madrid, en el cual fue elevado a rango consititucional " El Derecho a la Salud", contemplado en el articulo cuarto de nuestra Carta Magna, norma Juridico-Social que será base de nuestro estudio. Asimismo, este primer capítulo contendrá algunos comentarios relativos a los tópicos como son:

Los diferentes Métodos de financiamiento de los Sistemas de Salud existentes en el mundo, así como aspectos relevantes del personal auxiliar en latinoamerica, las clínicas y Policlínicas y del Seguro Social con el fin de explicarnos qué función llevan a cabo estos elementos dentro de nuestro Sistema de Salud.

Hemos planteado como objetivo o hipótesis a estudiar, los aspectos políticos y constitucionales de la Reforma del Derecho a la Salud, por lo cual el segundo capítulo tratará de analizar qué son las Garantías Individuales y cuáles son sus elementos, realizando un estudio comparativo con las Garantías

Sociales, en virtud de que nuestro Derecho a la Salud es una Garantía Social estableciendo la diferencia que existe entre ambas prerrogativas, ya que de ello se derivará la obligatoriedad del Estado respecto de la Garantía analizada; en otras palabras, concluiremos en este apartado que el Derecho Social de la Salud como norma Social perteneciente a la Tercera Rama del Derecho, o sea al Derecho Social, posee características propias y distintas a los principios rectores de las garantías individuales y que básicamente se traducen las primeras en un "Hacer" y las Segundas en un "No hacer", por parte de los obligados o sujetos pasivos de ambas garantías.

De ello deriva la conformación del capítulo tercero que como parte medular del trabajo, contiene el estudio y análisis de la reforma constitucional de la Salud, a través del documento que plasma y engloba las ideas y pensamientos de nuestros legisladores que en el año de 1983, y por Iniciativa Presidencial, consideraron necesario elevar al más alto rango a la Salud, nos referimos por supuesto a la "Exposición de Motivos de la Adición", la cual a su vez, nos permitirá desglosar la adición misma en varios elementos que trataremos uno a uno, explicándolos y dando nuestra particular opinión al respecto hasta concluir con la hipótesis de que la configuración actual del artículo cuarto constitucional en materia de salud, es una Garantía Individual y que el Objetivo del legislador de 1983 de convertirla en un derecho social, no se ve cumplido si no se lleva a cabo un cambio y reforma a su

texto actual, tarea que hemos desarrollado a lo largo del presente trabajo, concluyendo con la propuesta de modificación del Derecho a la Salud.

Las ideas y pensamientos sobre los cuales descansa el fundamento de nuestra propuesta de Reforma, incian con las características Jurídicas de delimitar y diferenciar al Derecho Social, del Derecho Público y Privado, encontrando que esta tercera rama es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, sectores o grupos de la sociedad que por razones económicas, sociales o culturales se encuentran en desventaja frente a otros grupos sociales. Por ende surgen diversos "Intereses Sociales", que viene a conformar la materia Jurídica de las diversas normas, dando cabida al Derecho a la Salud, el cual coexiste con otras prerrogativas sociales como el Derecho Obrero, el Derecho Agrario, el Derecho Económico, etc.

De esta convivencia jurídica de las distintas normas sociales, surge la necesidad de diferenciar al Derecho a la Salud, con el resto de los preceptos mencionados, destacando su especial tratamiento como fuente de obligaciones y deberes para el sujeto pasivo de la relación y el beneficio que reporta a los detentadores de la garantía estudiada. Partiendo pues del estudio anterior, llegaremos a la conclusión que existe un sólo detentador de la Garantía Social de la Salud, que son aquellos

grupos que por razones sociales, económicas y culturales se encuentren en notable desventaja frente a otros grupos que gocen de alguna protección y regulación, por lo cual el Estado deberá proporcionar las acciones de carácter colectivo, destinadas a mejorar las condiciones general de salud y de vida, así como las acciones de atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios.

A su vez reconocemos que como "Derecho Humano", todo ser es detentador de la vida y por ende de la Salud, sin embargo nuestro estudio se ha centrado en el aspecto social de tal prerrogativa como intención fundamental que motivó la elevación a rango constitucional de la Salud.

Para finalizar anotaremos que por razón del propio estudio de la materia tratada abordamos el tema del Aspecto Político de la Salud, comentando brevemente que es el Sistema Nacional de Solidaridad y su repercusión social actual.

ANTECEDENTES HISTORIOS

A) EPOCA PREHISPANICA

México a lo largo de su historia ha sido un país que se ha preocupado por la salud de sus habitantes; desde la época prehispánica, hasta la actualidad; las autoridades gubernamentales y la iniciativa privada han procurado cada día, proporcionar medios y recursos adecuados para dar un mayor servicio de salud a la población; a pesar de estos esfuerzos, en lo que va del siglo, la planificación sanitaria no ha recibido toda la atención y la importancia que ha requerido. Es por esto importante saber como ha ido evolucionando la Asistencia Social de la Salud a través del tiempo con el objeto de apreciar la estructuración y organización de los mecanismos de salud, así como su planeación y realización práctica a favor del pueblo mexicano.

De esta forma podemos iniciar el estudio con la Epoca Prehispánica, en la cual sobresalió un área importante por su desarrollo cultural, social, político y económico que fue Mesoamérica: la que comprendía parte de la República Mexicana y de Centroamérica destacando principalmente el pueblo azteca, cuyo gobierno puede considerarse como moderno por su estructura, pues fue un protector de pueblos menos poderosos bajo su dominio.

La organización social y económica de los aztecas se dividía en dos sectores: la ciudad y el campo, cuya regulación

y dirección estaban en manos del órgano político, ya que gobernantes manejaban los principales medios de producción que eran la tierra y el trabajo.

La tierra entre los aztecas tenía una marcada importancia, existían diversas clases: La del Rey (Tlatoani) que le pertenecían por su cargo y eran trabajadas por la población común; las tierras de los nobles que eran dadas a éstos en usufructo y se le otorgaban para desempeñar funciones públicas, trabajadas por cuadrillas de campesinos y macehuales; los calpulli o tierra del pueblo cuyos productos se destinaban a las familias, trabajadas por campesinos quienes además estaban obligados a dar tributo.

La organización del trabajo era resultado de la estructura social que se dividía en dos clases: nobles y plebeyos. Los nobles estaban integrados por los llamados tlatoani, así como ciertos funcionarios, entre los que se encontraban los nobles y los guerreros; los plebeyos se dividían en artesanos y macehuales. Otra subclase la constituían los comerciantes o potchechas considerados como la clase media, que si bien no tenían un origen noble, existían clases señoriales entre ellos.

La organización social, tenía un desarrollo político: contaba con un sistema tributario y almacenes reales, el gobierno realizaba obras, existían entidades públicas que eran

trabajadas mediante "corveas" que consistían en la obligación de prestar servicios al rey en obras públicas.

Atendiendo a las características de la sociedad precortesiana, debemos entender por asistencia social "Las acciones de un individuo, grupo social o gobierno con el propósito de satisfacer necesidades físicas y sociales, así como disposiciones mediante las cuales se otorgan concesiones, regalías y servicios personales para el buen funcionamiento de la estructura social". (1)

De esta manera, las acciones asistenciales aztecas se dividían en gubernamentales y populares, las que se realizaban en forma general o individual. Las gubernamentales iban dirigidas a los sectores necesitados, y las acciones populares satisfacían las necesidades del grupo al que pertenecían.

En cuanto a la educación azteca, ésta era otorgada por el gobierno: los infantes iniciaban sus estudios a partir de los 6 años en algún tipo de colegio, como el Calmecac o el Tepochcalli. El primero era el que albergaba a los hijos de dignatarios, admitiéndose también los de comerciantes y en algunos casos los de familias plebeyas. En el Calmecac se preparaba al alumno para sacerdote, para desempeñar altas funciones en el gobierno y la educación era severa y rigurosa.

El Tepochcalli formaban guerreros y ciudadanos y la

educación impartida no era tan rígida, proporcionándose mayor libertad a los alumnos: cada barrio tenían varios tepochcallis, al que podían ingresar también mujeres.

En lo referente a la salud, los aztecas se caracterizaron por ser un pueblo guerrero, llevaron a cabo una serie de prácticas médicas, quirúrgicas y hospitalarias para atender las necesidades de salud de guerreros, enfermos, y de la población en general. Contaban con hospitales para desahuciados, así como asilos para niños expósitos, los centros mejor equipados se encontraban en la altiplanicie del Valle de México, específicamente en Tenochtitlán, Cholula, Tlaxcala y Texcoco. Se fundaron también asilos para guerreros, viejos y ancianos, en los que se ingresaba si se había sobrevivido a la guerra y a la enfermedad, además de tener la edad suficiente para ser considerado huehuetoque o anciano.

Existieron en esta época una serie de códices y relaciones que trataban de los diagnósticos de las enfermedades que se hacían en ese pueblo. Existieron también chozas primitivas que dieron base a hospitales militares, aplicando cataplasmas, dando a beber infusiones y curando heridas infectadas con aceite hirviendo. A los curanderos se les llamó Tlamatepatocitl y a los cirujanos Ixotlatocitl, personajes que prestaban sus servicios en el ejército. Algunos otros individuos que se unían al ejército y que tenían conocimientos de herbolaria, proporcionaban también atención médica a los

heridos en batalla.

Los aztecas tuvieron especial cuidado en estudiar la Botánica: ciencia que estudia las plantas y flores que proporcionan remedios médicos, los cirujanos conocieron la sutura, la escarificación y la tropanación craneana, así como los trabajos odontológicos. Los aztecas utilizaban el Temazcal que era un baño que se empleaba para distintas enfermedades, particularmente febriles, para mujeres después del parto y para los que hubieran sufrido picaduras o mordeduras de animales ponzoñosos.

"Las Acciones de Asistencia Social Azteca que tenían su origen en el sentir popular se legitimaban principalmente en su práctica generalizada y común, lo que no significaba que el gobierno no participara en dichos actos, sino que éstos se ubicaban dentro de la concepción mítico-religiosas de toda sociedad". (2)

La medicina prehispánica, no sólo fue ejercida por los sacerdotes, sino fue una actividad realizada por curanderos y cirujanos, aplicada a las clases modestas forzadas por la miseria, el hambre y las necesidades a curar sus enfermedades con plantas.

B) LA EPOCA COLONIAL

Con la llegada de los españoles a América, se

introdujeron una serie de elementos traídos de Europa, que influyeron en forma determinante y definitiva en la conformación de nuestra Patria. España que al final de la Edad Media, en su gran mayoría se encontraba poblada de agricultores, al venir a México trajo con ellos importantes normas políticas y de Administración Pública. De todas las colonias de ultramar, la Nueva España, fue sin duda la que mayor tradición hospitalaria tuvo durante los tres siglos que duró la dominación Española.

En esta época, vemos aparecer simultáneamente a la labor evangelizadora y a la construcción de templos y monasterios: el dispensario, que se ubicaba a un costado de éstos últimos. Los indígenas que poblaban el Valle de México, además de ser evangelizados, aprendieron nuevas técnicas agrícolas y artesanales. Muchas de sus tradiciones fueron abolidas y destrozadas por los españoles, otras como la aplicación curativa de las plantas en su administración farmacológica perduró a través del tiempo.

El Rey Carlos V de España, inspirado en la caridad cristiana, una vez conquistado México, decretó la asistencia al necesitado en varios virreinos, entre ellos la Nueva España y el Perú. Teólogos y juristas españoles dieron base a una serie de doctrinas, legislación y medidas sanitarias en América, así tenemos a los misioneros que edificaron templos y conventos, levantaron escuelas ayudados de los naturales, con el fin de

doctrinarlos y posteriormente darles una instrucción elemental.

Posteriormente se inició a través de diversas disposiciones legales la construcción de hospitales, en la que no sólo intervinieron Ordenes religiosas, sino que fue labor conjunta de Reyes, Virreyes, Cabildos, Indios Principales y algunos acaudalados filántropos. "Carlos V de España en Fuensalida el 7 de octubre de 1541, expidió una real orden que debían acatar vasallos, indios y españoles que carecieran de recursos económicos estableciendo la asistencia obligatoria y la práctica de la caridad cristiana". (3)

La Primera Ley Establecida señaló:

"Que se funden hospitales en todos los pueblos de españoles e indios. Encargamos y mandamos a nuestros Virreyes, Audiencias y Gobernadores, que con especial cuidado provean, que en todos los pueblos de españoles e indios de sus provincias y jurisdicciones, se funden hospitales donde sean curados los pobres, enfermos y se ejercite la caridad cristiana". (4)

Es importante también mencionar la ordenanza del Rey Felipe II el 7 de octubre de 1541, expedida en el Bosque de Segovia en 1573, que disponía:

"Que los hospitales también se funden conforme esta Ley. Cuando se fundare o poblare alguna ciudad, villa o lugar, se

pongan los hospitales para pobres y enfermos de enfermedades contagiosas en lugares levantados y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales vaya a herir a las poblaciones".

Los más importantes de esta Ley, es la obligación de construir hospitales en Villas, Ciudades o cualquier lugar sin importar el valor cuantitativo de las poblaciones. Es también importante destacar que en dicha Ley se hizo una distinción entre las enfermedades contagiosas y las que no lo eran.

Una tercera Ley expedida por Felipe II en Madrid el 19 de enero de 1587, disponía:

"Que los Virreyes del Perú y de la Nueva España, que cuiden de visitar algunas veces los hospitales de Lima y México y procuren que los oidores por su turno hagan lo mismo, cuando ellos no pudieran por sus personas y vean la cura, servicio y hospitalidad que se hace a los enfermos estado del edificio, dotación, limosna y forma de distribución y porqué mano se hace, con qué animará a los que administran a que con ejemplo de los Virreyes y ministros sean de mayor consuelo y alivio a los enfermos y a los que mejor asistieren a su servicio, favorecerán, para que le sean parte de premio. Y así mismo, mandamos a los presidentes y gobernadores, que en las ciudades donde residieren tengan esta orden y cuidado". (5)

Durante el siglo XVIII, surgen instituciones hospitalarias para militares, cuya función era la de cuidar a soldados y marinos enfermos. En este siglo se restauraron la mayoría de los Nosocomios creados en el siglo XVI; ya que los mismos se encontraban muy deteriorados. El sostenimiento de los hospitales, en un principio, quedaba a cargo del fundador lo dotaba de renta y casa, proporcionándole además los enseres y muebles necesarios para su buen funcionamiento. Cuando el bienhechor fallecía, el mantenimiento recaía en la finanza real o en algún otro patronato, éste podía estar constituido por la sucesión del mismo fundador o bien por algún otro filántropo.

Los Nosocomios de esta época, no siempre desarrollaron la labor de cuidar y curar a enfermos; también se dedicaron a proporcionar albergues para viajeros y caminantes, o bien servir de asilo a desválidos; de ahí la importancia social de la labor que desarrollaban.

El primer Concilio Provincial Mexicano reunido en el año 1555, captó los alcances y beneficios de la labor de salud, insistiendo que era necesario tanto para los indios pobres como para los forasteros que a ellos acudían, que hubiese un hospital donde los necesitados fuesen atendidos; comprendiendo dentro de esta tarea, a pobres, enfermos y convalecientes.

El concepto de hospital que imperaba en esta época es distinto al significado que damos actualmente al mismo:

Hospital en la Colonia significaba una especie de hospedería, en la cual se daba albergue y refugio a viajeros y personas menesterosas que no tenían donde vivir; posteriormente se redujeron a una sola función: la atención a enfermos. Encontramos que las primeras manifestaciones de asistencia social, fueron las relacionadas con la educación, capacitación y salud; comprendiendo también los aspectos de vestido, albergue y alimentación.

Hernán Cortés en 1524 fundó el Hospital de la Limpia Concepción de Nuestra Señora en Huitzilán (Calzada de Tlalpan) que posteriormente se le conoció con el nombre de Hospital de Jesús.

Vasco de Quiroga por su parte, en el año de 1531 inició la construcción de edificios y la creación de la comunidad indígena de enfermos que giraba alrededor del que se llamó Hospital de la Santa Fé. En esta comunidad sus integrantes sanos labraban la tierra y desempeñaban varios oficios para poder pagar la atención médica a los cirujanos. El hospital de la Santa Fé en sus inicios fue un asilo para niños expósitos la que con el tiempo se fue ampliando hasta convertirse en una cooperativa de producción y consumo.

Por considerarlo importante, hemos de anotar en forma breve y sucinta la creación de centros hospitalarios más destacados en esta época y en algunos casos la actividad a la

cual se dedicaban, de esta manera apreciaremos claramente el crecimiento que a lo largo de la historia la asistencia social a la salud, ha desarrollado. De esta forma, en 1552, se fundó el primer hospital de los naturales de Acambaro, Guanajuato, y en 1534 el Hospital del Amor de Dios fundado por Fray Juan de Zumárraga, y por el mismo, se funda también el hospital Real de Búbas.

En el año de 1529 el hospital Real de Naturales fue fundado por Fray Pedro el Grande, y fueron fundados a la vez el hospital de Nuestra Señora de Belem en Perote Veracruz y el Hospital de la Asunción (de la salud) en Pátzcuaro Michoacán. Después fueron fundados el hospital Tiripetio, y en Puebla son fundados los hospitales de San Pedro y la Santa Veracruz. En 1540, es fundado el Hospital del Amor de Dios para sífilíticos y en ese mismo año inician las obras de construcción del Hospital de Indios para víctimas de epidemias e inundaciones, creado por el Virrey Luis de Velasco en 1553, fundado a su vez por Bernardino Alvarez en 1566 el Hospital de San Hipolito, que fue el primero destinado para enfermos mentales.

El Hospital de la Santísima fue establecido en 1569, y el de la Santa Cruz de Hustepec, Morelos en 1570; Moctezuma Ilhuicamina tuvo ahí un jardín botánico, el cual contenía principalmente plantas medicinales. Allí mismo escribió, Gregoria López, el primer libro de Terapéutica en América, basándose en el Manuscrito de Badianus, que fue escrito en

lengua azteca en 1552 por Martín de la Cruz; es necesario decir respecto de este manuscrito que se le considera, el primer texto de farmacología de la época colonial, cuyo nombre original es el de "Herbario de la Cruz Badiano", el cual fue traducido al latín por Juan Badiano.

Entre 1571 y 1572 son fundados el Hospital de Leprosos San Lázaro por Pedro López, en Mérida Yucatan el Hospital de Nuestra Señora del Rosario y el de San Martín en San Juan de Ulúa para enfermos contagiosos, impidiendo el contagio de la fiebre amarilla.

El hospital de Monserrat es fundado entre 1580-1581 dedicado a combatir epidemias de viruela y más tarde enfermedades incurables. El Hospital de la Epifanía de 1582 fue fundado por Pedro López llamado Nuestra Señora de los Desamparados en el cual se atendían a mulatos y mestizos. Posteriormente se le llamó de San Juan de Dios y en 1576 Hospital Morelos, con amplias salas, habitaciones, despensas, cocina, etc.

En 1756 es terminado el hospital de los hermanos de la orden de San Francisco autorizado por Fernando VI, en 1779 se fundó el hospital de San Andrés. Alfonso Núñez de Haro solicitó al Virrey la creación del colegio de San Andrés para atender la viruela, en el mismo año.

Es esta etapa, también se fundaron escuelas importantes las que en su mayoría fueron atendidas por frailes, entre éstas destacan:

- 1) Escuela de San José de los Naturales, en 1525 por Pedro de Gante.
- 2) Colegio de San Juan de Letrán en 1529 por Fray Juan de Zumárraga.
- 3) Colegio de Nuestra Señora de la Caridad para niñas de 1533, por Fray Juan de Zumárraga.
- 4) Colegio de Santa Cruz de Tlatelolco, de 1536 de enseñanza superior para naturales.
- 5) Real y Pontificia Universidad de México de 1553.
- 6) Colegio de San Pedro y Pablo de 1572 y el de Santa María de todos los Santos de 1573; Colegio de San Pablo 1575; Colegio de San Ildefonso 1588; Colegio de Nuestra Señora de Guadalupe para niñas indígenas de 1759; Colegio de las Vizcainas 1767; y Colegio Real de Minas de 1792.

Debemos mencionar también que al irse descubriendo nuevas riquezas en México como lo fueron las minas en estos lugares empezó a congregarse una cantidad de individuos, que demandaban servicios tanto para atender sus necesidades, como sus enfermedades. Por esto la capital de la Nueva España, empezó a comercializar un sin fin de productos traídos de Europa y Asia, estableciéndose talleres para cubrir la demanda de atención médica a raíz del establecimiento de estos talleres surgieron los gremios que eran, "Cuerpos Colegiados de Artesanos" que se dedicaban a la producción de objetos o artículos de consumo. Estos artesanos estaban muy unidos y organizados y solidarizándose entre si formaron las cofradías que se consideraron como Asociaciones Civiles que prestaban

servicios de socorro y ayuda para sus miembros. Estas Cofradías fueron constituidas bajo la sombra de la iglesia, compuestas por artesanos del mismo oficio cuyo fin era "el establecimiento de instituciones de beneficencia pública destinadas a socorrer a los compañeros o cofrades menesterosos, ancianos, enfermos o lisiados". (6).

"En las Cofradías se proporcionaba asistencia social a los agremiados y a sus familiares incluyendo la capacitación laboral a los hijos de los cofrades. Es aquí donde surge el antecedente de la actual seguridad social, ya que cada cofradía contaba con una caja de ahorros, por medio de la cual se acostumbraba prestar auxilio a sus miembros en caso de enfermedad, accidente, invalidez o vejez, muerte o dote, etc."(7)

En 1804, encontramos una medida importante en materia de salud, ya que en este año se aplicó la vacuna contra la viruela, siendo un efectivo trabajo preventivo.

Podemos decir que en la colonia la asistencia social tuvo sus orígenes en la Caridad Cristiana, independientemente de sus fines económicos, pues en un principio, ésta se proporcionó por instituciones dependientes directamente de la Iglesia Católica, este enfoque fue transformándose hasta que se consideró esta ayuda como limosna, es decir, sólo como una ayuda temporal para tratar de solucionar las necesidades sin

atacar directamente el origen del mal, y sin tomar en cuenta que el desválido tiene todo el derecho a ser atendido.

C) EPOCA DE LA INDEPENDENCIA

El período de la Independencia, que comenzó en 1810 y se prolongó por varios años, se caracterizó por ser una etapa de inestabilidad política y social, pues en un principio los grupos políticos intentaron caminos diversos para solucionar los conflictos del País. Debe pensarse que aún no existía un verdadero concepto de nacionalismo que uniera a las mayorías. Es en 1867, después de la intervención extranjera cuando la República se restauró y se puso en práctica la Constitución Liberal de 1857, cuando poco a poco la Nación empezó a crecer y a desarrollarse económica e industrialmente. Esta última recibió un impulso con la creación del Colegio Real de Minas, que se estableció a finales del siglo XVIII con el propósito de difundir los conocimientos científicos y técnicos más avanzados en minería, y así comenzar la industrialización del País.

En cuanto a la Industria de la transformación, ésta empezaba apenas a desarrollarse, pues sólo funcionaban talleres y obrajes. A fines de los sesentas, existían ya ferreterías, grandes fábricas textiles, de cervezas, de sombrero, de aceites, de cigarros, de armas, de papel y de vidrio. El nacimiento de estas industrias, trajo consigo la aparición de asociaciones de trabajadores, que tenían el objetivo entre otros de apoyar a sus agremiados.

"La estructura de la Sociedad en la segunda mitad del siglo XIX, estaba determinada por los caracteres nacionales de los habitantes y por las actividades económicas a que se dedicaban. Así la organización social se formaba con las siguientes clases:

- 1) La Empresarial, formada por comerciantes, industriales, hacendados y propietarios de minas.
- 2) Las Oficialistas, constituídas por miembros del ejército y la burocracia.
- 3) La Clase Popular, constituida por los criollos, a la que pertenecía la mayor parte de la población, integrada por indios, castas y mestizos, ya sean obreros, rancheros, peones y sirvientes, en las cuales las condiciones de salud, vivienda, alimentación y la situación laboral eran deficientes." (8)

Durante el siglo XIX, la asistencia social se va transformando, es decir varía su enfoque; la atención se diversifica y la administración cambia. Esta modificación de la asistencia social se debe al pensamiento occidental que hace tomar conciencia de los derechos del hombre.

Encontramos así, que en 1847 algunas instituciones de la Colonia perduraron y algunas otras sufrieron cambios con la guerra de Independencia: algunos casos que encontramos es la casa de cuna, el hospicio para pobres a la que se le adicionó un departamento de "partos ocultos" y un asilo para ancianos pobres. En ese año el Hospital de San Pablo inició sus servicios de salud, que se fueron agrandando poco a poco hasta

recibir el nombre de Hospital Juárez; perduraron también el Hospital San Hipólito, el del Divino Salvador para enfermos mentales, y los de Jesús y el de San Andrés, sobre todo a este último al que se le añadió una sala para niños en 1865; y en fin el Hospital de San Juan de Dios que atendía a mujeres con enfermedades venéreas y que después en 1875 cambió de nombre por el de Hospital Morelos.

Pero hay algunos más: El Hospital Militar de San Lucas, que fue fundado en 1868, la Casa de Maternidad e Infancia en 1865, el Hospital Infantil, fundado por el Doctor Ramón Pacheco en 1867, el Hospital Concepción Beistegui creado en 1866 en el antiguo convento de Regina Coeli; el Hospital Oftalmológico en 1876, así como la Casa de Salud y el Asilo de Beneficiencia Española fundada en 1887.

Para reunir a todos los enfermos de los Hospitales de San Andrés, Morelos, Maternidad e Infancia en un sólo edificio, en 1904 se hizo la adaptación del Hospital San Andrés, que finalmente se convertiría en el Hospital General. En este último en 1907, se fundó la primera Escuela de Enfermería.

Al reorganizarse el sistema, hubo instituciones que desaparecieron y fueron el Hospital de San Lázaro, la Escuela Patriótica, el Hospital Real de Naturales y el de Terceros.

En la década de los cincuentas del siglo pasado se creó

el Hospital de San Pablo que después sería el Hospital Juárez; a la vez que se hizo patente la preocupación por proporcionar mejor asistencia a los necesitados, ejemplo fue la creación de guarderías para hijos de madres trabajadoras, idea que siempre fue una preocupación constante para García, que consistía en que no sólo en estas instituciones se recibieran a los pequeños sino que funcionaran como escuelas elementales, logrando así un avance en materia de salud y de educación de la población. Este sueño se vió realizado en 1887, cuando Carmen Romero Rubio, esposa de Porfirio Díaz inauguró la primera Casa Amiga de la Obrera.

Por lo que respecta al personal dedicado a atender a la población en cuestiones de salud, se sugirió la necesidad de una mayor y mejor capacitación de éstos, y que no sólo fueran empleados a sueldo; sino que se lograra una adecuada preparación científica y técnica.

De todo este panorama de acontecimientos para atender a los desválidos y para prevenir enfermedades, se expidieron una serie de decretos y reglamentos cuyo objeto era mejorar la salud pública y la creación de instituciones oficiales; como lo fue la Dirección General de Beneficiencia cuya función fue la de controlar y coordinar todo lo relacionado con la asistencia social.

"El 11 de abril de 1857 se publicó el decreto mediante

el cual se estableció la ayuda gubernamental a los menesterosos, considerados como tales todos aquellos que no tuvieran suficientes ingresos para vivir". (9)

Durante el gobierno de Juárez, se incrementó la organización de los servicios de salud, al expedir el Presidente el 2 de febrero de 1861 la Ley por la cual se haría la secularización de los hospitales e instituciones de beneficencia que habían sido administrados por la iglesia; por ello se creó la Dirección de Beneficencia Pública que estaría adscrita a la Secretaría de Gobernación, la cual determinaba que todos los bienes que dependían del fondo de beneficencia, como lo era la lotería y legados quedarán exentos de pagar contribuciones.

En el período de Maximiliano que abarcó de 1864 a 1867, se crearon nuevas instituciones de beneficencia, funcionando activamente El Consejo de Salubridad y el Consejo General de Beneficencia.

Entre otros acontecimientos de gran trascendencia durante el período prerrevolucionario, en 1876 se realizó el primer Congreso Médico Sanitario, donde se establecieron criterios comunes sobre higiene y salud; surgiendo así mismo, en el sector privado que también se preocupaba por la salud del pueblo, asociaciones de asistencia para ayudar a los menesterosos; realizando acciones tales como colectas para

recabar fondos, ayuda y apoyo a las instituciones ya existentes y tratando de hacer conciencia en la población, de la necesidad de obtener mejores servicios de salud.

En el último tercio del siglo XIX, una vez que los acontecimientos bélicos como lo fueron el Imperio, su caída y la restauración de la República terminaron, podemos decir que se recomenzó con el proceso de desarrollo del país: etapa que es conocida como el Porfiriato.

Porfirio Díaz que duró en el poder de 1876 a 1880 y de 1884 a 1911 pudo a través de sus políticas tanto represivas como conciliadoras, establecer la paz en el país; su régimen se caracterizó por permitir el predominio del capital extranjero en la economía nacional, así como la inversión extranjera de capital que se aplicó principalmente a la industria extractiva y de transformación. El gobierno al proporcionar incentivos a los empresarios, centró su atención en la economía del país, por lo que la clase trabajadora se vio abandonada sufriendo una serie de abusos como largas jornadas de trabajo y condiciones de salud, asistencia, y seguridad social deficientes. Es por ello que en este período las instituciones de beneficencia que habían sido abandonadas por la inestabilidad del país, fueron retomadas y abiertas al público nuevamente; la Dirección de Beneficencia Pública se encargó de introducir nuevos programas y técnicas avanzadas, así como mejores conocimientos científicos al personal de salud.

"El Ministro de Gobernación, Protasio P. Tagle, creó la Dirección General de Beneficiencia, la cual se constituyó como un órgano colegiado integrado por los directores de las instituciones de asistencia pública; es en 1903 cuando este organismo cambia su denominación por la Junta de Beneficiencia Pública, nombre que conservó hasta 1917". (10)

La Secretaría de Gobernación expidió un reglamento en 1881, que regulaba a las instituciones de beneficencia privada, garantizando el correcto funcionamiento de las mismas, y el cumplimiento de los objetivos de asistencia social. Encontramos que durante el gobierno de Díaz, no se incrementaron las instituciones de beneficencia pública, pero si se crearon instituciones de asistencia privada como lo fueron las siguientes:

- 1) Asilo de mendigos de Díaz de León de 1879.
- 2) Hospital Concepción Beistegui para menesterosos.
- 3) Casa Amiga de la Obrera, fundada por Carmen Romero Rubio de Díaz, en 1887.
- 4) Dormitorios Públicos para menesterosos.
- 5) Talleres de Costura para Mujeres, establecidas por la sociedad filantrópica mexicana.
- 6) La Conferencia de San Vicente de Paul, que se dedicó a dar alimentos, ropa y medicinas a pobres y enfermos.

Además de estas instituciones, surgieron otras como lo fueron las sociedades de la Beneficiencia Española, la

Americana y la Franco-Suiza-Belga. Medida importante y de trascendencia en el Porfiriato fue la creación del edificio del Hospital General, así como del Hospicio de niños y el del Manicomio General de la Castañeda.

El largo periodo de gobierno de Porfirio Díaz originó en la población un descontento que se traducía en la demanda de un cambio de régimen, tanto los partidos políticos de oposición así como el malestar de la población y principalmente de las clases obrera y campesina, por los constantes abusos por parte de las autoridades y del sector extranjero, originó el movimiento social de revolución. Esta situación se acrecentó durante el periodo de 1914 y 1915, por lo que al finalizar este año Venustiano Carranza dispuso una serie de medidas para la reorganización de la asistencia pública. Era tan grave la situación del país que en 1915 las instituciones de asistencia pública cerraron por falta de presupuesto.

D) PERIODO POST-REVOLUCIONARIO

La situación en la que se encontraba el país, debía ser solucionada en un corto plazo, por lo que el gobierno Constitucionalista creó el Departamento de Auxilios al Pueblo, encargado de llevar el control de la venta de productos de primera necesidad, así como el establecimiento de comedores públicos en la periferia de las ciudades. Acto seguido se reorganizó la beneficencia pública, para solucionar y atender las demandas de todos aquellos afectados por la guerra;

reiniciando las labores en hospitales, hospicios y clínicas, los que fueron rehabilitados de acuerdo a sus funciones.

"La época inmediata a la revolución, conservó las estructuras Porfiristas en cuanto a instituciones públicas de salud. El rasgo esencial fue la continuación de las acciones asistenciales a través de organismos de beneficencia pública; sin que en realidad el estado asumiera el compromiso de organizar servicios públicos de salud, que garantizaran el derecho de todo habitante a tener prestaciones de esta índole".

(11)

En cuanto a las disposiciones legislativas en materia sanitaria, no hubo grandes avances, no se garantizó explícitamente el derecho a la salud y sólo se orientó la regulación a ciertos aspectos de salubridad general, como el control de epidemias, disposiciones sanitarias para lugares públicos, etc. En realidad, no hubo creación de organismos públicos autónomos que se ocuparan de los problemas sanitario-asistenciales.

No es sino casi 20 años después de la revolución, cuando el gobierno empieza a concretar su intervención. El Plan Sexenal del Gobierno Mexicano de 1934-1940 formado por el Partido Nacional Revolucionario, para la administración del General Lázaro Cárdenas, estableció algunas bases con respecto a la Salud Pública.

El ideario del Plan puede concretarse al señalar que su objetivo de labor de sanidad consistía en "implantar los servicios públicos fundamentales, para ir dirigidos hacia canales que previnieran epidemias, y mortalidad infantil". (12)

El Segundo Plan Sexenal de 1941-1946 formulado por el partido de la Revolución Mexicana, fue en realidad ambicioso en sus metas relativas a la salud pública. Declaraba que aumentaría la fuerza de trabajo disponible, mediante el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la colectividad; buscaría también un clima de confianza hacia el País en el exterior, por lo cual extremaría las medidas sanitarias adecuadas para favorecer las corrientes de turismo y el comercio internacional de mercancías.

Para lograr todos estos objetivos, se planearon 13 estrategias referentes al abasto de agua potable, control sanitario de puertos, programas habitacionales, vacunación antidifteria, creación de leprosarios, impulso a la campaña del paludismo, impulso a la educación higiénica, la creación de brigadas sanitarias, y sobre todo el estudio de las posibilidades de integrar el Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia Social.

A pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno en la aplicación de este Plan, es necesario decir, que el mismo

careció de operatividad, sin embargo sus estrategias y programas, se han seguido reiterando en casi todos los planes y programas generales en el área de salud.

Por otra parte no debemos omitir el mencionar a Don Emilio Portes Gil, que creó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, cuyo propósito era el de ampliar los programas de alimentación y atención en los casos de orfandad, abandono y mendicidad. En 1943, año importante para la salud, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, y en este mismo año se fusionó la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública.

Durante el sexenio alemanista de 1946-1952, no se elaboró ningún plan formal de programación, reflejando sus consecuencias en materia de salud. "La tendencia a racionalizar las inversiones en desarrollo social, y concentrarlas en el sector más productivo se acentuaron: el rezago de las políticas de bienestar social se agudizó; y el crecimiento de la seguridad social se produjo a ritmo lento y el estado fomentó el subsidio indirecto del capital privado". (13)

De 1953 a 1958, surge el Programa Nacional de Inversiones, elaborado por la Comisión de Inversiones y Dependencias del Ejecutivo Federal, pero en éste se relagaron notablemente las inversiones en materia de desarrollo social: por su parte la falta de políticas globales del Gobierno

Federal, mostraron la insuficiencia de planificación sanitaria por parte de las instituciones públicas de salud.

En esta misma época se celebró el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, así como la marcha en servicios del Hospital de la Raza, actual I.M.S.S., la construcción del Centro Médico Nacional (I.M.S.S.) y la creación de la Casa del Asegurado (I.M.S.S.).

De 1959 a 1964, en la administración de Adolfo López Mateos, se dotó a las colonias populares de servicios públicos, como agua potable, mercados, alumbrado público y urbanización.

Se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, que tuvo sus orígenes en la Dirección de Pensiones Civiles y de Retiro en el año de 1960, su principal fin fue el de proporcionar bienestar social a los empleados del sector público.

Un año después en 1961, se creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (I.N.P.I.), que al ser organizado proporcionaba servicios asistenciales, así como la provisión de desayunos. En 1977 al fusionarse el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez con el I.N.P.I., se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

De 1962 a 1964, período que corresponde a la

administración de Adolfo López Mateos, se adoptó el Plan de Acción Inmediata, que perseguía destinar el 23.4% de la inversión pública en beneficio de los programas de bienestar social, esto debido a que durante los últimos 15 años no habían sido satisfechas las demandas de la población en materia de salud, además de que esta situación se vió incrementada por la explosión demográfica y el estancamiento económico del país, los cuales determinaron la elevación del gasto en beneficio social; durante este mismo período empezó en forma más amplia a operar el I.S.S.S.T.E.

De 1966 a 1970 rigió el Plan Nacional de Desarrollo Económico Social. Este Plan incluía 4 objetivos para las políticas de salud y seguridad social: 1) incrementar la eficiencia de los servicios médicos en operación mediante su coordinación, 2) intensificar los programas de control y erradicación de padecimientos frecuentes, 3) ampliar los servicios de saneamiento básico, 4) incorporar a la seguridad social en aumento de la fuerza de trabajo urbana, e intentar extender los beneficios de aquélla a la población campesina.

De los años de 1965 a 1970, se destinó en promedio un 38% de la inversión pública federal al renglón de hospitales y centros de asistencia.

A partir de los años setenta, se generó en México otra etapa del desarrollo social, inicia con un reconocimiento más

conciente, por parte del Estado, de las grandes carencias en materia de salud; alimentación, seguridad social, vivienda y educación.

Es durante el Gobierno de Luis Echeverría que abarcó de 1970 a 1976, cuando se emitieron una serie de planes y programas que pretendían dar un impulso a las políticas de bienestar social del Estado Mexicano. Sin embargo muchas de éstas se quedaron sólo a nivel declarativo, y algunas otras pudieron llegar a concretarse. Ejemplo de ello lo es el Plan Nacional de Salud, que integró políticas y programas de todas las Instituciones Públicas de Salud del País, y formuló metas para 1976 y para 1983.

El Plan Nacional de Salud, abarcó dos periodos de 1974 a 1976, y de 1977 a 1983. Encontramos en ambos, que se establecieron metas muy generales, y con ello desafortunadamente no fueron evaluadas seriamente.

El Plan estuvo compuesto por 20 programas y 56 subprogramas, que a pesar de que tuvo fallas, sus aciertos son interesantes de mencionar entre los que se encuentran; "la proposición de buscar una red federal de hospitales, de intentar ampliar la atención a la salud que se prestase en las áreas rurales a través de casas de salud, de crear médicos comunitarios, de buscar el adiestramiento de personal para-médico de las propias comunidades, el de implementar un

Plan Nacional de Alimentos, así como un Fondo Nacional de Alimentos y un Programa Nacional de Tratamiento de Aguas, entre otras metas más". (14)

Como anotamos anteriormente, si bien sus objetivos, muchos de ellos eran de posible cumplimiento, debemos considerar que este Plan ha sido abandonado, ya que durante el sexenio de López Portillo, no se tomó ninguna posición abierta y explícita durante casi un año; y no es hasta el mes de noviembre de 1977 cuando el Subsecretario de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, declaró que "era utópico e imposible de llevar a la práctica por falta de recursos económicos, porque no se habían elevado sus objetivos y por lo irreal de sus metas". (15)

Es también en el año de 1970 cuando se establecieron los Centros de Integración Juvenil de gran interés social y colectivo, ya que estos se dedicaron a realizar investigaciones, de prevención y tratamiento en el área de Salud Mental así como a la rehabilitación de farmacodependientes.

Función importante es la que desarrollan los Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, los cuales se instituyeron en 1978, y gracias a ellos se incrementaron los recursos financieros destinados a las acciones de asistencia; propósito que desde 1920 la Lotería Nacional desarrollaba.

Por otro lado, en esta época se crea el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y el Fondo Nacional de Compra para los Trabajadores: el primero que se dedicó a la promoción de la vivienda popular; y el segundo que proporcionó crédito con tasas preferenciales de intereses a trabajadores de bajo ingreso.

En 1979 se fundó el Instituto Nacional de la Senectud, para atender a la población mayor de 60 años, a través de asistencia económica, proporcionándoles tarjetas de descuento INSEN, creando bolsas de trabajo, cursos y asesoría jurídica, médica y educativa sobre la senectud.

El Departamento del Distrito Federal, por su parte ha establecido Programas de Asistencia como los son: Centros de Protección Social, Albergues Temporales de carácter preventivo y hospitalario, así como asesoría jurídica. En 1980 se elaboró el Marco Sectorial de Salud y en 1981 la Dirección de Asistencia Social de la Coordinación de Salud.

En la Administración pasada, se reformó la Constitución Política Mexicana en su Artículo 4, constatando un avance jurídico de gran trascendencia en materia de salud, esta reforma se realizó mediante decreto por el que se adicionó el párrafo penúltimo del Artículo 4 de la Constitución, que a la letra dice:

"La Comisión Permanente del Honorable Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, en uso de la facultad que le confiere el Artículo 125 de la Constitución General de la República y previa la aprobación de la mayoría de las Honorables Legislaturas de los Estados, declara adicionado el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

ARTICULO UNICO.- Se adiciona el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con un párrafo penúltimo, que a la letra dice:

"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta Constitución". (16).

Esta medida fue complementada con la promulgación de la Ley General de Salud, la cual fue aprobada por el Congreso de la Unión en 1983, emitida el 7 de febrero de 1984, entrando en vigor el primero de Julio de ese año, la cual tiene las siguientes metas:

1.- Define las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud.

2.- Establece la separación de competencias entre la Federación y los Estados, toda vez que el derecho a la protección de la salud es de carácter concurrente.

3.- Define los rubros específicos de la Salubridad General

Es necesario mencionar también, algunos otros documentos, como lo son Decretos que han contribuido a la renovación del aparato jurídico de la salud, entre los cuales encontramos:

Decreto Presidencial Publicado en el Diario Oficial de

la Federación el 21 de diciembre de 1982 que otorga al Desarrollo Integral de la Familia nuevas atribuciones.

Reformar a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal el 28 de diciembre de 1982, publicada en el Diario Oficial, y que en su artículo 37 traslada a la Subsecretaría del Mejoramiento del Ambiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología.

Importante lo es también la exacta y precisa definición del Sector Salud, que corresponde a la Secretaría de Salud y que consiste en la coordinación de los servicios de Salud de las Instituciones del Gobierno Federal, así como programas y funciones de las Instituciones de Seguridad Social.

Se reformó en 1982 a través del Decreto, el Código Sanitario, la Ley del I.M.S.S. y la Ley del I.S.S.S.I.E. Por otra parte el 30 de diciembre de 1982, mediante Decreto Presidencial se reformó el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para restablecer la Subsecretaría de Planeación, con el propósito de consolidar el Sistema Nacional de Salud y coordinar la acción Intersectorial.

E) METODOS DE FINANCIAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE PRESTACION DE SERVICIO DE SALUD

La importancia de señalar cuales son los distintos métodos de financiamiento que en forma general existen, radica

en que aunado a estos métodos podemos darnos cuenta del sistema de prestación de los Servicios de Salud que imperan en la actualidad y así enmarcar en alguno de ellos a nuestro país.

Basándonos en el estudio realizado por Milton I. Roemer, de manera general se clasifican en 6 tipos:

1) Pago personal.- El cual se traduce en la adquisición privada del servicio, a través de los recursos del individuo o de préstamos recibidos de amigos, o compañías prestadoras.

2) Caridad.- Que es la ayuda por fondos donados por personas que pueden o no constituirse en beneficiarios del servicio.

3) Industria.- Es la prestación de estos servicios a expensas de la empresa, la cual realiza con sus recursos.

4) Seguro Voluntario.- Es la prestación de servicios que se verifica por las contribuciones aportadas por un grupo de personas, y que sólo amparan a los contribuyentes y sus familiares. .

5) Seguro Social.- Es la obligación impuesta por la ley de prestar determinados servicios a los beneficiarios designados. "Los requerimientos estatutarios pueden crear fondos oficiales de fideicomiso o asignar por mandato contribuciones a diversos cuerpos no gubernamentales" (17).

6) Fondos Públicos.- "Es la ayuda mediante impuestos, por una autoridad local, municipal o nacional; sobre ingresos, fondos, ventas, beneficios de corporaciones, etc." (18) Aquí los servicios no se limitan a los contribuyentes.

A continuación analizaremos cada uno de ellos y anotaremos sus notas más sobresalientes.

1.-PAGO PERSONAL

Este método se caracteriza por que el servicio lo proporcionan médicos independientes y la responsabilidad de

buscarlos reace directamente sobre el paciente.

En algunas naciones de Asia y Africa; donde los Fondos Públicos proporcionan ciertos servicios sanitarios, el pago personal sigue desempeñando una parte importante en el cuidado de unas cuantas personas.

El sistema de pago personal mantiene en muchos países a los curanderos no científicos, no siendo bajos sus honorarios y en algunas ocasiones recibiendo estos pagos en mercancías. "De igual manera en todos los países se pagan personalmente medicamentos autorecetados. En América Latina, los estudios han demostrado que estos gastos son elevados y equivalen a más de la mitad de todos los gastos personales en servicios sanitarios". (19)

2.-CARIDAD

Por lo que respecta a este sistema, actualmente en ningún país predomina ésta como método de financiamiento para la salud, aunque no debemos olvidar que en la antigüedad la Caridad desempeñó un papel importante en toda la Europa y por supuesto en nuestro país.

Las reglas y normas caritativas fueron impuestas por españoles y portugueses en la América Latina donde los hospitales de beneficencia y santa casa fueron las primeras manifestaciones organizadas de atención médica. A pesar de que

estas instituciones recibían grandes donaciones, éstas carecían de personal calificado y contaban con salas mal equipadas y escaso instrumental quirúrgico.

"Las misiones sostenidas por los religiosos en África y en otras partes sin duda son una sólida contribución a bajísimo costo, pero raramente son modelos de medicina moderna, con frecuencia tienen que subsidiarlas los gobiernos, y aceptan gratificaciones de los pacientes que pueden permitirse darlas" (20).

Actualmente esta sistema basado en la caridad ha ido desapareciendo para dar paso, a la integración de servicios de Salubridad Oficiales. En América Latina, la Cruz Roja por ejemplo, que proporciona servicios de ambulancia y emergencia empezó con donativos privados, sosteniéndose actualmente con grandes subsidios del Gobierno.

3.- LA INDUSTRIA

El servicio de salud industrial se encuentra presente en la mayoría de los países, sean estos capitalistas, en desarrollo y socialistas, pero en ninguno de ellos es el sistema predominante. Como mencionábamos en líneas anteriores, las grandes industrias son las encargadas de proporcionar la atención médica mínima a sus trabajadores, ya que los administradores de estas corporaciones saben que los obreros sanos representan mayor rendimiento, lo cual se traduce en

bonantes utilidades.

"Los servicios industriales en los países en desarrollo, y en comparación a los Estados Unidos, tienen una amplitud mayor, prestando servicios preventivos para el personal, saneamiento del ambiente y atención médica general". (21)

4.- EL SEGURO VOLUNTARIO

Este sistema ha constituido una forma importante de financiar la atención médica, surgiendo en el siglo XVIII y principios del XIX en toda Europa.

"Los consumidores organizaban innumerables fondos de enfermedad, sociedades de amigos y asociaciones de beneficio mutuo, sobre una base ocupacional o geográfica, para pagar los gastos de atención médica extrahospitalarios. De estos salieron por evolución los sistemas obligatorios que conocemos ahora por seguro social o seguridad social". (22)

Actualmente la mayoría de los países europeos que tenían sociedades de seguro de salud voluntarios, se han integrado por completo a los sistemas de seguro social. Incluso en países como España, Alemania, Francia e Italia: por disposición de Ley las personas están obligadas a ingresar a éstos, y pagar sus cuotas, recibiendo a cambio atención médica y otros beneficios.

El problema que aún subsiste en los países con este tipo

de financiamiento es que las sociedades de seguro no han logrado modificar las normas básicas de la práctica privada de la medicina y la ortodoncia, así como la venta privada de medicamentos e instrumental.

Existen dos países actualmente, que pueden considerarse como modelos puros de este sistema y los cuales son los Estados Unidos de Norteamérica y Australia. En ambas naciones, el seguro voluntario de salud constituye la fuente principal de financiamiento. "El gobierno de Australia subsidia estos planes para reforzar su capacidad de atraer a personas de ingresos bajos, mecanismo propuesto en los Estados Unidos por el Congreso".(23)

Los mayores logros obtenidos en este último país se han debido inicialmente a la depresión de 1929-1939, y a los altos costos de la atención médica, pero en realidad el seguro voluntario ha cobrado importancia en esta Nación gracias a la acción de proveedores como son los hospitales y doctores, y a las compañías aseguradoras, y para 1964, aproximadamente el 78% de la población norteamericana tenía ya alguna forma de seguro privado para gastos de hospital.

El sector menos favorecido constituido por la población rural, ancianos y pobres fueron atendidos a raíz de la promulgación en 1965 del seguro social para los ancianos. "Al igual que en Europa, los planes del seguro voluntario entraron

en el sistema del seguro social no como portadores locales de riesgo financiero sino como intermediarios para el pago de honorarios de médico, cuentas de hospital y otros". (24)

5.- SEGURIDAD SOCIAL

Milton I. Roemer nos menciona al respecto de este sistema de financiamiento la organización de dos países Europeos en los cuales la relación entre la seguridad social y las normas de prestación de los cuidados médicos han sufrido una modificación, y los cuales son: Polonia y Yugoslavia. Estos países, después de sus revoluciones han conservado la idea de seguridad social, pero no en forma de seguros, locales semiautónomos, sino por el contrario, han instalado un Sistema Nacional integrado con las aportaciones de los empleados industriales. "El fondo nacional para el seguro fue la fuente principal de donde dimanó la ayuda para una red de centros de salud, policlínica y hospitales con personal técnico a sueldo".(25)

La mayoría de la población utilizan estos recursos sin pagar, aproximadamente el 30% de la población polaca se sirve de ellos, pagando o buscando los servicios médicos privados.

En los países Latinoamericanos, la idea del seguro social tiene una connotación distinta a la de Europa; en países como México, Brasil, Perú y otros lugares, este sistema solo cubre a un 10 ó 15% de los ciudadanos que son obreros

industriales. Milton I. Roemer considera que existe en ellos un sistema de servicio médico separado y bien desarrollado, el cual se presta mediante una red especial de hospitales y centros de salud. Siendo superior la calidad de estos servicios a los que goza la población no asegurada.

Concluye mencionando que "en general, se considera que la seguridad social tiene la ventaja de la estabilidad fiscal, al contrario de otros modos de financiar los cuidados médicos" (26) sin que el mismo se encuentre sujeto a las incertidumbres de la caridad o de la inscripción voluntaria.

6.- FONDOS PUBLICOS

En la mayoría de los países del mundo se utilizan las rentas públicas de origen fiscal para financiar algunas partes componentes del servicios de salud. Pero en algunos otros países, el método predominante de apoyo financiero para todos los sistemas de salud son los impuestos, pudiendo clasificar en tres grupos estos métodos, los cuales son a saber:

1).- El grupo de países que han pasado de un método de financiamiento de seguro social a fondos públicos, ejemplos de ellos tenemos a Nueva Zelanda, Gran Bretaña y Chile.

El primero de ellos introdujo en 1939 el programa del Seguro Social, proporcionando con esta atención médica de todo tipo, hospitalización, medicamentos y cuidados dentales para infantes, llegando a estar la mayoría de los residentes asegurados a través del pago de una cuota sanitaria especial.

Para 1965 el programa se encontraba tan consolidado que se transfirió a la ayuda de fondos públicos.

Gran Bretaña por su parte inició con un Seguro Obligatorio de Salud, para los trabajadores manuales en 1911, que contemplaba la atención médica general y medicamentos, sin embargo la hospitalización se pagaba mediante fondos públicos, seguro voluntario y pagos personales.

No es sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se creó el Servicio Nacional de Salud financiada en un 80% por la hacienda pública la cual cubría la atención médica de casi toda la población. Lo más importante fue que todos los hospitales voluntarios y municipales pasaron a ser administrados y dirigidos por el Gobierno a través de "Juntas Regionales de Hospitales". Asimismo, realizaron una serie de regulaciones a fin de que la población de doctores tuviera una mejor distribución, la aplicación de los medicamentos fuera más razonable y se fomentó la agrupación de médicos generales.

Chile a su vez fue el primer país latinoamericano que aplicó la idea de un seguro social para trabajadores manuales en el año de 1924 y en 1952 se legisló un Servicio Nacional de Salud que abarcara a todos los obreros asegurados y a sus dependientes, así como a las familias de ingresos bajos tanto rurales y urbanas, así como a toda la población infantil; para ello se dividió el país en trece zonas sanitarias en las cuales

se estableció una red regional integrada de centros de salud y hospitales de distrito y centrales.

Actualmente la inmensa mayoría del personal sanitario trabaja para el Servicio Nacional Chileno de Salud.

2).- El segundo grupo que mencionaremos son los países que cuentan con sus fondos públicos para asegurar los servicios médicos, entre ellos se ubican una serie de Naciones en Desarrollo Africanas y Asiáticas. En estos países aún operan en mayor porcentaje los pagos personales, el seguro social e incluso la caridad, pero la mayoría de la población recibe atención médica en los hospitales de gobierno, con personal pagado.

3).- Por último el tercer bloque lo conforman los países socialistas, destacando la Unión Soviética, que ha causado asombro entre los extranjeros por la eficacia de su organización y su Sistema Masivo Sanitario.

Comentarios importantes sobre este país son los siguientes:

A).- El Sistema Soviético cubre el 100% de la población, prestando sus servicios mediante "redes de centros de salud, policlínicas y hospitales rurales, distritales y provinciales".

(27)

La enseñanza profesional en el campo de la salud no está a cargo de la Universidad, sino que el Ministerio de Sanidad es quien la dirige y orienta, así como la fabricación de medicamentos, provisiones y equipo.

Es importante destacar que todo el personal está

compuesto por funcionarios civiles asalariados, y los recién graduados tienen la obligación de prestar sus 3 primeros años de trabajo en las zonas designadas por el gobierno. El Estado Soviético ha manifestado siempre el interés por unificar los servicios preventivos y los curativos.

Una vez terminada la reseña de los diferentes métodos utilizados para financiar la atención sanitaria, sería conveniente el analizar las perspectivas en materia de salud en diversos países de América Latina y los cuales han destacado de una forma u otra en esta área; sobresaliendo Perú, Chile, Costa Rica, México y Brasil.

Antes de iniciar con el tema referido debemos indicar que el panorama general que se intenta establecer no es ni mucho menos un estudio comparativo minucioso, ya que ello requeriría mayor tiempo y amplitud de material, nuestra intención es apuntar los rasgos característicos y sobresalientes de los países anotados con anterioridad y del sistema o sistemas adoptados con mayor frecuencia en latinoamérica en materia de Salud.

F).- MODELOS DE SALUD EN AMERICA LATINA

Comenzaremos indicando que los Servicios de Salud en América Latina son el reflejo de la coexistencia de varios subsistemas de servicios de salud, los cuales por lo regular están orientados hacia una diferente clase social, lo que

conlleva a operar unos junto a otros ocasionando graves problemas de incoordinación, así encontramos en todos estos países una combinación de medicina indígena, caridad, seguro social, atención médica oficial, servicios médicos industriales y servicios privados.

1.- MEDICINA INDIGENA

Por lo que respecta a la Medicina Indígena, el papel del curandero en los poblados y aldeas aisladas de las grandes ciudades constituye un papel importante en Latinoamérica. Ello es fácil de explicar si partimos que en todos estos lugares se carece de recursos modernos y eficaces para satisfacer las necesidades colectivas, además de tomar en cuenta el arraigo cultural y psicológico en toda esta gente pobladora de las zonas rurales, una vez que los avances científicos de medicina preventiva han llegado a estos lugares, nos enfrentamos a un segundo problema, el rechazo de la gente a la "nueva medicina", sin embargo la experiencia de América Latina en este sentido, y según los estudiosos de la materia, es impresionante, ya que las personas han aceptado rápidamente los servicios de salud modernos cuando se les ha demostrado su eficacia.

Sin embargo, los Gobiernos Latinoamericanos al implementar Programas Modernos de Servicios de Salud, han pasado por alto la existencia de los curanderos indígenas, en vez de integrarlos a dichos programas ofreciéndoles conocimientos y capacitación suelen ignorarlos, la excepción a

estos "médicos o curanderos indígenas" y a los cuales los gobiernos latinoamericanos si han proporcionado alguna instrucción es a la figura de la "Comadrona" presente en todas las poblaciones rurales americanas. En la actualidad el "sistema" de atención médica proporcionado por los curanderos es muy deficiente.

2.- SISTEMA CARITATIVO

El Sistema Caritativo a su vez se caracteriza por ser deficiente e insuficiente en todos los países anotados, sus principales fallas radican en que a pesar de que en su mayoría los hospitales de beneficencia tienen secciones de pacientes ambulatorios, el principal enfoque de éstos, es el de los cuidados en cama a pacientes gravemente enfermos, no prestando servicios preventivos a las secciones para pacientes externos por carecer de espacio y material adecuado para la atención sanitaria.

En general las instalaciones de Beneficencia suelen encontrarse ubicadas en edificios antiguos y mal adaptados, en los cuales los laboratorios y la sala de rayos X suelen estar mal equipados, aunado que el personal es escaso tanto en enfermería como en las distintas Áreas Técnicas y Terapéuticas.

Naturalmente, que los hospitales ubicados en las grandes ciudades no se encuentran en tan grave estado, como los anteriores ya que algunos de ellos se encuentran relacionados

con escuelas de medicina, presentando un nivel técnico medio, aunque no ofrezcan comodidad a los pacientes, además muchos hospitales de caridad tienen servicio para pacientes privados, los cuales mediante una paga extra pueden obtener mejor habitación y una dieta más completa.

Como sabemos, históricamente los antecedentes de los hospitales de caridad son las antiguas "SanLas Casas" o beneficiencias, que datan de los tiempos de la Colonia partiendo de la iniciativa de la Iglesia, y continuando la labos más tarde la nobleza o familias acomodadas, destinando sus fondos a la construcción de hospitales de caridad para ayudar a los pobres e indigentes. Actualmente, estos hospitales continúan siendo financiados por legados de personas adineradas o por instituciones como las Loterías, pero conforme los costos de la atención médica subieron y la demanda de personal con formación técnica se acrecentó, ha sido necesario que el gobierno aporte cantidades específicas de dinero a lo que actualmente llamamos subsidios.

Junto a los Subsidios, los gobiernos Latinoamericanos nos han impuesto una serie de normas como el exigir que más de la mitad de los pacientes de estos centros de salud sean indigentes; tal vez el error de los ministerios de salubridad que subsidian al sistema hospitalario caritativo verse en no reglamentar también que la Dirección y la Administración de éstos recaiga en un personal capacitado y con amplia

experiencia en esta rama, sino que por el contrario la autoridad directa es ejercida por una Junta de ciudadanos prominentes con nulo conocimiento de los requerimientos de la atención médica contemporánea, o recae sobre un Doctor que además de atender las necesidades del hospital, tiene que dividir su tiempo entre éstas y su consultorio privado.

En tales condiciones resulta lógico que la atención médica sea deficiente, el tiempo dedicado al diagnóstico y tratamiento de indigentes sea limitado y por regla general la hospitalización del paciente es prolongada con un alto índice de mortalidad.

Cabe destacar que la intervención del Estado en el financiamiento de los hospitales en varios países ha ido más allá, y es el ejemplo México, nuestro país, que incautó en el Siglo XIX, todos los hospitales de caridad que poseía la Iglesia.

En Costa Rica también se realizó una transferencia de propiedad hace aproximadamente 10 años, aunque las juntas locales de beneficencia intervinieron directamente en las gestiones de las instituciones. "En Chile por ejemplo, todo el sistema hospitalario de caridad pasó al Gobierno Central; con la creación del Sistema Nacional de Salubridad en 1952". (28)

Podemos concluir que el sistema caritativo en América

Latina está en período de transición, desempeñando un papel importante la ayuda e intervención del Estado, ya que la profesión médica descontenta con este sistema, ha acogido con gusto el paso a la intervención directa del Gobierno.

Es nota característica en todas las Naciones Latinas, la coexistencia de ciertos servicios médicos selectivos, que están enfocados a prestar la atención médica a un grupo determinado de individuos, destacando las fuerzas militares, los empleados ferroviarios, los empleados de industrias nacionalizadas como el Petróleo en nuestro país, entre otros, la mayoría de estas instituciones de Salud, cuentan con personal médico y de enfermería numeroso y adiestrados especialmente para proporcionar un servicio altamente calificado, a los titulares y a las familias de los mismos.

No podemos dejar de mencionar a los llamados trabajadores de "cuello blanco" o mejor conocidos como empleados del Gobierno Nacional (burócratas) que también están protegidos por programas especiales de seguridad social, en nuestro país lo constituye el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado, estos servicios son típicamente independientes de otros programas organizados recibiendo el nombre de "Seguro Social".

3.- SEGURIDAD SOCIAL

Continuando con el sistema del Seguro Social,

mencionaremos que el concepto de Seguridad Social fue tomado de Europa y ha sido aplicado gradualmente a la población industrial e incluso a los sectores de la población agrícola en los países latinoamericanos.

"Los programas de seguridad social han creado un mecanismo para recaudar dinero del proceso de producción económica en forma más o menos automática. Los obreros tienen marcadas cuotas, o sea deducciones de cierto porcentaje de sus salarios, y a los patronos se les cobra mediante deducciones basadas en las nóminas de pago, en tercer lugar se toma del erario". (29)

El dinero procedente de los Ingresos Generales del Estado, naturalmente se obtienen a través del sistema de impuestos directo o indirecto, por lo que el financiamiento de este sistema también recae en toda la población.

Conviene tener presente que este sistema protege sólo un 10% ó 20% de la población total de los países lationamericanos, y tomando en cuenta la fuente de fondos que obtienen es notable la desigualdad creada en relación a la población no derechohabiente. La población atendida se concentra por lo regular en las zonas urbanas, existiendo grandes diferencias en la protección de los trabajadores agrícolas, tanto asalariados como pequeños propietarios o arrendatarios.

En diversos informes de la Organización de Estados Americanos han sido publicados detalles del Sistema del Seguro Social como lo son: fuentes financieras, beneficios, y las formas administrativas de este sistema en los países hermanos latinos, y de estos informes se ha resumido que 20 países latinoamericanos entre ellos México, Chile, Brasil, Perú y Costa Rica proveen disposiciones relativas a los cuidados médicos y beneficios de maternidad.

La atención médica proporcionada a los beneficiarios se clasifica en 2 modalidades que son utilizadas en latinoamérica y que son:

1) El primer sistema adoptado en Chile después de 1924, fue el de utilizar "el dinero de la seguridad social para adquirir servicios médicos, hospitalarios y afines en instalaciones y personal ya existentes". (30)

2) La segunda modalidad esta constituida por que la Organización del seguro "crea sus propias instalaciones y contrata a su personal, pagado con sueldos, para que proporcione servicios a los beneficiarios; operando hospitales independientes y centros de atención ambulatoria operados directamente por organismos de seguridad social" (31)

Como mencionabamos en párrafos anteriores al hablar de la cobertura del Seguro Social, los recurso de personal o instalaciones medicas de este, son más abundantes que los de la población no asegurada, coexistiendo con los hospitales propios, una serie de redes de consultorios o "puestos médicos" prescribiendose medicamentos y dando atención dental. Con mucha frecuencia en los países americanos hay disposiciones especiales sobre enfermedades crónicas, (tuberculosis).

trastornos mentales, la organización de servicios preventivos, inmunizaciones, educación para la salud, exámenes de salud para madre e hijos y pruebas de detección de enfermedades en adultos.

Lo que es esencial de la seguridad social en América Latina es su "Autonomía" relativa, explicándose ésta en fundamentos políticos; y creando esta independencia con los Ministerios de Salud una falta grave de Coordinación con los programas oficiales, llegando incluso a coexistir varias organizaciones de Seguro Social operando unos juntos a otros, pero para diferentes grupos ocupacionales.

Por otro lado, "una de las influencias más positivas de los programas de atención médica del Seguro Social ha sido su marcado interés en los servicios propiamente ambulatorios y no en los puramente hospitalarios. En muchos países Latinoamericanos se han hecho impresionantes Policlínicas y puestos médicos periféricos aún cuando se presta atención hospitalaria en las instituciones públicas existentes". (32)

Aspecto específico es el Seguro de Atención Médica y las compensaciones en efectivo por las lesiones producidas en la Industria, que se practica en 2 modos:

A) "En algunos países, esta forma parte del Sistema de Seguridad Social para la atención médica en general". (33)

B) En otros, esta legislación de compensación es

independiente y la atención médica puede ser proporcionada aparte.

Para finalizar, mencionaremos las medidas de coordinación que el Seguro Social ha tomado en relación al sistema de Salud en Chile, Costa Rica y Brasil.

En Chile se logró la mayor Coordinación en Latinoamérica al pasar el "programa de atención médica del Seguro Social para obreros manuales, a manos del Ministerio de Salud". (34)

En Costa Rica existe un intercambio entre los Ministerios de Salud y el Instituto del Seguro Social en cuanto a atención hospitalaria, ello con el fin de evitar la duplicidad de instalaciones en las ciudades pequeñas.

Y por último en Brasil existen siete grandes Institutos Autónomos para la seguridad de distintas categorías de empleados públicos y privados, creandose un Consejo de Coordinación que ha logrado unificar los servicios.

En resumen, los cuidados médicos producidos en América Latina por el Seguro Social, por una parte han encaminado una gran cantidad de recursos económicos al área de la Salud, (gracias a las cuotas tripartitas que lo financian), en cuanto a las Instalaciones hospitalarias, policlínicas y personal médico en los últimos 20 años han sido reforzados, sin embargo este sistema ha atraído a un personal facultativo que por lo

general goza de mejores sueldos y condiciones profesionales originando que la Atención Médica impartida por los Ministerios de Salud se torne más difícil de proporcionar.

4.- LOS SERVICIOS PRIVADOS Y LOS SERVICIOS MEDICOS INDUSTRIALES

En toda América Latina, una buena parte de las necesidades médicas son satisfechas aún a través de medios privados de la medicina: situación que se explica al reflexionar acerca de la carencia o insuficiencia de los Programas Organizados del Estado y de las constantes demandas de una clase media en continuo crecimiento.

"El porcentaje de la Medicina Privada Latina es mínimo en cada país, ya que representa "menos del 10%" (35), de médicos que la ejercen, concentrándose los mismos en la grandes ciudades y por lo general siendo facultativos especializados. "Un 25%" (36) de médicos ejercen en algún Programa Oficial y "el 65%" (37) restante combina su tiempo entre un Organismo Público y la práctica privada por unas seis o siete horas diarias.

El servicio Privado puede entonces adoptar varias formas, destacando las siguientes:

1) Existe atención médica en camas privadas o pensionados en hospitales del gobierno y de caridad.

2) Coexisten pequeños hospitales llamados Clínicas Privadas, las cuales en su mayoría son poseídas por Doctores

afamados cuyo fin principal es el lucro; y abundando en dichos lugares personal de enfermería altamente calificado para el confort de los pacientes; el centro de atención de estos hospitales son los casos de maternidad y cirugía urgente, por lo que la estancia de los pacientes es breve.

3) El tercer tipo lo constituyen los hospitales propiedad de una Asociación de Nacionalidad, (como es el caso de México), de españoles, ingleses, alemanos, etc., proporcionando beneficios a sus miembros. La membresía de estos lugares corresponde a pagos anuales y donativos, además pagos adicionales en caso de hospitalización. Los pacientes no miembros de estos hospitales podrán gozar de los servicios siempre y cuando cubran el importe total de los mismos.

4) "Probablemente el servicio más utilizado en la América Latina sea "la compra de medicamentos" (38) ya que éstos pueden ser adquiridos directamente en cualquier farmacia sin necesidad, en muchos casos, de receta médica, y el mecanismo de estos "servicios médicos" consiste en que las personas faltas de preparación o indigentes piden consejo al dependiente o dueño del establecimiento y el mismo los receta, sin ser en la mayoría de los casos farmacéutico titulado, "los estudios de los desembolsos privados de las poblaciones latinoamericanas para servicios de salud indican, que el gasto en medicamentos, sobre todo autorrecetados, es el renglón mayor" (39). Los medicamentos prescritos por un doctor, son también surtidos en beneficio de la seguridad social y otros programas oficiales, pero estas compras privadas de medicamentos son sin duda un despilfarro y por lo regular perjudiciales.

En términos generales "las asociaciones de médicos de América Latina parecen deseosas de conservar cuando menos un sector parcial de práctica privada, pero no se oponen a los Sistemas Públicos de Servicio a Sueldo, con tal de que la escala de remuneración y las condiciones de trabajo profesional sean adecuadas". (40)

Los Servicios Médicos Industriales en la América Latina han contribuido en gran medida en la satisfacción de las necesidades sanitarias de los trabajadores asalariados, sobre

todo en las regiones rurales aisladas, donde se carece por completo de medios médicos, ejemplos son las Compañías Petroleras, Mineras, de Construcción, de Energía Eléctrica y de procesamiento agrícola.

Es lógico que todas estas Compañías estén interesadas en la salud de sus trabajadores ya que de ello depende en gran medida el éxito de sus fines, encontrando que muchas de estas empresas están en manos de extranjeros.

El mecanismo de atención médica opera de la siguiente forma:

1) Por lo general, los sueldos pagados a doctores y enfermeras son altos, con lo que atraen a muchos facultativos capacitados a lugares aislados.

2) En pequeñas comunidades, las clínicas y hospitales suelen encontrarse bien equipadas, siendo la proporción entre el número de camas y el personal de medicina y enfermería elevados en comparación con los hospitales.

3) En la mayoría de los establecimientos Industriales, debido a la frecuencia de los accidentes de trabajo, se encuentran pequeños servicios de primeros auxilios para ocasiones de emergencia.

En muchos países latinos, por disposiciones legales, se ha contemplado la obligación a cargo de las empresas que cuenten con un determinado número de empleados, en la prestación de este tipo de servicios "Con el desarrollo de los programas de Seguridad Social, que protegen por Ley a esos mismos trabajadores: se han celebrado convenios para reembolsar a las compañías de esos gastos médicos; pero estos reembolsos

tal vez no equivalgan a todos los desembolsos de las compañías por ese concepto" (41)

Para finalizar, la atención médica para lesiones producidas en la industria se proporcionan mediante arreglos administrativos separados, ya que la legislación sobre estas compensaciones suele ser anterior a la existencia de los Seguros Sociales, con estos sistemas el trabajador es atendido en consultorios y hospitales privados, efectuándose el pago de los honorarios.

En Chile, a pesar de su nivel de integración en materia de salud, los casos de lesiones quedan fuera del servicio sanitario nacional, siendo necesario la utilización de hospitales especiales, o de organismos de seguridad oficial independiente o bien el pago de la medicina privada.

5.- ATENCION MEDICA OFICIAL

La atención Médica Oficial, está a cargo de los Ministerios de Salud de los países latinos, el cual ha dado grandes pasos en beneficio de las poblaciones rurales, aunque aún falta mucho por realizar. Las actividades mejor conocidas por los ministerios de salubridad son las "Campañas contra grandes enfermedades epidémicas".

En este sistema el Estado opera a dos niveles, en la ciudad y en el campo, en donde se encuentran ubicados

hospitales para atender a los pobres, como es el caso de Argentina, Puerto Rico y México. En las provincias o estados las autoridades locales, tienen hospitales para atender indigentes, sobre todo en los países Federados como México y Brasil. Desafortunadamente todos estos establecimientos se encuentran en condiciones de calidad desigual; según la región y la riqueza de la misma, predominando el hacinamiento e inadecuación.

Otra forma de Atención Médica Oficial la constituyen los Sistemas de Concesiones a Hospitales de Caridad, "también puede haber subsidios federales para costos de operación a los hospitales propiedad de los Estados, como en México" (42).

Uno de los papeles más importantes de los Ministerios de Salubridad lo constituyen la Operación Directa de Redes de Instalaciones para servicio Ambulatorio y atención hospitalaria a enfermos "El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública desempeñó un papel muy importante en la creación de estas instalaciones a partir de 1942. En toda América Latina se han fundado centros de salud, puestos médicos, puestos sanitarios, y otros tipos de unidad, sobre todo en las poblaciones pequeñas y los distritos rurales, para atención ambulatoria". (43)

Tratándose de las Zonas Rurales, se prestan servicios preventivos y curativos, y en las ciudades más grandes, se

inclina la atención al lado preventivo.

En los pequeños centros de salud rural se disponen de un número pequeño de camas para los casos de maternidad y emergencias.

En años recientes en países como México y Brasil, sus respectivos Ministerios de Salud se han encargado de construir hospitales equipados en poblaciones comerciales rurales, las cuales suelen estar bien equipadas, contando con un personal técnico en todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

La tendencia al establecimiento de Autoridades de Salud Regionales, prospera en varias Naciones, entre las cuales México destaca, operando a través de un funcionario regional de salubridad encargado de todas las actividades del Ministerio, tanto atención médica, servicio preventivo personal y campañas de saneamiento del medio.

Además de los servicios anotados en párrafos anteriores, en toda latinoamerica los gobiernos estatales se han encargado de instalar Clinicas y hospitales especiales para atender los trastornos mentales, la tuberculosis, lepra, y otras enfermedades crónicas, y como casi en todo el mundo a estas Instituciones se les asignan fondos limitados.

Debemos indicar que la población que recibe en su gran

mayoría los servicios de atención médica, son las clases menesterosas, los invidentes y la población rural, aunque sabemos que en México, aún no han sido cubiertas en su mayoría las demandas sanitarias de estos sectores, y si contamos a la población ubicada en la Ciudad en los llamados "Cinturones de Miseria" nos percatamos que estos no se encuentran protegidos incluso por medio del sistema de beneficencia.

Lo que debemos recordar es que casi todos los sistemas de atención oficial su origen descansa sobre los antiguos métodos caritativos; iniciando paulatinamente su transformación hacia la atención médica oficial, llevando a cabo dicho cambio a través de sistemas predominantes en América Latina:

- 1) Los subsidios.
 - 2) Los subsidios con normas técnicas.
 - 3) La transferencia legal de controles conservando las Juntas Locales, y
 - 4) La total adquisición y operación por el gobierno."
- (44)

Dentro de la organización oficial médica, existe otra clase de servicios médicos, que no derivan directamente de la caridad y los cuales se caracterizan por su permanente atención las 24 horas del día, nos referimos en este caso a la atención de primeros auxilios y urgencias; ambas unidades de socorro que tienden a estar separadas de las demás entidades administrativas, en México por ejemplo nos encontramos a la Cruz Roja (organismo mundial) que no depende del gobierno, pero si en un alto porcentaje de los donativos de éste.

Por otra parte, el ángulo negativo de la atención médica oficial, podemos resumirlo en los siguientes puntos:

1) Los sueldos del personal médico, son en su mayoría, insuficientes para proporcionar un sistema de vida satisfactorio.

2) Como consecuencia de lo anterior, casi todos los médicos del gobierno dividen su tiempo, entre la práctica oficial y la medicina privada; no siendo difícil concebir la idea que esta forma de ejercicio profesional sea defectuosa en ambos sectores.

3) Otra dificultad que encontramos es la escasez de fondos para viáticos tratándose de los servicios que los ministerios de salubridad deben proporcionar en las regiones periféricas de las grandes ciudades. Así mismo, entre los centros de dirección regionales y los puestos rurales hay también deficiencias elementales de transporte.

Como conclusión a este apartado de la Atención Médica Oficial, señalaremos que todo el campo de la Administración Pública en la América Latina requiere de un perfeccionamiento que permita la debida ejecución de las tareas de planeación nacional y eficiente ejecución de lo programado, y los servicios de salud no constituyen una excepción.

6.- LOS RECURSOS HUMANOS

La importancia de tratar ahora lo relativo a los Recursos Humanos en el campo de la salud, su funcionamiento, estructuración, localización y capacitación, radica en que la mayoría de los sistemas de organización de los servicios médicos en América Latina dependen de la movilización de recursos humanos y económicos, "los programas organizados de

atención médica en cualquier país pueden definirse en función de la parte que se adjudican de la existencia total de personal e instalaciones disponibles" (45).

En cuanto al personal médico, el mismo se concentra en un alto porcentaje en las ciudades y no en las áreas rurales, esto se debe a que la ciudad representa la oportunidad de obtener una mayor ganancia, resultando en términos generales más atractiva la vida en las urbes, además de que "los programas socialmente organizados de atención médica están más desarrollados en las ciudades, sobre todo los sistemas de caridad y de seguridad social". (46)

En contraposición a esta tendencia de distribución del personal de salud, los Ministerios de Salubridad de América Latina cada día realizan un esfuerzo, para atraer personal médico, enfermeras y técnicos, a las regiones rurales, como en México por ejemplo: existe el sistema de servicio social, conocido por todos nosotros.

La mala distribución, del personal médico es solo parte del problema. "En todo América Latina había en 1960 aproximadamente 55 médicos por cada 100,000 habitantes, en comparación con 132 en Estados Unidos y Canadá, cinco países tenían menos de 30 médicos por 100,000 habitantes" (47).

En cuanto a la existencia de enfermeras profesionales es

patente la escasez de las mismas, si tomamos como referencia a los Estados Unidos y Canada, "hay unas 290 enfermeras profesionales en actividad por 100,000 habitantes en estos dos países y aproximadamente 20 por 100,000 habitantes en el conjunto latinoamericano.

El número de enfermeras auxiliares es algo mayor, seis países latinos tienen más de 50 por 100,000 habitantes, pero aún así están lejos de las 330 por 100,000 que tienen los países de la anglosajona". (48)

El personaje que es considerado como auxiliar en la atención médica latina es la comadrona, cuyos servicios son muy solicitados en estos países, sin embargo no todas ellas tienen una preparación completa y las que son consideradas como personal calificado se encuentran en la mayoría, ubicadas en las ciudades; por lo que las zonas rurales se ven desatendidas al respecto, "así en 1960 sólo había unas 5 comadronas por 100,000 habitantes, en comparación con 56 en los países septentrionales". (49)

Hablamos en líneas anteriores, que los recursos económicos son fundamentales en el desarrollo de cualquier sistema o programa de salud, y curiosamente el programa de seguridad social en las naciones latinas tiende a tener más dinero por capital para gastar e invertir en comparación con los recursos que los ministerios de salud emplean para

proporcionar la atención médica requerida, como consecuencia podríamos presuponer que el personal médico, auxiliar y enfermeras se concentran en los hospitales del seguro social.

Por lo que respecta al porcentaje de camas también tiende a seguir la pauta anterior, "el mayor porcentaje de camas de hospital lo tienen la Argentina con 6.4 por 1,000 habitantes, Costa Rica y Chile tienen 5.1 y 5.0 camas por 1,000, respectivamente y todos los demás países tienen menos de 4 por 1,000. Comprenden estas cifras, camas de todo tipo y la cifra comparable de Estados Unidos es de 9.1 por 100". (50)

La ocupación de camas en los hospitales latinoamericanos suele ser excesiva en las instituciones de las grandes ciudades y escasa en los distritos rurales, y esto a pesar del hecho de que la relación camas-población casi siempre es más baja en las zonas rurales. La explicación consiste en que la población rural recibe un trato menos cuidadoso de los doctores, y generalmente es por decisión de este último el que un paciente ingrese al hospital, en cuanto al transporte a las poblaciones donde hay doctores disponibles suele ser difícil y el paciente rural solo emprende el viaje cuando su enfermedad se ha agravado. Para finalizar el estudio relativo a los servicios de salud en América Latina, abordaremos el tema de la coordinación de los distintos sistemas y programas de atención de salud que existen en el seno de la administración de los países latinos en general, ya que de ello depende que la prestación de los

servicios de atención médica, tanto hospitalarios como ambulatorios sean cada día más elaborados, con rendimientos superiores en cuanto a calidad de servicios y capacidad de atención a mayor número de personas, sean o no derechohabientes de programas del seguro social, de este modo "la política que siguen muchos gobiernos centrales, de subsidiar hospitales de caridad en lugar de hacer otros nuevos, es en cierto sentido un gesto de unidad y no de separatismo, aunque las normas técnicas a que se sujetan estos subsidios han sido mínimas, representan cuando menos un acercamiento a la instauración de alguna uniformidad en el servicios hospitalario para indigentes". (51)

A través de los ministerios de salud; se ha optado en algunos países, en fundar "Consejos Consultivos" integrados por representantes de otros organismos oficiales, así como importantes grupos profesionales, con el fin de planear y programar la construcción de hospitales.

Dentro de los ministerios de salubridad hay también la tendencia a poner en práctica una administración unificada de los servicios preventivos y curativos, que suelen encontrarse separados por distintas secciones y oficinas, ellos se manifiesta con la fundación de oficinas regionales, a pesar de esto, la autoridad legal de dichas oficinas acata por lo general, los programas directamente realizados por el ministerio, encomendados estos funcionarios regionales a supervisar la salud pública, la atención ambulatoria y los

servicios hospitalarios del ministerio en zonas geográficas determinadas.

Respecto a los Institutos de Seguridad Social, estos han desarrollado sus programas de atención médica, con lineamientos tanto independientes como coordinados en su mayoría "estos programas aprovechan en algo las instalaciones existentes ya sean de patrocinio oficial o privado, mediante contratos, además de crear sus propias instalaciones". (52)

Es común también que los organismos de seguridad social hagan suyas las directivas de los ministerios de salud en cuestiones técnicas, como lo son normas de medicamentos o políticas de inmunización; y es frecuente que en las juntas que integran los institutos de seguridad social, se encuentre representado el ministerio de salud.

El caso de México, es especial ya que existen en él, más de un programa de seguridad social para diferentes grupos de población, siendo difícil la coordinación entre los mismos.

Cabe mencionar como ejemplo de los logros en la integración de los programas de atención médica, a Chile el cual debe ser objeto de atención de los avances latinoamericanos hacia la coordinación de los servicios sanitarios. "El servicio de sanidad nacional de Chile se formó mediante una amalgama de varios sistemas anteriormente

Independientes, principalmente:

- 1) Los hospitales de beneficencia,
- 2) El programa de seguridad social y atención médica para obreros, y
- 3) El programa de servicios preventivos y curativos del ministerio de sanidad" (53)

"Los sistemas de atención médica que dan servicios a indigentes de las ciudades, trabajadores manuales asegurados, campesinos bajo una misma dirección". (54)

Los trabajadores de cuello blanco. Los ferrocarrileros y personas de altos ingresos no asegurados, aún no cuentan con el servicio de sanidad nacional, sin embargo el dinero que proviene del erario y de la seguridad social, se aplica sin hacer distinciones entre los beneficiarios.

"Los recursos materiales y de personal heredados de los diversos sistemas de salud se han unido en un programa integrado. Los centros de salud de orientación preventiva del ministerio de sanidad han adquirido funciones terapéuticas, las policlínicas orientadas hacia la terapéutica del Instituto del Seguro Social se han mejorado al adoptar funciones preventivas y los antiguos hospitales de beneficencia han llegado a cumplir el papel clave de centro médicos". (55)

Por lo que respecta al hospital, el mismo juega un papel importante dentro del Sistema Nacional de Sanidad Chileno, ya

que en el mismo se concentran todos los servicios de salud, tanto terapéuticos como preventivos y las unidades de cuidados ambulatorios separados del hospital hacen las veces de satélites del mismo. "varias zonas de servicio hospitalario constituyen una "zona sanitaria" y el director de cada zona es el delegado representante de la Dirección General del Servicio Nacional de Sanidad". (56)

Las funciones encomendadas a los directores de zonas, corresponden a la coordinación de todos los servicios de salud de su territorio, así como la planeación de los sistemas y métodos que aplicados ayuden a mejor satisfacer las necesidades futuras.

Como es lógico en todo prototipo existen inevitablemente aspectos aún no estudiados o solucionados en forma total, tal es el caso de Chile que aún tiene mucho por hacer en el campo de la salud, entre los problemas no solucionados por el Sistema Nacional de Sanidad encontramos los siguientes:

A) Entre un 25% y 40% de la población no goza de la protección de este sistema nacional.

B) La "Ley de Medicina Preventiva" dispone la práctica anual de exámenes de salud para todos los trabajadores, precepto que actualmente no se practica en su totalidad.

C) Por lo que hace a las policlínicas en su mayoría siempre se encuentran sobresaturadas de pacientes por lo que las relaciones entre médicos y enfermos no son del todo eficaces.

Si bien es cierto que estos aspectos prácticos y de

organización en el sistema chileno aún no han sido del todo resueltos, se sigue trabajando para que en un plazo mediano y largo el 100% de la población pueda gozar de los avances que en materia de coordinación de los diversos programas y sistemas de salud ha logrado llevar a cabo Chile, sin dejar por ello de reconocer el ejemplo dado en materia de integración, organización, planeación y coordinación de sistemas anteriormente independientes y que hoy en día integran el sistema de sanidad nacional de Chile.

G) EL PERSONAL SANITARIO PARAMEDICO O AUXILIAR Y LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

Podremos preguntarnos cual es la importancia de hacer mencion en este estudio de la salud en México acerca de los tópicos referidos en el substituto de este capitulo, la explicación gira en torno a las funciones que realiza el personal sanitario auxiliar suscrito en un sistema o programa de salud y en su capacitación y disponibilidad hacia las zonas rurales de cada nación, así como la estrecha relación que guardan con los médicos.

En cuanto a los servicios ambulatorios por el momento diremos que es importante establecer sus distintas formas de organización en el mundo. La relación de estos con el centro de salud y mencionar el panorama actual de los mismos.

Iniciaremos entonces, señalando que en los países

latinoamericanos incluyendo el nuestro, el personal sanitario auxiliar desempeña un papel básico y relevante en la salud de estos pueblos, ya que es inegable que la población rural existente en estas naciones en su gran mayoría no satisface sus necesidades sanitarias en forma integral recibiendo los programas de atención médica estatales y privados una importante y considerable participación por parte del personal auxiliar o paramédico.

El término con que se le ha identificado a todos aquellos que colaboran con el personal médico, ya sea en forma directa o independiente no ha sido aún precisado con exactitud, estos es, nos referimos al personal auxiliar, incluso el vocablo "médico" corre la misma suerte, siendo demostrado esto recientemente (1972) por la Organización Mundial de la salud al intentar llegar a una definición de la palabra médico que tuviera aceptación universal.

Aún así, nosotros aceptamos la definición que el doctor Milton I. Roemer, en su libro "PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD" propone y que es la siguiente:

El personal auxiliar es definido "como el asociado en algún modo a la labor de los médicos, pero sin ser doctores por sí mismos". (57)

Si consideramos que en todos los países existen este

tipo de trabajadores de la salud con una formación profesional basada en principios científicos podremos distinguir cuatro tipos básicos y que son:

1. Los curanderos tradicionales
2. Los trabajadores sanitarios paramédicos
3. Los sustitutos elementales del médico y
4. Los sanitaristas de preparación primaria. (58)

Aunque los límites de estas categorías no se encuentren perfectamente bien delimitados ya que con el transcurso de los años los integrantes de cada una de ellas pueden llegar a pasar a otra categoría, podemos mencionar a continuación los rasgos característicos de cada una de ellas, iniciando con los curanderos tradicionales.

Este primer tipo de auxiliar sanitario presenta 3 grandes rubros:

1. Los curanderos tradicionales que se remontan a tiempos antiguos y los cuales practican su técnica médica empleando a la innovación de poderes mágicos y fuerzas sobrenaturales para curar. En los países latinoamericanos y en algunas zonas rurales de África y Asia podemos encontrar a este tipo de curanderos que satisfacen en alguna medida las necesidades de salud.

2. El segundo rubro es aquel que se refiere a los curanderos que a través de los años han aprendido por tradición un conocimiento empírico a base de dietas, hierbas, ejercicio, etc. Así tenemos claro ejemplo en China de acupuntura, la cual no era aceptada por los doctores occidentales sino hasta recientes demostraciones de su efectividad como anestesia, claro que no debemos olvidar que en nuestro país la presencia de estos curanderos no es ajena en las zonas rurales y en aquellos lugares alejados de los centros capitales.

3. La tercera forma de personal sanitario que puede ubicarse como curanderos, son charlatanes, que no son

más que aquellos estudiantes de medicina que han abandonado la carrera por motivos que no interesa analizar por el momento, pero que no se han retirado de la práctica sanitaria sino por el contrario son aquellos que han viajado a algún poblado y para ganarse la vida se han instituido como "doctores". Estos personajes por lo regular emplean herradamente medicamentos y a la vez aplican remedios preparados por ellos mismos siendo posible incluso, que la actividad que ocupe más su tiempo sea la agricultura y solo funjan como "doctores" en sus tiempos libres, por lo que invariablemente no posee consultorios ni un lugar específico para dar sus consultas, acudiendo a los domicilios de los pacientes y por supuesto ajenos a cualquier programa de salud organizado.

Lo que es característico de estos tres tipos de curanderos o personal auxiliar en salud es que todos ellos reflejan la necesidad de servicios de salud no satisfechas de alguna manera científica o sistemática.

Los trabajadores sanitarios paramédicos, constituyen el segundo tipo de auxiliares de salud y son producto de las complejidades de la medicina moderna, son aquellas personas que ayudan al doctor, estrictamente supervisadas por este y los cuales llevan a cabo funciones delegadas.

En los países industrializados el número de personal paramédico ha aumentado considerablemente, sucediendo ello aunque proporcionalmente en los países latinos.

Encontramos dentro de esta clasificación varios tipos de auxiliares en la salud como son:

- 1.- Las enfermeras

- 2.- Los farmacéuticos
- 3.- El técnico de laboratorio o de rayos X
- 4.- El sustituto elemental del Médico
- 5.- Y los practicantes formados para la atención primaria.

En seguida explicaremos brevemente cual es el trabajo que estos personajes desempeñan y sus características. Así iniciaremos por las enfermeras, las cuales ocupan un lugar importante como auxiliares de salud, cuya función en los países europeos y en norteamérica ha sido de gran trascendencia sin embargo el modelo de las enfermeras de países industrializados no es el adecuado para ser aplicado en Latinoamérica, Asia y Africa ya que si consideramos que los años de escolaridad de una enfermera calificada en Europa y Estados Unidos comprenden los estudios secundarios y después la preparación universitaria, podremos darnos cuenta de que no es posible hablar de verdaderas enfermeras calificadas, en los países latinos incluyendo México, Asiáticos y Africanos donde el nivel de escolaridad es poco frecuente sobre todo entre las mujeres y aquellas que llegan a niveles superiores prefieren estudiar otra carrera que enfermería.

"En América Latina, por ejemplo la relación entre médicos y población ha ido mejorando, pero todavía es menor de la mitad que en Estados Unidos, hay solo aproximadamente 0.33 enfermeras graduadas por doctor, en Estados Unidos, por el contrario, la relación es de 2.0 enfermeras por doctor, de ahí que en relación a la población, sólo haya 1/6 de enfermeras graduadas en América Latina por una en la Anglosajona". (57)

Lo que es frecuente en los países subdesarrollados es el adiestramiento de diversos tipos auxiliares de enfermeras, a las cuales se les imparte un curso de formación práctica de dos o tres meses a un año y son llamadas "auxiliares de enfermería" o "enfermeras auxiliares", triplicando de esta forma el número en relación con las enfermeras graduadas.

"Estas trabajadoras de la salud en teoría prestan sus servicios en hospitales y centros de salud o pequeños puestos sanitarios, supervisadas por una enfermera graduada o un doctor" (60). Sin embargo la realidad es distinta, ya que estas enfermeras por lo general son jóvenes originarias de poblados pequeños y alejados de la Ciudad, que están al cargo de alguna pequeña clínica, sin supervisión de doctores o a lo sumo, este se presenta una o dos veces a la semana, por lo que las decisiones relativas a la salud quedan a cargo de la enfermera auxiliar.

Y claro, en el ángulo opuesto existen las enfermeras con estudios y capacitación superior que laboran en los hospitales de las capitales bajo estrictas ordenes del médico.

Opinión del doctor Milton I. Roemer es que "si la América Latina y otras regiones en desarrollo gastaran en la formación de las aldeanas de la salud razonablemente calificadas, lo que gastan en preparar a las muchachas de clase

media para hacer de ellas, enfermeras profesionales graduadas, asistentes del doctor, la población rural estaría recibiendo una atención sanitaria mucho mejor". (61)

Ahora corresponde hablar del segundo tipo de trabajador sanitario paramédico, que es el farmacéutico y que en latinoamérica aún no ha sido reconocido con claridad su función como médico en comparación con Estados Unidos. Así, el farmacéutico tiene sus orígenes en el boticario medieval, que componía remedios y los vendía a la gente. "Fue hasta mediados del XIX cuando los farmacéuticos llegaron a desempeñar un papel paramédico: componer y dispensar medicamentos de acuerdo con las recetas de los médicos". (62)

En la actualidad, este personal auxiliar, sobre todo en los lugares alejados de las Ciudades y en países donde el control de drogas es escaso o ineficiente, el farmacéutico entrega la mayor parte de los medicamentos directamente al paciente.

Por lo que hace a la tercer clasificación del personal paramédico, nos referimos al técnico de laboratorio o de Rayos X, aquel que colabora solo en los diagnósticos, no siendo factible que atienda a los pacientes por sí mismos en forma terapéutica. En este caso también la influencia de Europa y Estados Unidos ha elevado tanto los requisitos educacionales que difícilmente existen suficientes técnicos para cubrir las

necesidades de hospitales y centro de salud.

"Por fortuna los Ministerios de Salud de los países en desarrollo suelen proceder a preparar a sus jóvenes, hombres y mujeres para esta labor técnica sin instrucción universitaria. La formación se efectúa casi siempre en instituciones asistenciales, no en escuelas o colegios.

Milton I. Roemer, nos habla de un cuarto tipo de personal auxiliar denominándolo "sustituto elemental del médico". "Este personal se forma para atender por sí mismo muchos problemas de diagnóstico y tratamiento de los enfermos y sólo envía al médico los casos que considera no poder tratar".

(63)

Por lo regular estos sustitutos médicos se encuentran en las poblaciones rurales, donde las necesidades de salud abundan y requieren ser satisfechas.

Así Roemer nos señala que el personaje que desempeña esta labor además de ser considerado trabajador paramédico, en la práctica hace las veces de sustituto médico en muchas zonas rurales de los países latinoamericanos.

La enfermera auxiliar latinoamericana, que mencionamos al tratar de los trabajadores paramédicos en la práctica hace de sustituto elemental del doctor en las zonas rurales. "En

algunos países latinoamericanos, las personas que primero recibieron formación de inspectores sanitarios (del ambiente) a veces reciben un poco de orientación médica, y son enviados a puestos rurales aislados para hacer el mismo papel". (64)

Para finalizar nuestra clasificación corresponde el lugar a los llamados "practicantes formados para la atención primaria". Siendo de gran interés y ayuda a nuestro estudio el mencionar quienes y como desempeñan este papel en países como los son Rusia, los países del Commonwealth, y Malasia, entre otros.

Milton I. Roemer al respecto considera que muchos países en desarrollo tienen practicantes sanitarios para la atención primaria mejor preparados o paramédicos que han evolucionado respecto del sustituto elemental del médico que vimos anteriormente.

El Feldsher ruso actual, representa el prototipo más perfeccionado de practicante en atención primaria, cuyos estudios son de cuatro años por lo general después de la preparación secundaria y cuya función principal los diferencia de los médicos ya que los primeros laboran como miembros de un equipo en un sistema en el cual predominan la existencia de médico: "más o menos uno por cada 400 personas" (65). Originando ello que su función se encuentre claramente definida: que es la de proporcionar atención auxiliar, no

médica definitiva.

En los Distritos rurales su misión es prestar servicios preventivos y solo enviar los casos difíciles a los médicos. Por otro lado en las ciudades los feldshers, laboran en las policlínicas u hospitales bajo estricto control médico, caracterizándose el desempeño de su actividad por alcanzar diligentísimos niveles profesionales.

Data del siglo pasado, la evolución que los países del Commonwealth han sufrido, creando programas de formación para varios tipos de practicantes sanitarios primarios, debido a la falta de médicos.

En Ceilán donde el doctor Milton I. Roemer realizó un estudio hace algunos años, los practicantes primarios eran llamados "boticarios" debido a que originalmente trabajaban en los hospitales administrando medicamentos. Al transcurso de los años, fueron recibiendo una preparación mayor, dos años después once grados de escuela elemental; destinándoseles a zonas rurales con facultades para diagnosticar y tratar enfermos recurriendo al médico en los casos difíciles.

El estudio realizado en Malasia en el año de 1968, por el mismo Milton I. Roemer revela datos significativos que vale la pena mencionar.

Este país, el pilar de la atención médica primaria en el campo es el "asistente de hospital", cuya formación es similar a la de la enfermera graduada 3 años de estudios posteriores a la secundaria, enseñándosele a diagnosticar, dar medicamentos y practicar cirugías menores, difiriendo de la enfermera en que el primero no realiza labor preventiva que está a cargo de la segunda, todas estas actividades son realizadas en el centro de salud, cuyos responsables son médicos de carrera completa que visitan al centro aproximadamente una vez a la semana.

Nota característica en los países del Commonwealth, es la diferenciación y deslindamiento de responsabilidades entre los trabajadores sanitarios según el sexo. Ello se debe a los prejuicios sociales que prevalecen en los países donde el sexo masculino es el dominante, así mismo se relaciona con los orígenes históricos de muchos de los auxiliares médicos o practicantes, sanitarios primarios, como ocurría con el feldsher ruso, que originalmente era un soldado en campaña de los ejércitos zaristas después de la Revolución Rusa. La política ha cambiado y actualmente el papel que desempeña la mujer en todas las ramas de la vida social económica, política y cultura a nivel internacional es prioritario, claro ejemplo lo es los Feldshers Rusos y los médicos que una gran mayoría son mujeres.

Para finalizar este estudio de los auxiliares sanitarios enumerados cuatro tipos de practicantes sanitarios o sustitutos

del doctor que al menos uno de ellos es el más conocido en nuestro país, y que en muchas zonas rurales llega a adquirir una significativa importancia en la atención a la salud, y nos referimos a los siguientes tipos:

- A) La comadrona o partera
- B) La enfermera dental
- C) El asistente del pediatra
- D) Los ópticos u optometristas.

Los últimos tres asistentes o sustitutos del médico son conocidos a nivel mundial y desempeñan una labor específica que en breve relataremos.

Por lo que hace a la comadrona o partera, debemos entender por ella, la mujer que ha recibido cierta preparación y capacitación en la atención de los partos y las cuales asisten a los pacientes que no representan un caso grave en la mayoría de los hospitales y clínicas, tanto privadas como del gobierno. Esto sucede en la totalidad de los países europeos y en los países en vías de desarrollo en un porcentaje del 80% del total de parturientas. Como mencionábamos en líneas anteriores solo los casos difíciles son enviados con el médico, sin embargo los casos de excepción a este hecho los constituyen Estados Unidos y Canadá, en los cuales los partos son atendidos por médicos.

"En los países en desarrollo las comadronas con diversos niveles de preparación, son las encargadas de casi todos los

alumbramientos en el campo y de la mayoría de ellos en las Ciudades. Es probable que en el campo asistan a muchos alumbramientos comadronas no preparadas que han aprendido por la observación y la tradición, pero cada vez son más los casos en que intervienen comadronas preparadas y autorizadas por el gobierno". (66)

El segundo tipo de practicante sanitario auxiliar, es la llamada enfermera dental, tiene sus orígenes en Nueva Zelanda en el año de 1920, la que en un sentido estricto no es una enfermera, sino que más bien proporciona cuidados dentales virtualmente completos a los niños de las escuelas, con muy poca supervisión por un odontólogo.

Los asistentes del pediatra que constituyen la tercera forma del sustituto médico primario por lo general son enfermeras que prestan sus servicios a los niños en las zonas rurales.

Y por último el óptico o comenmente llamado en Estados Unidos optometrista, trata algunos problemas de la vista y generalmente atiende aquellos pacientes que necesitan este servicio sin ser enviados con un doctor.

* COMENTARIOS GENERALES *

Del análisis de este subtema relativo al personal sanitario auxiliar se desprenden una serie de consideraciones

de carácter fundamental que anotaremos a continuación en virtud de que las mismas nos abrirán el camino hacia una más fácil comprensión del papel que desempeñan estos personajes enumerados en líneas anteriores y su trascendencia en la América Latina.

De esta forma pasemos a señalarlas:

1) En todos los países latinos tanto el personal auxiliar de salud, como los sustitutos elementales del doctor, se encuentran en constante cambio. Ello implica que el papel que desempeñan el personal paramédico se está transformando día a día en el sustituto elemental del doctor y a su vez este último que anteriormente contaba con una escasa preparación, se convierte ahora en el practicante sanitario primario bien preparado.

2) El número de médicos con que cuenta un país, en estricta relación con las necesidades sanitarias de su población y su demanda, incide determinantemente sobre las funciones que desempeñan los trabajadores sanitarios auxiliares. Esto se traduce de la forma siguiente: Si son escasos los médicos que atienden a la población del país es sobre los trabajadores auxiliares quien recaerá mayor responsabilidad, aplicándose lo anterior en mayor medida a los practicantes sanitarios primarios que al personal paramédico, que lo constituyen: técnicos, enfermeras, fisioterapeutas, etc., ya que existen en un alto porcentaje estos últimos en los lugares donde la proporción de doctores es igual de alta y la especialización es de primer orden.

3) Factores que de igual forma inciden sobre las funciones desempeñadas por los trabajadores sanitarios auxiliares, sin duda son: los sistemas de organización de los servicios de salud, la organización política de cada país; la educación, la filosofía de clases de los sistemas de servicios de salud entre otros. En los países socialistas por ejemplo, los servicios de salud han quedado predominantemente organizados como servicio estatal, con un pequesísimo sector privado nada más, pero inclusive en los países no socialistas en desarrollo, la atención sanitaria en las zonas rurales esta en gran parte en manos del gobierno."

Es pertinente agregar que dentro del contexto estatal,

la utilización de los trabajadores sanitarios auxiliares es mayor, debido a que son más fáciles de someter a supervisión.

Las actitudes que las autoridades estatales adoptan dentro del contexto político sanitario y la organización de estos sistemas se transforman en un mecanismo alentador o inhibitorio como suele suceder en muchos países del Africa y de nuestro continente, en los cuales, las actividades de curanderos o sanadores tradicionales cada día es reemplazada por los actuales gobiernos, sobre todo aquellos en donde estos personajes tienen su fuente de origen en la mezcla de las culturas indígena y española. En conclusión poco a ningún esfuerzo se ha llevado a cabo para integrar y capacitar al curandero indio en el moderno sistema de salud.

La educación es en si mismo un factor determinante en la formación y progreso de cualquier nación a ello se debe "que los sistemas de educación de diferentes tipos de personal auxiliar de salud, dependen en gran parte del sistema educativo general". Si pensamos que la educación secundaria; en muchos países como actualmente sucede, esta limitada ser impartida en las grandes ciudades, solo aquellos hijos de familiar de clase media podrán llegar a escalar distintos puestos o empleos sanitarios que no requieran más de cuatro o seis grados de escuela elemental, partiendo que para una chica que después del sexto año de primaria cursa la instrucción elemental para algún tipo de trabajador auxiliar, es lógico que la misma

encuentra mayores obstáculos para ir ascendiendo, en comparación con los estudiantes de secundaria que terminados sus estudios como auxiliares sanitarios, con un poco más de preparación puede llegar a niveles superiores, Ejemplo claro son los estudiantes de medicina rusos que en un 25% han sido feldshers o ex-enfermeras.

Desafortunadamente los auxiliares sanitarios de nivel educativo inferior en su gran mayoría provienen del campo.

4) Otro aspecto fundamental relacionado con el papel de los trabajadores auxiliares sanitarios, es la filosofía de los diversos sistemas de salud latinos, en lo tocante el derecho de la población a obtener atención médica.

"Si los servicios de salud son esencialmente un derecho civil, al alcance de todos sin pagar el precio de mercado los trabajadores sanitarios auxiliares aparecen como parte de un grupo dedicado a cuidar la salud de la gente con funciones determinadas por consideraciones de eficiencia, no por el origen social del paciente. En las sociedades mixtas a plurales en cambio donde algunos cuidados sanitarios son proporcionados mediante algún sistema organizado oficial y algunos otros se compran en el mercado privado, el papel de los trabajadores sanitarios auxiliares, tienen un significado distinto". (67)

En este último caso el sustituto del médico es empleado para dar atención a pacientes de escasos recursos económicos, mientras que los médicos con alta capacitación, junto con sus ayudantes paramédicos se reservan a la clase económica solvente.

La realidad de america latina al respecto debería ser más lógica en este sentido; y partiendo de la premisa mayor que el objetivo de la actividad del personal sanitario auxiliar es

prestar servicios de salud eficaces y efectivos, se deduciría que los equipos de salud con un abundante empleo de personal auxiliar deben basar sus requerimientos en la tecnología médica y en las necesidades objetivas de los pacientes, por lo que los mismos no deben tener relación alguna con estatutos social y económico del paciente atendido, solo de esta forma podrá asegurarse la llegada tanto en los países industrializados como en desarrollo de un sistema de salud que proporcione servicios sanitarios a todo el mundo.

SERVICIOS AMBULATORIOS

Una vez finalizado el estudio del personal sanitario auxiliar, y su importante papel en la América Latina, corresponde abordar el tema de los servicios ambulatorios, sus antecedentes y situación actual.

Iniciaremos nuestro tema, desentrañando el significado de los vocablos "servicios ambulatorios", los que entendemos como aquellas instituciones o centros de asistencia dedicados a prestar servicios curativos y en algunos casos preventivos fuera de la institución llamada hospital.

Históricamente la primer forma de organización de los servicios de salud a pacientes no institucionalizados se orientaba hacia los pobres.

En Francia en el siglo XVII y posteriormente en Londres

inicialmente se formaron centros de consultas para ayuda de los pobres encontrándose estos lugares independientes de los hospitales, estos sucedió antes de que aparecieran departamentos para pacientes ambulatorios en los hospitales, su actividad principal de estos centros era dispensar medicinas por lo que recibieron el nombre de "dispensarios".

En el Siglo XVII, en lo que ahora son los Estados de Nueva York, Filadelfia y Boston, se organizaron también dispensarios con servicios similares a los creados en Europa.

Fue hasta el siglo XVIII y XIX en Europa cuando los hospitales crearon clínicas para los pacientes ambulatorios, que por lo general se trataban de individuos pobres, ya que en esta época la población acomodada prefería pagar un médico privado, antes de acudir a un centro ambulatorio. Al implementarse el Seguro Social Europeo, los obreros de escasos ingresos, tenían acceso a los médicos privados generales, ya que los honorarios eran cubiertos por la caja del seguro, pero la atención de especialistas era dispensada en la sección de pacientes ambulatorios del hospital.

A pesar de que los obreros podían acudir a estos centros de salud las cajas de seguridad organizaron centros ambulatorios separados del hospital, los cuales recibieron el nombre de "poloclínicas", proporcionando servicios médicos por especialistas.

Las clínicas organizadas para servicios preventivos aparecieron también en Europa a principios del Siglo XX, iniciando su fundación entidades voluntarias y posteriormente organismos oficiales se encargaron de esta tarea en bienestar de los infantes, llegando incluso a distribuir leche entre menesterosos. Se organizaron también clínicas para atender a tuberculosos y pacientes contagiosos, por enfermedades venéreas, así mismo aparecieron en las escuelas clínicas dedicadas a realizar exámenes, inmunizaciones y primeros auxilios para los escolares, siendo también en esta época la aparición de puestos de salud para primeros auxilios en algunas fábricas a fin de proporcionar esta ayuda a los trabajadores lesionados. Todas estas ideas surgidas en Europa no tardaron en difundirse por todo el continente americano.

"En la esfera de la atención médica ambulatoria privada, la idea de la organización nació realmente en Estados Unidos, donde a diferencia de Europa, el servicio de especialista no estaba ligado al hospital. En la sección de pacientes ambulatorios para pobres del hospital se podría suministrar cierta variedad de servicios de especialidades, pero para el paciente privado, consultar con su especialista significaba hacer visitar a diferentes lugares. Con el fin de coordinar las especialidades y llevar el servicio a las poblaciones pequeñas se lanzó la idea de clínica médica privada o "práctica de grupo" que empezó por iniciativa de los hermanos Mayo en

Rochester, Minnesota en 1887". (68)

Es en 1920 en Inglaterra, cuando surge otra concepción de los centros de salud auspiciada por Lord Dawson de Penn, quien publicó un informe relativo a la creación y formación de una red de centros de salud que estarían ubicados en cada barrio, y en los cuales se proporcionarían servicios preventivos a cargo de las autoridades sanitarias y el tratamiento primario de medicina general.

Todo esto sería aplicado en beneficio no solo de los pobres sino de quien requiera de ello, integrándose de igual forma los servicios preventivos y curativos correspondientes.

Años después Lord Dawson tuvo algunos otros seguidores como el doctor Hermann Biggs, comisionado de salud en Nueva York y J.L. Pomeroy, oficial de salud del Condado de los Angeles, sin embargo al concluir la primera guerra mundial las anteriores ideas no encontraron tierra fértil para ver sus frutos, aunado que el ambiente de la profesión médica privada se robustecía y surgía la oposición de los doctores a la idea de este tipo de atención médica de los centros de salud que significara una amenaza económica a la práctica privada y la idea de convertirse en servidores a sueldo del estado "por eso la idea del centro de salud pronto se redujo al suministro de servicios puramente preventivos que dejaba el tratamiento al médico privado o para los pobres al dispensario de caridad o a

la sección de pacientes ambulatorios de los hospitales. (60)

En realidad la idea del centro de salud se puso en práctica en una colonia Rural Inglesa, con fines exclusivamente preventivos. Aún así por ejemplo en Ceilán en el poblado de Kalutura allá de 1926 se instaló un pequeño centro con personal facultativo que ofrecía exámenes médicos a madres e hijos, inmunizaciones, atención a partos, educación para la salud y servicios de saneamiento del ambiente, sin proporcionar tratamiento ambulatorio, ello se extendió rápidamente entre los países en desarrollo, debido a los problemas agudos de enfermedades infecciosas y a la elevada mortalidad infantil, en Asia, Africa y America Latina, haciéndose incapie en la labor preventiva.

Otra nación que no detuvo su transformación en materia sanitaria es Rusia, ya que poco después de la Revolución de 1917 la Unión Soviética reorganizó por completo los servicios de salud, sobre la base de la creación de centros de salud que proporcionarían servicios curativos, integrando los preventivos. "El gobierno socialista se deshizo del médico empresario y los doctores y demás personal de salud fueron contratados con sueldo por el Ministerio de Salud". (70)

No es sino después de la Segunda Guerra Mundial cuando el concepto del centro de salud integrado con fines preventivos y curativos es plenamente aceptada. Uno de los hitos

Principales fue el informe de la Comisión Planificadora y Examinadora de salud de la India, presidida por el Sr Joseph Shore, publicado en 1946, entre otras cosas este monumental estudio preconizaba la creación de una red de centros de salud primarios para dar servicios tanto preventivos como curativos que abarcaran todo aquel vasto país". (71)

Nota curiosa que surge en el desarrollo histórico de los servicios ambulatorios, es la influencia que los Estados Unidos han impriso en países como Japón y Latinoamericanos ya que la idea del centro de salud integrado en todas estas naciones en un principio no fue aplicada ya que solo se pusieron en práctica las funciones puramente preventivas, así "en América Latina la política del Instituto de Asuntos Interamericanos, creado por Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial, fue promover las funciones preventivas en los centros de salud y no se pasó al enfoque integrado sino mediados de los años cincuentas". (72)

De igual forma Japón creó varios centro de salud por su nación con funciones preventivas, sin existir relación de estos con el sistema de atención médica por medio de doctores privados o financiado por distintos planes de seguridad.

A manera de colorario es posible detallar por lo menos cinco formas adoptadas de organización de los servicios ambulatorios fuera de los hospitales, que enumeramos a

continuación:

- 1) El dispensario separado, para atención de enfermos.
- 2) El Departamento para pacientes externos del hospital.
- 3) Clínicas preventivas especializadas, dependientes de organismos de salud pública, industrias o escuelas.
- 4) Práctica médica privada en grupo.
- 5) Centros de salud con fines preventivos o integrados los preventivos y los curativos". (73)

Una vez que se ha realizado una síntesis histórica de los servicios ambulatorios, corresponde hablar de la situación actual de los mismos en latinoamérica y de acuerdo con la experiencia y estudios transmitidos por el Doctor Milton I. Roemer. La tendencia actual se inclina hacia la integración de los servicios ambulatorios aunque en algunos países en desarrollo latinos, el dispensario o la clínica separada proporciona atención a enfermos y los servicios preventivos sólo se encuentran en instalaciones operadas por los Ministerios de Salud. Por otro lado las secciones de pacientes ambulatorios de los hospitales se extiende cada día más y en estos sitios la atención es prestada por especialistas. Ello se manifiesta claramente ya que al incrementarse la especialización de la medicina y la utilización de servicios médicos las secciones de pacientes externos en los hospitales se ha ampliado, existiendo en proporción mayor los espacios para pacientes ambulatorios, en relación con los internos.

"Los grandes hospitales suelen tener muchas clínicas de

especialidades para medicina, cirugía, obstetricia, pediatría y así sucesivamente, por cierto que uno de los problemas más ampliamente percibidos en muchos países es la fragmentación de la atención en estas clínicas especializadas sin que ningún médico primario tenga una visión general del paciente". (74)

En lo tocante a las clínicas preventivas especializadas, su campo de acción se desarrolla respecto de la atención materno-infantil, y algunos casos de enfermedades contagiosas como la tuberculosis y las venéreas. En los países en desarrollo por lo general estos servicios se encuentran inmersos en algún programa general de los centros de salud "las clínicas para trabajadores industriales de las factorías y para niños de las escuelas, por otra parte son comunes tanto en los países capitalistas industrializados como en los socialistas, pero raramente se ven en los países en desarrollo". (75)

Algunos casos específicos los encontramos en las clínicas dentales o para alcohólicos, drogadictos y enfermedades mentales, las cuales aumentan en los países industrializados y no así en los latinoamericanos, en relación con los casos de drogadicción y alcoholismo que día a día surgen en países como el nuestro y que requieren de una atención especializada, permanente.

"La práctica médica privada de grupo, tiene su máxima vitalidad en Estados Unidos y Canadá que es donde la medicina

privada de especialidades en conjunto tiene mayor fuerza"(76). Inglaterra por su parte es modelo a seguir en lo que se refiere a grupos médico generales. Los cuales están compuestos por dos o tres doctores; a pesar de ser grupos reducidos en la actualidad "se considera que a penas 25% de los médicos generales ingleses, siguen ejerciendo solos" (77). Lo más importante de la práctica médica privada inglesa, es que se ha registrado en los últimos años un aumento de médicos que acuden a los centros de salud operados por las autoridades de salud pública a efecto de prestar sus servicios, funcionando este mecanismo de asistencia en que los médicos ven a sus pacientes en estos lugares, pagando una renta al gobierno siendo importante la estrecha y permanente relación de los facultativos con las clínicas preventivas y los servicios de enfermeras del departamento local de salud.

Por último hablemos del centro de salud, que si bien sus orígenes fueron servicios meramente preventivos, actualmente la idea de la integración de estos con los curativos es puesta en práctica a una mayor escala.

Es importante reconocer que el centro de salud es el lugar donde sin lugar a equivocarnos, la población tiene mayor contacto con la atención científica de la salud; y no referimos en concreto a Latinoamérica y algunas zonas rurales de Asia y Africa, puesto que en estos lugares el curandero tradicional local es quien ayuda y proporciona la atención curativa; y sólo

aquellos casos difíciles y delicados en donde se aplica científicamente la medicina son enviados al centro de salud. La diferencia de los centros de salud rurales y los ubicados en las grandes ciudades radica que los primeros presuponen servicios integrados o sea tanto preventivos como curativos ya que los mismos se encuentran a una distancia considerable de los hospitales ciadinos, así los centros de salud de las grandes urbes por lo general solo cuentan con atención preventiva.

En los países en desarrollo cuya economía es un foco más estable, se entiende que el personal del centro de salud consta de un médico, ayudantes auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, comadronas, un dispensador de medicamentos y a veces un técnico de laboratorio. Pero son comunes los vacantes en el puesto de médicos y el resto del personal queda entonces abandonado a sus propios conocimientos. Una norma frecuente es que un centro de salud de este tipo sirva para 20,000 o 30,000 personas, con puestos de salud o subcentros en torno suyo dotados solo de personal auxiliar para más o menos 5,000 personas por cada uno". (78)

Debemos reconocer que en algunos países latinoamericanos como, Chile Venezuela, Jamaica o México sus centro de salud rurales y urbanos tienen doctores y por lo menos aquellos ubicados en los Estados o Provincias reciben periódicamente la visita de un médico o en su defecto de un ayudante médico.

Respecto a las enfermeras profesionales su existencia en los países latinos se ve condicionada por diversos factores como lo son escasa instrucción de las mujeres en comparación con la recibida por los hombres, la estructura social en clases y las actitudes respecto del trabajo, todo ello origina que este personal auxiliar no abunde en relación con el porcentaje de médicos existentes y aquellas enfermeras calificadas que si poseen las diversas nociones mencionadas, generalmente las encontraremos en las Ciudades, colaborando junto al médico en los hospitales.

En cambio en los centro de salud rurales, el puesto lo desempeñan auxiliares de enfermería, con menor preparación.

"Podemos explicar estas paradójicas desigualdades sólo en términos de un sistema de valores que pone la salud de la población rural en un nivel inferior al de la urbana". (79)

En los países industrializados sus centros de salud pueden constituir un modelo a seguir ya que por lo menos en Estados Unidos, Japón y Australia, el centro de salud es el lugar donde el departamento de salud local presta servicios preventivos en un amplio sentido, estos lugares proporcionan una vasta gama de servicios ambulatorios preventivos y curativos a la población. Por ejemplo en Israel estos centros son patrocinados por el Ministerio de Salud o en su defecto por

el Kupat Holim que no es más que el seguro de salud para los trabajadores. En Rusia y demás países socialistas se aplican las mismas ideas. "Es básicamente la idea que "-sustentan los centros vecinales de salud-" lanzadas recientemente por el U.S. Office Of Economic Opportunity en los Distritos más pobres de las Ciudades norteamericanas. Todos estos centros de salud suelen tener no uno sino varios doctores, entre ellos muchas veces algunos especialistas". (80)

Recapitulando y concluyendo nuestras ideas respecto de los servicios ambulatorios es necesario mencionar tres directrices fundamentales que sustentan su evolución, organización y vigencia las cuales son:

1) La fundación y evolución de los hospitales que atienden enfermos graves, ocasionando un desarrollo prolifero en la especialización de programas de atención médica especializados.

2) En sentido opuesto al punto primero, la atención ambulatoria en los centros de salud, interviene cuando el padecimiento no es grave y en realidad tiende a prevenir las enfermedades, motivado por la preocupación de una atención primaria por la orientación general en materia de salud del paciente y su familia en contraste con la terapia especializada de los casos concretos.

3) Por último el movimiento de regionalización en materia de salud que se está presentando en casi todas las naciones latinoamericanas, ya que en mayor o menor medida se traduce en la organización a través de sistemas de los servicios de especialistas y de hospital así como los ambulatorios y la medicina general.

Por ende esta coordinación entraña la integración de los servicios curativos y preventivos para los pacientes ambulatorios proporcionados ya sea en dispensarios, centros de

salud, o consultorios privados con la atención hospitalaria, y como mencionabamos en la primera directriz, debido a la especialización de la medicina y la técnica médica es necesario que los servicios de salud de los pacientes ambulatorios sean satisfechos por un grupo o equipos de personal sanitario y no en forma limitada a través de un médico aislado.

CITAS BIBLIOGRAFICAS
CAPITULO I.

- 1.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional Asistencia Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA. Biblioteca de la Salud, Tomo IV, México 1988, página 15.
- 2.- La Salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo Institucional, Asistencia Social, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la Salud, Tomo III, México 1988, Página 16.
- 3.- El Derecho Social y la Seguridad Social Integral; FRANCISCO GONZALEZ DIAZ LOMBARDO: Textos Universitarios, México 1978, Página 391.
- 4.- IDEM.
- 5.- IDEM.
- 6.- La Salud en México Testimonios 1988, Desarrollo Institucional, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNA, Biblioteca de la salud, México 1988, página 20.
- 7.- IDEM
- 8.- IDEM página 22.
- 9.- IDEM página 20.
- 10.- IDEM página 26.
- 11.- La Salud Desigual en México, DANIEL LOPEZ ACUNA, Editorial Siglo XXI, México 1987, Página 214.
- 12.- IDEM página 215.
- 13.- IDEM página 217.
- 14.- IDEM página 221.
- 15.- IDEM página 222.
- 16.- Reforma Constitucional y Legal 1982-1987. Reflexiones y Apuntes Bibliográficos. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 1987, página 56.
- 17.- Prespectiva Mundial de los Sistemas de Salud, MILTON I. ROEMER, Siglo XXI, México 1976, página 37.
- 18.- IDEM.

- 19.- IDEM.
- 20.- IDEM página 38.
- 21.- IDEM página 39.
- 22.- IDEM.
- 23.- IDEM.
- 24.- IDEM página 40.
- 25.- IDEM página 41.
- 26.- IDEM.
- 27.- IDEM página 43.
- 28.- IDEM página 109.
- 29.- IDEM página 111.
- 30.- IDEM página 112.
- 31.- IDEM.
- 32.- IDEM página 113.
- 33.- IDEM página 114.
- 34.- IDEM página 114.
- 35.- IDEM página 120.
- 36.- IDEM .
- 37.- IDEM.
- 38.- IDEM página 121.
- 39.- IDEM.
- 40.- IDEM.
- 41.- IDEM página 118.
- 42.- IDEM página 115.
- 43.- IDEM.
- 44.- IDEM página 117.
- 45.- IDEM página 121.

- 46.- IDEM.
- 47.- IDEM página 122.
- 48.- IDEM.
- 49.- IDEM.
- 50.- IDEM página 123.
- 51.- IDEM página 125.
- 52.- IDEM.
- 53.- IDEM página 126.
- 54.- IDEM.
- 55.- IDEM.
- 56.- IDEM página 127.
- 57.- IDEM página 328.
- 58.- IDEM página 319.
- 59.- IDEM página 321.
- 60.- IDEM.
- 61.- IDEM.
- 62.- IDEM página 322.
- 63.- IDEM página 323.
- 64.- IDEM página 324.
- 65.- IDEM.
- 66.- IDEM página 326.
- 67.- IDEM página 328.
- 68.- IDEM página 332.
- 69.- IDEM.
- 70.- IDEM página 333.
- 71.- IDEM.

- 72.- IDEM página 334.
- 73.- IDEM.
- 74.- IDEM página 335.
- 75.- IDEM.
- 76.- IDEM.
- 77.- IDEM página 336.
- 78.- IDEM página 337.
- 79.- IDEM página 338.
- 80.- IDEM página 339.
- 81.- IDEM.
- 82.- IDEM página 372.
- 83.- IDEM página 372.
- 84.- IDEM página 376.
- 85.- IDEM página 388.

CAPITULO II

ESTUDIO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD COMO UNA "GARANTIA SOCIAL"

A) LAS GARANTIAS INDIVIDUALES COMO AUTENTICOS DERECHOS DE LOS GOBERNADOS.

Parte Introductoria.

Antes de iniciar el estudio de este Segundo Capitulo, es necesario realizar algunos comentarios del hombre y las relaciones sociales que conforman su vida.

Como todos sabemos, diversos autores, tanto estudiosos del derecho, como filósofos y sociólogos al referirse al hombre han coincidido en señalar en el mismo un doble carácter, por un lado es un ser individual con características y particularidades propias que lo hacen distinto y superior de cualquier criatura que exista sobre la tierra; podemos referirnos sin temor a equivocarnos que estas atribuciones del hombre son: la inteligencia y el Raciocinio, el cual se traduce en la capacidad de discernimiento y voluntad, que en otras palabras lo llamamos el "Libre Albedrío".

Por otro lado, encontramos en el ser humano un segundo carácter, su "Sociabilidad" con todo aquello que le rodea, esto podemos entenderlo como la capacidad del ser humano de establecer comunicación con sus semejantes y obtener relaciones de intercambio ya sea de carácter científico, jurídico, político, educativo, etc.

Es por ello y a pesar de ser una frase utilizada por muchos autores, no sólo en la rama del Derecho, sino en la misma Filosofía; no podemos dejar de mencionar que el hombre es un "Zoon Politikón" entrañando con ello, que el hombre es un ser que vive y se desarrolla dentro de una comunidad o sociedad, creando dentro de estas múltiples interacciones situaciones de beneficio común, pero también situaciones de conflicto ya sea colectivo o personales.

Y decimos que se van a originar una serie de conflictos en esta convivencia, porque el hombre como ser individual posee una serie de derechos o prerrogativas que ejercita frente a los demás y que en muchas ocasiones estos derechos invaden la esfera de existencia de el prójimo, llegando a lesionar las prerrogativas que éste a su vez también disfruta.

De este modo, para que sea dable y posible que se lleve a cabo el desarrollo social o la vida comunitaria, es menester que la actividad de cada quien se encuentre limitada en tal forma, que su ejercicio no ocasione el desorden y el caos, que destruya la convivencia humana.

"Esas limitaciones a la conducta de los miembros de la comunidad en sus relaciones con otros sujetos; se traduce en la aparición de exigencias y obligaciones mutuas cuya imposición no sólo es natural, sino necesaria y es obra del "Derecho". (86).

Pero todas estas disposiciones limitativas de los derechos individuales necesitan actualizarse y hacerse exigibles, por ello es necesario que las mismas queden plasmadas en un documento que expida el Poder Legislativo que a su vez requiere de un órgano determinado, con el poder o facultad de hacer cumplir estos requerimientos, aún en contra de la voluntad del individuo. Este órgano recibe el nombre de Autoridad, la cual es conceptualizada como la actuación suprema dentro de un Estado de Derecho, implicando "un conjunto de facultades y actos, tendientes a "Garantizar" el orden de Derecho, mediante su idónea aplicación, contra posibles contravenciones por parte de los individuos de la comunidad, asegurando así el orden social" (87).

Debe entenderse que el Estado investido de su facultad de Imperio necesita de órganos específicos para poder llevar a cabo sus fines, de este modo y a través de las diversas autoridades del Estado, logra la prosecución de los mismos, aunque no debemos olvidar que el verdadero Poder del Estado, nace y se forja en un poder social, cuyo titular es el Estado, como una organización formal jurídico - política de la sociedad humana y en la cual recae originalmente la Soberanía.

Siguiendo el orden de las ideas, el pueblo o voluntad social necesita de un titular que es el Estado y si en el primero de ellos recae la Soberanía, por ende uno de los

principales atributos del Estado es el de ser Soberano.

El término de Soberanía, deriva de la conjunción "Super-omnia", que significa sobre todo, traducidiéndose en el atributo del poder del Estado que "supedita todo lo que en él existe y subordina todos los demás poderes y actividades que se desplieguen en su interior" (88). No es nuestro fin, más sin embargo, para la completa comprensión de nuestro tema, es necesario apuntar brevemente las restricciones a que se encuentra sujeta la Soberanía del Estado.

Por una parte, y como ya mencionábamos, las doctrinas modernas confirman que el pueblo, siendo el real depositario del poder soberano, marca las restricciones necesarias y en ejercicio de éste decide desplegar su actividad dentro de ciertos cauces jurídicos, en una palabra se Autolimita. Además de que de igual manera decide la forma de vida que más le convenga, seleccionando la forma de constituirse y el sistema para su funcionamiento, llamándole a ello, Autodeterminación.

Ambos atributos de la Soberanía: la Autolimitación y Autodeterminación, vienen a constituir el límite a las arbitrariedades del Estado, forjándose con elló un orden de Derecho. Su fundamentación legal, se encuentra en la propia Constitución de 1917, donde es plasmado en el artículo 39 el nacimiento de la Soberanía Nacional, la cual corresponde esencial y originalmente al pueblo. Los adverbios esencial y

originalmente se traducen, el primero de ellos, en que la soberanía es Consustancial y concomitante al pueblo, en otras palabras, éste tiene el atributo de Soberano Supremo y el segundo, se refiere a que el pueblo es el único sujeto real de la soberanía pero en atención a circunstancias prácticas no podría desempeñarlo dentro de una organización estatal, por lo que es necesario delegar su ejercicio en órganos creados por él expresamente, los cuales llevan a cabo el poder soberano en forma derivada.

Lo anterior, lo encontramos plasmado en el Artículo 41 de la Constitución de 1917.

La parte final del artículo 39 Constitucional, al señalar que "el pueblo tiene en todo tiempo el inalienable derecho de alterar o modificar su forma de gobierno", se refiere al hablar del carácter inalienable, que la soberanía es inseparable del pueblo, es parte integral del pueblo mismo, excluyéndose la posibilidad de delegar la Potestad Soberana, ya que lo que se confiere a las autoridades es su Ejercicio.

Las mencionadas facultades de autodeterminación y de autolimitación del Estado, se encuentran contempladas en nuestro ordenamiento Constitucional, la primera de ellas se contempla en el Artículo 40 el cual dispone que "es voluntad del pueblo mexicano, constituirse en una República Representativa Democrática y Federal, compuesta de estados

libres y soberanos en todo lo que concierne a su régimen interior".

Por lo que hace a la facultad de autolimitación, esta es consagrada en forma de declaración Inicial General, en el artículo primero constitucional, la cual tiene el otorgamiento de las "Garantías Individuales". Entendiendo este atributo de autolimitación como la restricción a la actividad del Estado por el orden jurídico, pudiendo nosotros señalar que no sólo la consagración de las Garantías Individuales la prevén, sino también el principio de la legalidad, haciéndose de este modo extensiva en toda la Constitución. Siguiendo este orden de ideas, las autoridades del Estado, son los órganos que representan y sólo podrán desempeñar su actividad, bajo el carácter de representantes del Estado como persona jurídica, bajo los lineamientos y atribuciones que la Ley les confiera y nunca de "Motu Proprio".

Al realizar nosotros, el análisis de lo anteriormente apuntado, podemos afirmar que las Garantías Individuales denotan esencialmente el principio de seguridad jurídica, al cual podemos llamarle juridicidad, la cual implica la obligación de todas las autoridades del Estado de someter todos y cada uno de sus actos al Derecho. No podríamos concebir actualmente un Orden de Derecho o Sistema Jurídico sin la existencia de las Garantías Individuales, ni podría del mismo modo, asegurarse la libertad y la justicia de ninguna Nación

sin la preexistencia de tales instituciones.

1.- Diversas Acepciones del Concepto "Garantía".

Una vez que hemos hecho un breve análisis de la importancia de las Garantías Individuales como medios protectores de los derechos y prerrogativas de los individuos que forman la sociedad mexicana y al mismo tiempo, como auto-reguladores del Poder Público, corresponde examinarlas a través de su conceptualización.

Es en esta parte de nuestro capítulo segundo, donde precisaremos el sentido y alcances de las Garantías Individuales, desentrañando su significado y analizando los elementos constitutivos de su concepto.

Empezaremos por mencionar que la palabra "Garantía", deriva del término anglasajón "Warranty" o "Warantie" que significa la acción de asegurar, proteger, defender o salvaguardar.

En sentido lato, "Garantía" es el aseguramiento o afianzamiento, así como la protección, el respaldo, defensa, salvaguardia y apoyo.

El origen de esta figura jurídica, se encuentra dentro del campo del Derecho Privado, teniendo en él las acepciones antes mencionadas.

El vocablo "Garantía", nació a la vida jurídica bajo la legislación francesa, tomándola posteriormente el resto de los pueblos a mediados del Siglo XIX.

"El concepto garantía en Derecho Público, ha significado diversos tipos de seguridades o protecciones en favor de los gobernados dentro de un Estado de Derecho, es decir, dentro de una entidad política estructurada y organizada jurídicamente, en que la actividad del gobierno está sometida a normas pre-establecidas que tienen como base de sustentación, el orden constitucional. (89)

Otros autores, apuntan que Garantía, "Es la seguridad que se ofrece para el cumplimiento de una obligación, ya sea por tercera persona, garantía personal (fianza) o mediante una cosa (garantía real: hipoteca) (90). "Acción y efecto de afianzar lo estipulado". (91)

Podemos darnos cuenta que las 2 anteriores definiciones, pertenecen efectivamente al vocablo "Garantía", pero enfocados hacia el campo del Derecho Civil o Mercantil, y no así al Derecho Constitucional, que es el que nos atañe en el presente estudio.

El punto de discrepancia que surge al tratar de desentrañar el significado de "Garantía", radica en que algunos

estudiosos, enfocan sus investigaciones y su criterio hacia el sentido "Lato" del vocablo y no hacia el verdadero sentido de la palabra, que es el de las Relaciones entre Gobernados y Gobernantes, por ello, la doctrina no ha podido ponerse de acuerdo en la acepción estricta que debe otorgarse al concepto, surgiendo discrepancias e ideas confusas e incluso generalizadas del mismo, llegándose a hablar incluso de "Garantías Institucionales" como medios de protección de algunas instituciones, establecidas por la regulación constitucional, ocasionándose con ello la terrible confusión de identificar las Garantías con la misma Constitución, olvidando que el objetivo es encontrar el verdadero sentido de las llamadas Garantías Individuales o del Gobernado.

Es pertinente realizar una breve síntesis, del pensamiento de autores como Jellinek, Kelsen y Fix Zamudio entre otros, acerca de las diversas clasificaciones de las Garantías, que estos estudiosos proponen y que ahora nosotros recopilamos con el objeto de ampliar nuestro panorama de estudio y permitirnos más adelante, comprender las diferencias conceptuales y esenciales que fundamentalmente distinguen a las Garantías Individuales, de las Garantías Sociales respectivamente.

Así pues, Jellinek propone tres clases de Garantías:

Primero.- Las Garantías Sociales, en las cuales enmarca la religión, la costumbre y las fuerzas culturales.

Segundo.- Las Garantías Políticas, comprendiendo en

ellas la organización y funcionamiento del Estado y la División de Poderes.

Tercero.- Las Garantías Jurídicas, que no son más que "Los sistemas de fiscalización de los órganos Estatales de Responsabilidad Oficial, de jurisdicción y de los medios para hacer efectivas las normas de derecho objetivo". (92)

Con respecto a esta clasificación, es necesario advertir que la misma adolece de generalidad, ya que si bien realiza una división lógica de los tipos de Garantías que existen, la misma sólo es vista a través del concepto general de la palabra Garantía, no siendo más específica y particular, elemento esencial en el estudio de las Garantías Individuales.

Por lo que se refiere a Kelsen, él mismo nos habla de Garantías de la Constitución, identificándolas como "los medios para asegurar el Imperio de la Ley Fundamental frente a las Normas Jurídicas secundarias para garantizar el que una norma inferior se ajuste a la norma superior que determina su creación o contenido". (93)

Es claro que en este caso, Kelsen se refiere al hablar de "medios para asegurar el Imperio de la Ley Fundamental" a los sistemas o medios para garantizar el exacto cumplimiento de la Constitución, llegando incluso a confundir a las propias Garantías con la Constitución misma, sin atender al verdadero sentido de las Garantías del Governado.

Por último, el Maestro Fix Zamudio, nos dice:

"Sólo pueden estimarse como verdaderas Garantías, los medios jurídicos para hacer efectivos los mandatos constitucionales" (94), y clasifica a ésta en dos:

a).- Garantías Fundamentales; comprendiendo en ellas, las individuales, sociales e Institucionales.

b).- Garantías de la Constitución; que son los procesos establecidos por los Artículos 103, 107, 105 y 111 de la misma, los cuales respectivamente se refieren: los dos primeros al Juicio de Amparo, el siguiente a los Conflictos Generados entre la Federación y las Entidades o entre estas últimas y la Federación; y el último al proceso de responsabilidad de los funcionarios.

Desafortunadamente, al igual que los anteriores criterios, esta clasificación también atiende al sentido general del vocablo de Garantía, al tiempo que no explica la consistencia jurídica de las Garantías Fundamentales; sólo las enumera. Por otro lado, parecería que equipara a las Garantías Individuales, con las Sociales.

Algunos otros autores, igualan a las garantías individuales, con los derechos naturales inherentes a la persona, y que en virtud de su naturaleza el Estado debe reconocerlas y respetarlas, así como protegerlas mediante la creación de un orden jurídico y social, que permita el desenvolvimiento de las personas en sus ámbitos individuales y sociales.

La crítica que debemos elaborar de la anterior definición, se desprenden los siguientes elementos:

a).- Estamos de acuerdo en la existencia de los derechos naturales del hombre, como auténticas prerrogativas que el mismo posee y no sólo como meras potestades reconocidas por un orden jurídico.

b).- Estos derechos naturales, adquieren el carácter de derechos públicos subjetivos, al ser contemplados por un ordenamiento de Derecho, asegurándose o preservándose a través de las Garantías establecidas en la Constitución.

c).- De lo anterior, se desprende la confusión de los autores, al señalar a estos derechos naturales como el elemento que "garantiza" siendo diverso de la materia garantizada.

d).- Por último, es importante hacer notar que esta definición deja fuera de su concepto la situación jurídica de las personas morales, punto que más adelante explicaremos.

2.- Concepto de las Garantías Individuales y su relación con las acepciones: DERECHOS CIVILES, DERECHOS HUMANOS, DERECHOS INDIVIDUALES Y DERECHOS DE LOS GOBERNADOS.

Para iniciar el estudio de esta parte, es conveniente que señalemos que nos ha parecido convincente y atinado el criterio que el Maestro Burgoa en su libro de Las Garantías Individuales, sostiene al respecto de ésta, por lo que apoyaremos nuestro criterio que a continuación plasmamos en el estudio de tan eminente jurista.

Iniciaremos mencionando cuál es el tratamiento que se les da a las Garantías Individuales dentro de nuestro orden jurídico.

Las Garantías Individuales y como lo ha señalado el Maestro Burgoa, "se traducen jurídicamente en una relación de derecho existente entre el gobernado (persona física o moral) y el Estado como entidad jurídica y política con personalidad propia, y sus autoridades cuyas actividades son desempeñadas en ejercicio del poder y en representación estatal". (95)

Antes de pasar a enumerar y analizar los elementos de esta definición, es de gran interés para poder establecer con precisión el concepto correcto de las Garantías Individuales el analizar los elementos constitutivos de figuras jurídicas tales como los "Derechos Civiles"; "Derechos Humanos"; "Derechos de los Gobernados"; así como los "Derechos Individuales", ya que todos ellos, han sido alguna vez equiparados por diversos juristas con las mencionadas Garantías Individuales. Nuestro objetivo, con ello, no es otro más que esclarecer si en todas estas denominaciones, su contenido es igual a nuestra materia de estudio o si existen en ellas, diferencias esenciales que constituyan un error al asimilarlas.

Por tanto, iniciaremos con el concepto de:

1.- "Derechos Civiles".

Por ellos entendemos "Las prerrogativas básicas y Libertades fundamentales, reconocidas y garantizadas a todo ser humano, por el solo hecho de serlo, donde quiera que se encuentre y sin distinción de ninguna especie. También se les

ha denominado Derechos Individuales". (96).

En nuestro Estado Moderno de Derecho, éstos tienden a proteger la existencia, libertad, seguridad, dignidad e integridad física y moral de la persona; comprendiendo en forma general los derechos a la expresión, a la vida, a la reunión y libre circulación, el derecho a un juicio regular y a no ser torturado, derecho a la religión y a la SALUD, entre otros.

2.- "Derechos Humanos".

Entendemos por éstos, "el conjunto de facultades, prerrogativas, libertades y pretenciones de carácter civil, político, económico, social y cultural, incluidos los recursos y mecanismos de garantía de todos ellos, que se reconocen al ser humano, considerado individual y colectivamente." (97).

A través de la historia, los derechos humanos han cobrado importancia, y su conceptualización se ha visto sujeta a cambios, paralelamente a la evolución del hombre y del Derecho así en sus orígenes, se traducían en el respeto que el Estado debía frente a una esfera de libertad y autonomía del ser humano, caracterizándose esta etapa por ser Individualista.

Más tarde, el hombre empieza a ejercitar sus derechos políticos coadyuvando con el Estado en la estructuración política de la sociedad por último, y con la aparición de los derechos económicos, sociales y culturales, al Estado se lo

impone la obligación de vigilar y velar porque el goce de los mismos no se vea afectado, convirtiéndose el Estado en Garante del bienestar económico y social del pueblo.

En la mayoría de las Constituciones Occidentales, la forma de identificar estos derechos, se ha clasificado en 3 grupos, división que atiende al objeto o contenido de los mismos y que son:

- 1) Derechos Civiles.
- 2) Derechos Políticos.
- 3) Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los Derechos Humanos, han adoptado la forma de catálogos o declaraciones de los derechos y libertades fundamentales de las personas, en las Constituciones de la gran mayoría de los países, incluyendo la nuestra, recibiendo dichos catálogos los nombres siguientes:

- 1) Declaración de Derechos.
- 2) Garantías Individuales.
- 3) Derechos del Pueblo.
- 4) Derechos Individuales.

Cabe hacer notar, que forma parte integral de tales catálogos los mecanismos, recursos o procedimientos previstos, para la defensa de los Derechos Humanos.

3.- Derechos Individuales.

"Son las facultades y libertades esenciales e inalienables del hombre individualmente considerado. También se

les denomina hoy en día, con la expresión de derechos civiles y en el ordenamiento Constitucional Mexicano, se agrupan bajo el rubro de Garantías Individuales". (98)

Estos derechos, han sido entendidos, sólo referentes al hombre como individuo y ciudadano en relación con las concepciones juznaturalistas y liberales que han caracterizado a las declaraciones proclamadas y a las Constituciones promulgadas durante el último cuarto del siglo XVIII. En efecto, las formulaciones jurídicas de estos derechos, como verdaderas prerrogativas de carácter inalienable, han constituido el principio y contenido de diversas "Declaraciones de Derechos" que se han consignado a lo largo de la historia resultando como el primer antecedente la "Declaración de Derechos del Estado de Virginia el 12 de junio de 1776, siguiéndole a ésta, la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América el 4 de julio de 1776, posteriormente, el 26 de agosto de 1789 con la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadanos y 2 años después, incluida ésta en el preámbulo de la Constitución Francesa el 3 de septiembre de 1791 y por último, en el año de 1787 el 17 de septiembre, se contemplaron estos derechos en las 10 enmiendas a la Constitución de los Estados Unidos incorporadas a la misma el 15 de diciembre de 1791." (99)

Cabe señalar, que "a partir de estas declaraciones, el reconocimiento jurídico internacional de los derechos humanos,

asume el valor de un Principio General de Derecho Constitucional" (100)

4.- Derechos de los Gobernados.

Por ellos podemos entender el conjunto de prerrogativas y libertades que gozan los individuos sujetos a una relación de Supra o Subordinación, emanando de dicha relación una serie de derechos en favor de los mismos.

Una vez que se han anotado las definiciones de los conceptos antes mencionados, podemos concluir del análisis de los mismos, los siguientes elementos:

a).- Al hablarse de Derechos Individuales, Derechos Humanos y Derechos Civiles, encontramos presente que todos estos son "un conjunto de prerrogativas, facultades o libertades", de las cuales gozan los individuos en forma individual o colectiva.

b).- Es común denominador en estas definiciones, contemplar como sinónimo de cada una de ellas, a las Garantías Individuales, incluso se ha concluido dentro del concepto de los "Derechos Humanos", los mecanismos-recursos o procedimientos para la defensa de los mismos.

c).- Denotan todas estas definiciones, un concepto

general de las Garantías, ya que si bien engloban en forma amplia todos los derechos y prerrogativas, así como libertades posibles del ser humano, ya sean de carácter individual o colectiva, estos conceptos no hacen mención de su origen, en otras palabras en las relaciones que los sustentan y sobre las cuales se originan los derechos mencionados.

d).- Por otro lado, no es posible confundir a las Garantías Individuales con los medios y procedimientos que "garanticen" su cumplimiento, ya que una cosa es el "garantizar" y otra la materia "garantizada".

En un sentido amplio podríamos equiparar los Derechos Civiles, Derechos Individuales, así como los Derechos Humanos, con el concepto de "Garantías Individuales" en atención de las prerrogativas y Derechos que consignan cada una de estas figuras.

Coincide con este criterio el maestro Juventino V. Castro, al hablarnos en su libro "Lecciones de Garantías y Amparo", acerca de la definición de las mismas, apuntando: "Las llamadas Garantías Constitucionales, son también mencionadas como Garantías Individuales, Derechos del hombre, derechos fundamentales, Derechos Públicos subjetivos o Derechos del Gobernado" (101) y continúa diciendo que "Estas garantías o Derechos, no son elaborados por juristas, politólogos o sociólogos, ni nacen como producto de una reflexión de

Gabinete, son auténticas vivencias de los pueblos o de grupos que constituyen a éstos, quienes se las arrancan al soberano para lograr el pleno reconocimiento de libertades y atributos, que se suponen corresponden a la persona humana por el simple hecho de tener esta calidad". (102)

Abundando en los criterios señalados, por su parte, encontramos en los antecedentes constitucionales la idea de asimilar a las Garantías individuales con los derechos del hombre, ya que en la Constitución de 1857, el Título del Capítulo I era "De los Derechos del Hombre", correspondiendo a su artículo primero el siguiente texto:

"El Pueblo Mexicano, reconoce que los Derechos del Hombre, son la base y el objeto de las instituciones sociales, en consecuencia, declara que todas las leyes y todas las autoridades del país, deben respetar y sostener las garantías que otorga la presente Constitución".

Las declaraciones consignadas en la Constitución de 1917, no difirieron mucho de las de 1857, sólo se suprimió de éstas, el origen de las garantías considerando algunos autores que éstos son los derechos del hombre.

Jorge Carpizo, Catedrático e Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México, nos comenta al respecto:

"El Congreso Constituyente, habló indistintamente de Derechos del hombre y de Garantías Individuales, por lo que podemos concluir, que mientras los derechos del hombre son ideas generales y abstractas, las garantías son ideas individualizadas y concretas". (103)

Por su parte, el Título 10. de nuestra actual Constitución, es considerado como la parte Axiológica de la organización política disponiendo su artículo 10.:

"En los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga la Constitución, las cuales no pondrán restringirse, ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma estableció".

A pesar de que esta declaración no especifica cuáles son las garantías otorgadas, debemos entender por éstas, las llamadas Garantías Individuales, contempladas en los primeros 29 artículos constitucionales, con excepción de las disposiciones en materia de Rectoría Económica del Estado.

En resumen, es dable referirnos a las Garantías Individuales como Derechos del Gobernado y difiriendo de los anteriores criterios, no creemos conveniente identificar a los Derechos Individuales, Civiles y Humanos, con el objeto de estudio, por razón de considerar que éstos contemplan conceptos

generales de las prerrogativas del hombre en virtud de que en dichas definiciones no se menciona el elemento más importante que da fundamento a las garantías individuales y que no es otro más que la relación jurídica que surge entre gobernante y gobernado; misma que marca la diferencia entre los conceptos anotados y las garantías individuales.

3.- ELEMENTOS DE LA RELACION JURIDICA DE LAS GARANTIAS INDIVIDUALES.

Apoyándonos una vez más en el acertado criterio del maestro Burgoa, continuaremos con el análisis y desgloce de los elementos formativos de las Garantías Individuales, recordando éste, diremos que se traduce en "una relación jurídica existente entre los gobernados y el estado como entidad política y jurídica con personalidad propia y sus autoridades cuyas actividades son desempeñadas en ejercicio del poder y en representación estatal". (104)

De lo anterior se desprenden los siguientes elementos:

- | | |
|------------|---------------------------------|
| 1) Sujetos | A) Gobernados |
| | B) El Estado y sus Autoridades |
| 2) Objeto | Derechos y Obligaciones Creadas |

Sujetos de las Garantías Individuales.

En toda Relación Jurídica, encontraremos como constantes, los sujetos o partes que integren la misma, y el fin motivo o voluntad que una a estas partes y que constituye

el objeto de la relación, así como el conjunto de derechos y obligaciones que se desprenden de la misma. De igual manera al referirnos a los Sujetos de las Garantías Individuales estamos hablando de las partes que integran la relación y que en este caso, vienen a constituir las por un lado los "Gobernados" y por la otra el "Estado" y sus "Autoridades".

Si hemos mencionado a lo largo de estas páginas, que es fundamental la Relación Jurídica que sustenta a las Garantías Individuales y que no es otro más que la existente entre Gobernados y Estado, es necesario comentar al respecto las 3 grandes clases de Relaciones existentes entre ellos y las cuáles son:

- 1) Relaciones de Coordinación.
- 2) Relaciones de Supraordinación.
- 3) Relaciones de Supra o Sub-ordinación.

Consiste la primera de ellas en los vínculos que se entablan, derivados de una diversidad de causas, entre dos o más personas físicas o morales dentro de su condición de Gobernados.

Regidas las anteriores relaciones por el Derecho Privado si éstas son del mismo carácter, o bien por el Derecho Social si nos referimos a Relaciones Socio-Económicas.

El segundo tipo de relaciones, las de Supraordinación consisten en el vínculo que se establece entre 2 ó más Organos

del Poder o del Gobierno de un Estado, rigiendo la actuación de cada uno de ellos. De aquí deriva el Derecho Constitucional y el Derecho Administrativo.

Y por último, las Relaciones de Supra o Sub-ordinación, estableciéndose este vínculo entre dos entidades distintas que no se encuentran ubicadas en el mismo plano, siendo éstas el Estado y sus autoridades como personas político-jurídicas y los Gobernados.

Es en esta última Relación donde surgen las Garantías Individuales como auténticas relaciones jurídicas, ya que el Estado y sus Autoridades llevan a cabo actos impositivos o autoritarios frente a los gobernados debiendo estar reguladas las mismas por un Orden Jurídico, tomando así parte de la Constitución y de las Leyes Administrativas. La actuación del Estado y sus Autoridades, a pesar de que posee el carácter de coercible, unilateral e imperativa, debe estar restringida y regulada; el dispositivo que constitucional y legalmente existe es el vínculo de Derecho derivado de las Garantías Individuales, el cual impone la obligación al Estado, de respetar y asegurar su goce.

Así, los sujetos de la Relación Jurídica de Supra o Sub-ordinación son:

1.- Como sujeto Activo poseedor de los derechos, en contramos al Gobernado.

2.- El sujeto Pasivo de esta relación los conforma el Estado y sus Autoridades.

1.- SUJETO ACTIVO

Resulta interesante preguntarnos si sólo debemos considerar dentro del término Gobernado, a las personas físicas, o si también las personas morales, quedan incluidas en el mismo.

Recordando a la Constitución de 1857, su artículo 10. disponías que el "Pueblo Mexicanos reconoce que los derechos del hombre son la base y el objeto de las instituciones sociales"... el criterio sostenido, manifiesta claramente que las Garantías Individuales se manifestaban como medio sustantivos Constitucionales para asegurar los derechos del hombre, por ende sólo podían ser centro de imputación directa las personas físicas excluyéndose a las personas jurídicas, podemos entender más fácilmente esta postura ideológica, al reconocer que la Constitución de 1857 estuvo inspirada en un Sentimiento Individualista y Liberal que predominó hasta antes de la Carta de Querétaro.

El criterio que vino a modificar esta idea fue el de Ignacio L. Vallarta al decir:

"Que a pesar de que las personas morales no son seres humanos, sino ficciones legales, y de que por ende, no gozaban de los derechos del hombre como entidades sujetas al imperio del Estado, si podían invocar en su beneficio las garantías

individuales cuando éstas se violasen por algún acto de autoridad, lesionando su esfera jurídica" (105).

En el pensamiento de Vallarta, claramente se establece un principio de Extensión de las Garantías Individuales, en relación con los sujetos de las mismas. Tal principio influyó sustancialmente en la Constitución de 1917, ya que no sólo se reconocieron en ésta a las personas físicas y a las personas Jurídicas de carácter privado como Titulares de las Garantías, sino que aparecieron otras figuras de carácter colectivo las cuales al ser reconocidas por nuestro Ordenamiento legal en el ámbito social, económico y laboral, debieron también ser contempladas en lo relativo del disfrute de las garantías constitucionales, encontrándose entre ellas las individuales.

De esta forma, aparecen a la vida jurídica de nuestro país las siguientes instituciones susceptibles de ser Sujetos de la Relación Jurídica de las Garantías Individuales y que son:

- a) Organizaciones o Asociaciones Laborales y Patronales.
- b) Comunidades Ejidales.
- c) Empresas de Participación Estatal y
- d) Organismos descentralizados.

Podríamos preguntarnos nuevamente, si es factible que organizaciones gubernamentales o de carácter público, puedan

llegar a colocarse bajo la Tutela de las Garantías Individuales.

La contestación correcta, es que si pueden ser sujetos de dichas relaciones jurídicas, la explicación que debe darse al respecto parte del término "Gobernado". Si se ha afirmado que los sujetos de las garantías a partir de 1917 son: Las personas físicas, las personas jurídicas de Derecho Privado, las personas jurídicas de Derecho Social (Sindicatos Patronales y Obreros, Comunidades Agrarias), y organismos descentralizados, es por razón que todas aquellas pueden considerarse como centros de imputación directa de la normatividad del Estado dentro de las Relaciones de Coordinación y de Supra o Sub-ordinación, en otras palabras tienen la calidad de Gobernados al ser susceptibles de afectación en su esfera jurídica por algún acto de autoridad.

Todas las anteriores relaciones "están regidas por la Constitución que establece el cauce normativo por donde debe desarrollarse la actuación o conducta del Estado en ejercicio del poder público o función de "Imperio" o autoridad.

"Todos los actos de Autoridad, que se realicen en relación con los sujetos mencionados, deben observar las exigencias, prohibiciones, requisitos y condiciones que señalan los preceptos constitucionales". (106)

Claramente el maestro Burgoa, al referirse a las Garantías Individuales, nos indica que "son exigencias ineludibles que debe observar todo acto de autoridad para ser constitucionalmente válido frente al sujeto llamado Gobernado". (107)

Es fácil concluir que las llamadas Garantías Individuales en realidad deberían de recibir el nombre de Garantías del Gobernado, en función de la relación existente entre los particulares y el Estado, y no como se ha pretendido enfocar a través de un concepto Individualista, como si sólo las personas en su calidad de seres humanos fueran los Titulares de tales prerrogativas.

Una vez que hemos hecho las anteriores reflexiones, debemos distinguir las dos clases de Sujetos de nuestra Relación Jurídica:

- 1) El Sujeto Activo y
- 2) El Sujeto Pasivo

El Sujeto Activo, es "aquella persona en cuya esfera operen o vayan a operar actos de autoridad, es decir actos atribuibles a algún Organos Estatal que sean de índole unilateral imperativa y coercitiva". (108)

Indiscutiblemente son sujetos activos, las personas físicas, las personas morales o jurídicas de carácter privado las personas jurídicas de carácter social y las personas

morales de derecho público.

Por personas físicas, entendemos al ser humano en su substantividad biológica, con independencia de sus atributos jurídicos y políticos, siendo éste, todo el que habita en el Territorio Nacional, no influyendo su nacionalidad, sexo, condición civil, religión, etc.

Personas Morales, aunque se ha dicho acerca de éstas que su existencia es una ficción jurídica creadas por la ley por razones de necesidad práctica y comercial, en la vida social, las personas morales son susceptibles de contraer derechos y obligaciones, y al someterse al Imperio de la Ley se colocan en una situación semejante a las personas físicas ostentándose como gobernados. En cuanto a la Titularidad de las Garantías, debemos aclarar que será ésta efectiva tratándose de garantías de contenido inminentemente jurídico, no siendo posible esta facultad sobre garantías cuyo contenido esté integrado por potestades de naturaleza biológica.

La Suprema Corte de Justicia ha sostenido el criterio de hacer extensivas las Garantías Individuales para las personas morales.

Por lo que respecta a las Personas Morales de Derecho Público y a las de Derecho Social, cabe agregar que el concepto de individuo a que hace referencia el artículo 10. de la

Constitución equivale a la idea de Gobernado, entendiéndose por éste, "el susceptible de constituir el objeto total o parcial de actos de autoridad imputables a órganos estatales" (108). De esta forma los sindicatos obreros y patronales, así como las Comunidades Agrarias son Gobernados.

Por otra parte para las personas morales de Derecho Público Estatales o Federales y los Organismos Descentralizados, rige el criterio siguiente: Está previsto en la Ley de Amparo, en su artículo 9o. que cuando los actos de autoridad lesionen los intereses patrimoniales de los anteriores sujetos, deberán ser considerados como sujetos activos de la relación Jurídica de las Garantías Individuales, asumiendo la calidad de auténticos Gobernados, y por ende facultados para interponer el Juicio de Amparo.

2.- Sujeto Pasivo.

Concluida la reflexión de los Sujetos Activos, continuaremos con el estudio de la Subjetividad Pasiva, recayendo la misma en el Estado y en sus Autoridades, adquiriendo por tal motivo obligaciones frente a los sujetos activos, el primero de ellos en forma indirecta o mediata, el segundo de modo inmediato o directo. El Estado es el detentador del poder público, facultad autoritaria, o bien conocida como "Imperio", sin embargo para su real ejercicio debe valerse de medios u organismos que con su actuación lleven a cabo los fines políticos. Es en este momento, cuando aparecen las

autoridades del Estado las cuales se ven directamente limitadas en cuanto a su actividad frente a los Gobernados por las referidas Garantías del Gobernado.

En este elemento de la Relación Jurídica de las Garantías, los Organismos Descentralizados también posee subjetividad pasiva, siempre y cuando estemos en presencia de una relación de Supra o Sub-ordinación, en otras palabras, cuando dicho organismo dirija algún acto de autoridad frente al particular, y como premisa indispensable, como lo menciona Burgoa, que la legislación respectiva contemple dicha posibilidad.

Objeto.

De este modo hemos concluido el estudio del primer elemento de las Garantías que ha sido el Sujeto, pasemos ahora a referirnos al Objeto de dicha Relación.

Por objeto no debemos entender, mas que el conjunto de derechos y obligaciones derivadas de la Relación Jurídica, ya que las Garantías del Gobernado son los medios protectores o de salvaguardia de todas las prerrogativas y libertades del ser humano; empecemos con los Derechos Enunciados.

Cuando hablabamos de los Sujetos, mencionamos las 2 clases: los Sujetos Activos, y los Sujetos Pasivos. A los Sujetos Activos, corresponde el ejercicio y goce de los

Derechos, los cuales implican una potestad jurídica que se hace valer en forma obligatoria frente al Estado en forma mediata; y ante las Autoridades del mismo inmediatamente; se crean por ende, obligaciones a cargo de éstos últimos.

Pero el derecho del que hablamos se traduce en la Exigencia del Gobernado consistente en el RESPETO de un mínimo de actividades y el ASEGURAMIENTO DE LOS MISMOS, en otras palabras, el derecho consignado en esta relación es un Derecho Público Subjetivo, con el carácter de Originario y Absoluto desglosando las partes constitutivas de este derecho, argüimos lo siguiente:

- 1) Es un derecho porque el sujeto pasivo está obligado a respetar su contenido.
- 2) Es público, porque el obligado es un sujeto de carácter público.
- 3) Es Subjetivo, ya que implica una facultad otorgada por la Constitución o la Ley al sujeto activo, para reclamar al sujeto obligado determinadas exigencias.
- 4) Es un derecho Originario en atención que éstos operan y se hacen efectivos sin la necesidad de la existencia o verificación de un acto o hecho jurídico previo, como ocurre con los derechos humanos que son inherentes al hombre o bien porque la Ley les otorgue dicho carácter.

En el caso de las garantías de los gobernados "existen para éstos, desde que nacen o se forman. La titularidad de los Derechos que integran el Objeto de las Garantías Individuales surge por la imputación directa e inmediata que nace de la Constitución a los Gobernados, respecto de las situaciones jurídicas abstractas que se contienen en los preceptos que las

Instituyen" (110).

5) Y por último, son absolutos ya que no existe una limitación de sujetos ante los cuales puede hacerse efectivo, (Erga-Homnes). Existe una universalidad de sujetos obligados, que son todas las autoridades del país.

Ahora bien, por lo que respecta a la obligación del Sujeto Activo, ésta se traduce en el total y absoluto respeto que debe acatarse frente a los Derechos Subjetivos Públicos derivados de las Garantías Individuales.

Esta obligación se verifica con un NO HACER o conducta positiva, pudiendo llamarla también Obligación Pasiva, y Obligación Activa, el Maestro Burgoa nos explica al respecto "las obligaciones mencionadas tienen su fundamento en el Principio de Juridicidad, que implica la ineludible subordinación de todos los actos del poder público a normas jurídicas pre-establecidas. Si estas normas tienen carácter Constitucional la obligación es el de cumplir y hacer cumplir la Constitución". (11)

Este criterio no sólo es aplicado a las autoridades Judiciales y Administrativas, sino que abarca al legislador ordinario, ya que las Leyes que éste expida no deben contrariar las garantías.

Así, la Relación Jurídica de las Garantías Individuales, entrañan obligaciones y derechos, sólo que esta obligación no

es bilateral, ya que los deberes y prerrogativas no son recíprocas entre las partes, sino por el contrario es una Exigencia Unilateral, cuya carga de deber hacer y respetar recae en el sujeto pasivo, o sea en el Estado y en sus Autoridades, constituyendo la nota característica de las Garantías en el sentido que a través de ellas se consigna el deber del Estado de respetarlas, y asegurar el cumplimiento de las mismas por todas las autoridades del sistema jurídico político y administrativo del país.

B).- LAS GARANTIAS CONSTITUCIONALES Y SU RELACION CON LAS GARANTIAS INDIVIDUALES

A) Origen, Esencia y Definiciones de las "Garantías Constitucionales"

Iniciaremos el estudio de las Garantías Constitucionales, señalando la importancia para nuestro trabajo de investigación, de establecer cual es el significado de éstas, así como la similitud o diferencias que puedan existir entre las Garantías Individuales y las Garantías Constitucionales ya que de este análisis podremos desprender los elementos necesarios que serán la base de la cual partiremos al hablar de las Garantías Sociales y del Derecho a la protección de la Salud.

En otros términos, nuestro objetivo es desentrañar la diferencia entre los 2 tipos de Garantías que nuestra

Constitución ha consagrado a través de la historia de nuestro país y que a saber son:

Las Garantías Individuales
Las Garantías Constitucionales y
Las Garantías Sociales.

Por tal motivo, señalaremos en primer término, algunas definiciones que se le han atribuido a las Garantías Constitucionales. El profesor José Luis Soberanis Fernández, sostiene la opinión de que las Garantías Constitucionales son "el conjunto de instrumentos procesales establecidos por la norma fundamental, con objeto de restablecer el orden constitucional cuando el mismo sea transgredido por un órgano de autoridad política". (112)

Fix Zamudio, iguala a las Garantías Individuales, con las garantías constitucionales, al señalar "que son los derechos humanos fundamentales reconocidos o garantizados por la Constitución". (113)

Cabe destacar el pensamiento de Carl Schmitt sobre el particular, ya que para éste autor "Las garantías Institucionales son aquellos derechos que sin ser estrictamente constitucionales por no referirse a la estructura fundamental del Estado, ni a los derechos humanos, el Constituyente ha considerado conveniente incluir en la ley suprema, para darles mayor solidez, para garantizarlos mejor tal sería el caso del artículo 123 Constitucional". (114) Otros autores, apoyan el

criterio que el término garantía constitucional se identifica con la defensa de la propia Constitución, englobando tanto a los medios preventivos como a los represivos.

El catedrático Constitucionalista Jorge Carpizo afirma que "son Garantías Constitucionales las facultades otorgadas al Senado por las Fracciones V y VI del artículo 76 Constitucional relativo a la desaparición de poderes en un Estado y a las controversias políticas que surjan entre los poderes de una Entidad Federativa, cuando alguno de ellos lo plantee o se hubiere interrumpido el orden constitucional, para lo cual, en ambos casos, el Senado de la República resuelve la controversia". (115)

El Licenciado Juventino V. Castro, al referirse a la naturaleza de las Garantías Constitucionales nos hace las indicaciones siguientes:

"Algunos autores consideran su existencia en una Teoría Positivista del Estado, traduciéndose ésta en la creencia de que no existen los llamados "Derechos Subjetivos Públicos", siendo los nominados así no otra cosa que las limitaciones que se impone el Estado con el fin de favorecer el libre desenvolvimiento de las actividades sociales de los individuos, e impedir que las de cada uno de ellos, estorbe a la de los demás, sin aceptar que tengan un espíritu metafísico, porque estas normas pertenecen al mundo empírico". (116)

Nosotros podemos agregar acerca de la Teoría Positivista, que el derecho positivo surge invariablemente como producto de la actividad humana, ya sea a través de conductas establecidas por el orden jurídico como productoras de normas, o basada en la actividad humana en general.

El maestro García Maynoz expresa al respecto "la positividad es un hecho que estriba en la observancia de cualquier precepto, vigente o no vigente. La costumbre no aceptada por la autoridad política es derecho positivo pero carece de validez formal". (117)

Estudiosos del Derecho como Noriega, prefieren adoptar un criterio ecléctico, resultando una filosofía Humanista sin inclinarse hacia el positivismo ni al jusnaturalismo y así de esta forma surge la siguiente conceptualización: "Los derechos Constitucionales, los derechos del hombre, y las garantías individuales, son derechos naturales inherentes a la persona humana, en virtud de su propia naturaleza, y de la naturaleza de las cosas que el Estado debe reconocer, respetar y proteger, mediante la creación de un orden jurídico y social que permite el libre desenvolvimiento de las personas de acuerdo con su propia y natural vocación, individual y social". (118)

Para el Juristas Héctor Fix Zamudio, existen 4 clases de Garantías Constitucionales, las cuales fueron consagradas en la

Constitución de 1917, éstas son:

1) "El Juicio Político y de Responsabilidades para altos funcionarios de la Federación (aa. 108 y 111 a 113 C.)

2) Conflictos surgidos entre los poderes de un Estado sobre la constitucionalidad de sus actos, entre dos o más Estados, o entre éstos y la Federación, los cuales son resueltos por la Suprema Corte de Justicia (a. 105 C.)

3) El Juicio de Amparo (aa. 105 C.)

4) Procedimientos Investigatorios a que hacen alusión los párrafos tercero y cuatro del a. 97 C." (119)

A propósito de esta clasificación, Octavio A. Hernández considera que a estas 4 garantías, habría de agregarse una quinta, que es la contenida en el artículo 20 constitucional, relativa al procedimiento de suspensión de Garantías Individuales.

Ya que se han mencionado algunas deficiencias de las Garantías Constitucionales, es pertinente realizar una crítica de sus contenidos, a fin de que nos permitan llevar a cabo la elaboración de un modelo que consideremos es el más adecuado al sentido jurídico y real que implican las garantías constitucionales.

Iniciaremos por orden consecutivo, correspondiendo el turno a la definición del maestro José Luis Soberanes Fernández, sobre la cual expresaremos que en un sentido estricto, técnico y jurídico, es correcta la apreciación de los elementos constitutivos del concepto, ya que en él podemos

englobar todos los medios procesales tendientes a conservar y restituir el orden constitucional, sin que se refiera exclusivamente a los principios y prerrogativas establecidas en los primeros 29 artículos Constitucionales, pudiendo violentar este orden constitucional cualquier autoridad política ya sea judicial, administrativa e incluso legislativa.

Fix Zamudio, al igualar a las garantías constitucionales con los derechos del hombre que son garantizados y reconocidos por la Constitución; confunde no sólo gramaticalmente sino en esencia y contenido jurídico a las garantías individuales con las constitucionales. Si recordamos que las garantías individuales son la Relación Jurídica que existe entre los gobernados y el Estado, derivando de ella una serie de derechos y obligaciones que vienen a conformar la materia a garantizar, o sea en otras palabras las libertades, prerrogativas y derechos del hombre; será fácil percatarnos que no pueden ser equiparadas, con las Garantías Constitucionales por el simple hecho que estas últimas son el conjunto de instrumentos procesales cuyo fin es restablecer el orden constitucional.

No podemos negar que las Garantías Individuales se encuentren contempladas en la Constitución, pero tampoco sería correcto que por tal motivo éstas recibieran el nominativo de constitucionales, ya que la gran diferencia entre ambas radica en la relación jurídica que conforma a cada una de ellas.

Creemos necesario, pasar a definir el vocablo "Constitución" a fin de explicarnos los conceptos que han expresado los maestros Fix Zamudio y Carl Schmitt respecto de las mencionadas garantías.

Constitución que deriva del latín Constitutio-onis, y que significa "la forma o sistema de gobierno que tienen cada Estado, y Ley Fundamental de la organización del Estado". (120)

La Constitución según Aristóteles es el "ser del Estado", o también denominada ley fundamental y suprema del Estado, que atañe tanto a las atribuciones y límites de la autoridad, como a los derechos del hombre y del pueblo.

Aurora Arnaiz Amigo, hace la siguiente observación "La Constitución expresa, los sistemas, los regímenes y las estructuras de la sociedad en acción, organiza la suprema institución política que hoy día se denomina Estado". (121)

Con base en el significado real de Constitución, cabe agregar del pensamiento de Carl Schmitt, en primer lugar, que al hablar de garantías institucionales, debe referirse al "conjunto de actos o de ideas que los individuos encuentran ante ellos y que se imponen", debiendo entenderse por institución constitucional "el conjunto de ideas que regulan la manera o forma de ser del Estado" (122) considerando que se comete una confusión en esta ocasión de las garantías sociales

(artículo 123 Constitucional) y las garantías constitucionales, ya que si bien debe entenderse como una Institución Constitucional el derecho al Trabajo, así como el derecho a la igualdad, a la libertad, a la Educación y el derecho a la Protección de la Salud entre otros, todos ellos, han sido ideas que han quedado consagradas en nuestro máximo ordenamiento como Instituciones Constitucionales, en otras palabras como ideas reguladoras de la actividad del Estado, pero si bien por ello, se encuentran, al igual que otros muchos derechos, inmersos en la Constitución, ello no significa que sean garantías Constitucionales; pudiendo encuadrarse en las garantías individuales o sociales como es el caso en concreto; el artículo 123 Constitucional, en la definición de Smith.

El maestro Jorge Carpizo al referirse a las mencionadas garantías, las restringe sólo al artículo 76 fracciones V y VI de nuestro ordenamiento fundamental, considerando nosotros, que es estricto en su conceptualización, ya que si bien estas se refieren a la desaparición de poderes de un Estado, no podemos dejar fuera del concepto de estudio a todas las disposiciones relativas a la organización, funcionamiento y atribuciones de los 3 poderes del Estado, contemplados en nuestra Constitución, y los enunciados respectivos de la soberanía nacional y de la forma de gobierno.

Por lo que respecta a las Teorías Positivistás, debemos reconocer que el derecho en nuestro país ha sido inspirado en

estos principios y ello conlleva lógicamente a suponer que muchos autores comulguen con ella, sin embargo no estamos del todo de acuerdo en creer que no existen Derechos Subjetivos Públicos ya que como se habló, al inicio del capítulo, al referirnos a las Garantías Individuales, ha quedado señalado que los derechos subjetivos públicos, son figuras jurídicas conocidas y reconocidas por nuestro ordenamiento legal, de igual modo, no compartimos del todo la opinión que los positivistas sostienen sobre el origen del derecho basados en las Teorías de Bentham y Austin, quienes influenciados por Hume, "trataron de encontrar una Teoría del derecho basada en la experiencia y postularon que el derecho positivo se genera únicamente por efectos de una voluntad superior: la del soberano" (123) o incluso como Austin que definió al derecho positivo "como el conjunto de órdenes del superior político dirigidas a aquellos que se encuentran sometidos a él". (124)

En relación con la Teoría Humanista dada por Noriega, sólo se limita a señalar que el contenido de los derechos constitucionales y las garantías individuales son los derechos del hombre, sin llegar a precisar el verdadero objeto de creación legal de los mismos.

Así pues, ha llegado el momento de elaborar una definición del concepto Garantías Constitucionales que nos permita diferenciar los elementos que integran la misma, exponiendo lo siguiente:

Las garantías Constitucionales son las instituciones y normas supremas, consignadas en nuestro ordenamiento máximo, las cuales establecen la forma de gobierno y las facultades conferidas a las autoridades del Estado, así como los instrumentos procesales tendientes a restablecer el Orden Constitucional cuando este fuere violado.

Hemos optado por darle prioridad al concepto específico de Constitución, y elaborar en base a las ideas del maestro Carpizo, una definición de las Garantías Constitucionales desglosando como elementos constitutivos de la misma, los que a continuación señalamos:

1) Consideramos que son las Instituciones supremas, consignadas en la Constitución, por ser los ideales políticos que un pueblo establece, ya sea a través del diálogo o la fuerza, y se traducen en el sistema y forma de gobierno del Estado y las atribuciones y facultades de que gozan sus autoridades.

Por ende, se consideran también como Garantías Constitucionales los medios procesales que restablezcan el orden jurídico violado, claro ejemplo lo es, el Juicio de Amparo.

2) Cabe destacar como principal diferencia entre las

garantías Constitucionales y las Individuales, que las segundas siempre se traducirán en las relaciones jurídicas de supra o subordinación existentes entre el Gobernado y el Estado, originándose un deber a cargo del último, que se traduce en un NO HACER o RESPETAR, mientras que las Constitucionales no siempre se traducen en una relación de derecho entre los gobernados y el Estado, como lo es el enunciado del artículo 89 referente a facultades y obligaciones del Presidente, o el 115 que contempla la forma de gobierno interior que cada estado podrá adptar, sólo por enunciar algún ejemplo, y que como muchas otras disposiciones reciben el nombre de Garantías Constitucionales.

C).- LAS GARANTIAS SOCIALES

Parte introductoria

Antes de iniciar con el estudio correspondiente a las garantías sociales, recordemos que éstas han surgido a la vida política y jurídica del país a lo largo de nuestra historia revolucionaria haciendo su aparición a través de las luchas obreras y agrarias, ambas fuerzas sociales que motivaron grandes y significativos cambios estructurales en el sistema político que imperó hasta antes de la Revolución Mexicana, y que se había caracterizado por desconocer prerrogativas y derechos inalienables de trabajadores y campesinos, como lo son el derecho la huelga y a un trabajo decoroso y digno, así como el derecho a percibir un salario acorde con las mínimas y elementales necesidades individuales y familiares, y al mismo

tiempo consentía, el establecimiento de Tiendas de Raya y una organización casi esclavista que regía en las grandes haciendas mexicanas.

De tales acontecimientos sociales, surgen en el ánimo de pensadores, políticos, juristas y todos aquellos que sentían un compromiso con la Nación, ideas de cambio y mejoramiento social, apareciendo en el escenario jurídico disposiciones normativas consagradas en la Constitución Política de 1917, como lo fueron los artículos 27 y 123.

No es nuestra intención realizar un estudio profundo de los antecedentes históricos de la etapa revolucionaria ni mucho menos profundizar en los motivos legislativos que originaron el establecimiento de los derechos sociales referidos a las materias agrarias y laborales, nuestro pensamiento gira en torno a hacer mención que desde tiempos revolucionarios nuestro sistema político y jurídico, tomando en cuenta el acontecer social y las necesidades colectivas ha consagrado ciertos derechos específicos, los cuales han originado en la clasificación Bipartita de nuestro Derecho una tercer clase que corresponde al ya conocido Derecho Social y las Garantías Sociales que el mismo engloba, quedando aglutinados dentro de la misma los siguientes derechos:

Derecho Social: 1) Derecho del Trabajo
2) Derecho Agrario
3) Derecho Económico
4) Derecho de la Seguridad Social

- 5) Derecho de Asistencia
- 6) Derecho Cultural

Así pues, nuestro objetivo, en la parte correspondiente a este capítulo, es el de llegar a establecer que debe entenderse por una garantía social, y cuales son las diferentes fundamentales entre las garantías individuales y las garantías constitucionales en relación con las garantías sociales. Y por último y como secuencia lógica a nuestro planteamiento, determinar si el "Derecho a la Protección de la Salud" se ubica específicamente en alguna de las 3 clases de garantías antes mencionadas y el motivo por el cual no se constituye como materia de estudio de las excluyentes.

1.- NATURALEZA JURIDICA Y DEFINICION DE LAS GARANTIAS SOCIALES

Durante nuestra investigación realizada en relación con las garantías sociales, nos encontramos que son varios los autores que coinciden en conceptualizar a éstas, como un conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales, los cuales poseen un interés jurídico en particular el cual se traduce en un interés público o social, que se hace valer frente al Estado o Autoridad Pública.

Iniciemos refiriéndonos al pensamiento de Diego Valades que nos dice que "las garantías sociales protegen al hombre como integrante de un grupo social y le aseguran un mínimo educativo y económico" (125) continuando con su exposición menciona "a través de las garantías sociales se protege a los

grupos sociales más débiles para ello nacieron y así subsisten, actualmente se han extendido para otorgar protección en general, tal es el caso de la educación y de la seguridad social". (126)

Para Valdés las Garantías sociales "son disposiciones Constitucionales que establecen y regulan los derechos y prerrogativas de los grupos humanos o de la nación en su conjunto, conforme a criterios de justicia y bienestar colectivos" (127) señalando que entre ellas se encuentran los artículos 3o., 27 y 123 Constitucional, así como el 4o. constitucional en lo relativo a la Salud, el 28 en relación con las facultades del Estado en materia económica y 73 disposición que confiere el Congreso de la Unión facultades para legislar en materias que incluyan a las garantías sociales.

Para Teófilo Olea y Leyva "las garantías individuales y las garantías sociales conforman un modelo moderno de garantías Jurisdiccional-Constitucional afirmando que esta garantía es una noción de carácter procesal y no de carácter sustantivo, por ello la garantía constitucional es individual y social a un mismo tiempo". (128)

Las Garantías Sociales o Principios Sociales son para Héctor Fix Zamudio, "los contemplados en la Constitución de 1917, como meros derechos sociales que se garantizan a través de Jurisdicciones específicas, debiendo establecer normas

instrumentales inspiradas en la justicia social, desprovistas de rigorismos, fórmulas y lentitud de los procedimientos ordinarios, surgiendo un Derecho Procesal Social, del cual forman parte los Procesos Laboral, Agrario y Asistencial". (129)

Por su parte el maestro Noriega, nos da una atinada postura al rechazar la idea "de que el derecho social no es sólo el obrero o un derecho especial destinado a proteger las calces desválidas, afirma que es una nueva forma "estilística" del derecho en general, es un derecho de integración apoyado en el Fenómeno de la comunión en la totalidad. Se tratan de los mismos derechos de la persona humana, pero que le corresponden en tanto que se encuentra vinculada a un grupo social determinado, y que tienen un contenido específico, o sea un deber que se impone al Estado". (130)

De manera general compartimos el criterio del Maestro Noriega, y diferimos sólo en considerar que el Derecho Social, sí constituye una nueva rama de nuestro sistema y ordenamiento legal, diferente del Derecho Público y del Derecho Privado, el cual ha venido a establecer prerrogativas y postulados protectores de ciertos grupos sociales que en todos los ámbitos de la vida individual y colectiva se encuentran en notable desventaja.

Así, el destacado Ambarista el Maestro Ignacio Burgoa

define a las garantías sociales realizando un análisis comparativo de los elementos que integran a las garantías individuales y sus diferencias con los supuestos constitutivos de las garantías sociales.

2.- RELACIONES DE OTROS CONCEPTOS JURIDICOS CON LAS GARANTIAS SOCIALES

Antes de entrar a examinar estos conceptos creemos que sería de gran utilidad mencionar algunas consideraciones acerca de los siguientes elementos los cuales se encuentran estrechamente vinculados con nuestro objeto de estudio y los cuales enumeramos a continuación:

- 1) Que debe entenderse por Interés Público?
- 2) Cuáles son los Intereses Sociales?
- 3) Qué es el Derecho Social y cómo definimos a los Derechos Sociales?

Iniciaremos mencionando que el Interés Público "es el conjunto de pretensiones relacionadas con las necesidades colectivas de los miembros de una comunidad y protegidos mediante la intervención directa y permanente del Estado".

(131)

Estas Pretensiones tienen un doble carácter:

- A) Son públicas cuando satisfacen intereses comunes.
- B) Y son Privadas cuando satisfacen intereses particulares.

"Las pretensiones públicas se caracterizan por ser compartidas por la sociedad en su totalidad, y de cuya

satisfacción se originan beneficios para la comunidad. Todas estas pretensiones son garantizadas a través de la actividad del Estado, recibiendo el nombre de públicas, siendo protegidas por el Estado no sólo a través de medidas legislativas sino por disposiciones de carácter administrativo "que integran una actividad permanente de los poderes públicos dirigidas a satisfacer las necesidades colectivas". (132)

Nuestra legislación mexicana ha enunciado los casos y causas que se consideran de utilidad pública; contempladas en la Ley de Expropiación, considerando que éstas pueden llamarse de interés público entre las cuales se encuentran, la construcción de hospitales, y los procedimientos necesarios para evitar la propagación de epidemias. Es necesario considerar que la satisfacción del interés público es la finalidad primordial de las diversas actividades reglamentadas por la Ley, que se conocen como servicios públicos. El artículo 23 de la Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal señala que "Para los efectos de esta ley, se entiende por servicio público la actividad organizada que se realice conforme a las leyes o reglamentos vigentes en el Distrito Federal con el fin de satisfacer en forma continua, uniforme, regular y permanente necesidades de carácter colectivo. La prestación de estos servicios es de interés público."

"La declaración oficial de que determinada actividad constituye un servicio público, implica que la prestación de

dicho servicio es de utilidad pública. El Ejecutivo Federal podrá decretar la expropiación, limitación al dominio, servidumbre u ocupación temporal de los bienes que se requieran para la prestación del servicio". (133)

Podemos anotar como ejemplos de actividades de interés público la Educación, el Suministro de Energía Eléctrica, el Transporte Urbano y la Salud.

Encontramos otras opiniones en las cuales se sostiene que el interés público sólo lo constituyen las pretensiones del Estado tendientes a satisfacer sus necesidades como ente moral de derecho público, o en otras palabras como institución, por lo que entrarían sólo dentro de los intereses comunitarios o sociales las demás prestaciones.

El criterio anterior nos conlleva a precisar qué son los intereses sociales y su relación con las garantías sociales.

Por interés social, nos dice Burgoa debe entenderse el interés de la comunidad o colectividad humana..., pero al poseer la sociedad una gama múltiple de individuos que la conforman, con diferentes modos de vida, diversos niveles de cultura y recreación y distintas necesidades económicas, políticas comunitarias y culturales, no encontramos ante un todo heterogéneo en el cual se presentan distintos y variados intereses que de acuerdo con su importancia en relación con los

grupos sociales, se van jerarquizando demográficamente. De este modo el maestro Burgoa nos explica los 3 tipos de Intereses Sociales existentes:

1) Interés Federal o Público que como su nombre lo indica se ubica en la esfera Federal y constituye el Interés Nacional.

2) Interés Estatal o General que al constituirse cada Entidad como una persona moral de derecho público, con elementos humanos que la conforman, el interés de estas mayorías se traduce en el interés de las Entidades Federativas.

3) Interés Municipal o Común. Como sabemos, dentro de cada entidad estatal, existe como estructura fundamental del regimen administrativo el Municipio, que al ser también una persona moral de derecho público, con una colectividad que le da sustento, los intereses de la misma, implican un interés social.

Burgoa expone una breve clasificación de las modalidades que revisten los intereses sociales, por lo que no permitimos transcribir a fin de completar nuestro estudio. Dice el autor:

1) "Hay interés social cuando a través de medidas legislativas o administrativas se pretenda satisfacer alguna necesidad de que adolezcan los grupos mayoritarios de cualquier colectividad en las esferas antes mencionadas.

2) Opera el interés social cuando se trate de solucionar o de evitar algún problema de cualquier índole que afecte o vaya a afectar a dichos grupos.

3) Habrá interés social en la propensión de mejorar las condiciones vitales de dichos grupos". (134)

Concluye Burgoa su análisis con esta frase "Las Garantías Sociales pueden tener como contenido de preservación jurídica a cualquier tipo de interés social, siendo sus titulares los diferentes grupos humanos que mayoritariamente integran las colectividades dentro de los diversos niveles

demográficos mencionados". (135)

Por una parte, nos reservamos el análisis correspondiente de lo anteriormente transcrito para un poco más adelante en donde trataremos al Derecho a la Protección de la Salud como una auténtica Garantía Social y en cambio pasaremos a mencionar el último concepto relacionado con las garantías sociales, antes de enumerar y desglosar los elementos constitutivos de éstas, y que es el referente al Derecho Social y a los Derechos Sociales.

Federico Jorge Gaxiola Moraila, en un estudio que realizó sobre el Derecho Social, nos comenta que este "es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad, integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico". (136)

Como mencionábamos en nuestra parte introductoria, gracias a la autonomía de los Derechos del Trabajo y Agrario, así como la desarticulación del primero de ellos en relación con el Derecho Civil, fue necesario crear un ordenamiento jurídico acorde con las necesidades sociales, aunado a ellos la aparición de los Derechos Modernos como lo son el Económico y el Cultural, se crea un conjunto de ordenamientos jurídicos con características peculiares y distintas a las otras dos ramas

del Derecho, o sea el Público y el Privado, y las cuales a continuación anotamos:

1) El Derecho Social no es un derecho específico e individualista, sino que va encaminado a los intereses de diversos grupos sociales, los cuales se encuentran bien definidos.

2) El Derecho Social, es eminentemente económico.

3) Pretende establecer un sistema de instituciones y controles que ayuden a lograr un cambio entre los conflictos de intereses y con ello lograr una colaboración social paracífica y una convivencia justa.

4) Y por último uno de sus más altos postulados, es que tiende a limitar las libertades individuales en pro del beneficio social.

Los Derechos Sociales por si mismos, forman parte integral del Derecho Social, ya que estos son las normas jurídicas que dan sustento a este último y las cuales podemos definir bajo los siguientes términos: "Son las prerrogativas y pretensiones de carácter económico, social y cultural reconocidas al ser humano individual o colectivamente considerado. Hoy día se les designa como derechos económicos sociales y culturales". (137)

Los derechos sociales lato sensu, constituyen un grupo de derechos distintos tanto al de los derechos individuales o civiles, como a los derechos del ciudadano o políticos, y tienden a proteger a la personas humana como integrante de un grupo social. Este tipo de derechos, se caracteriza "por constituir prerrogativas y pretensiones que los ciudadanos individual y colectivamente pueden esgrimir frente a la

actividad social y jurídica del Estado, es decir implican el poder de exigir a éste determinadas prestaciones positivas".
(138)

Es importante destacar, que estos derechos reivindican las prerrogativas de una clase o categoría de individuos, y no así los derechos individuales, para lo cual se requiere la actividad reguladora del Estado.

A criterio de Jesús Rodríguez y Rodríguez, estos derechos a pesar de consagrar prerrogativas de carácter colectivo en favor de determinados grupos sociales, su exigibilidad no es completa, ya que el mismo anota que "estos derechos no son pretensiones directas e inmediatamente exigibles, sino tan sólo, un programa de acción que cuando mucho legitima las presiones y reivindicaciones que sus titulares pueden llegar a ejercer sobre los diferentes órganos del poder público". (139)

Y termina anotando los derechos comprendidos en éste y los cuales son:

- 1) Derecho del Trabajo
- 2) Derecho de Asociación Sindical
- 3) Derecho de Seguridad Social
- 4) Derecho a un nivel de vida suficiente que incluye una alimentación, vivienda, y una SALUD adecuada.
- 5) Derecho a la Educación.
- 6) Derecho en materia cultural y científica. (artículos 3, 4, 6, 27, 123 apartados A y B Constitucionales).

Una vez que concluimos el análisis anterior, es importante enumerar los preceptos similares y comunes que en

cada una de las definiciones de los distintos conceptos encontramos en relación con las garantías sociales, resultando los siguientes:

1) Encontramos en todas las definiciones dadas por los diversos autores, que es nota esencial en las garantías sociales el ser un conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales que por alguna razón se encuentran en desventaja frente a otros grupos.

2) Como segunda nota característica, la concepción general de los anteriores autores es que las garantías sociales han venido a conformar una serie de normas instrumentales inspiradas en los principios de justicia social, y las cuales están desprovistas de formulas y rigorismos lentos, surgiendo de esta forma un Derecho Social y un Derecho Procesal Social.

3) Por último es común en todas las acepciones de las garantías sociales encontrar un deber a cargo del Estado, obligación cuyo contenido específico se traduce en un hacer por parte de éste.

4) Como punto fundamental de nuestra definición de garantía social debemos anotar que no sólo conforman a dichas garantías el derecho obrero o derecho del trabajo y el derecho agrario, que por ser los más discutidos y estudiados podría pensarse en que ambos son la única materia de estudio de estas mencionadas garantías; resaltando una vez más, el motivo de nuestra investigación, ya que nuestro objetivo es confirmar que el Derecho a la Protección de la Salud es una de las otras garantías sociales contempladas en nuestra Constitución.

5) Así pues, ya en relación con lo enumerado anteriormente destacan las características jurídicas del "Interés Público", ya que el mismo se traduce en un conjunto de pretensiones de carácter eminentemente colectivas, cuya satisfacción corresponde a cargo de la actividad del Estado y se verifican al originarse una serie de beneficios para la comunidad.

Cabe hacer la siguiente reflexión consistente en declarar que las garantías sociales y específicamente la que a nosotros interesa y que es el Derecho a la Protección de la Salud; debe considerarse dentro de las causas de Interés Público, debido a que como ya nos hemos referido anteriormente,

los elementos jurídicos constitutivos de las mismas se adecúan con precisión a los requerimientos que de acuerdo a la doctrina y a nuestras disposiciones legales se establecon.

Más aún si consideramos que nuestro ordenamiento legal al referirse a las actividades de servicio público dispone que se consideran como tal "aquellas actividades que tienden a satisfacer en forma continua, uniforme, regular y permanente necesidades de carácter colectivo; por lo que podemos concluir que la garantía social referida a la salud, constituye una actividad catalogada como utilidad pública. Nuestro criterio se verá confirmado cuando pasemos al estudio de los elementos constitutivos de las referidas garantías sociales.

6) Ahora continuemos con el Interés Social el cual se traduce en todos aquellos ideales, elementos o circunstancias asimiles de una sociedad o colectividad, y, evocando el pensamiento del maestro Burgoa al respecto concluimos que las garantías sociales tienen como premisas jurídicas cualquier tipo de interés sociales, por lo que éstos son elemento fundamental de tales garantías.

7) Para finalizar abordaremos a los últimos dos conceptos que hemos estudiado y los cuáles son el Derecho Social y los Derechos Sociales. Al respecto podemos decir que el primero de ellos puede ser considerado como el género y el segundo la especie, ya que es por nosotros conocido y reconocido el Derecho Social como el integrante de la Tercera Rama de nuestro Derecho Positivo Mexicano, coexistiendo con el Derecho Público y el Derecho Privado, y por ende generador de una serie de normas jurídicas de carácter general y contenido social como lo son los derechos sociales. Ahora bien, como ya mencionabamos anteriormente que los derechos sociales son una serie de prerrogativas de carácter no sólo social sino económico y cultural reconocidas al ser humano como individuo o colectividad, las cuales se hacen o pueden hacerse valer frente a los órganos del Estado, implicando con ello un poder de exigencia y requerimiento, bien podríamos señalar que las garantías sociales en cuanto a contenido dogmático no difieren de los derechos sociales, siendo correcto a nuestro criterio

equiparar a las Garantías Sociales con los Derechos Sociales, ambas fundamento jurídico y base piramidal sobre la que se edifica el Derecho Social en General.

5.- ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS QUE CONFORMAN A LAS GARANTIAS SOCIALES.

Ha llegado el momento de enumerar y estudiar una a una las partes integrantes de las garantías sociales, y permitiéndonos fijar nuestro criterio en la exposición del Maestro Burgoa realizada en su libro de las Garantías Individuales" señalaremos que éstas, al igual que las garantías sociales el estudio de sus partes suele dividirse en los siguientes incisos:

- I) Sujetos y,
- II) Objeto

Y a fin de continuar con la explicación de cada uno de ellos; diremos que en opinión de Burgoa "Las Garantías Sociales también se revelan como una relación jurídica con elementos distintos de las Garantías Individuales; ya que los sujetos del vínculo jurídico en que se traducen éstos, son por un lado, las clases sociales carentes del poder económico o de los medios de producción y en general los grupos colocados en situación precaria; y por otro lado, las castas poseedoras de la riqueza o situadas en honorable posición económica". (140)

Es visible que la anterior definición tiene como sustento los lazos materiales el proceso productivo, concepción que compartimos de manera general con algunas reservas, ya que

si bien estamos de acuerdo en aseverar que la relación jurídica derivada de las garantías sociales es sustantiva y objetivamente distinta a las establecidas en las garantías individuales, creemos también que los sujetos integrantes de la primera, no sólo deben ser considerados como tales en apoyo a sus carencias económicas y en relación con otros sujetos o grupos colectivos; ya que el hombre no sólo se ve rodeado de elementos materiales que determinan su existencia y su capacidad para enfrentarse a los diversos problemas que puedan presentarse, sino que también es imprescindible mirar a través de los prismas de la educación, la cultura, la recreación y sobre todo la Salud de cada individuo, todos ellos, elementos conformadores de la integridad del ser humano, no sólo como ser unipersonal, sino como ente colectivo.

Creemos que el pensamiento de nuestro autor es acertado en cuanto que hace una clara diferenciación entre los dos tipos de garantías que tratamos, sin embargo, sostenemos que su concepción es restringida al dirigir sus ideas sólo a la clase obrera o trabajadora, así como a la gente del campo, aunque no por ello comentamos que ambos derechos no sean catalogados dentro del cuadro del Derecho Social, sino más bien hacemos la indicación que no por ser menos importantes son los únicos que en el momento histórico-político y cultural que nuestro país vive, aparecen a nuestra vista para ser estudiados y resueltos conforme a la demanda social que a nivel nacional apuntan una pronta y certera dirección y proyección, y que es nada menos

que el Derecho a la Protección de la Salud.

I) Sujetos.

Continuando con nuestra exposición, dentro de este primer elemento debemos distinguir al Sujeto Activo y al Sujeto Pasivo de la relación.

Como Sujetos Activos encontramos a todo grupo social que por razones educativas, culturales, económicas, recreativas laborales y de carácter sanitario, se encuentran en desventaja frente a otros grupos.

Entonces los Sujetos Pasivos de nuestra relación lo serán todas aquellas comunidades detentadoras de los medios indispensables para satisfacer las necesidades arriba anotadas.

II) Objeto

Por lo que hace al objeto de nuestra relación jurídica, implica la existencia de derechos y obligaciones para sus sujetos que en el caso en concreto se otorgan los derechos a los sujetos activos y se transfieren las obligaciones a los sujetos pasivos.

Sin embargo, en paginas anteriores hemos hablado que las garantías sociales entrañan un poder de requerimiento a cargo del Estado, el cual tienen la obligación, al menos de derecho, de llevar a cabo ciertas actuaciones que don cumplimiento a lo

establecido y es por ello que a continuación expondremos qué tipo de relación se establece entre el Estado y los sujetos de la Relación Jurídica.

4.- RELACION JURIDICA ENTRE EL ESTADO Y LAS GARANTIAS SOCIALES

Las actividades que el Estado preponderantemente realiza, respecto de las garantías sociales son la vigilancia, intermediación y fiscalización; todo ello se traduce cuando el Estado por sus Autoridades y en ejercicio de la facultad de "Imperio" vela por el cumplimiento de las modalidades económicas y jurídicas de la relación de derecho en que se ostentan las prerrogativas sociales, en otras palabras, la ingerencia del Estado se traduce en vigilar que las relaciones pactadas entre los sujetos de la relación no sufran alteraciones que conduzcan al menoscabo de las garantías sociales consignadas en la Constitución, para lo cual restringe a través de disposiciones legales los principios de la Autonomía de la voluntad y de la libre Contratación; clásico ejemplo lo encontramos plasmado en la Ley Federal del Trabajo. En caso de que alguna prerrogativa se viese violada, el Estado es el encargado de restituir la situación jurídica al estado que guardaba antes de sufragar la alternación, para lo cual, él mismo anulará o nulificará cualquier acto, a fin de que no produzca consecuencias de derecho.

Este conjunto de facultades como mencionabamos en líneas anteriores, poseen ciertas características específicas y las cuales enumeraremos:

1) Son Preventivas ya que evitan se formen relaciones entre los sujetos que conlleven un menoscabo a los derechos y obligaciones recíprocas.

2) Es sancionadora en base a la declaración de nulidad de pleno derecho de estas relaciones si las mismas estuviesen afectadas.

3) Y es fiscalizadora por lo que respecta a las inspecciones que realiza a fin de constatar se cumplan todos los requerimientos de Ley.

A este régimen se le denomina:

Intervencionismo Estatal.

Muy a pesar nuestro, consideramos que la relación que guarda el Estado frente a nuestros derechos sociales es pobre y falta de una mayor organización y estructuración, aunque éste no es el capítulo relativo al análisis de las medidas concretas que el Estado ha adoptado a partir de 1983 con la Reforma Constitucional al III párrafo del artículo 4, en materia de Salud, queremos adelantarnos al mismo para indicar que el objetivo primordial de tal cambio fue originado por el latente interés de consagrar una de las necesidades populares de mayor trascendencia para nuestro pueblo mexicano, como lo es la Salud de todos los nacionales, elevando al Rango de Garantía Constitucional el mencionado Derecho a la Protección de la Salud; llevando con ello a una de las premisas de mayor importancia que el Estado ha marcado en reiteradas ocasiones al tratar sobre la problemática de la Salud, y la cual es el lograr que en un corto y mediano plazo todos los mexicanos

puedan recibir una atención médica calificada, así como tener acceso a Instituciones de Salud que cuenten con la maquinaria aparatos e instrumental necesarios y adecuados para la mejor prestación de los servicios.

Sin embargo, como mencionabamos en líneas anteriores: los objetivos marcados por nuestras autoridades estatales están muy lejos de verse realizadas, debido en primer término al sistema de organización y estructuración que rige en nuestro país, ya que en el mismo, con exclusión de las Instituciones del Gobierno que prestan servicios de salud a la población obrera o trabajadora como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, e Instituciones de Salud específicas como las referentes a Petróleos Mexicanos, o las que dan atención a la Armada y Fuerza Mexicana; el resto de la población no cuenta con un organismo llámese Clínica, Hospital, Sanatorio o Instituto que proporcione atención preventiva y curativa a precios accesibles para la gran mayoría de mexicanos que carecen de recursos económicos suficientes para costear los servicios requeridos en materia de Salud. Pero como ya anotamos, todas estas cuestiones serán tratadas en un capítulo posterior donde daremos a conocer el marco jurídico en el que nuestro sistema nacional de salud ha fincado sus bases y cual es nuestra real y actual situación sanitaria y la legislación creada al respecto.

Es momento de tratar el último punto de nuestro capítulo que es el referente a establecer si las Garantías Sociales son distintas o incompatibles con las Garantías Individuales; o si existe alguna semejanza entre ellas, y una vez resuelto este punto, podremos concluir a qué clase de Garantía pertenece el Derecho a la Protección de la Salud y sus principales características.

5.- LAS GARANTIAS SOCIALES E INDIVIDUALES, SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS

Muy discutido ha sido el tema que nos ocupa ya que los criterios sustentados por los distintos autores versa sobre la disyuntiva de preguntarse si las garantías individuales son incompatibles con las sociales y viceversa; a pesar de ello y de acuerdo a lo que hemos expuesto a lo largo del capítulo, no nos será difícil encontrar la respuesta a tales interrogantes, y así trataremos de responderlas en los siguientes términos:

1) Para resolver el problema planteado, debemos atender al análisis de la naturaleza jurídica de ambas garantías si se pretende enunciar que las dos garantías sustancialmente son semejantes en atención a los elementos que las conforman; encontraremos una evidente contradicción ya que "cuando se afirma y niega al mismo tiempo un predicado respecto de una misma cosa y en relación con una semejante situación" generalmente estaremos en presencia de una contradicción.

Pero si por el contrario, consideramos que ambas garantías son jurídica y substancialmente distintas, con relaciones jurídicas divergas, y dotadas de elementos disímiles, entonces no habrá lugar a contradicción alguna.

2) Establecida esta diferencia, diremos que las garantías individuales implican una relación de derecho entre dos sujetos, el activo que son todos los Gobernados y el pasivo que es el Estado y sus autoridades, destacando principalmente los derechos y obligaciones que de ella se derivan y que persiguen; los primeros proteger al sujeto como gobernado frente a las actividades abusivas y arbitrarias de las autoridades que son las depositarias de la actividad Estatal Soberana, haciéndose extensiva esta garantía a toda persona con independencia de su condición particular.

3) En cuanto a las garantías sociales también implican una relación de derecho entre dos sujetos; uno de ellos activo y el otro pasivo, sólo que aquí encontramos la primer y gran diferencia; ya que ambos sujetos se refieren a dos clases Sociales distintas; la primera es aquella que se encuentra en notable desventaja económica, cultural, educativa, social, etc., y la segunda la poseedora de todos estos satisfactores y no sólo económicamente hablando, por consiguiente se derivan de dicha relación derechos y obligaciones para las partes encontrando una modalidad específica en esta garantía ya que a diferencia de las individuales, el Estado adquiere el

compromiso de establecer un régimen jurídico, constitucional y legal de preservación, consolidación, y mejoramiento de las condiciones económicas, culturales, y sociales de la población en general.

4) No debemos olvidar que los intereses sociales juegan un importante papel en relación con las garantías sociales siendo aquellos el objeto de preservación de éstas últimas, y es aquí donde claramente vemos constituirse al Derecho a la Salud como materia de Interés Social.

6.- EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD COMO UNA AUTENTICA GARANTIA SOCIAL

El Maestro Burgoa, al referirse a los intereses sociales hace resaltar 3 importantes notas características de los mismos, las cuales nos dan la base para sustentar al Derecho a la Salud como una garantía social, a continuación explicaremos en qué consiste cada una de estas características.

1. En primer lugar, nos dice Burgoa que existe un interés social "cuando a través de medidas legislativas o administrativas se pretende satisfacer alguna necesidad de que adolescan los grupos mayoritarios de cualquier colectividad en las diferentes esferas que hemos indicado". (14)

La respuesta es clara a nuestra interrogante planteada al incio del capítulo, al revisar la exposición de motivos

correspondiente a la iniciativa de adición al artículo 4 Constitucional la cual menciona entre otros aspectos que "... Los gobiernos de la Revolución han estado atentos a destinar a la salud, los mayores recursos posibles y a continuar la tarea permanente de modernizar la legislación sanitaria. La rica y basta legislación se ocupa ya de cuestiones que inicialmente no eran contempladas por la norma sanitaria, como son la prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, disposición de órganos, tejidos y cadáveres, control de alimentos, bebidas y medicamentos, estupefacientes y psicotrópicos, protección de la salud de la niñez y de los ancianos, mejoramiento y cuidado del medio ambiente" (142) y continúa diciendo "La medicina preventiva y la educación para la salud empiezan a encontrar en los medios de comunicación masiva, el instrumento idóneo para penetrar en la sociedad y habilitarla para el cuidado de la Salud. La custodia, restauración y memoramiento de la salud no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado, si no concurren los propios interesados, se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural"...

"Si lo avanzado es satisfactorio para la Nación, no puede dejarse de reconocer que aún se aprecian graves carencias, que no por antiguas son menos lacerantes: todavía no se alcanza el objetivo de la plena cobertura, en algunas áreas existe un manejo dispendioso de recursos y una operación

desarticulada, más aún, se advierte una dolorosa discriminación en el campo de la salud, la calidad de los servicios varía radicalmente de una institución a otra y de región en región."

"No hemos sido capaces de establecer un Sistema Nacional de Salud que responda a la demanda popular de una vida sana". Y concluye la iniciativa con las siguientes palabras: "Esa descoordinación ha conducido a que todavía no se opere cabalmente ni se cumpla con uno de los elementos primarios de cualquier sistema de salud: El Cuadro Básico de Medicamentos. Tal carencia lleva al menoscabo de la economía de los ciudadanos y de las finanzas públicas, provoca rezago de la industria farmacéutica nacional y la dependencia del exterior."

Esos factores que se nos mostraron con toda su crudeza en la campaña política que emprendimos para lograr el voto ciudadano, nos ha llevado a la convicción de que es necesario elevar el rango del derecho a la protección de la Salud, consagrándolo en el artículo 4 de nuestra Carta Magna como una nueva garantía social."(143)

Es clara la exposición de motivos en señalar que en el campo de la Salud de los mexicanos hay mucho por hacer y lograr: así queda demostrada esta primer hipótesis que el Maestro Burgoa señala respecto de los intereses sociales.

2. Nuestra segunda nota, menciona que "opera el interés

social cuando se trate de solucionar o de evitar algún problema de cualquier índole que afecte o vaya a afectar a dichos grupos" (144). Al respecto diremos que abundan los problemas sanitarios entre la población mexicana, afectando de hecho la integridad física y mental del individuo por ende deteriorando la estructura colectiva y la vida nacional, sin ir muy lejos las epidemias de Sarampión que se han presentado ya en varios estados de la República alrededor de los meses de enero a mayo del presente año, son una muestra clara y contundente que nuestro sistema de medicina preventiva carece de estructuración, organización y medios materiales y humanos suficientemente competitivos para contrarrestar o evitar se presenten problemas tan graves como el mencionado. De esta manera confirmamos una vez más que el Derecho a la Protección de la Salud es una garantía social.

3. Y por último nos dice Burgoa que "habrá interés social en la propensión de mejorar las condiciones vitales de dichos grupos" (145). He aquí una tarea ardua para nuestras autoridades estatales en el sentido de cubrir en el plazo mediano o largo, las necesidades de la población a través de medidas de carácter legislativo y administrativo y la nuestra, o sea nuestro objetivo será en el presente trabajo de investigación estudiar a fondo si tales medidas y directrices marcadas por el gobierno mexicano: iniciando con la propia reforma constitucional son viables y adecuadas a la realidad social, económica, cultural, política y tecnológica del país,

realizando una critica de la misma y aportando nuevas ideas que ayuden al fortalecimiento y aseguramiento del DERECHO A LA SALUD COMO UNA AUTENTICA GARANTIA SOCIAL.

CITAS BIBLIOGRAFICAS
CAPITULO II

- 86.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 87.- Idem.
- 88.- Idem
- 89.- Idem.- Págs. 158, 159 y 160
- 90.- Diccionario de Derecho Agrario Mexicano, Antonio Luna Amigo, Luis G. Alcerreca, México, 1982. Pág. 328
- 91.- Idem.
- 92.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 93.- Idem.
- 94.- Idem.
- 95.- Idem.
- 96.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa. Tomo III, México, 1985. Pág. 209
- 97.- Idem. Pág. 223
- 98.- Idem. Pág. 225
- 99.- Idem. Pág. 225 y 226
- 100.- Idem. Pág. 226
- 101.- Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino U. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978. Pág. 3
- 102.- Idem. Pág. 4
- 103.- Idem. Pág. 8
- 104.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 105.- Idem.
- 106.- Idem.

- 107.- Idem.
- 108.- Idem.
- 109.- Idem.
- 110.- Idem.
- 111.- Idem.
- 112.- Idem.
- 113.- Idem.
- 114.- Idem.
- 115.- Idem.
- 116.- Idem.
- 117.- Idem.
- 118.- Idem.
- 119.- Idem.
- 120.- Idem.
- 121.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa. Tomo II, México, 1985
- 122.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 123.- Lecciones de Garantías y Amparo, Juventino V. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978
- 124.- Idem.
- 125.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo IV, México 1985.
- 126.- Idem.
- 127.- Idem.
- 128.- Lecciones de Garantía y Amparo, Juventino V. Castro, Editorial Porrúa, México, 1978
- 129.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.

- 130.- Idem.
- 131.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Editorial Porrúa, Tomo V, México 1985.
- 132.- Idem.
- 133.- Idem. Tomo V.
- 134.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 135.- Idem.
- 136.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Porrúa. Tomo III, México, 1985.
- 137.- Idem. Tomo III.
- 138.- Idem.
- 139.- Idem.
- 140.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 141.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 142.- Derecho Constitucional a la Protección a la Salud, Guillermo Soberanis Acevedo, Editorial Porrúa, México, 1983. Pág. 171 y 172.
- 143.- Derecho Constitucional a la Protección a la Salud, Guillermo Sobenais Acevedo, Editorial Porrúa, México, 1983. Pág. 171 y 172.
- 144.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.
- 145.- Las Garantías Individuales, Ignacio Burgoa Orihuela, Editorial Porrúa, México, 1986.

CAPITULO III

ANALISIS DE LA EXPOSICION DE MOTIVOS QUE DIO ORIGEN A LA ADICION DEL ARTICULO 4o. CONSTITUCIONAL EN MATERIA DE SALUD Y ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS QUE LA INTEGRAN.

A fin de iniciar el desarrollo de este capítulo, nos permitimos adelantar algunas ideas fundamentales que nos llevarán al finalizar nuestro estudio, a los puntos y conclusiones medulares del presente trabajo recepcional, ya que sin duda este capítulo nos ayudará a entender claramente cuales fueron desde el principio, las ideas prioritarias de los legisladores en el año de 1983, en relación con la propuesta y aceptación de la adición al artículo cuarto constitucional en materia de salud y que marcaron definitivamente las direcciones y caminos a seguir por el Estado y demás autoridades sanitarias en nuestro territorio nacional.

Sin lugar a dudas, en este capítulo deberemos abordar el verdadero sentido de la reforma constitucional, iniciando con la propuesta del Ejecutivo Federal el día 20 de diciembre de 1982, pasando a analizar en seguida lo expuesto por la Cámara de Senadores; finalizando con el análisis y estudio de la misma Cámara de Senadores y de la Cámara de Diputados de los motivos que la originaron; a fin de encontrarnos en posibilidades de "DESMENUZAR" y desentrañar con base en la exposición de motivos, los elementos constitutivos del penúltimo párrafo adicionado al artículo cuarto constitucional. En otras palabras es aquí donde encontraremos el fundamento a nuestra hipótesis

en el sentido de que la adición a nuestra Carta Magna en el campo de la salud, no corresponde a los principios y postulados que sustentan el derecho social como una de las tres ramas en que se divide y clasifica nuestro sistema jurídico-positivo, considerando tal adición como una garantía individual más, consagrada a nivel constitucional, conllevándonos lo anterior a la conclusión que es necesario reformar tal adición a fin de transportar nuestra garantía al campo social.

A).- ANALISIS

Así pues continuemos nuestro trabajo refiriéndonos en primera instancia a las ideas, pensamientos y principios fundamentales del Ejecutivo Federal por conducto del entonces señor presidente Miguel de la Madrid Hurtado, el cual propuso al H. Congreso de la Unión la siguiente iniciativa de adición al artículo 4o. de la Constitución en los siguientes términos:

ARTICULO UNICO.- Se adiciona el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con un párrafo penúltimo que a la letra dice:

"TODA PERSONA TENDRA 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".

TRANSITORIO

ARTICULO UNICO.- La presente adición entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Reitero a ustedes las seguridades de mi más distinguida consideración.

SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCION

Palacio Nacional, a 20 de diciembre de 1982.

El Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Miguel de la Madrid Hurtado.

Las consideraciones del ejecutivo que dieron origen a tal adición descansan en los siguientes principios que nos permitimos transcribir a continuación:

- El problema sanitario de la nación fue objeto de vivo interés en el constituyente de Querétaro, poniéndose desde 1917 las bases para el Sistema Jurídico Mexicano de la salud.

- Nuestra Carta Magna, además de los dispositivos contenidos en el artículo 73 sobre la Salubridad General el artículo 123 definió, dentro de las garantías laborales y de seguridad social, el derecho de los trabajadores subordinados a la protección por riesgos de trabajo.

- La morbilidad se ha venido abatiendo hasta prácticamente erradicarse algunas enfermedades ahora implacables, como son la poliometitis, el paludismo, la difteria, la viruela, la tuberculosis, entre otras.

Como logros revolucionarios, destacando los avances registrados en los regimenes de seguridad social, el sistema que protege a los servidores del Estado desde 1925, uno de los

primeros esfuerzos de aseguramiento social del mundo, protege ya a dos millones de trabajadores y a seis millones de dependientes. el Instituto Mexicano del Seguro Social en poco menos de 40 años, ha ampliado su protección a siete millones de trabajadores y a veintiseis millones de derechohabientes, sin incluir los servicios de seguridad social, los miembros de las fuerzas armadas se benefician del sistema especial que la Revolución estableció para proteger a esos patriotas mexicanos.

- La justicia social como proyecto revolucionario ha llevado a que los servicios de salud alcancen a la población abierta que no es amparada por los sistemas de seguridad social, a través de los programas asistenciales que lleva a cabo el gobierno de la nación.

Por otra parte, el Ejecutivo continua diciendo:

- Son significativos los empeños de nuestro país, tendientes a suministrar a la población medicamentos a precios preferenciales, así como la operación aún no suficientemente eficaz de sistemas de control de calidad de fármacos, a efecto de garantizar sus propiedades curativas y su sujeción a las normas oficiales.

- Las instituciones de educación superior creadas y auspiciadas por la revolución han venido formando los profesionistas médicos y paramédicos que han hecho posible que

la expansión de la actividad sanitaria se sustente en recursos humanos de mayor calidad.

- La medicina preventiva y la educación para la salud empieza a encontrar en los medios de comunicación masiva, el instrumento idóneo para penetrar en la sociedad y habilitarla para el buen cuidado de su salud.

- La custodia, restauración y mejoramiento de la salud no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado, si no concurren los propios interesados, se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural.

Por lo que respecta a la infraestructura y equipamiento de la salud el Ejecutivo se refiere en los siguientes términos:

- Si lo avanzado es satisfactorio para la Nación, no puede dejarse de reconocer que aún se aprecian graves carencias que no por antiguas son menos lascerantes; todavía no se alcanza el objetivo de la plena cobertura, en algunas áreas existe un manejo dispendioso de recursos y una operación desarticulada, más aún, se advierte una dolorosa discriminación en el campo de salud, la calidad de los servicios varía radicalmente de una institución a otra y de región en región.

- No hemos sido capaces de establecer un sistema

nacional de salud que responda a la demanda popular de una vida sana.

- Aún cuando se han emprendido acciones de planificación familiar éstas no han sido lo suficientemente amplias y eficaces para que las parejas decidan libre y responsablemente el número y espaciamento de su descendencia.

- La descordinación de las distintas dependencias y entidades publicas que actúan en el campo de la salud, genera duplicidades, contradicciones, dispendio de esfuerzos, derroche de recursos y pérdida de tiempo, siempre en perjuicio de los mexicanos.

Esa descordinación ha conducido a que todavía no se opere cabalmente con uno de los elementos primarios de cualquier sistema de salud: EL CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS. Tal carencia lleva al menoscabo de la economía de los ciudadanos y de las finanzas públicas, provoca el rezago de la industria farmacéutica nacional y la dependencia del exterior.

- Si bien la garantía que proponemos, vendría a enriquecer el contenido programático de la Constitución de Querétaro, compendio supremo del proyecto nacional, sabemos que no implica que ese derecho sea de cumplimiento automático, pero tampoco su efectividad es propósito ingenuo y por ello inalcanzable. Por el contrario, los recursos que el Estado y la

sociedades destinan a la salud, los trabajadores de la salud formados en décadas de política educativa, el equipamiento y la infraestructura de salud acumulada y la madurez de las instituciones públicas que operan en ese campo, muestran que es factible que en mediano plazo los mexicanos tengan acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de sus niveles de salud.

El ejecutivo se refiere a la denominación de la nueva garantía social en los siguientes términos:

- Se optó por la expresión "Derecho a la Protección de la Salud" porque tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. En particular, debe llamarse la atención de que sin la participación inteligente, informada, solidaria y activa de los interesados no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud: en este terreno no se puede actuar en contra de la conducta cotidiana de los ciudadanos.

Sin embargo, el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que consideramos se puede hacer frente si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución. El sector público deberá poseer esos atributos para que el reiterado propósito de disponer de un sistema nacional de salud sea una

realidad.

- No se trata de la creación de un aparato burocrático nuevo, forzosamente grande e inmanejable, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que las instituciones de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propio y de su autonomía paraestatal, se integren y coordinen funcionalmente para evitar duplicidades y contradicciones, en suma, para dar un paso mas eficiente a los recursos sociales y dotar de cabal efectividad al derecho social a la protección de la salud.

En relación con la planeación nacional se apunta lo siguiente:

- 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 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 las consideraciones anteriores 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 estos participen, activa y gradualmente en las actividades de la 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.

- Para que la reivindicación federal que propugnamos no actúe en contra de los objetivos de racionalización de los

recursos sanitarios y conyuve a dar efectividad al derecho a la protección a 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.

PARA FINALIZAR EL EJECUTIVO PROPONE:

- 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 tengan en cuenta las características 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.

- DICTAMEN SENATORIAL -

La reforma fue propuesta a la Cámara de Origen, Comisiones Unidas, Primera de Puntos Constitucionales y de Salubridad, la cual fue estudiada meticulosamente emitiéndose

un dictamen que contiene las principales consideraciones y que nosotros extractaremos en las siguientes ideas:

- Como primer punto destaca la labor y preocupación de las autoridades de México, desde tiempos remotos, por atender los aspectos de salud, de la población mexicana, remontándonos al decreto constitucional para la libertad de la América Mexicana, sancionado en Apatzingán el 22 de octubre de 1814, bajo la inscripción de José María Morelos y Pavón, dicho texto constitucional estipuló como atribución propia del Supremo Congreso, "APROBAR LOS REGLAMENTOS QUE CONDUZCAN A LA SANIDAD DE LOS CIUDADANOS A SU COMUNIDAD Y DEMAS OBJETOS DE POLICIA" disposición que debemos tener presente para valorar acertadamente el objetivo propuesto con la reforma constitucional que aquí se estudia.

Los Senadores que integraron la Cámara de Origen realizaron en su dictamen una síntesis de los principios constitucionales y sociales relativos a la salud, ideas que transcribiremos a continuación por considerarlas de importancia:

EL DICTAMEN CONTINUA DICIENDO:

- Dentro de esta tónica de salvaguardar la salud de nuestros compatriotas se incluyó en nuestra Carta Magna el artículo 123, varias de cuyas fracciones pretenden precisamente

poner a cubierto la integridad física, la higiene y la cabal salud de los obreros, jornaleros y en general de todos los trabajadores de la república, incluyendo a los servidores públicos....., que contribuyen, lo mismo que los obreros, al desarrollo y al crecimiento de nuestra patria.

Como garantías sociales de salud, que gozan los mexicanos, el dictamen señala las que a continuación extractaremos en forma breve:

- 1) La obligación de los patrones de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad.
- 2) El establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social y su amplia gama de prestaciones.
- 3) El deber de las sociedades cooperativas para la construcción de casas baratas e higiénicas.
- 4) Las responsabilidades patronales de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- 5) Las aportaciones para el fondo nacional de vivienda.
- 6) La atención y descansos para la mujer embarazada, etc.
- 7) Por último el citado artículo 123 contiene normas para proteger el trabajo de los menores, asegurando su salud y bienestar.

Entre otras disposiciones constitucionales, en cuestiones de salud, se mencionan los siguientes artículos:

- Artículo 40. Constitucional.

Tiende a preservar el desarrollo de la familia,

sañalando el deber de los progenitores de preservar el derecho que tienen los menores a atender sus necesidades y especialmente su salud física y mental.

- Artículos 11 y 73 Fracción XVI Constitucional.

El primero en cuanto autoriza el libre tránsito por la República con la única limitación de atender las Leyes de Salubridad General de la Federación y el segundo, por establecer la potestad del Congreso de la Unión para dictar leyes sobre Salubridad General de la República, cuyo Consejo depende directamente del Ejecutivo Federal.

Por otra parte, continúa diciendo: "El concepto salud en nuestros días no se constriñe ni se limita a evitar o recuperarse de los quebrantamientos físicos sino que comprende el disfrute de posibilidades de acción que permitan el ya aludido desarrollo entendido por este, no sólo el bienestar e integridad físicos, sino también el envejecimiento intelectual y la superación de todos los órdenes, esto es, la comodidad genérica a que se refirió el constituyente de Apartzingán.

- En la preocupación estatal relativa a la protección de la salud, se incluyen leyes y programas tendientes al mejoramiento del medio ambiente, al disfrute del tiempo libre, a la posibilidad de incrementar el rendimiento y la producción, a obtener alimentos nutritivos, así como a combatir el uso

inhumano de estupefacientes, a que se practique un efectivo control de calidad de los fármacos, a la posibilidad de practicar deportes, a contar con un cuadro básico de medicamentos, a organizar estructurar y coordinar las atribuciones y programas de las diversas instituciones que se ocupan de la salud; a descentralizar dichos servicios llevando a los más lejanos rincones de la República los servicios necesarios para la salud de los mexicanos, condición SINE QUE NON de la dignidad humana.

- En efecto la iniciativa del Jefe del Estado Mexicano, enriquece el conjunto de las prerrogativas individuales, pero da arraigo y esencia social en cuanto que reconoce a toda persona el derecho a la protección de la salud y en el mismo texto del párrafo que se propone adicionar al artículo 4o. de la Ley fundamental, se advierte que ese derecho ha de hacerse efectivo a través de servicios públicos de salud que, correrán a cargo de las instituciones respectivas de la federación y de las entidades federativas. Para abundar en esta misma línea de ideas, el derecho así reconocido tiene como contraparte la obligatoriedad del Estado en sus diversos niveles de prestar el servicio público correspondiente.

- Por otra parte la reforma constitucionalmente propuesta y los programas que al respecto adopte el Ejecutivo Federal insertándolos en su Plan Nacional de Desarrollo, resultado del Sistema Nacional de Planeación Democrática,

tenderá como señala la iniciativa presidencial, no a crear un aparato burocrático nuevo sino a integrar y coordinar las Instituciones actualmente en función, para evitar duplicidades y contradicciones y revertir al actual proceso centralizador a fin de que la Ley Reglamentaria que al respecto se emita distribuya entre la Federación y las Entidades Federativas las responsabilidades que se refieran al trascendente aspecto de la salud que nos ocupa, sin menoscabo de que cada Estado, indica la propia iniciativa convenga con sus municipios para que estos participen activa y gradualmente, en las actividades de la salud.

CONTINUA ANOTANDO EL DICTAMEN SENATORIAL:

- Esta tendencia de coordinación ya la ha advertido el Senado de la República en la reciente aprobación de la iniciativa presidencial de reformas al Código Sanitario, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

- Señala el Presidente de la República que el derecho a la protección de la salud no implica que dicha prerrogativa tenga cumplimiento automático pero que tampoco su efectividad es propósito ingenuo, por cuanto que nuestra experiencia legislativa y administrativa al respecto los recursos que el Estado y la Sociedad destinan a la salud y la infraestructura social y política permitan que en mediano plazo la totalidad de

mexicanos tenga acceso a los servicios institucionales que contribuyan a la protección, a la restauración y al mejoramiento de su niveles de salud.

"La descentralización de la vida nacional el fortalecimiento del municipio y el respeto del federalismo en esta y en las demás reformas constitucionales en proceso, son claros y palpables, reconociendo todas ellas la madurez de nuestras instituciones y la capacidad de los servidores públicos de los estados y de los municipios.

PARA FINALIZAR EL DICTAMEN, RESUELVE:

- El artículo 4o. Constitucional así adicionado se constituirá indudablemente en la medida en que tienda a la protección de la parte más sensible de la sociedad, la familia, la niñez y los beneficios fundamentales para la vida digna de los hombres en un verdadero catálogo trascendente de los mínimos de bienestar elevados a la máxima jerarquía jurídica.

- Por lo anterior y por cuanto que anima a la iniciativa el espíritu de enriquecer nuestras garantías, por cuanto que su adopción estimulará nuestra actividad para mantener y fortalecer la salud: porque estrecha los vínculos de solidaridad de los mexicanos y porque propiciado el mantenimiento de la salud se avanza en la democracia y en la justicia, el texto de la iniciativa es procedente, en tal

virtud, las suscritas Comisiones someten a la consideración de esta Honorable Asamblea, la aprobación del siguiente proyecto de:"

D E C R E T O

QUE ADICIONA EL ARTICULO 4o. DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

El dictamen fue aprobado por las Comisiones Unidas: Primera de puntos constitucionales y de salubridad por 60 votos, considerando pertinente anotar brevemente la intervención de dos senadores en el debate que se llevó a cabo previa a la votación definitiva por contemplar aspectos relevantes de los principios, motivos e ideas fundamentales, que conllevaron a la aceptación de la iniciativa presidencial y que constituye el diario de debates.

La primera en tomar la palabra fue la Senadora Hoyos de Navarrete cuyo pensamiento extractamos en las siguientes líneas:

- Los gobiernos de la revolución han concedido una atención especial a la salud del pueblo mexicano. La creación y desarrollo del IMSS y del ISSSTE ubican a México como un país de avanzada en el ámbito de la seguridad social.

- A pesar de los avances, vivimos en un país de

desigualdades en términos de seguridad social podríamos hablar de mexicanos de primera; que son los que pagan cuotas a cambio de los servicios que reciben, los de segunda que son los que reciben únicamente servicios asistenciales y los mexicanos de tercera que son los que no tienen acceso a ninguno de estos servicios.

- Hemos logrado elevar el promedio de vida de los mexicanos, pero hemos de reconocer también que todavía decenas de miles de niños mueren en México de enfermedades respiratorias y gastrointestinales lo que revela un gran atraso en los niveles de salud y que nos coloca en un país subdesarrollado en este aspecto.

- Según la organización mundial de la salud, ésta se define como el bienestar biológico, psicológico y social del individuo.

- Elevar a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, es luchar no solamente por la ausencia de la enfermedad, sino porque cada mexicano sea sano mentalmente... es también dejar plenamente establecido el derecho al bienestar social, concebido éste, como el acceso a una vivienda digna, a una educación y a una alimentación suficiente para el desarrollo armónico de sus facultades físicas y mentales.

- Quién carece de una vivienda digna, quién se ve forzado a vivir en la promiscuidad, nunca podrá ser sano, quien es analfabeto, ni con todo el esfuerzo de la sociedad y de él mismo podrá integrarse al más elemental programa de salud y lo más dramático, quién está desnutrido está destinado a morir por su vulnerabilidad a las enfermedades o a quedar limitado de sus facultades mentales y físicas convirtiéndose, paradójicamente, en una carga social.

- Es por eso que la iniciativa de referencia implica establecer que el objetivo del gobierno de la República es crear y desarrollar las condiciones ambientales para que todo mexicano tenga en todas las etapas de su vida, los servicios necesarios que garanticen un desarrollo armónico de sus facultades físicas y mentales, permitiéndole una existencia digna y útil para la sociedad.

Acto seguido le sucedió en la palabra la Senadora Yolanda Senties de Ballesteros: quién se refirió a la iniciativa de reforma presidencial en los siguientes términos:

- El artículo primero de la Carta Magna da el disfrute de las garantías individuales a todos en forma universal, sin distinciones de raza, de clase social, de nacionalidad o de cultura, en una evidencia al respeto, a la dignidad humana en sí, que no reconoce ni admite cortapisas como valor eminente.

- El Derecho Social surge cuando se exponen las primeras ideas respecto a la protección no de una clase determinada de la sociedad, o de grupos específicos sino del cuerpo social mismo mediante la integración de todos sus componentes en un régimen de justicia.

- El Derecho Social es un derecho de integración, para integrar al orden justo a todos los mexicanos. Hacia las finalidades del derecho social se ordenan todos los derechos".

- El concepto de salud ha ido teniendo diferentes interpretaciones de acuerdo a las necesidades y a los problemas en general de la sociedad en los cincuenta primeros años de la vida independiente mexicana, se fraguó y se consolidó el concepto de que la salubridad y los servicios médicos definían íntegramente a la salud.

- Los defectos del concepto de salud del propio Derecho Social como actividades altruistas, no se deben más que a las ideas dominantes en la materia, que daban a las leyes de protección un carácter de concesión graciosa del estado, ideas que se han transformado en desarrollo del derecho social que introduce un nuevo sentido.

PARA FINALIZAR LA SENADORA AGREGA EL SIGUIENTE ENUNCIADO:

- Sabemos que no es mandato del legislador el que lleva

el bienestar directo inmediato, que son importantes, las medidas de la ejecución de la norma, ya que ésta solo es base de un proceso, y es así que para lograr el desarrollo armónico es importante el aspecto económico y obtener mayores recursos y mejor aprovechamiento de los mismos, entre las iniciativas recibidas por el Congreso de la Unión se encuentran:

La congruencia y relación entre las normas en materia de salud, modificaciones al Código Sanitario, a la Ley de la Administración Pública Federal, al Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en fin la adecuación legislativa para poder ejecutar de inmediato, no se trata pues de una disposición aislada o de un enunciado sin sentido. La importancia de la adición propuesta por el Lic. de la Madrid respecto al artículo 4o. de la Constitución General de la República, la salud hace indispensable considerar como responsabilidad que comparte indisolublemente el estado, la sociedad y los interesados, no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud, requiere el reordenamiento de la conducta pública pero también el reordenamiento de la conducta particular de cada mexicano.

De esta forma concluyó el dictamen y debate senatorial en relación con la reforma propuesta y como mencionabamos en párrafos anteriores la misma fue aprobada por 60 votos, concluyendo la primera fase de la elaboración de la ley, y

continuando con el análisis y estudio de dicha propuesta ante la Cámara Revisora o Cámara de Diputados, la cual también emitió un dictamen que fue discutido y aprobado por los diputados de las diversas facciones políticas, constituyendo estos el diario de debates.

- DICTAMEN DE LA CAMARA DE DIPUTADOS -

Consideramos que es necesario referirnos brevemente al análisis anterior a manera de completar el estudio de este primer punto del capítulo y complementar las ideas y motivos antes expresados.

En síntesis los motivos expresados por la diputación fueron los siguientes:

- A las Comisiones Unidas de gobernación y puntos Constitucionales y de Salubridad y Asistencia de esta H. Cámara de Diputados fue turnada para su estudio y dictamen la minuta proyecto de decreto que remite la H. Cámara de Senadores relativa a la iniciativa que el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, somete a la soberanía del H. Constituyente permanente para adicionar el artículo 4o. Constitucional.

Las Comisiones Unidas después de haber sido discutidos a satisfacción de sus integrantes, formularon el

presente dictamen con apoyo en las siguientes:

C O N S I D E R A C I O N E S

- La salud se define como un estado de completo bienestar físico mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. Disfrutar el nivel más alto de salud posible debe constituir uno de los derechos fundamentales de todo mexicanos sin distinción alguna.

- Existen aún muchos compatriotas que no reciben los servicios de salud que requieren, por limitaciones presupuestales, acentuados por defectos de coordinación que implican dispersión y derroche de recursos, duplicidad de esfuerzos y concentración innecesaria en áreas privilegiadas con carencia o insuficiencia de servicios en otras que frecuentemente son las que más lo requieren.

- Surge la necesidad de establecer un sistema nacional de salud que permita la mejor utilización de los recursos existentes y su adecuación a las necesidades reales del país. la creación de este Sistema Nacional requirió de reformas legales del Instituto Mexicano del Seguro Social y de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado que ya fueron aprobadas por el H. Congreso de la Unión.

- El ejercicio de esta garantía constitucional requiere

de cambios estructurales, de esfuerzos de coordinación efectiva. No puede quedar como simple expresión constitucional de buenas intenciones. Se requiere para hacer efectivo este derecho de la participación activa de todos los miembros de la sociedad que deben aprender a valorar su salud y luchar por preservarla. El Estado será el promotor de este servicio que requerirá de la solidaridad social y de la voluntad colectiva para su cabal cumplimiento.

- Con base en ello, creemos que en el país, se está en condiciones de cumplir a mediano plazo esta exigencia social, "dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos.

- Es importante resaltar el esfuerzo por la descentralización de la vida nacional que la propia iniciativa contempla distribuir entre la Federación, Estados y Municipios, las responsabilidades que en cuanto a servicios de salud les corresponde.

- El federalismo desde un punto de vista económico y administrativo constituye la decisión descentralizada del poder y de la riqueza que permite un desenvolvimiento regional o local más justo y equitativa. Sólo puede aumentar su eficacia de administración pública en la medida en que éste permita una mayor participación de las autoridades locales en los problemas que le competen.

CONCLUYE LA EXPOSICION EN ESTOS TERMINOS:

- El derecho a la protección a la salud implica que el estado y la sociedad amalgamados deciden luchar contra algo más importante que la simple enfermedad. Es el combate decidido a la patología de la pobreza que se da en los países que se encuentran en vías de desarrollo y que como el nuestro no han logrado coordinar eficazmente todas las instituciones que tiene como objetivo o como uno de sus objetivos, la protección de la salud de todos sus habitantes.

Una vez concluida la lectura del dictamen y de la reforma propuesta, se sometió a la consideración de los diputados, pareciéndonos importante la participación de 2 de ellos, del diputado Mariano López Ramos del PST, y del diputado Armando Izundegui del PRI.

El primero de ellos manifestó su opinión hacia la reforma concretándola en 5 puntos; iniciando así:

- A nombre de la fracción parlamentaria del Partido Socialista de los Trabajadores, quiero hacer muy brevemente algunas observaciones.

- A la iniciativa de adición de un penúltimo párrafo al artículo cuarto de la Constitución, referente al derecho a la

protección de la salud que formula la fracción parlamentaria del Partido Socialista de los Trabajadores.

1o. Es laudable que con esta iniciativa se tienda a ampliar la cobertura para la protección de la salud, mediante un sistema nacional.

2o. Esta iniciativa plantea fundamentalmente dos cuestiones íntimamente relacionadas: inscribir en la Constitución como derecho social el relativo a la protección de la salud y el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud.

3o. Sin embargo a pesar de que se declara que es un derecho social el de la protección de la salud, este pretende establecer como garantía individual al estipularse que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

4o. En el artículo 1o. de la Constitución se ha establecido que en los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga esta disposición que beneficia tanto a nacionales como extranjeros de paso o residentes en el país.

De manera que todos ellos podrán estar en condiciones de demandar la asistencia médica necesaria para la protección de la salud pues toda persona tiene derecho. Pero debe reflexionarse sobre si se tienen las bases financieras para

atender satisfactoriamente a todos los solicitantes.

So. Si verdaderamente se desea que esta adición al artículo 4o. sea Derecho Social deberá perfeccionarse su redacción de manera que pueda conciliarse el interés de los individuos con el de los grupos y clases sociales necesitadas.

Corresponde ahora comentar lo señalado por el diputado Armando Izundegui Rullán del Partido Revolucionario Institucional, como a continuación exponemos:

Inicia haciendo la aclaración del porque en la iniciativa presidencial se optó por utilizar el término "Derecho a la Protección de la Salud" y no la frase de "Derecho a la Salud".

Se cuestiona si el "Derecho a la Salud" debe entenderse como el derecho que tiene todo el mundo a no estar enfermo, admitiendo que en realidad la enfermedad depende de factores fuera del control de uno mismo, como lo son la herencia o en si el desarrollo del país.

Hace la aclaración que el derecho a la salud podría significar la obligación del Estado de garantizar la salud de sus miembros: advirtiéndole que no pueden existir programas, adelantos científicos ni técnicos que garantizaran que las personas no van a enfermarse. Concluye aseverando que el

concepto de "Derecho a la Salud" no tiene un significado definido.

Continúa su exposición refiriéndose a la expresión "Derecho a la Protección de la Salud" afirmando:

Esta expresión implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y los objetivos que favorezcan la implementación de programas específicos en que la protección a la salud significa un conjunto de acciones realizables con los recursos humanos, físicos y financieros disponibles. Aquí caben los esfuerzos para proporcionar un medio ambiente que permita el máximo desarrollo de las potencialidades de los seres humanos, protección a la salud significa así mismo, el conjunto de acciones que permiten evitar las enfermedades sean las prevenibles por vacunación o las crónicas condicionadas al estilo de vida del individuo o a situaciones relacionadas con la capacidad de la pareja para decidir sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

- Por fin el derecho a la protección a la salud implica el compromiso por parte del Estado para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud existentes, a definir una política de ampliación de los mismos y la extensión de la cobertura, el manifestar como una garantía constitucional al derecho a la protección a la salud, implica además reconocer

que dentro de los planes de desarrollo del país las instituciones de salud a través de sus acciones respectivas, puedan competir ante otros derechos ya consolidados en nuestra estructura como el de la educación, en la legítima búsqueda de los recursos que permitan alcanzar la máxima equidad de todos los mexicanos.

- La salud y la vida pueden protegerse pero no pueden garantizarse, en esto hemos asumido una actitud realista congruente con nuestras posibilidades, diferente a otros derechos consagrados en nuestra carta magna, como el trabajo, la educación y en el que todas las causas son conocidas por previsibles no son causas que aún escapen al pensamiento científico.

Al referirse a la creación y conveniencia de integrar un sistema nacional de salud el diputado Izundegui, afirma sentidamente, la existencia de varios factores:

- A) Existencia de la necesidad social, demanda de la población marginada que carece de este servicio.
- B) Existencia de la decisión política, producto de la planeación democrática, resultado de las consultas populares y por último,
- C) Existencia de la infraestructura básica en el sector, tanto en recursos humanos, financieros y materiales".

Es así como el diputado Amador Izundegui, concluyó su exposición de la reforma presidencial propuesta, procediéndose

a continuación a la discusión y votación de la misma siendo aprobada por los diputados camaristas por 325 votos a favor, uno en contra y una abstención. En consecuencia la Presidencia declaró aprobado en lo general y en lo particular el proyecto de decreto de adiciones al artículo 4o. de la Constitución.

De esta forma quedó concluido el proceso de creación de la norma constitucional a través de una propuesta seguida de la discusión, análisis y aprobación por las respectivas Cámaras de Origen y Revisora de los motivos y necesidades que la originaron. A pesar de ello, nuestra labor no ha concluido, sino por el contrario apenas inicia en virtud de que el objetivo perseguido es definir y concluir si todos esos motivos, ideas, pensamientos, análisis y discusiones no sólo cumplieron con el sentimiento original plasmado en los dictámenes, sino más aún, si el propio texto de la adición al artículo 4o. Constitucional cumplió con su base ideológica que la sustentó y finalmente si el legislador una vez más supo captar el sentir original de la adición en su instrumento último y objetivo llamado Ley Reglamentaria.

Antes de referirnos a la adición constitucional y sus elementos nos permitimos hacer algunos comentarios respecto de los motivos y pensamientos expuestos en páginas anteriores, realizando una síntesis de los elementos comunes y preocupaciones generalizadas, que sirvieron de sustento a la adición del artículo 4o. constitucional a fin de resaltar las

convergencias ideológicas sustentadas entre el propio Ejecutivo Federal y las Cámaras de Origen y Revisora.

Las ideas y pensamientos que a continuación anotamos, son aquellas sustentadas por las Cámaras y el Ejecutivo Federal en sus respectivas exposiciones y que conforman el marco general de nuestro análisis, siendo estas:

- 1) La concepción del derecho a la protección de la salud como una garantía social, es admitida unánimemente.
- 2) La definición que nos proporcionan de la salud, está basada en la definición sugerida por la organización mundial de la salud y que consideramos es correcta y acertada.
- 3) El ejecutivo encuentra eco en sus conceptos de que el derecho a la protección de la salud es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad y los interesados.
- 4) Se habla de un reconocimiento general de proporcionar a la población medicamentos a precios preferenciales y con el estricto control de calidad conformando necesariamente un cuadro básico de medicamentos.
- 5) Es pertinente comentar que a nuestro juicio y con fundamento en la lectura minuciosa de cada dictamen algunos de los problemas comentados por el ejecutivo en su propuesta o iniciativa, no fueron estudiados y "desmenuzados" profundamente por ambas Cámaras remitiéndose éstas a repetir en otras palabras exactamente lo aducido por el Ejecutivo, y en algunos por no decir en casi todos los dictámenes, se concretaron a realizar una pequeña síntesis histórica de los antecedentes sanitarios-asistenciales y de seguridad social, para concluir o citando directamente lo dicho por el Ejecutivo o limitándose a otorgarle razón por lo comentado.

El objetivo de hacer este comentario es por que consideramos que una de las funciones principales del proceso

de creación de las leyes en nuestro país es aquella realizada por las Cámaras de Origen y posteriormente por la Cámara Revisora, en el sentido de ser concretamente y en el caso que no ocupa la Cámara de Senadores, la responsable de llevar a cabo el análisis Jurídico-lógico, y objetivo de toda propuesta o iniciativa de ley; verificando si lo expuesto en esta iniciativa, constituye en realidad una verdad de hecho y de derecho, que guarde estricta relación y un total apego con la realidad social y temporal que viva la nación; más aún que dicha propuesta además de gozar de un noble fin que le de origen, sea llevada al papel cubriendo los requisitos que una ley debe contemplar como lo son la generalidad y la abstracción.

En otras palabras queremos decir que es obligación en el caso que nos ocupa; que la Cámara de Origen hubiera realizado un estudio más profundo de la realidad que se vivía en ese momento en el país en relación con la materia sanitaria y sobre todo resaltara su "FUNCION CRITICA" de los motivos, razones e ideas de la iniciativa, comparando lo expuesto con la realidad social y necesidades comunitarias y de este modo en realidad llevar a cabo un análisis objetivo de la reforma propuesta.

No con esto queremos decir que la idea del Ejecutivo respecto de la garantía social del derecho a la protección de la salud, elevada a rango constitucional sea equivocada o irrelevante, a nadie escapa la necesidad apremiante y urgente

que vive nuestro país y no decimos vivía, en tiempo pasado porque en realidad no ha terminado la labor del estado en este problema tan actual y complicado, al contrario cada día somos más los mexicanos que despertamos nuestra conciencia hacia la situación grave y alarmante de problemas tales como la desnutrición y muerte de miles de niños anualmente, la falta de recursos financieros en las instituciones de salud, el abandono y olvido de las poblaciones suburbanas sumidas en la promiscuidad, hambre y enfermedad, o el total descuido de las poblaciones rurales en atención y cuidados preventivos y curativos en fin, muchos son los problemas que enfrenta la nación mexicana y a ellos no escapan los relacionados con la salud, sin embargo y siendo reiterativos a nuestro criterio el dictamen senatorial y el realizado por la Cámara Revisora no fueron más que simples "CALCAS" y pensamientos repetidos ya por el más alto dignatario de la Nación.

- 6) Continuando con nuestras ideas comunes anotaremos que es aceptada la propuesta de la creación de un Sistema Nacional de Salud que tenga sus bases en la planeación nacional, la cual a su vez será la encargada de vigilar que los programas plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo sean compatibles y complementarios.
- 7) Prevalece la idea que el Sistema Nacional de Salud no consistirá en la creación de un "Aparato Burocrático" más, sino por el contrario deberá buscarse la coordinación entre las instituciones de salud, respetando su naturaleza jurídica.
- 8) Se habla por otra parte de la concurrencia de la Federación y las Entidades en el ámbito de la Salubridad General, tema que por importancia abordaremos más adelante.
- 9) Así mismo se habla de alcanzar en el mediano plazo la

posibilidad por parte de los mexicanos del acceso a servicios institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de los niveles de salud.

- 10) Es pertinente recordar en este momento las ideas expresadas por la Senadora de Hoyos que son claros ejemplos de la ideología estudiada y que reflejan nuestra situación nacional actual, la Senadora nos habla de tres tópicos:

- * vivienda
- * cultura y
- * nutrición

explicándonos lo siguiente:

"Quién carece de una vivienda digna, vivirá en la promiscuidad y por tanto no podrá ser sano"

"Quién es analfabeto no podrá integrarse a ningún programa de salud"

Por último "quién está desnutrido está destinado a morir por su vulnerabilidad a las enfermedades o a quedar limitado de sus facultades mentales"

Si pensamos detenidamente en las palabras dichas por la Senadora Hoyos de Navarrete, bien podríamos concluir apresuradamente que nuestro país, bajo estos conceptos y de acuerdo a la realidad que enfrenta en los 3 rubros o sea en el ámbito de la educación de la población, de la falta de una vivienda digna y de la gran cantidad de niños y adultos desnutridos, pensaremos que la nación no tiene un futuro prometedor y próspero en el ámbito de la salud, incluso aún, que los esfuerzos, planes, programas y sistemas que se han implementado a partir de la reforma constitucional no podrán alcanzar sus objetivos, ya que a ojos de nadie escapa que estos tres renglones sociales y prioritarios a satisfacer en nuestro país no han tenido, la atención debida y eficaz por parte de

nuestros gobiernos, o bien los esfuerzos realizados por las autoridades federales y los gobiernos estatales por implementar mecanismos a fin de que un mayor grupo social tenga más fácil acceso a obtener un lugar digno y saludable donde vivir y convivir con sus semejantes, gozando de los mínimos y más elementales servicios públicos se ha transformado en tarea árdua y difícil para nuestros gobernantes.

En cuanto a la situación nutricional de nuestros niños mexicanos, basta leer los periódicos diariamente para darnos cuenta de la existencia de cientos de niños mal alimentados y desnutridos que son presas fáciles de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, entre otras, que no en pocos casos, conllevan a éstos a muertes prematuras o en el menor de los males y bien señalado ya anteriormente por la Senadora, son condenados a vivir con limitaciones físicas y mentales, todo ello no es más que un claro ejemplo de las necesidades y problemas que los mexicanos y sus autoridades debemos enfrentar y resolver si es que en realidad deseamos que el "Derecho a la Protección de la Salud" sea una realidad y no un proyecto legislativo más.

- 11) Dando seguimiento a la exposición de ideas comunes concluiremos diciendo que en términos de la Administración Pública, el objeto de la reforma constitucional es lograr la descentralización de los servicios de salud por conducto de la expedición de una Ley Reglamentaria que defina las "Bases y Modalidades" del acceso a dichos servicios estableciendo la concurrencia de la federación y las entidades en materia de salubridad general.

Una vez realizado este listado de ideas, nuestra labor recopiladora termina, correspondiéndole entrar al estudio de la Reforma Constitucional en Materia de Salud, desglosando de este concepto los elementos que la integran, anotando de cada uno de ellos su naturaleza y acepción jurídica para concluir con nuestra propuesta de modificación al artículo 40 Constitucional.

B) ANALISIS DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA ADICION AL ARTICULO 40. CONSTITUCIONAL

Como es lógico pensar el objetivo de realizar el estudio de la exposición de motivos es el de conducirnos a la adición misma, al verdadero sentido de la Reforma Constitucional plasmada en base a elementos bien definidos que son sustento de su alcance jurídico y de su obligatoriedad para todas las autoridades y gobernados.

Es así que iniciaremos esta parte medular de nuestro trabajo a fin de comprobar si los objetivos, ideas y pensamientos anteriores, todos ellos, cumplen el cometido de instituir como una "Garantía Social" el Derecho a la Protección de la Salud, transcribiendo una vez más la adición y explicando cada uno de los términos jurídicos que la componen:

Reza así el enunciado:

"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".

Los elementos a estudiar son:

- 1) Que es persona en terminología jurídica.
- 2) Porque se usa la expresión "Derecho a la Protección de la Salud"
- 3) Que debe entenderse por Bases y Modalidades para el acceso a los servicios de salud.
- 4) Que significado tiene el término "Concurrencia".
- 5) y por último que es la Salubridad General.

PERSONA

El concepto que debemos dar a la palabra "persona" es el que comunmente los juristas se refieren como "una entidad dotada de existencia jurídica susceptible de ser titular de derechos subjetivos, facultades, obligaciones y responsabilidades jurídicas" (146)

Persona deriva de la locución latina: "personare" "reverberar". Entre los latinos el significado original atribuido al vocablo fue el de máscara la cual designaba una careta que cubría la cara de los actores cuando estos recitaban alguna escena, posteriormente "persona" pasó a designar al propio actor enmascarado o sea al personaje.

En la actualidad la noción de persona es un concepto

técnico-jurídico común en el lenguaje de juristas y abogados, así como es también utilizado en textos de derecho positivo no escapa a nuestra memoria que "persona" es usada en el sentido de "función" "carácter" o "cualidad", remontandonos en el tiempo, los Romanos llegaron a comparar las relaciones entre los ciudadanos romanos, la vida de estos hombres, con un Drama en el cual el Derecho sería el encargado de señalar a los protagonistas los papeles que habrían de representar ante las autoridades y su núcleo social.

Otra forma sencilla de definir a las personas es el que nos dice el maestro Eduardo García Maynez, en su libro Introducción al Estudio del Derecho, refiriéndose a éstas "como todo ente capaz de tener facultades y deberes". (147)

No debemos olvidar que nuestro Derecho Positivo, hace la clasificación de las personas en 2 grupos: físicas y morales. Para nuestro estudio importan las personas físicas, como individuos, con personalidad jurídica, en otras palabras, como sujetos de derecho. "De acuerdo con la concepción tradicional el ser humano, por el simple hecho de serlo, posee personalidad jurídica, si bien bajo ciertas limitaciones impuestas por la Ley (edad, uso de razón, etc.). Sin embargo este principio no es del todo reconocido por los estudiosos del derecho, ya que a través de la historia el hombre, como tal no siempre ha sido sujeto de derechos, ejemplo claro lo constituye la esclavitud romana, en el cual el individuo esclavo, no era más que un

objeto de derecho.

Resulta provechoso, para nuestro estudio, mencionar el criterio del maestro Villoro Toranzo, al respecto del nacimiento de la persona jurídica individual, a la que llamamos simplemente "individuo humano", y que surge desde el momento de su concepción en el seno materno.

El Código Civil en su artículo 337 no dice "para los efectos legales, sólo se reputa nacido el feto que desprendido enteramente del seno materno vive veinticuatro horas o es presentado vivo al Registro Civil", concluyendo "faltando alguna de estas circunstancias, nunca ni nadie podrá entablar demanda sobre la paternidad".(148)

El maestro Toranzo nos explica que nuestro ordenamiento legal, no olvida "los datos naturales sobre la persona humana", esto es, que nace un ser humano, desde el inicio de la gestación, argumentando que la propia ley menciona que "la capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código". (149)

Concluye nuestro autor, explicando que la situación jurídica que establece el artículo 337 del Código Civil, exige

sólo, una situación clara y fácil de comprobar para que sea posible que aparezcan los efectos jurídicos ya sea sobre la paternidad mencionada en este mismo precepto, o todos los efectos jurídicos que prevé la ley.

Siguiendo el autor con el estudio de una serie de doctrinas relativas a la personalidad, mismas que no detallaremos en virtud de que nuestra idea es sólo dar los lineamientos básicos y la definición de este primer elemento y no por el contrario realizar un tratado sobre el término estudiado, como decíamos, nuestro autor concluye los siguientes datos específicos de la persona individual:

- 1) Existencia física individual, sustancial.
- 2) Ser racional por naturaleza.
- 3) Ser capaz de actos libres, aunque esa capacidad no se posea por el momento.
- 4) Haber sido concebido. Se puede discutir si la persona humana existe antes del nacimiento. Sin embargo, ya vimos que desde que un individuo es concebido entra bajo la protección de la ley". (artículo 22 del Código Civil)". (150) .

Con la ayuda de los criterios mencionados anteriormente, nuestro fin es establecer nuestro concepto de persona como sujeto titular de la Garantía Social estudiada, y de esta forma establecer hacia quien va dirigida la misma, y quienes son los titulares de ese derecho, consecuentemente quienes tendrán la facultad de exigir el cumplimiento de la mencionada garantía.

En primera instancia afirmaremos que persona es sinónimo de ser humano, físico e individual, ya que resulta claro que las "personas jurídicas o morales" no pueden ser detentadoras del Derecho Social estudiado, por el simple hecho de que no gozan de una estructura biológica y física que pueda ser susceptible de padecimientos y enfermedades así como gozar de un estado de salud. Este punto a nuestro criterio no reviste mayor problema, por lo que continuaremos diciendo que son detentadores de la garantía social del derecho a la protección de la salud todos los hombres como sujetos físicos y determinados considerados como tales desde el momento de su concepción hasta su muerte. Pensamos que para nuestro estudio la capacidad de goce y ejercicio de la que habla nuestro ordenamiento civil, así como de la capacidad para realizar actos libres, no son determinantes y mucho menos excluyentes de la calidad de hombres-personas, que encierra la adición constitucional. En otras palabras sabemos que todo individuo posee la capacidad para gozar y ejercitar un sin fin de derechos y prerrogativas establecidas en nuestro sistema legal haciendo la clara distinción del momento en que el individuo podrá ejercitar sus derechos por sí mismo, esto es al ver cumplida su mayoría de edad, sin embargo y como bien lo prevee nuestro Código Civil existen incapaces o inhábiles para ejercitar los derechos que gozan, por lo que en otras materias, como la Civil por ejemplo se les ve sujetos a ciertas restricciones para la realización de determinados actos jurídicos y a su vez se tutela la protección necesaria del incapaz en relación con los

mismos actos jurídicos.

Para nuestro Derecho Social, en realidad no debe importar si el sujeto se encuentra imposibilitado jurídicamente para hacer uso de sus derechos, o si su facultad racional se encuentra restringida para que el individuo lleve a cabo acciones libres, ya que el solo hecho de haber nacido como hombre, cae bajo la tutela del derecho social de la salud y bien podemos afirmar que la salud no solo debe estudiarse como una norma jurídica o social, sino contemplarla como un auténtico "derecho humano".

Dado que el objetivo se estudia este primer elemento de la norma constitucional es parte fundamental del problema tratado en el presente trabajo recepcional, y que no es otro más que el demostrar que la adición en materia de salud propuesta por el Ejecutivo de la Unión en el año de 1983, la cual fué discutida y aprobada por las Cámaras Legislativas, no responde en primer lugar a la naturaleza jurídica de NORMA SOCIAL, esto es que ya ha quedado plasmado que el Derecho a la Protección de la Salud, en la presente inminentemente social, ubicado dentro de la Tercera Clasificación del Derecho, o sea, el Derecho Social y que al igual que el Derecho al Trabajo y el Derecho Agrario responde a un criterio netamente económico o de clase, motivo que nos lleva a actualizar una vez más que características son propias de estas normas sociales y que las hace diferentes de las disposiciones jurídicas de derecho

privado y de derecho público, llegando al final a la conclusión de que el Derecho a la Protección de la Salud, es en realidad una garantía individual y que si en realidad la intención del legislador era crear una disposición social, deberá llevarse a cabo una modificación al actual texto del artículo 4o. Constitucional y que nosotros nos permitimos proponer seguido de este análisis.

Recapitulando nuestro concepto de persona, que menciona la adición, concluiremos que son sujetos del derecho todos los hombres (en su sentido más amplio hombres y mujeres) desde el momento de su concepción hasta su muerte.

Ahora bien, cabe hacernos las siguientes preguntas:

Todos los hombres que habitan el territorio nacional son detentadores de este derecho?

Surge entonces otra interrogante:

La Constitución en su artículo primero otorga a todos, el goce y disfrute de los preceptos establecidos en ella, conociéndose como Garantías Individuales, las prerrogativas contempladas en los primeros 29 artículos.

El precepto reza así:

"En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución..."

Esta declaración es genérica en cuanto que todo aquel que se encuentre en el territorio nacional, tanto extranjeros como ciudadanos mexicanos serán detentadores de las prerrogativas constitucionales, por lo que el derecho consagrado en el artículo 4o. se incluye en esta declaración, y es aquí donde surge la interrogante:

Es equitativo y justo que aquellos sectores privilegiados económicamente gocen de los mismos organismos, instituciones, mecanismos, sistemas, y atención para la salud, que los sectores sociales económicamente desprotegidos y débiles?

Si nos remitimos a estudiar la declaración de goce de los derechos constitucionales entre ellos los individuales no hace distinción alguna entre las clases sociales detentadoras de los mismos, llegaríamos a la conclusión que aquel individuo con capacidad económica tiene tanto derecho a disfrutar de los sistemas sanitarios implementados en su país, como aquel sujeto carente de recursos que le permitan satisfacer sus necesidades básicas como la alimentación, el vestido, y la salud, sin embargo si escudamos a nuestra vista que situaciones de desigualdad entre las clases o sectores sociales de nuestro país han originado el cumplimiento de disposiciones

que legitimen todas estas necesidades, convirtiéndolas en obligaciones a cargo del Estado, elemento que marca la diferencia entre las garantías individuales y las sociales, como ya ha quedado asentado en el Capítulo II de este trabajo, nos referimos pues al Derecho Social como instrumento legitimador de las necesidades sociales de grupos desprotegidos y socialmente débiles en comparación con el resto de la sociedad.

La definición del Derecho Social contempla los siguientes puntos:

"Es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad, integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico." (151)

A mayor abundamiento el Derecho Social no se refiere a individuos en general, sino en cuanto a integrantes de grupos sociales bien definidos.

Su característica principal, es su marcado interés protector dirigido a los sectores económicamente débiles.

Más aún, "procura establecer un sistema de instituciones

y controles para transformar las contradicciones de intereses de las clases sociales en una colaboración pacífica y en una convivencia justas" y por último "tiende a limitar las libertades individuales en pro del beneficio social". (152)

Es clave en este estudio, el concepto particular que maneja el derecho social, particular en cuanto a señalar en forma directa y bien definida el grupo social protegido y precisamente nuestra adición constitucional adolece de esa definición al ser una declaración genérica de "toda persona tendrá derecho a la protección de la salud" cae dentro de las garantías individuales, ya que no cumple con los requisitos contemplados por el Derecho Social y que hemos enumerado en líneas anteriores, por lo tanto si es en estricto derecho una prerrogativa individual el tratamiento que debe darse es la obligación del Estado y sus autoridades de respetar la salud de sus gobernados así como el respeto hacia los instrumentos y estrategias implementados para satisfacerla, situación que está muy lejos de proporcionar una verdadera ayuda a la población carente y necesitada de atención médica, hospitalaria, de cuidados preventivos y curativos y de una instrucción básica para la salud.

Por todo lo anterior es fin último de este estudio, proponer la modificación del párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional a forma de consagrar efectivamente un derecho social de la salud.

Antes de que concluyamos con esta modificación y por simple metodología concluiremos el análisis de los demás elementos constitutivos de nuestro derecho a la salud, tocando el turno al concepto de:

DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD

Al iniciar este apartado surge como primer interrogante que es la salud, que debemos entender por salud de todo individuo en lo particular y la salud de éste como ser integrante de una comunidad.

La salud, como correctamente ha quedado definida por la Organización Mundial de la Salud, "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (153) definición que compartiremos en definitiva.

No escape a nuestra vista, que el concepto proporcionado por la Organización Mundial de la Salud es globalizador o mejor dicho, hace referencia a una gama múltiple de necesidades y requerimientos humanos que inevitablemente entrañan una relación directa con lo mismo. Nos referimos a aspectos cotidianos que no por ser sencillos son menos importantes como la habitación, la educación, la recreación, la alimentación, el vestido, el trabajo, etc. todos ellos entran en el esquema de

la salud, explicándonos que si la salud es un estado de bienestar físico, mental y social es un requisito "sine que non" que todos los aspectos de la vida de los hombres o personas sean cubiertos y satisfechos de forma integral y completa, en el ámbito individual y en la esfera colectiva.

La salud en nuestra país, ha sido equiparada con el término de salubridad pública, concepción que en lo particular nos parece errónea en virtud de que la salubridad pública "es la parte del derecho de protección de la salud que se otorga a través de prestaciones realizadas por el Estado en beneficio del individuo y de la sociedad en general, tendientes a proteger y restaurar la salud de la persona y de la colectividad a fin de alcanzar un estado físicamente sano de la población del país de manera individual o concurrente" (154)

Aún más "la salud pública, es decir la salud del pueblo es una condición imprescriptible y necesaria del Estado moderno y requiere de una constante intervención nacional y de medios idóneos. Se refiere al aspecto higiénico o sanitario de una colectividad y por lo mismo se encuentra íntimamente relacionada con la salubridad pública, que es un orden público material que se logra mediante prescripciones policiales relativas a la higiene de personas, animales y cosas" (155)

Nuestra discrepancia radica en que el término salubridad pública se refiere a los instrumentos, mecanismos,

instituciones y organización implementados para hacer efectiva la salud del pueblo, es decir, que no debemos confundir ese estado de bienestar orgánico individual y social así como la ausencia de enfermedad del individuo y la colectividad en su conjunto, con las políticas materiales y objetivas que se creen para cuidar y proteger ese bienestar, las cuales se traducen en prestaciones realizadas por las autoridades estatales, verbigracia la creación de un Organismo Protector de la Infancia (DIF) o una Institución dedicada al cuidado y mantenimiento de la salud de los ancianos (INSEN).

En conclusión podríamos decir que la salud es la norma subjetiva y la salubridad pública es la norma material.

Una vez realizada esta distinción pasemos a analizar el significado del término "Derecho a la Protección de la Salud".

La iniciativa presidencial propuesta por el Señor Miguel de la Madrid la cual ya ha sido motivo de nuestro estudio, exponer los motivos y razones por los cuales se optó por la expresión "Derecho a la Protección de la Salud" argumentando que dicha frase "tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente el Estado, la sociedad y los interesados. En particular, debe llamarse la atención de que sin la participación inteligente, informada, solidaria y activa de los interesados no es posible que se conserve, recupere, incremente y proteja la salud; en este

terreno no se puede actuar en contra de la conducta cotidiana de los ciudadanos" (156)

Mas aún el Diputado Amador Izundegui Rullan, militante del Partido Revolucionario Institucional (PRI) expresa en su intervención realizada en el Diario de Debates las siguientes ideas relativas a la expresión "Derecho a la Protección de la Salud". El Diputado nos dice lo siguiente:

"La expresión "derecho a la Salud" se ha originado como manifestación de un interés general para apoyar los derechos individuales. Entre las razones para manifestar esta preocupación se encuentran los costos crecientes de la atención médica y la certeza de que en muchos casos la falta de atención médica puede representar la diferencia entre la vida y la muerte. Sin embargo el concepto de "Derecho a la Salud" es en cierta forma imprecisa ya que puede haber distintas opiniones en cuanto a su naturaleza". Nos podemos preguntar "si el derecho a la salud significa que todo el mundo tiene derecho a no estar enfermo. Esto es muy difícil de aceptar ya que la enfermedad, es decir el estado de no salud depende a menudo de factores fuera de control como la herencia o el grado de desarrollo de un país. El Derecho a la Salud también podría significar que el Estado tiene la obligación de garantizar la salud de sus miembros, pero se advierte que no puede existir ningún programa, adelanto científico o técnico que garantice que todas las personas no van a enfermarse". (157)

Continúa el Diputado afirmando que la expresión "Derecho a la Salud", no tiene un significado definido, y si por el contrario pose esta característica el concepto "Derecho a la Protección de la Salud" en virtud "de que implica el esfuerzo deliberado, orientado, y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y los objetivos que favorezcan la implementación de programas específicos en que la protección a la salud significa un conjunto de acciones realizables con los recursos humanos, físicos y financieros posibles. El Derecho a la Protección a la Salud implica el compromiso por parte del Estado para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud existentes o definir una política de ampliación de los mismos y la extensión de la cobertura, el manifestar como una garantía constitucional al derecho a la protección a la salud, implica además conocer que dentro de los planes de desarrollo del país, las instituciones de salud a través de sus acciones respectivas pueden competir ante otros derechos ya consolidados en nuestra estructura, como el de la educación, en la legítima búsqueda de los recursos que permitan alcanzar la máxima equidad de todos los mexicanos". (152)

Concluye su intervención el Diputado Izundegui argumentando que "la salud y la vida pueden protegerse pero no pueden garantizarse, en esto hemos asumido una actitud realista congruente con nuestras posibilidades, diferente a otros derechos consagrados en nuestra Carta Magna como el trabajo, la

educación y en el que todas las causas son conocidas por previsible, no son causas que aún escapen al pensamiento científico"(159). Por otra parte "existe la necesidad social, producto de la demanda sentida de la población marginada que carece de este servicio. Existe la decisión política, producto de la planeación democrática, nutrida en las reuniones de consulta, popular, y poder así satisfacer legítimas expectativas. Existe la infraestructura básica del sector, tanto en recurso humanos, financieros y materiales. Existe al mismo tiempo la necesidad económica de utilizar al máximo los recursos disponibles a través de una redistribución de manera prudente, racional y efectiva, de suerte que lo disponible permita ampliar lo posible". (160)

Antes de exponer nuestro pensamiento respecto de las razones antes aludidas, es conveniente dar a conocer a todos ustedes, las ideas del Licenciado Salomón Díaz Alfaro plasmadas en el estudio realizado en el año de 1983, por varios abogados y médicos destacados de nuestro país, reunidos en el Libro que recibe el título de "Derecho Constitucional a la Protección de la Salud" y que anotamos a continuación:

Las expresiones derecho a la salud o a la protección de la salud, son utilizadas indistintamente en los estudios y textos legales relativos a este derecho. La delimitación precisa del contorno del derecho a la protección de la salud... y su contenido puede ser tan amplio como el concepto

mismo de salud -no obstante, sesenta y un Estados coincidieron al aprobar la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que la salud es un estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De acuerdo con esta idea, el derecho a la protección de la salud tendría como objeto principal garantizar el acceso a los servicios que permitan el mantenimiento o restauración de dicho bienestar.

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen al derecho asistencial y al de seguridad social. La asistencia constituye una de las primeras expresiones de solidaridad social, para aligerar los efectos de la indigencia. Hasta antes de las recientes tendencias constitucionales, el derecho a la salud era sólo una parte de los servicios asistenciales y de las prestaciones otorgadas por la Seguridad Social, por lo que su origen, evolución están íntimamente vinculadas a estos derechos.

Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no solo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose al lado de aquellos en la cada vez más larga lista de los derechos sociales". (161)

Ya anteriormente habíamos anotado algunas ideas del Lic.

Izundegui, expresadas en el Diario de Debates de la Iniciativa Presidencial en materia de salud, y por considerar indispensable complementar estos argumentos, señalaremos que él mismo expresa en el estudio realizado en el libro Derecho Constitucional a la Protección de la Salud que "el derecho a la protección de la salud" tiene el mérito de connotar que es un derecho de todos los mexicanos y es una responsabilidad indisoluble del Estado, que dispondrá de los recursos necesarios para asegurar su protección". (162)

"Así la expresión derecho a la protección de la salud, implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y objetivos que favorezcan la implantación de programas específicos. Esta medida viene a beneficiar a muchos millones de compatriotas que hasta ahora no tiene satisfechas sus necesidades de salud, en los que están comprendidos los grupos sociales más desprotegidos, más pobres económicamente, como son los desempleados, los subempleados, campesinos y habitantes de las colonias populares y de los cinturones de miseria." (163)

"Por ello hablar del derecho a la protección de la salud y sociedad igualitaria equivale a ir más allá de la concepción simplista de brindar atención médica a la población abierta carente de este servicio, sino que por el contrario, las acciones deben contemplar al ser humano como integrante de un grupo social, al cual deberán asegurarse los mínimos de

bienestar requeridos para su correcto desarrollo". (164)

Creemos que los pensamientos de los diversos autores anotados en líneas precedentes, nos dan una clara idea del porque fue elegido el término "Derecho a la Protección de la Salud" en la iniciativa Constitucional. Al decir nosotros, clara idea, no queremos dar a entender que sea la correcta, solo anotar el criterio general que gira en torno a nuestro elemento estudiado.

A fin de llegar a una conclusión nos permitiremos enumerar las características enunciadas resaltando en cada una de ellas, los aciertos y errores que a nuestro criterio aparecen relativos a la interpretación del concepto salud.

Se ha hablado mucho de que la "Salud" no es una concepto de fácil delimitación, argumentando razones basadas en múltiples enfoques e interpretaciones. Reconocemos que es cierto este problema de interpretación si consideramos que la salud es un termino que engloba no solo un aspecto de la vida humana, es decir: ausencia de enfermedad-enfermedad, sino por el contrario requiere el estudio de una serie de factores que inciden en la salud del hombre y que solo mediante su comprensión y asimilación lograríamos integrar perfectamente el esquema de la salud. Mucho se mencionó que aspectos cotidianos como la vivienda, el trabajo, la educación, la recreación, la alimentación, el vestido, etc., forman parte del

todo que integra una expectativa de salud, esto ha sido reconocido y expresado desde el año de 1983 por el expresidente Miguel de la Madrid Hurtado, sucediéndole en igual opinión Senadores, Diputados, Abogados, Doctores, etc.. Todos ellos de una forma u otra coinciden en apuntar que la salud es un problema multifactorial que requiere un estudio multifactorial para poder ser resuelto, a pesar de ello nos percatamos a lo largo de este estudio, que en la gran mayoría de los casos, desde el momento de ser aprobada la iniciativa constitucional, hasta nuestro días, mucho de lo dicho no ha sido más que retórica política, no ha sido más que un manejo mañoso por parte de nuestros gobernantes, desde el más alto funcionario público: el Presidente, siguiéndole una larga lista de funcionarios y empleados de los sectores gubernamentales y privados, así como medio de comunicación masiva, radio, televisión, prensa; basta ver las estadísticas de desnutrición infantil, y el índice de analfabetas en el país para darse cuenta del manejo político del que es objeto la salud., decimos que en realidad constituye un engaño al sustentar nuestras autoridades que la interpretación correcta del Derecho Social a la Protección de la Salud radica en que "la salud y la vida pueden protegerse pero no pueden garantizarse".

No creemos que los verbos proteger y garantizar se encuentren divorciados gramaticalmente especialmente si éstos son referidos a la salud.

Por el término proteger entendemos "amparar, defender una idea, una persona, una empresa, etc." así como "resguardar una cosa de un posible daño poniéndole algo encima, adelante alrededor etc.". (165)

Garantía a su vez, como sabemos, "proviene del término anglosajón "warranty" o "warantie" que significa acción de asegurar, proteger, defender o salvaguardar". (166)

A través de estas definiciones nos percatamos que el término garantía puede ser definida como la protección de algo, o alguien, y más allá de significar cosas opuestas, una a otra van de la mano tratándose del Derecho a la Salud.

Se comete una equivocación al decirse que la vida y la salud sólo pueden protegerse y no garantizarse, y este error se desprende de la interpretación que los distintos autores enumerados han dado al término aludido creemos que el problema fundamental del Derecho a la Salud se resuelve sencillamente con la acepción dada por la Organización Mundial de la Salud la cual no constriñe a la salud a la ausencia de enfermedades, sino por el contrario alude a la creación, conservación, protección y mantenimiento de un estado de bienestar físico, mental y social, estado que se traduce ciertamente en ser sano, pero que esta primer premisa conlleva a considerar que a pesar de no existir enfermedad física o mental, el individuo o la colectividad pueden encontrarse ante situaciones y

acontecimientos cotidianos que no le reporten un estado de bienestar completo, en otras palabras, un individuo que vive en lugares marginados, carente de servicios públicos: luz, agua, alcantarillado, seguridad, casa digna, trabajo remunerador, lugares de esparcimiento, etc., ciertamente podrá ser sano biológicamente pero se verá sometido a un estado de necesidades que le reporten poco bienestar individual y colectivo y que al final todas estas carencias podrían llevarlo a la pérdida de la salud corporal y psicológica, aunado lo anterior al ya gravísimo problema de contaminación que sufrimos día a día miles de mexicanos que habitamos ciudades altamente pobladas como lo son Monterrey, Guadalajara y el Distrito Federal, problema ambiental que originan múltiples problemas sociales.

El problema nosotros lo resolveríamos en cuanto a la interpretación de la salud, y una vez más lo afirmamos si los estudiosos de esta materia se constriñen al significado globalizador que propone la Organización Mundial de la Salud (y que además como ciertamente apuntó el Licenciado Salomón Díaz Alfaro: ya ha sido aceptado por nuestro país al igual que sesenta Estados, al aprobar la Constitución de esta Organización Mundial) y no buscáramos en el caso de México, una expresión política sino un concepto social que corresponda a los requerimientos y necesidades comunitarias.

Si leemos detenidamente la Iniciativa Presidencial encontraremos que en ningún párrafo ésta se refiere al porque

se hace la diferenciación entre "Derecho a la Salud" y "Derecho a la Protección de la Salud", la misma solo se limita a mencionar que la salud es una responsabilidad que deben compartir el Estado, la sociedad y los interesados, que no nos deja, una clara idea del porque se estimó conveniente utilizar la segunda frase en lugar de la primera.

No es sino ya a través del Diario de Debates y del análisis legislativo cuando surgen las ideas de Diputados y Senadores en torno a ésta, apareciendo entonces a nuestros ojos, contradicciones ya no sólo jurídicas, sino lógicas, como por ejemplo, querer explicar que el término usado en la adición es el correcto porque el Estado no puede garantizar que sus gobernados nunca se enfermen, o más aún, porque el "Derecho a la Salud" no tiene un significado definido, cuando en realidad el sólo término salud, propuesto por la O.M.S. y aceptado por nosotros se refiere a las condiciones, supuestos y requerimientos que deben contemplarse en una colectividad y a nivel individual a fin de lograr ese estado de bienestar.

Más aún la interpretación del Lic. Izundegui al mencionar que el Estado no puede garantizar o proteger la salud de sus nacionales en virtud de que la acción gubernamental escapa a las causas genéticas o de herencia motivadoras de las enfermedades, a nuestro criterio, es por demás tendenciosa, y nos atravesamos a calificarlas así porque el DERECHO SOCIAL

consagrado en la Constitución no puede ser constreñido a este criterio, es decir, el Estado no debe argumentar que su falta de capacidad para proporcionar a sus ciudadanos atención médica eficiente y competente, así como acciones preventivas y curativas y más aún educación para la salud, estribe en el criterio de que no puede asegurársele a nadie el no estar enfermo o no enfermar nunca. Si en realidad las autoridades estatales en el año de 1983 pensaban consagrar un derecho social de la salud la directriz correcta a seguir es reconocer que el Estado tiene la obligación de proporcionar a sus Ciudadanos los mecanismos, Instituciones, Recursos Humanos, Materiales, Planes y Programas Acordes con la demanda social de servicios de salud, encaminados primordialmente y en primera instancia a los grupos sociales económicamente desprotegidos y débiles respecto del resto de la población, tanto en el ámbito individual como social vgr.: Medio ambiente, habitación digna, servicios públicos, trabajos remunerados, educación para la salud, acceso a alimentos nutritivos, etc.

No negaremos que la salud se vea afectada en primer momento por la presencia de enfermedades sólo que en este caso olvidaron nuestros legisladores que esa causal no es la única que altera el estado de bienestar de los hombres, ya que existen una serie de factores sociológicos que inciden en la salud, y que ya hemos mencionado, los cuales son tomados por los autores señalados anteriormente como derechos ya consagrados en nuestra Carta Magna, atreviéndose incluso a

manifestar que nuestro derecho estudiado al momento de ser consagrado en la Constitución ha iniciado una competencia frente a otros derechos más antiguos es decir aquellos cuyo reconocimiento legal data ya de años atrás, como el Derecho a la Educación, el Derecho al Trabajo, el Derecho a la Seguridad Social, situación a nuestro criterio por demás aberrante ya que es aquí donde el Estado y nuestras Autoridades no pueden cerrar los ojos a la urgente vinculación que estos derechos ya consagrados al igual que necesidades sociales aún no elevadas a rango constitucional, como la vivienda, la alimentación, la nutrición, etc. deben tener con el Derecho a la Salud, por ende todo este conjunto de necesidades básicas y presupuestos sociales, solo en su conjunto reunidos en beneficio de los individuos y de la colectividad lograrían proporcionar la unidad de bienestar de la que habla nuestra definición aceptada de la salud.

Por otra parte se anotó que el Derecho a la Protección de la Salud "implica el esfuerzo deliberado, orientado y planeado para desarrollar acciones congruentes con las políticas y los objetivos que favorezcan la implementación de programas específicos en que la protección a la salud significa un conjunto de acciones, "realizable con los recursos humanos, físicos y financieros posibles". Al respecto nosotros consideramos una vez más que el término "Protección" en si mismo no engloba todo ese esfuerzo coordinado en acciones gubernamentales: en esencia el carácter social del derecho a la

salud reconocido a nivel constitucional es el que proporciona al aparato gubernamental la facultad y al mismo tiempo la exigencia de implementar las acciones, planes, programas, creación de Instituciones, asignación de recursos financieros, humanos y materiales a fin de que los delentadores originarios de la garantía estudiada tengan acceso a los servicios de salud existentes y más allá de los ya establecidos el gozar de los servicios creados específicamente para dar atención preventiva, curativa de rehabilitación, de educación, de nutrición y de orientación general de la salud en su concepción globalizadora.

Por todo lo antes expuesto, concluimos que la adición constitucional del artículo 4o. bien podía quedar conformada con la expresión "Derecho a la Salud" debiéndose entender por esta, la facultad derivada de nuestro máximo Ordenamiento Legal la cual se traduce en el goce y disfrute por parte de los sectores sociales marginados económica y socialmente de nuestro país de los servicios no personales, y de los servicios personales: preventivos, curativos y rehabilitatorios a fin de proporcionar a estos sectores marginados un estado de bienestar individual, y colectivo acorde con sus necesidades y requerimientos más elementales.

Debemos hacer la aclaración del porque nuestro concepto dado, habla en primer término de servicios no Personales y deja para el final los Servicios Personales de la Salud. La explicación gira en torno a que consideramos que los Servicios

no Personales juegan un papel importantísimo respecto de la Salud individual y colectiva de la población. Si partimos de la base que los Servicios no Personales consisten "en acciones de alcance colectivo destinados a mejorar las condiciones generales de salud y de vida" (167), las que se traducen en dotación de agua potable, alcantarillado, programas de alimentación, saneamiento básico del ambiente, lucha contra la contaminación, exámenes masivos de detección temprana de padecimientos, medidas avanzadas de legislación sanitaria, higiene del trabajo, programas y planes habitacionales, creación de empleos, sistemas efectivos de recolección, distribución y aprovechamiento de basura, sistemas de tratado y reciclado de aguas negras, cuadro básico de medicamentos, información verídica y fidedigna a la población de los principales padecimientos y enfermedades sufridas, estadística de enfermedades y padecimientos, etc., nos daremos cuenta de la prioridad indiscutible de proporcionarlos, y claro es, inmediatamente después, deberán de prestarse los servicios personales "que suponen la atención individual con fines preventivos curativos o rehabilitatorios" (168), como por ejemplo: inmunizaciones, medidas de protección específica, planificación familiar, atención prenatal, consulta a población sana, educación sexual, campañas contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, atención médica, educación para la salud, etc.

De esta forma vemos integrada a la Salud como un todo

globalizador de las demandas sociales y de los requerimientos personales tal y como nuestra definición nos pone de manifiesto.

Una vez concluido el estudio de este segundo elemento, corresponde explicar que debe entenderse por Bases y Modalidades para el acceso a los servicios de salud, los que a continuación detallamos.

BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Para dar inicio al análisis del penúltimo elemento que conforma el enunciado Constitucional señalaremos en primer término que entendemos por Servicios de Salud remitiéndonos a nuestra Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, y que en su artículo 23 señala que debe entenderse por Servicios de Salud, a la letra reza el mismo:

"Art. 23.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad". (169)

Nuestro ordenamiento legal contempla dos criterios de clasificación de los Servicios de Salud, el primero de ellos se divide en:

- 1) Servicios de Salud de Atención Médica.
- 2) Servicios de Salud de Salud Pública, y

3) Servicios de Salud de Asistencia Social.

Por lo que se refiere a los Servicios de Atención Médica, la ley en su artículo 32 los define señalando que "se entiende por Atención Médica el conjunto de Servicios que se proporcionan al individuo a fin de proteger, promover y restaurar su salud" (170) "Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica,
- II. Curativas, que tiene como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales." (171)

En relación con los dos criterios de clasificación restantes, nuestro ordenamiento no los define ni especifica que actividades pertenezcan a cada uno de ellos, no obstante el Diccionario Jurídico Mexicano, del Instituto de Investigaciones Jurídicas, Tomo I, nos remite al buscar la definición de la Asistencia Social al término "Seguridad Social", rama intrínsecamente relacionada con el derecho al trabajo y que nosotros conocemos, y por lo que respecta al Servicio de Salud Pública, nuestro Diccionario Jurídico Mexicano, Tomo VIII, nos refiere a ésta como: "La salud del pueblo, es una condición imprescriptible y necesaria del Estado moderno, y requiere de una constante intervención nacional y de medios idóneos. Se refiere al aspecto higiénico o sanitario de una colectividad y por lo mismos, se encuentra íntimamente relacionada con la

salubridad pública que es un orden público, material que se logra mediante prescripciones policiales relativas a la higiene de personas, animales y cosas." (172)

El segundo criterio de clasificación que contempla el Ordenamiento Sanitario atiende a los prestadores de los servicios, dividiéndose en:

- I. Servicios Públicos a la población en general.
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- III. Servicios Sociales y Privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria." (173)

Todos ellos son definidos por la ley, por lo que nosotros atendiendo a estos conceptos anotaremos lo siguiente:

"Art. 35.- Son Servicios Públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidas por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.

Art. 37.- Son servicios a derechohabientes de Instituciones Públicas de seguridad social los prestados por éstas a las personas que cotizan o a las que hubieren cotizado en las mismas conforme a sus leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos o por encargo del Ejecutivo Federal presten tales Instituciones a otros grupos de usuarios.

Estos servicios se regirán por lo establecido en las disposiciones legales que regulan la organización y

funcionamiento de las Instituciones prestadoras y por las contenidas en esta ley, en lo que no se oponga a aquéllas.

Dichos servicios en los términos de esta ley sin perjuicio de los que prevengan las leyes a las que se refiere el párrafo anterior, comprenderán la atención médica, la atención materna infantil, la planificación familiar, la salud mental, la promoción de la formación de recurso humanos, la salud ocupacional y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes".(174)

" ART. 38.- Son Servicios de Salud Privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles

Art. 39.- Son Servicios de Salud de carácter social los que presten directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales o sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.(175)

Una vez anotados estos criterios no debemos pasar por alto lo que la Ley General de Salud considera Servicios Básicos de Salud, y los que enumera en su artículo 27, siendo estos:

- "I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes.
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.
- IV. La atención materno-infantil.

V. La planificación familiar.

VI. La Salud Mental.

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

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

IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición y

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables."(176)

A efecto de que estos servicios básicos de salud se lleven a cabo, se dispuso la elaboración de un "Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud" el cual sería elaborado por el Consejo de Salubridad General y al cual deberían de ajustarse todas las dependencias y entidades que prestén servicios de salud.

Corresponde estudiar en este apartado cuales son las modalidades y bases que la ley establece para el acceso a los servicios de salud, no resultando fácil la tarea en virtud de que la Ley General de Salud nos remite o bien en el caso de los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, a las disposiciones legales que organizan y regulan el funcionamiento de las instituciones prestadoras del servicio, o en su caso nos remite a las convenciones que pacten prestadores y usuarios como es el caso de los servicios de salud de carácter social y privados. Ello hace nuestra labor difícil e inagotable por una parte por la multiplicidad de modalidades existentes y en el fondo porque nuestra tarea no es

realizar un estudio exhaustivo de las modalidades que pueden presentarse sino analizar en forma general que entendemos por Modalidades y Bases de Acceso a los Servicios de Salud, y más aún anotar algunos datos que por su contenido pueden guiarnos a encontrar los fundamentos orgánicos y estructurales de un buen sistema de salud.

Para ello habrá que mencionar dos aspectos importantes que se relacionan con el buen funcionamiento de un Sistema de Salud y que son:

- 1) La tecnología apropiada y
- 2) La atención primaria.

Iniciemos explicando porque la Tecnología constituye un factor determinante en nuestro Sistema de Salud, la respuesta la obtendremos si pensamos que la ciencia médica se encuentra en un constante devenir y que las innovaciones tecnológicas se han difundido a una gran velocidad, en períodos relativamente breves, por lo que la aplicación de la ciencia médica ha representado un sin número de avances tecnológicos.

"En el caso de México la situación de la tecnología en salud ha sido cambiante a través del tiempo, así en la década de los setentas la tónica que prevaleció en la tecnificación fue la rapidez y el descontrol, lo que motivó que a finales de dicha década y principios de la siguiente se realizaran estudios en el país sobre este aspecto, situación que a su vez

provocó que México alcanzara el liderazgo entre los países en vías de desarrollo, en la introducción de nuevos métodos y técnicas en la atención de la salud." (177)

Desafortunadamente en los últimos años y debido a la crisis económica, el avance logrado por México en este campo, se ha detenido el no existió el dinero suficiente para adquirir los equipos costosos y dar la capacitación adecuada al personal médico en los centros médicos del extranjero.

Ahora bien, para introducirnos en esta materia debemos indicar que se entiende por tecnología, la cual se ha definido como: "cualquier técnica o herramienta, producto o proceso, método o aparato que permite ampliar la capacidad humana por lo tanto "el cambio tecnológico es entonces el establecimiento de alguna innovación de la manera de hacer las cosas que resulta en modificaciones sobre productos, artefactos, servicios y procesos dentro de la sociedad". (178)

"La tecnología en su sentido más amplio incluye no solo máquinas, aparatos y materiales, sino también comprende el conocimiento humano sobre la utilidad y manejo de las herramientas, los métodos, técnicas y las modalidades de organización y financiamiento: grandes capítulos que se han denominado "componentes físicos" (equipo) y "componentes lógicos" (conocimiento y organización)." (179)

Así los recursos tecnológicos extienden la capacidad humana para llevar a cabo determinados objetivos y sirven para una función determinada, he ahí su importancia.

El desarrollo de un país, tiene su fundamento en gran medida, en la transferencia de tecnología, en nuestro caso médica, misma que entendemos como el proceso de introducción de elementos dentro de un sistema, originados y producidos por un agente externo, pero no debemos olvidar que dentro de cada país, incluso el nuestro existe el concepto de "tecnología autoctona" la que se traduce en la "capacidad de una región, país o localidad para desarrollar e implementar sus propias formas tecnológicas" (180). Pero el proceso por adquirir estas bases técnicas no es sencillo ya que al introducir a un país, y sobre todo tratándose de un país en desarrollo como México, decíamos al introducir un sistema de tecnología avanzada como un gran paquete, surge una respuesta y reacción natural dentro del país, que se traduce en la "creación de problemas de dependencia asociados con los suministros y conocimientos necesarios para operaciones y mantenimiento". (181)

En realidad, la forma ideal que México debe buscar, es crear una base tecnológica acorde y adecuada a fin de producir bienes y servicios mayores para su población. "La única manera de avanzar hacia esta meta es el camino del desarrollo que se asocia con el cambio tecnológico, que es el establecimiento de innovaciones en la manera de hacer las cosas que conforman los

productos, servicios y procesos" (182). Sin embargo, estudiosos de esta materia opinan que es dudoso que la transferencia masiva de tecnología compleja, creada en los países altamente industrializados, sea de total provecho y utilidad a los países en vías de desarrollo en virtud de que "la adquisición de los componentes de infraestructura de recursos físicos y humanos, implicaría una carga económica lesiva, y además puede inhibir la realización de las capacidades locales para la innovación". (183)

Como objetivo primordial a alcanzar dentro de este marco de ideas, surge el concepto de "Tecnología apropiada" que no es otra cosa "que el intento por ajustar la escala y la complejidad de la tecnología con respecto a las necesidades locales en función del trabajo que se desea realizar, los valores culturales vigentes y de otras consideraciones económicas". (184)

En algunas ocasiones hemos oído hablar de diversas clases de tecnologías, con apoyo en los conocimientos de estudiosos como José Rodríguez Domínguez y Susan Vandale Toney, distinguimos por lo menos 3 tipos de tecnologías:

1) Tecnología de bajo costo, caracterizada por su producción a pequeña escala y un bajo nivel de Ingeniería, siendo en ocasiones sofisticada en cuanto a sus componentes lógicos (conocimiento y organización).

2) Tecnología intermedia, la cual tiene un grado de complejidad intermedio entre la tecnología de bajo costo y la avanzada, en general requiere de inversiones menores de capital

e involucra recursos humanos más o menos numerosos.

3) Tecnología Avanzada, se caracteriza por una alta complejidad de ingeniería y un empleo a mayor escala, en consecuencia, su función depende del personal especializado, así como de grandes gastos de adquisición y operación". (184)

Como consecuencia de esta clasificación surge la pregunta de cual de las tres es la tecnología apropiada para el caso de nuestro país, es claro por una parte que la tecnología apropiada puede ser sencilla o compleja, costosa o económica, dependiendo del país a la que va a ser aplicada, por ejemplo, la tecnología intermedia es menos compleja que la avanzada y claro está mucho más eficiente que las tecnologías primitivas, por lo que podría ser utilizada por países como el nuestro, lo que debemos puntualizar es que "la prioridad de la tecnología, apropiada está claramente relacionada con el incremento de desarrollo en los componentes físicos, precisamente es esta característica la que obstaculiza la transferencia de la tecnología apropiada". (185)

Las anteriores ideas, son el antecedente que nos guiará para comprender que es lo que sucede en nuestro país en relación a los servicios de salud, su efectividad y competencia para satisfacer las necesidades de cobertura nacional, ya que no podemos negar que en México existen importantes problemas de salud que son diagnosticados y tratados con base en Tecnología Médica Compleja. La cuestión primordial es la responsabilidad del sistema de salud de escoger los servicios altamente tecnificados o no, que realmente demuestren un beneficio en el

trato de problemas específicos de salud.

"Para determinar cuales tecnologías médicas pueden ser productivas en este contexto, se necesita una metodología de evaluación que tome en cuenta: eficacia, costo-efectividad, aceptabilidad e impacto social." (186)

Para que exista una atinada planeación en los Servicios de Salud se requiere de la implementación de un sistema de evaluación, que valore el papel que desempeñe la nueva tecnología médica en relación con la calidad de la atención, lo anterior es indispensable ya que la adquisición, operación, manejo, conocimiento y mantenimiento de toda innovación tecnológica, devenga un elevado gasto económico, sobre todo si nos referimos a la tecnología avanzada.

Por otra parte, no debe olvidarse de que es vital el saber las verdaderas prioridades de salud, de esta forma la tecnología apropiada será la que resuelva los problemas de la población usuaria.

Claro está que al adquirir un país nueva tecnología médica debe de contarse con los recursos de compra, uso y mantenimiento necesarios y no caer en el error de utilizar recursos asignados a otras áreas de salud.

Por lo anterior, nos permitimos anotar a continuación el

Modelo de un Sistema de Atención a la Salud propuesto por el sociólogo Mark Field en el año de 1973 y que seguramente nos servirá para mejor comprender la organización, estructura, y funcionamiento de los Servicios de Salud, existentes en el país.

Primeramente el sistema de salud se organiza de acuerdo con tres funciones principales:

- a) Servicios Médicos, que pueden ser directos (atención a personas) e indirectos (programas de salud pública).
- b) Funciones Auxiliares, que comprenden los programas de capacitación al personal de salud, y
- c) La investigación con la cual se debe asegurar que lo que se ofrece como servicios y como programas de capacitación sea lo adecuado.

El Segundo elemento del Sistema de Atención a la Salud se refiere a las prácticas, es decir a la manera en la cual se realizan las actividades médicas. Estas son intervenciones que se toman por parte de los individuos sanos y enfermos y que en su conjunto pueden tener efectos favorables sobre la población usuaria de los servicios. Como es evidente, los grandes capítulos que comprenden las prácticas son también complejos de tecnologías categorizadas según sus fines, estas actividades incluyen prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, custodia y educación para la salud.

Finalmente se ven los resultados de los servicios, los cuales tienen que medirse en términos de los cambios en los

problemas de salud y específicamente se espera que los servicios se asocien con la mejoría en el estado de salud de los usuarios, esto depende por supuesto de la eficacia de la tecnología médica en sí, así como de la efectividad de las acciones correspondientes en el sitio en donde se llevan a cabo. (White 1984., Banta y Colab 1981, Field 1973)". (187)

A continuación presentamos a ustedes el Modelo Gráfico propuesto por el Sociólogo Mark Field de los componentes del Sistema de Salud:

GRAFICA 1 COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD

FUNCIONES	MODALIDADES	PRODUCTOS
<ul style="list-style-type: none"> -Servicios -Educación y Capacitación -Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> -Prevención -Diagnóstico -Rehabilitación -Custodia -Educación para la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios en los problemas de salud

(188)

José Rodríguez Domínguez, nos explica el Modelo de los Componentes del Sistema de Salud propuesto por Mark Field en los siguientes términos, mismos que reproducimos por considerarlos de ayuda a un mejor entendimiento del asunto tratado.

Nos dice:

"El esquema que se acaba de describir -nos de la idea-

de que se está denominando como tecnología médica a todos los métodos por medio de los cuales se efectúan las actividades de atención y de organización en el Sistema de Salud". (189)

Por otra parte nos explica el autor que el modelo nos habla de "niveles de utilidad o resolución en la tecnología médica, y citando al médico estadounidense Lewis Thomas nos señala 3 tipos a saber:

1) Tecnología Médica alta -la cual es sencilla, efectiva y de bajo costo, verbigracia las inmunizaciones, los antibióticos y ciertos procedimientos quirúrgicos pueden calificarse así porque corrigen o aún mejor, evitan el problema de salud, también se definen como tecnologías médicas "definitivas" y tienden a desplazarse a los niveles de atención más básica y el personal que suele trabajar con ellas son los médicos cirujanos y enfermeras generales.

2) Tecnología de Medio Camino.- Son los tratamientos paliativos que no efectúan una curación sino solamente retrasa la aparición de ciertas complicaciones de enfermedad crónica, estas tecnologías comúnmente corresponden a procedimientos basados en la alta ingeniería, asociados a gastos de adquisición y operación elevados. Este tipo de tratamiento se asocia a un alto nivel de atención y en general se acompaña de la actividad de personal médico y técnico muy especializado.

3) Por último la tecnología de soporte, ésta va desde el uso de la panacea para los "sanos preocupados" hasta el cuidado afectuoso y apoyo al enfermo con pronóstico desfavorable y para el cual no se pueden ofrecer opciones eficaces porque la evolución de su padecimiento no puede modificarse a partir del arte médico, son los médicos generales y el personal de apoyo los que deben proporcionar los cuidados implícitos en la tecnología de soporte." (190)

Concluye nuestro autor con las siguientes ideas: "Los Servicios de Salud internales necesitan emplear las tres clases de tecnología médica mencionadas, incluyendo la de "alta efectividad la de "medio camino" y la de excluir el uso de los equipos y procedimientos más complejos porque una parte de ellos han alcanzado su lugar dentro de la atención como

elementos que contribuyen a la mejoría de la calidad de los servicios". (191)

Por nuestra parte podemos decir en resumen que la "tecnología adecuada" puede ser sencilla o compleja, siempre y cuando el beneficio del uso de la misma se base en la posibilidad de producir un mejoramiento en la salud de la población usuaria, tomando en cuenta, los aspectos de prevención, curación y rehabilitación, y que la misma se aplique en común y total acuerdo con los requerimientos indispensables y prioritarios de salud del país, conllevando lo anterior al análisis de los recursos financieros valores culturales y repercusión social que ocasionan la aplicación de dicha "tecnología adecuada". En otras palabras el concepto de tecnología apropiada hace incapie en dos elementos: "primero la reducción de costos por unidad en la producción de bienes y servicios y en segundo, el uso programático de los recursos locales". (192)

Antes de proseguir con el estudio de la atención primaria, nos gustaría dar a conocer algunos datos proporcionados por la Organización Panamericana de Salud, respecto de las áreas prioritarias para la tecnología en materia de salud (O.P.S., Reseña 1981) comprendiendo las siguientes materias:

- *Educación, comunicación y promoción de la salud.
- *Infraestructura física de establecimiento de salud.
- *Nutrición.
- †Tecnología para la ejecución de programas preventivos, de vacunación, materno-infantil, y medicina laboral.
- *Tecnología que contribuye a la reducción de daños por enfermedades de origen hídrico y parasitario.
- *Mejoramiento administrativo para favorecer el desarrollo de mecanismos de participación comunitaria.
- *Odontología
- *Tecnología para la toma de decisiones.
- *Planificación de servicios y acciones intersectoriales.
- *Investigación operativa de servicios.
- *Medicina popular tradicional." (193)

Una vez realizada la anotación anterior, posemos a nuestro segundo elemento fundamental dentro de los servicios de salud nacionales y que es la atención primaria, antes de dar la definición del concepto es necesario comentar que "a partir de la reunión internacional en Alma Ata, URSS, en 1978, se dió a conocer un esfuerzo orientado a romper con el enfoque de alta tecnificación en los sistemas de salud a favor de la reorientación de los servicios hacia "la salud para todos" el cual se basó en los logros del mejoramiento en la atención de los problemas de salud prioritarios y la atención especial para los grupos de mayor riesgo. (O.M.S. 1983, O.M.S. 1978). En la reunión de Alma Ata se establecieron los fundamentos de atención primaria como la estrategia principal del nuevo enfoque, también se destacaron dos aspectos adicionales: la

extensión de la cobertura para incluir a toda la población y la implementación de mecanismos para evaluar los resultados de la atención por medio de indicadores sobre los cambios en el estado de salud en la población". (194)

"Para poder llevar a cabo estas modificaciones en el enfoque de los sistemas, los países se comprometieron a orientar la proporción necesaria del presupuesto total en salud a la prestación de los servicios básicos de salud y hacia la lucha para reducir los problemas sociales y ambientales que afectan a los grandes grupos de población." (195)

De acuerdo con las estrategias de la "salud para todos" la atención primaria es fundamental y se define como "el nivel en el que se proporcionarían los servicios básicos y el personal que lo ofrezca debe estar constituido por generalistas profesionales o técnicos. Las actividades que se llevan a cabo en este contexto son las acciones que se han calificado como de mayor costo-efectividad y se incluyen las siguientes tareas: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento propio al nivel de primer contacto, y la canalización de los casos que requieran atención especializada. Se plantea también la participación plena de la comunidad en la planeación y la realización de las actividades de salud dentro de un proceso educativo interactivo de ambos grupos de personas en servicio y la población. (O.P.S.-Crónica 1981, O.P.S./O.M.S. 1986)". (196)

La necesidad de dar mayor énfasis en la práctica médica al ramo de la atención primaria ha surgido a través del tiempo como consecuencia del desarrollo de la medicina occidental, en las últimas décadas ya que esta última ha asociado que el modelo de atención médica en los países en vías de desarrollo destinen casi todo el presupuesto para la salud en inversiones y operaciones relacionadas con la atención hospitalaria, olvidándose de las necesidades médicas de las poblaciones rurales, o comunidades alejadas de los centros hospitalarios, recrudesciéndose en estos lugares la escasez de personal entrenado y capacitado, así como de medicamentos, instrumental y equipo. Estos 3 niveles de la atención médica occidental son los siguientes:

- 1) Avances importantes en la prevención y terapéutica de muchas enfermedades y sobre todo las transmisibles,
- 2) Proporción creciente de los médicos dedicados a las especialidades clínicas,
- 3) Intensificación en el número y complejidad de pruebas de laboratorio y gabinete que se utilizan para confirmar y descartar el diagnóstico clínico y para monitorear la estadía de las enfermedades crónicas y/o graves." (197)

Desafortunadamente, los países en vías de desarrollo, como el nuestro, "al seguir el modelo de la medicina de alta tecnificación, no han podido ofrecer servicios de atención básicos a la población en general. El resultado ha sido una mala distribución, con la concentración de los servicios en ciertas ciudades principales (capitales) y un déficit notable en casi toda el área rural". (198)

Todo lo anterior aunado a que los Servicios de Salud de países en vías de desarrollo se han caracterizado por una falta de eficiencia, y el personal médico ha crecido en forma desorganizada, originando una ausencia de atención médica en las poblaciones marginadas y realmente necesitadas de tan mencionada atención. Por todo lo anterior, José Rodríguez Domínguez nos sugiere "la atención primaria debe incorporar las tecnologías de salud apropiadas según el contexto local y los recursos disponibles. Por su parte los otros niveles del sistema deben coordinarse estrechamente con la atención primaria, de tal manera que el área de prioridad sea esta última y de ser necesario, los servicios más especializados se subordinarían en términos de recursos físicos, humanos y financieros." (199)

CONCURRENCIA DE LA FEDERACION Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUBRIDAD GENERAL.

Surge al hablar de concurrencia, la pregunta obligada si ésta y la competencia significan lo mismo, o en su caso si la competencia es parte de la concurrencia o viceversa, ante tal disyuntiva nos referimos en primer momento al significado del término competencia, "la que encuentra su raíz etimológica en las voces latinas *competentia*, *ae*, significando: relación, proposición, aptitud, apto, competente, conveniencia. En castellano se usan como sinónimos los vocablos: aptitud, habilidad, capacidad, suficiencia, disposición". (200)

"En un sentido jurídico general, se alude a una idoneidad atribuida a un órgano de autoridad para conocer o llevar a cabo determinadas funciones o actos jurídicos". (201)

Sabemos que existen criterios de clasificación de la competencia (hablando de ella en sentido específico), de los diversos organismos judiciales, como bien lo ha señalado nuestro artículo 144 del Código Adjetivo Civil, al determinar la competencia de los Tribunales por la materia, la cuantía, el grado y el territorio, sin embargo, el objeto de introducir a la competencia en el análisis de nuestro elemento constitucional, es el de percatarnos cual es la diferencia que existe entre los vocablos concurrencia y competencia, llegando a la correcta ubicación de la facultad dada por la Constitución a los Poderes Federales y Estatales en materia de Salubridad General.

Continuamos con la idea de que ya nuestra Ley Adjetiva Civil nos da un criterio de clasificación de la Competencia de los Tribunales u Organos Jurisdiccionales, para nuestro estudio, importa la definición de la Competencia Concurrente, encontrando dicha definición en nuestro Diccionario Jurídico Mexicano, refiriéndose a esta como competencia concurrente y en contraposición a la misma la Competencia Exclusiva. "la primera es la que tienen varios tribunales, en principio, para conocer de cierta clase de negocios, mientras que la segunda es la que

exista otro órgano que tenga igual competencia". (202)

Una vez que hemos dado en términos generales el significado del vocablo competencia concurrente debemos referirnos en forma más extensa a los orígenes de esta facultad o competencia anotando "que su origen lo encontramos en la doctrina y la Jurisprudencia de los Estados Unidos de Norteamérica, de donde se han tomado para implantarlas en nuestro sistema constitucional y reciben ese nombre de concurrentes porque las pueden ejercitar los Estados en tanto no ejercite la Federación aquellas facultades que le han sido concedidas, pero siempre y cuando se refieran solo a determinadas materias, pues si el asunto es nacional por su carácter y exige uniformidad y regulación, solamente el Congreso de la Unión puede legislar y si él no lo hace se deduce necesariamente que tal asunto, debe estar exento de toda otra legislación y a esto se le llama "Doctrina del Silencio del Congreso". (203)

Por otra parte "Tena Ramírez indica que las facultades concurrentes, en el sentido castizo de la palabra, deberían llamarse COINCIDENTES, pues estas son las que se ejercitan simultáneamente por la Federación y por los Estado, y no en la forma supletoria antes dicha, pero de cualquier modo constituyen excepciones al principio del sistema federal, por lo cual la atribución de una facultad concedida a la Unión se

traduce necesariamente, en la supresión de la misma para los estados." (204)

Respecto del Sistema de Distribución de Competencias entre la Federación y los Estados, quisieramos explicar de forma más precisa, en que consiste el mismo y cuales serían las distintas facultades que ejercitan unas veces la Federación y otras tantas los Estados. El maestro Jorge Carpizo nos dice al respecto:

En nuestro país existen diversos sistemas de distribución de competencias entre la Federación y los Estados. México se encuentra regido por el principio Norteamericano que dice: "todo aquello que no está expresamente atribuido a las autoridades federales es competencia de las Entidades Federativas. La Constitución numera lo que los poderes de la Unión pueden hacer y todo lo demás es competencia de las entidades federativas." (205)

La diferencia entre el postulado americano y el sistema vigente del país, la establece el artículo 124 Constitucional, aclarando que las facultades federales tienen que estar **EXPRESAMENTE SENALADAS**, palabra que no aparece en el principio norteamericano.

"Encontramos que la Constitución establece una serie de Principios respecto del problema de la competencia en el Estado

Federal que se pueden enunciar en la forma siguiente:

- A) Facultades atribuidas a la Federación,
- B) Facultades atribuidas a las Entidades Federativas,
- C) Facultades prohibidas a la Federación,
- D) Facultades prohibidas a las Entidades Federativas.
- E) Facultades coincidentes,
- F) Facultades coexistentes,
- G) Facultades de auxilio, y
- H) Facultades que emanan de la Jurisprudencia, ya sea reformando o adicionando la anterior clasificación." (206)

De todas estas facultades, las que interesan a nuestro estudio son las coexistentes, sin embargo, antes de definir éstas, enunciaremos brevemente y por orden en que consisten todas las demás facultades anotadas a fin de completar el estudio.

Iniciemos con:

Facultades atribuidas a la Federación.

"Son aquellas que puede realizar la Federación enunciadas de dos formas: a) en forma expresa, consignadas en el artículo 73 Constitucional y b) las prohibiciones que tienen las entidades federativas artículos 117 y 118 Constitucionales". (207)

Facultades atribuidas a las Entidades Federativas.

"Son aquellas que no corresponden a la Federación, por tanto son facultad de las entidades, salvo las prohibiciones

que la propia Constitución establece para los Estados miembros". (208)

Facultades prohibidas a la Federación.

"Se puede pensar que resulta superfluo que la Constitución niegue expresamente una facultad a la Federación, si con el solo hecho de no otorgársela se la está negando, sin embargo se consigna esta norma en beneficio de la claridad y porque se considera tal prohibición de singular importancia. Así el segundo párrafo del artículo 130 Constitucional dice: "El Congreso no puede dictar leyes estableciendo o prohibiendo cualquier religión". (209)

Facultades prohibidas a las Entidades Federativas.

"Estas pueden ser de dos clases: las absolutas y las relativas.

Prohibiciones absolutas son los actos que jamás pueden realizar las entidades federativas. El artículo 117 Constitucional establece las mismas.

Prohibiciones relativas son los actos que en principio están prohibidos a los Estados miembros, pero con la autorización del Congreso Federal si los pueden realizar. El artículo 118 Constitucional, las establece". (210)

Facultades Coincidentes.

"Son aquellas que tanto la federación como las entidades federativas pueden realizar por disposición constitucional y están establecidas en dos formas a) amplia y b) restringida.

Facultad coincidente amplia, se encuentra señalada en la Constitución cuando no se faculta a la federación o a las entidades federativas a expedir las bases o un cierto criterio de división p.e.: el último párrafo del artículo 18 indica "que la federación y los gobiernos de los estados establecerán instituciones especiales para el tratamiento de menores infractores".

La facultad coincidente es restringida cuando se confiere tanto a la Federación como a las entidades federativas, pero se concede a una de ellas la atribución para fijar bases o un cierto criterio de división de esa facultad, verbigracia "La educación que imparte el Estado -Federación, Estados, Municipios, la fracción IX establece: El Congreso de la Unión con el fin de, unificar y coordinar la educación en toda la República, expedirá las leyes necesarias, destinadas a distribuir la función social, educativa entre la federación, los estados y municipios". tesis que se reitera en el artículo 73 fracción XXV Constitucional." (211)

Facultades coexistentes.

"Son aquellas que una parte de la misma facultad compete a la federación y la otra a las entidades federativas, ejemplo: el artículo 73 fracción XVI otorga al Congreso Federal facultad para legislar sobre SALUBRIDAD GENERAL y según la fracción XVII respecto a las Vías Generales de Comunicación, es decir que la Salubridad Local y las vías locales de comunicación son competencia de las legislaturas de las entidades federativas."
(212)

Facultades de Auxilio.

"Son aquellas por medio de las cuales una autoridad ayuda o auxilia a otra por disposición constitucional v.g. artículo 130 Constitucional."(213).

Por último las facultades que emanan de la Jurisprudencia, llegan a modificar las reglas anteriores, cambiando el sentido de las disposiciones constitucionales.

Una vez establecido el criterio de las facultades coexistentes o competencia concurrente entre la federación y los estados es indispensable referirnos a la materia que constituye el elemento de análisis, es decir, la Salubridad General tema que encierra un sin fin de interrogantes debido al tratamiento que desde el año de 1908, ha recibido el término en

virtud de las facultades concedidas por la Constitución a la federación para intervenir en esta importante materia.

Al respecto recordaremos los antecedentes históricos de la salubridad general con el objeto de comprender la importancia de nuestro término y su evolución jurídica a través del tiempo.

Iniciaremos diciendo que "la constitución de 1857 no otorgaba a la federación la facultad original para intervenir en asuntos de salubridad, fue hasta el año de 1908 cuando la Constitución otorgó a la federación facultades para intervenir sobre esta materia. Estas facultades se derivan de una reforma al artículo 11 Constitucional que, como el actual, se refería a la libertad de tránsito para entrar en la República, salir de ella o viajar por su territorio. Dicha reforma pretendía impedir el ingreso de extranjeros al país que pudieran poner en peligro la salud de los mexicanos, pero no establecía explícitamente la facultad del Congreso para legislar en materias relativas a la salubridad". (214)

"Fue entonces que se propuso la enunciación de dicha facultad, habiendose modificado el artículo 72, fracción XXI de la Constitución de 1857 para tal fin (actualmente es el artículo 73 fracción XVI). En el proyecto de Constitución, presentado en el Congreso de Querétaro no se proponían modificaciones a la reforma de 1908. Sin embargo en enero de

1917, el diputado Dr. J. M. Rodríguez presentó una adición a la fracción XVI del artículo 73, que ha venido a formar los cuatro incisos que conserva en la actualidad dicha fracción." (215)

Nuestro artículo de referencia, es decir, el artículo 73 fracción XVI Constitucional posee cuatro incisos, que a continuación expondremos y que a la letra dicen así:

"Art. 73.- El Congreso tiene facultad:

XVI.- Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y SALUBRIDAD GENERAL DE LA REPUBLICA.

1o.- 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.

2o.- 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.

3o.- La autoridad Sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.

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." (216)

Antes de la Reforma Constitucional en materia de Salud, en el año de 1983 y la expedición de su Ley Reglamentaria, o sea, de la Ley General de Salud, el concepto de Salubridad General, fue formado a partir de una serie de adiciones y

reformas desde el año de 1908, mostrando en muchas ocasiones incongruencias entre sus partes, algunas de ellas, han sido expresadas por diversos autores entre ellos el Licenciado Jacinto Faya Viesca quien se refiere al respecto en los siguientes términos:

"Pensamos que es bastante grave que el inciso 2o. de la fracción XVI del artículo 73 Constitucional establezca que, en caso de epidemias graves o de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad, tendría obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República, esto significa que dicha dependencia del Ejecutivo Federal obra sin acuerdo previo del Presidente de la República". (217)

Continúa Faya diciendo que respecto del contenido del párrafo 4o. de la citada fracción "El Consejo de Salubridad General asume funciones propias del Presidente de la República y del Congreso de la Unión. Nos encontramos con un caso en el que dicho Consejo ejerce funciones propiamente legislativas en situaciones específicas". "Además, el párrafo tercero otorga a la autoridad sanitaria poderes excepcionales dentro de nuestro sistema constitucional. La materia de salubridad es propia del poder legislativo, y si la autoridad sanitaria tiene facultades para dictar "disposiciones" con ello invade un campo que no le pertenece". (218)

El papel que la Jurisprudencia juega frente a los problemas que suscita la materia de salubridad, a originado por su parte situaciones contradictorias, Tena Ramírez señala que esta contradicción existe a partir de dos ejecutorias que han intentado definir la esfera de acción de la Federación en relación a la salubridad. "La primera ejecutoria que es de fecha 25 de enero de 1932 asienta lo que sigue:

"Es exacto que la repetida fracción XVI del artículo 73 Constitucional habla de salubridad general de la República, la cual dejaría entrever que cuando se trata de salubridad local de una región o Estado determinado, la materia quedaría entonces reservada al poder local correspondiente, esto es inegable, y entonces la dificultad consistirá en tratar de precisar lo que es la Salubridad General de la República y lo que corresponde a salubridades generales o locales, la materia no puede decidirse sin un examen concreto en cada caso de que se trate, y más bien es una cuestión de hecho que por circunstancias especialísimas deben decidir los Tribunales y en su caso la Suprema Corte" (Semanario Judicial de la Federación, Tomo XXXVI, pg. 365). (219)

"La segunda ejecutoria es del 13 de septiembre de 1932. En ella, difiriendo de la anterior, se fija una base objetiva para determinar la competencia federal en salubridad, pues la ejecutoria dice: "Los términos de la Constitución delimitan la

competencia constitucional del Departamento de salubridad pública, en lo que se refiere a la jurisdicción de que está investido sobre todo el territorio nacional, a los casos de epidemias de carácter grave de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, y a la campaña contra el alcoholismo y comercio de estupefacientes" (Semanario Judicial de la Federación, Tomo XXXVI, pg. 329).

El autor, nos explica el sentido de esta segunda tesis en estos términos:

"Para llegar a esta conclusión, la ejecutoria tuvo en cuenta que la emisión en que incurrió el Proyecto de Constitución del Primer Jefe al no definir el alcance de la salubridad general de la República, fue subsanada por las adiciones de la fracción XVI que aprobó el Constituyente de Querétaro, estas adiciones vienen a ser el marco que acota y precisa el concepto de "salubridad general de la República en materia federal". (220)

De todo lo expuesto con anterioridad, resulta que la vaguedad del término Salubridad General de la República, mismo que fue obra de los legisladores de 1908, y que a pesar de haber existido reformas posteriores no fue ampliado, ni restringido o siquiera precisado, nos hace pensar que si el Congreso de la Unión solo puede legislar sobre epidemias de carácter grave, enfermedades exóticas, alcoholismo, y

estupefacientes, tendríamos que considerar como Inconstitucionales a los diversos Códigos Sanitarios existentes antes de la Ley General de Salud, pues la mayoría de estas disposiciones no se refieren a los casos excepcionales mencionados, sino solo a una serie de materias que los legisladores ordinarios han señalado como propias de la salubridad general.

Nuestro criterio gira en torno a la consideración de que la Constitución al haber otorgado la facultad respecto de la Salubridad General al Congreso de la Unión, es este último el que debiera limitar y precisar el concepto a través de la Ley Ordinaria es decir por conducto de los Códigos Sanitarios, cuando estos eran vigentes y actualmente por la Ley General de Salud, por otra parte lo que es innegable es la necesidad de unificar criterios tanto científicos, jurídicos y técnicos, ya que la materia a tratar no solo preocupa desde un punto de vista lingüístico, sino como uno de los derechos humanos fundamentales: la salud y la vida.

Necesario es que no confundamos en este apartado los términos Salud Pública y Salubridad General, en virtud de que la primera a nuestro criterio, es la Salud del Pueblo, la que se refiere a los aspectos sanitarios, e higiénicos de una colectividad, en un sentido globalizador, y que, por obvio de razón tiene una estrecha relación con la salubridad pública entendida esta como ya en otras ocasiones anotamos "como el

orden público material que se logra mediante prescripciones policiales relativas a la higiene de personas, animales y cosas". (221)

Hemos dejado para el final el mencionar nuestra legislación vigente a fin de reconocer que en la misma se establece por primera vez los casos que son materia de salubridad general, al enumerar en su artículo 3o., qué materias constituyen este rubro y más allá de mencionar la legislación actual las materias federales, en la Ley de Salud para el Distrito Federal son señaladas en el numeral 5o. las materias de Salubridad Local competencia del Departamento del Distrito Federal.

El artículo 3o. de la Ley General de Salud comprende XXVIII fracciones entre las cuales el legislador no contempló las materias constitucionales, incurriendo a nuestro criterio en el error de señalar otras muchas materias a las cuales no negamos importancia pero que no son las expresamente facultadas por la Constitución en materia de Salubridad General por supuesto nos referimos a los casos de EPIDEMIAS DE CARACTER GREVE O PELIGRO DE INVASION DE ENFERMEDADES EXOTICAS EN EL PAIS, por lo que en este caso al igual que las señaladas en la Ley de Salud para el Distrito Federal artículo 5o., como constitutivas de salubridad local, salen fuera del marco jurídico constitucional.

Aún así creemos que el precisar todas y cada una de las materias de Salubridad General es árdua tarea, ya que cada día las necesidades y requerimientos sanitarios de carácter urgente y por ende nacional se encuentran en constante cambio, es por ello que es imprescindible modificar la fracción XVI del artículo 73 Constitucional a modo que el Congreso no se vea limitado a legislar solo en las materias antes señaladas y si bien es cierto que la Constitución no puede ser un catálogo de materias relativas a la Salubridad General, nuestro criterio se inclina a sugerir que la Ley Ordinaria sea la que recopile todas éstas, y de este modo, la enunciación de las mismas no se considere como inconstitucional al no prever los supuestos constitucionales ya mencionados.

C).- CONCLUSARIO

Con este último comentario, hemos finalizado el estudio de los elementos que conforman la Adición Constitucional en materia de Salud, prevista en el artículo 4o. de nuestra Carta Magna, por ello es momento oportuno de proponer a todos ustedes la mencionada reforma constitucional partiendo de la hipótesis fundamental de precisar el verdadero carácter jurídico que da fundamento al precepto legal estudiado para ello creemos oportuno recordar brevemente cuales son las características y presupuestos, de las normas que conforman el Derecho Social y que han sido estudiadas en el Capítulo II de este trabajo recepcional, y sin pretender realizar repeticiones de los comentarios expuestos, anotaremos la opinión que sustentamos ya que esta será la base hipotética en la que descansa la reforma propuesta al actual texto de la Constitución en su artículo 4o.

Como mencionamos ya al tratar el estudio de las garantías sociales y su relación con las garantías individuales a fin de ubicar el "Derecho a la Protección de la Salud" como una garantía social, nos encontramos que todos los autores y tratadistas del derecho mencionados, concordaron en afirmar, que es nota esencial de las garantías sociales el constituir un conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales que por alguna razón, se encuentran en desventaja frente a otros grupos, por lo cual estas normas de derecho han venido a conformar una serie de disposiciones inspiradas en los

principios de justicia social, surgiendo una nueva forma de derecho, que impone una obligación a cargo del Estado, y que satisface el contenido de la norma social que no es otro más que el Interés Social que se traduce en una gama de ideales, elementos o circunstancias asimiles de una sociedad o colectividad.

De igual forma al desarrollar el tema de las garantías sociales y sus elementos nos percatamos que los estudiosos del derecho al referirse a esta clase de normas, toma como ejemplo el Derecho Laboral, resultando entonces el carácter económico que dió motivo y fue el origen de los movimientos sociales que culminaron con la creación del artículo 123 Constitucional, ubicando entonces a los sujetos de la norma: por un lado, el trabajador obrero carente de recursos económicos y de los medios de producción como sujeto activo y por el otro, las castas poseedoras de la riqueza y de los medios de producción como el sujeto pasivo.

Como consecuencia lógica los deberes y prerrogativas que surgen de esta relación jurídica son por todos nosotros conocidos, recayendo los derechos sobre los sujetos activos esto es el obrero e imponiendo el deber al sujeto pasivo, o sea el patrón o industrial. normas de derecho social que tienen su fundamento legal en el artículo 123 constitucional y su reglamentación en la Ley Federal del Trabajo, sin embargo no debemos olvidar que el Estado en esta relación jurídica, posee

un papel especial, es decir la Autoridad Política asume funciones de vigilancia, intermediación y fiscalización, como ya mencionamos en el Capítulo II, las que se traducen en la ingerencia del Estado a fin de vigilar que las relaciones pactadas entre los sujetos de la relación, no sufran alteraciones que conduzcan al menoscabo de las garantías sociales consignadas en la Constitución, para lo cual restringe a través de disposiciones legales los principios de la autonomía de la voluntad y de la libre contratación.

Si bien es cierto que los antecedentes históricos del surgimiento de las garantías sociales descansan en el hecho de que las clases sociales colocadas en una evidente y deplorable situación económica, exigieron a las autoridades estatales de medios de tutela y protección frente a los poderosos, creándose mediante conductos normativos, el establecimiento de las garantías sociales; es cierto también que la relación jurídica derivada de tales normas se entabla entre los grupos sociales favorecidos y protegidos frente a los grupos sobre los que se implantó la tutela. Por ende esta relación solo puede entablarce entre los sujetos que se encuentran ante una determinada situación social o económica y entre aquellos que se encuentran relacionados con el proceso productivo (trabajo-capital).

Esta modalidad propia del derecho social obrero marca la diferencia que existe con la norma social de la salud expuesta

en nuestro trabajo y es el pilar sobre el cual descansa la justa y correcta interpretación de nuestro tema, si en realidad el precepto Constitucional tiene como objetivo plasmar un Derecho a la Salud para las clases y sectores sociales más necesitados y carentes de dichos servicios, en otras palabras, el tratamiento Constitucional y Legal que debe darse al "Derecho a la Salud" no es el mismo que goza el derecho social obrero, sino debe traducirse en la relación jurídica que tiende crear derechos de carácter socioeconómico con la correlativa obligación de un sujeto distinto de su titular, y que en el caso en concreto no podría recaer sobre otro sector social o comunidad poseedora de los servicios de salud, sino que indiscutiblemente tendría que existir un nuevo vínculo jurídico en el cual la entidad obligada sería el Estado.

Si realizamos el análisis comparativo de los sujetos obligados en el Derecho Social de la Salud y partiendo de la interpretación y tratamiento dado al Derecho Laboral nos encontraríamos con una gran contradicción no solo jurídica, sino lógica, esto es si por un lado el sujeto activo de nuestra relación se encuentra constituida por las clases y sectores sociales carentes de servicios de salud, ubicados en una situación de notable desventaja económica, en relación con otros sectores, tendríamos que concluir que el sujeto pasivo, obligado a satisfacer dichas demandas serían los sectores capitalistas poseedores de los medios para proporcionar servicios de salud, incluyendo no solo las Instituciones

Públicas sino también las Corporaciones Particulares, recayendo estos deberes a Hospitales, Clínicas, Instituciones de Salud fundadas a partir de aportaciones particulares.

Al presentarse este supuesto, surge en nuestro pensamiento la posibilidad ya contemplada a nivel Cámara de Diputados de elevarse a rango Constitucional, como otro Derecho Social a la Vivienda, prerrogativa a la cual no podríamos dar el tratamiento jurídico como norma social asimil al Derecho Obrero, ya que en este caso al igual que el "Derecho a la Salud" analizado a través del prisma laboral, la obligación de proporcionar espacios habitacionales dignos a la población necesitada, recaería sobre las clases capitalistas poseedoras de vivienda o de los recursos materiales y humanos para constituir las mismas, llámense particulares o instituciones gubernamentales.

La intención por la cual hemos ejemplificado con el Derecho a la Vivienda es llevarnos a la idea de que la relación jurídica del "Derecho a la Salud" no debe contemplar como Sujeto Pasivo de ésta relación a otro grupo social sobre el cual recaiga el deber de proporcionar el contenido de la propia norma, llámese Derecho a la Vivienda o Derecho a la Salud. Las propias características del Derecho Social nos obligan a considerar que esta Nueva Relación Jurídica, de las necesidades y requerimientos populares deberá recaer en forma total y absoluta sobre la entidad gubernamental o estado.

De esta consideración inferimos que las garantías sociales en materia de salud deben revelarse en una relación jurídica cuyos sujetos activos estén constituido por la clase popular carente de servicios de atención sanitaria y carente de instituciones en las cuales puede ser atendida considerando su situación socioeconómica y cultural, tanto en lo colectivo como en lo individual, siendo el sujeto pasivo la entidad estatal. Esa relación implica derechos de sustancia económica, cultural y social en favor de los sujetos activos y sus obligaciones correspondientes a cargo del Estado.

Al respecto debemos aclarar que el Estado posee la obligación de implementar una serie de principios y normas de índole constitucional en los cuales se consagren derechos sociales de variado contenido en favor de los grupos carentes de servicios no personales, y servicios personales de salud, atendiendo a este concepto podemos mencionar que dadas las condiciones económicas y sociales que vive el país, es urgente que el Estado y nuestras autoridades, refiriéndonos al Poder Ejecutivo y Legislativo, consideren dar el carácter constitucional a la vivienda, a la alimentación o nutrición, y a la educación como garantías sociales, las cuales consagren principios protectores de los necesitados y marginados ya no solo materialmente sino culturalmente ya que como atinadamente la Senadora Hoyos de Navarrete mencionó en su intervención en la propuesta, discusión y aprobación de la Reforma

Constitucional estudiada, "quién carece de vivienda digna se ve forzado a vivir en la promiscuidad, nunca podrá ser sano; quien es analfabeta, ni con todo el esfuerzo de la sociedad y de él mismo podrá integrarse al más elemental programa de salud, y lo más dramático, quien está desnutrido, está destinado a morir por su vulnerabilidad a las enfermedades o a quedar limitado de sus facultades mentales y físicas convirtiéndose paradójicamente, en una carga social".

Por otra parte la actual Ley General de Salud establece que la misma tendrá el carácter formal por ser un conjunto de normas reglamentarias de la Constitución, así como el tratarse de un ordenamiento de aplicación tanto por las autoridades federales como las locales en materia de salubridad general, sin embargo no escapa a nuestro conocimiento que el legislador respetuoso de la soberanía de los estados y conciente de su participación en cuanto a las materias de educación, cultura, ecología, comercio, comunicaciones, transporte, alimentos y medicamentos, permite que cada estado emita su legislación local de dichas materias así como de la salud, situación que se explica si consideramos que en cada región de nuestro país, surgen y se presentan situaciones y necesidades comunitarias particulares.

De lo anterior se desprende que cada Entidad Federativa legisle en las materias citadas que vienen a conformar la salubridad local y concurrente.

Aunado a lo anterior, la propuesta de modificación constitucional, no solo descansa en el aspecto social del derecho a la salud, sino va más allá al proponer el carácter federal de la Ley Reglamentaria por las siguientes consideraciones:

1.- De la adición propuesta al artículo 40 Constitucional el objetivo de la misma y el espíritu que en esta prevalece no solo es elevar a rango Constitucional como garantía social al derecho a la salud, sino que es más ambiciosa nuestra propuesta, dado que establece la obligación del Estado de proporcionar a la población abierta que está integrada por los grupos sociales que se encuentran en notable desventaja frente a otros grupos, por razones económicas, sociales o culturales, de los servicios de salud que definimos en la misma.

No conforme con ello, como consecuencia lógica e inmediata de lo anterior se propone que la Ley Reglamentaria que al efecto se emita tenga carácter federal entendiendo por esta característica de la Ley que su observancia es obligatoria para todo el territorio nacional, por ende las legislaturas locales atento a lo dispuesto por el artículo 120 Constitucional deberán siempre aplicar las leyes que posean esta cualidad.

Atento a dicho razonamiento y siguiendo con el espíritu que tal enmienda propone se justifica que la citada Ley Reglamentaria goce de carácter federal porque reconocemos la necesidad de proteger a la población abierta que se encuentra en notable estado de desventaja a que se hace patente en todas y cada una de las entidades federativas, luego entonces al concluir y no darle tal carácter sería tanto como no proteger a estos grupos sociales que se localizan en todo el territorio nacional, y más aún sería contravenir la enmienda propuesta, por su carácter social.

No obstante lo anterior, cabe citar que por una sana técnica legislativa y por consecuencia administrativa y con el objeto de no incurrir en el entonces error de crear confusión en la población detentadora de la garantía social propuesta, al existir diversidad de leyes, acuerdos, reglamentos tanto federales como locales que en materia de salud existen. Conviene el detectar un marco jurídico concertado a efecto de que con este se cumplan los principios consagrados por la garantía propuesta y evitar se deje en completo estado de indefensión al gobernado por la multiplicidad de dichos ordenamientos, traducido en que la autoridad en cuestión no solo no se encontraría delimitada en sus funciones sino que por dicha diversidad podría abarcar otros que no le corresponden aunado a que serían innecesarios e improcedentes los actos que de dichas circunstancias surjan por adolecer estos de vicios desde su origen, ya que el sentido y espíritu de la ley deberá

ser claro y preciso entendiéndose por el primero el otorgar y proporcionar el gobernado una protección fácil y accesible en su vida real concreta en cuanto al derecho a la salud y por lo segundo facilitar el acceso a los servicios de salud implementados por el Estado.

Por lo antes expuesto el texto de la enmienda que nos ocupa reza de la siguiente manera:

"ARTICULO 4o. TODA PERSONA TIENE DERECHO A LA SALUD, POR SALUD SE ENTENDERA UN ESTADO DE COMPLETO BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL Y NO SOLO LA AUSENCIA DE ENFERMEDADES.

POR CUANTO HACE A LA POBLACION ABIERTA INTEGRADA POR LOS GRUPOS SOCIALES QUE POR RAZONES ECONOMICAS, CULTURALES Y SOCIALES SE ENCUENTREN EN NOTABLE DESVENTAJA FRENTE A OTROS GRUPOS QUE GOZEN DE ALGUNA PROTECCION. EL ESTADO DEBERA PROPORCIONAR LAS ACCIONES DE ALCANCE COLECTIVO DESTINADAS A MEJORAR LAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD Y DE VIDA. ASI COMO LAS ACCIONES DE ATENCION INDIVIDUAL CON FINES PREVENTIVOS, CURATIVOS Y REHABILITATORIOS.

LA LEY REGLAMENTARIA DEFINIRA LAS BASES Y MODALIDADES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. LAS ENTIDADES FEDERATIVAS A TRAVES DE SUS LEGISLATURAS LOCALES DEBERAN ACATAR LO QUE AL EFECTO ESTABLEZCA LA CITADA LEY CONFORME A LO

DISPUESTO POR EL ARTICULO 120 DE LA CONSTITUCION.

EN LO REFERENTE A LA SALUBRIDAD LOCAL, SERAN MATERIAS DE LA MISMA AQUELLAS QUE NO SE OPONGAN Y NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADAS EN LA FRACCION XVI INCISO 2) DEL ARTICULO 73 CONSTITUCIONAL, POR SER ESTAS ULTIMAS MATERIAS DE SALUBRIDAD GENERAL."

CITAS BIBLIOGRAFICAS
CAPITULO III

- 146.- Introducción al Estudio del Derecho, GARCIA MAYNEZ EDUARDO- Editorial Porrúa, México 1990.
- 147.- Introducción al Estudio del Derecho, GARCIA MAYNEZ EDUARDO, Editorial Porrúa, México 1990.
- 148.- Código Civil para el Distrito Federal, Editorial Porrúa, México 1992.
- 149.- Introducción al Estudio del Derecho, VILLORO TORANZO MIGUEL, Editorial Porrúa, México 1982.
- 150.- IDEM.
- 151.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Tomo III, Editorial Porrúa, México 1985.
- 152.- IDEM.
- 153.- Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales Y Naciones Unidas, EDMUND JAN ASMAŃCZYK, Fondo de Cultura Económica, México, Madrid, Buenos Aires 1976.
- 154.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, Tomo VIII, Editorial Porrúa, México 1985.
- 155.- IDEM.
- 156.- Exposición de Motivos de la Adición Constitucional del Artículo 40, Constitucional, página 499.
- 157.- DIARIO DE DEBATES PAGINA 401.
- 158.- IDEM.
- 159.- DIARIO DE DEBATES página 400.
- 160.- Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, MIGUEL SOBERON, Editorial Porrúa México, 1988.
- 161.- IDEM.
- 162.- IDEM.
- 163.- Salvat Básico, Diccionario Enciclopédico, Volumen 4, Barcelona España 1988, Editado en España.

- 164.- Las Garantías Individuales, IGNACIO BURGOA, Editorial Porrúa, México 1986.
- 165.- La Salud Desigual en México, DANIEL LOPEZ ACUÑA, EDITORIAL SIGLO XXI, MEXICO.
- 166.- IDEM.
- 167.- Ley General de Salud, Editorial Porrúa, México 1991, Página 95.
- 168.- IDEM.
- 169.- IDEM.
- 170.- Diccionario Jurídico Mexicano, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México-Tomo VIII, Editorial Porrúa, México 1985.
- 171.- Ley General de Salud, Editorial Porrúa, México, 1991.
- 172 IDEM.
- 173.- IDEM.
- 174.- IDEM.
- 175.- RODRIGUEZ DOMINGUEZ Y COLABORADORES, Compilación 1984-a, 1984-b, 1985, Piachud 1981.
- 176.- Salud y Crisis en México, Textos para un Debate- IGNACIO ALMADA BAY, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades UNAM, Siglo XXI Editores, México 1990.
- 177.- IDEM.
- 178.- IDEM.
- 179.- IDEM.
- 180.- IDEM.
- 181.- IDEM.
- 182.- IDEM.
- 183.- IDEM.
- 184.- IDEM.
- 185.- IDEM.

- 186.- IDEM.
187.- IDEM.
188.- IDEM.
189.- IDEM.
190.- IDEM.
191.- IDEM.
192.- IDEM.
193.- IDEM.
194.- IDEM.
195.- IDEM.
196.- IDEM.
197.- IDEM.
198.- IDEM.
199.- IDEM.
200.- Diccionario Juridico Mexicano, Instituto de Investigaciones Juridicas de la Universidad Nacional Autonoma de México. Tomo II. Editorial Porrúa, México 1985.
201.- IDEM.
202.- IDEM.
203.- IDEM.
204.- IDEM, Tomo IV
205.- IDEM, Tomo IV.
206.- IDEM Tomo IV.
207.- IDEM Tomo IV.
208.- IDEM Tomo IV.
209.- IDEM Tomo IV.
210.- IDEM Tomo IV.

- 211.- IDEM Tomo IV.
- 212.- IDEM Tomo IV
- 213.- IDEM Tomo IV.
- 214.- Administración Pública Federal, JACINTO FAYA VIESCA,
Editorial Porrúa, México 1983.
- 215.- IDEM.
- 216.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,
Editorial Porrúa, México 1992.
- 217.- Administración Pública Federal, JACINTO FAYA VIESCA,
Editorial Porrúa, México 1983.
- 218.- IDEM.
- 219.- IDEM.
- 220.- IDEM.
- 221.- Diccionario Jurídico Mexicano- Instituto de
Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional
Autónoma de México- Tomo VIII, Editorial Porrúa, México
1985.

CAPITULO IV
ENTORNO POLITICO Y SOCIAL DEL DERECHO A LA SALUD
A).- INTRODUCCION

Para iniciar con este último capítulo es necesario indicar que la idea que prevalece destacar dentro del enfoque político que rodea al Derecho a la Salud, es la repercusión social que a lo largo de este Sexenio Presidencial se ha hecho patente en nuestra sociedad mexicana, ya que bien sabemos que la política es "el arte de aplicar, en cada época de la historia, aquella parte del ideal que las circunstancias hacen posible" (222) deducimos que la actividad política de nuestras autoridades estatales debe entenderse como aquel "quehacer" consistente "en la determinación y concreción de los medios idóneos para el cumplimiento de los fines de un grupo humano (223) estimándose que "las funciones de la política se entienden hoy como una función positiva, una ayuda en todos los terrenos a los individuos e instituciones necesitados de ella, con el fin de promover el bienestar común"(224). Así pues, el enfoque político social de nuestro tema se encuentra delimitado por dos documentos jurídicos que preveen las acciones gubernamentales a nivel local y Federal en materia de Salud, nos referimos al Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 por corresponder el mismo, a la administración del Señor Presidente Lic. Carlos Salinas de Gortari, quien a partir de 1989 ha venido implementando una serie de medidas administrativas y legales interesantes de comentar respecto de la salud de los Mexicanos y en especial de los sectores sociales deprimidos que

se encuentran en notable desventaja frente a otros grupos, nos referimos concretamente al Programa Nacional de Solidaridad como nuestro segundo documento a analizar y comentar, cuyo origen bien sabemos proviene del Poder Ejecutivo Federal como un Plan Emergente del Gobierno de la República cuyo fin es el de abatir la pobreza extrema de pueblo Mexicano.

B).- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Iniciemos entonces nuestro estudio preguntándonos que es el Plan Nacional de Desarrollo y de dónde surge. Con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 26 Constitucional, el Estado es el responsable de organizar un Sistema de Planeación Democrática, lo cual significa que mediante la participación de los diversos sectores sociales, se recogerán las aspiraciones y demandas de la sociedad a fin de incorporarlas a los planes y programas de desarrollo.

Continúa el enunciado diciendo "Habrá un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los Programas de la Administración Pública Federal."

"La ley facultará al Ejecutivo para que establezca los procedimientos de participación y consulta popular en el sistema nacional de planeación democrática y los criterios para la formulación, instrumentación, control y evaluación del Plan y los Programas de desarrollo. Asimismo, determinará los órganos responsables del proceso de planeación y las bases para

que el Ejecutivo Federal coordine mediante convenios con los gobiernos de las entidades federativas e induzca y concierte con los particulares las acciones a realizar para su elaboración y ejecución". (225)

El Plan Nacional de Desarrollo, surge de una disposición Constitucional la cual se ve reforzada por la Ley de Planeación que impone la obligación al Ejecutivo Federal de elaborar el mismo dentro de los primeros seis meses de la Administración y enviarlo al H. Congreso de la Unión para su examen y revisión. "Nuestro actual Plan de Desarrollo recoge las propuestas de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos de los Estados y los planteamientos que han formulado los principales grupos sociales." (226)

Este documento nos habla de los problemas e ineficiencias que vive actualmente el País, proponiendo soluciones y alternativas en todos los ámbitos de la vida nacional. haciendo incapie en determinadas estrategias que permitirán el desarrollo económico-político y social de México, interesantes son de mencionar lo relativo a la Modernización de México anotando el mismo "Modernizar a México es dirimir diferencias sin paralizar nuestra acción colectiva. Por eso combina un amplio esfuerzo de concertación y un ejercicio moderno de la autoridad. Concertación, porque busca el acuerdo entre todos los actores sociales al tamaño de los retos que enfrentamos, porque propicia que el decir y el pensar de cada

vez más mexicanos influyan sobre las acciones públicas que afectan las condiciones de su existencia. Ejercicio Moderno de la autoridad, porque sin menoscabo de la participación y acuerdo, no renuncia a sus responsabilidades de hacer prevalecer el interés general, mantener el Estado de Derecho y el Imperio de la ley, y defender la seguridad y la paz pública con respecto a las libertades y garantías que goza el pueblo de México. Modernizar a México es hacer frente a las nuevas realidades económicas y sociales. Es por tanto, innovación para producir y crear empleos, eliminación de obstáculos para desatar la iniciativa y creatividad de los mexicanos, y obligación para el Estado de cumplir eficazmente sus compromisos, fundamentales, es decir, obligación de ser rector en el sentido moderno: conductor, promotor, articulador de las actividades dentro de las cuales cada quien debe perseguir el interés nacional, porque es su interés". (227)

Para mayor abundamiento, en el Mensaje de Toma de Posesión del C. Carlos Salinas de Gortari como Presidente Constitucional de México el mismo expresó algunas ideas respecto de la transformación del Estado mexicano que complementan y sustentan nuestro Plan de Desarrollo, los comentarios son los siguientes:

"El Estado Moderno es aquel que garantiza la Seguridad de la Nación, y a la vez, da Seguridad a sus ciudadanos; aquel que respeta y hace respetar la ley; reconoce la pluralidad

política y recoge la crítica: alienta a la sociedad civil, evita que se esacerben los conflictos entre grupos, mantiene transparencia y moderniza su relación con los partidos políticos, con los sindicatos, con los grupos empresariales, con la iglesia, con las nuevas organizaciones en el campo y en las ciudades.

El Estado moderno es aquel que no ignora su responsabilidad con los grupos que requieren apoyo: mujeres trabajadoras, infancia desprotegida, adultos pensionados, grupos indígenas y amplias oportunidades encabezando su defensa. El bienestar social en el Estado moderno no se identifica con el paternalismo que suplanta esfuerzos o inhibe el carácter: hoy, la elevación del nivel de vida solo podrá ser producto de la acción responsable y mutuamente compartida del Estado y la Sociedad." (228)

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, propone avanzar hacia el logro de cuatro objetivos: Primero defender la soberanía y preservar los intereses de México en el mundo; segundo ampliar nuestra vida democrática; tercero recuperar el crecimiento económico con estabilidad de precios; y cuarto elevar productivamente el nivel de vida de los mexicanos.

Por lo que se refiere al bienestar social, tema que nos incumbe en este apartado el Plan prevé atender aquellas demandas que afectan directamente el nivel de vida de las

mayorías: la Seguridad Pública, la educación, la SALUD, y la asistencia social, la alimentación, la vivienda, la disponibilidad de servicios básicos, el acceso y promoción de la cultura, el deporte y el esparcimiento.

"Para apoyar la elevación del nivel de vida, el Plan propone consolidar una política tributaria que alivie la carga relativa sobre los ingresos del trabajo sin perjudicar a las finanzas públicas; impulsar una política de subsidios más selectiva y transparente que fortalezca efectivamente el poder adquisitivo de los grupos más necesitados y sea intolerante con la mínima desviación de estos beneficios. Por eso el Plan asigna al gasto social la máxima prioridad en los presupuestos anuales de egresos de la Federación." (229)

"El reto de la educación es de congruencia con el desarrollo nacional. Se debe por ello elevar la calidad de los contenidos que transmite y los métodos que utiliza; vincular sus partes entre sí y con el aparato productivo, equiparar y ampliar la infraestructura educativa e incorporar a los padres de familia, a las comunidades y a los sectores en su desarrollo." (230)

"En materia de salud el Plan define las líneas de acción que nos permitan elevar la calidad de la atención primaria y la prevención, pero sobre todo, responder a la demanda generalizada por mejor atención y mayor amabilidad en el trato.

particularmente cuando se trata de quienes carecen de recursos. Los servicios van a descentralizarse. Preservaremos en las políticas de población con respecto a las libertades y las decisiones libres de las parejas. Las perspectivas de una población para el año 2000 de entre 104 y 108 millones de habitantes imponen una extraordinaria presión sobre la producción de alimentos en el campo. La política alimentaria del Plan busca asegurar el abasto en condiciones adecuadas de calidad de precios, sobre todo a los grupos de más bajo nivel de ingresos." (231)

En materia de Salud ambiental el Plan propone como perspectiva vital la protección y restauración del Medio Ambiente. "La calidad de vida, el desarrollo, el nivel de bienestar, el uso efectivo de las libertades adquieren su significado pleno en el respeto al equilibrio natural. El objetivo fundamental en esta materia es armonizar el crecimiento económico con el restablecimiento de su calidad, promoviendo la conservación y el aprovechamiento racional de los recursos naturales. Ordenar las zonas y regiones del país con criterios ecológicos, sujetar los proyectos de desarrollo a criterios de cuidado ambiental, detener y revertir la contaminación del agua, mejorar la calidad del aire y adecuar el marco legal, la educación y el uso de nuevas tecnologías." (232)

"Por otra parte en la mitad de la presente década,

alrededor del 20 por ciento de las familias percibían ingresos menores al salario mínimo, y para más del 15 por ciento de la población el consumo básico era inferior a la mitad del que se estima necesario para satisfacer las necesidades fundamentales. Por lo que respecta al campo existen zonas donde la pobreza extrema alcanza niveles altísimos, reflejando tal situación deficiencia alimenticia y una alta tasa de mortalidad infantil. Lo anterior, como menciona el propio Plan, ha sido consecuencia de las dificultades económicas sufridas en nuestro país durante los últimos años "el estancamiento de la actividad económica y la escasez de recursos han propiciado un deterioro de los niveles de vida de la mayor parte de la población." (233)

Antes de exponer a ustedes la estructura que da fundamento al Plan Nacional de Desarrollo y en complemento con las ideas expuestas en líneas anteriores, queremos anotar algunos pensamientos exteriorizados por nuestro actual Presidente durante su campaña Política, en el Discurso que él mismo sustentó titulado "El Reto de la Justicia" en la Ciudad de Chalco, Estado de México el 12 de Mayo de 1988, ya que de este se desprenden consideraciones importantes que más tarde serían plasmadas en el Plan Nacional de Desarrollo en lo concerniente a el "Acuerdo para el Mejoramiento Productivo del Nivel de Vida."

Las ideas principales son las siguientes:

"El aumento dramático de nuestra población 600% en tres generaciones, ha sido primerísima e ineludible causa de presión sobre los servicios, el empleo, la alimentación, la vivienda, el uso de la información. En gran medida, ha sido la dinámica demográfica el factor que ha obstaculizado y diluido el avance social del país. Nuestra evolución urbana ha visto al 30% de los mexicanos asentarse en tres grandes zonas metropolitanas y a otro 30% dispersarse en casi 100 mil poblados menores de 2500 habitantes. Unos y otros por distintas razones sufren carencias e insatisfacciones.

La esperanza de vida del mexicano hoy, duplica la del mexicano de 1930, la demanda de educación primaria está cubierta en su totalidad, y más de 25 millones de jóvenes se encuentran dentro del sistema educativo nacional, cifra superior a la población total de más de 100 países en el mundo. Más del 80% de los habitantes es atendido por las instituciones de salud y seguridad social.

En los últimos años México ha vivido una crisis sin paralelo. Las condiciones de vida de la mayoría ciertamente se han demeritado como resultado de esta, pero a diferencia de lo ocurrido en otras latitudes, se han preservado, por la política social del Estado, los servicios de educación, empleo, vivienda, salud y abasto.

Para el año 2000 seremos 100 millones de Mexicanos. En

los próximos años la demanda por servicios educativos se incrementará en ocho millones, la de vivienda en seis millones, habrá que alimentar a casi 15 millones más de mexicanos, y crear anualmente un millón de empleos adicionales.

Por eso, la política social que propongo arranca de la estabilidad económica, de la recuperación del crecimiento y de la prosperidad gradual de las fuerzas productivas... quiero precisar mi propuesta por la justicia en cuatro ámbitos fundamentales: la modernización educativa, la reestructuración de la red de servicios básicos, el mejoramiento de la vida urbana y el fortalecimiento de la seguridad pública para los ciudadanos." (234)

Continuó el discurso en materia de Servicios básicos anotando:

"El segundo ámbito de la política social es fortalecer la red de Servicios básicos que presta el Estado, particularmente en materia de abasto, salud, vivienda y agua potable.

Con respecto a la alimentación, mi compromiso es garantizar la oferta, evitar aumentos excesivos de precios, fortalecer el consumo de los grupos de menores ingresos, y elevar el poder nutritivo.

En materia de abasto, no se puede ni se debe volver a una política de subsidios generalizados en la cual era imposible conocer con certeza a sus verdaderos beneficiarios. es preciso identificar con todo cuidado el universo de población urbana a la que se dirigen las transferencias sin demeritar el ingreso campesino. Elevaremos con subsidios diferenciados en los productos de mayor consumo, el poder de compra de los mexicanos de menores ingresos; esto solo será posible si reconocemos y alentamos la participación y la organización comunitaria. Finalmente fortaleceremos las campañas de orientación nutricional, evitando el estímulo al consumo de productos de bajo nivel nutricional y alto costo.

En materia de Salud, mi compromiso es avanzar hacia un Sistema Nacional, consolidando la descentralización de los servicios y aumentando la eficacia y equipamiento de su cobertura. La salud es un derecho constitucional y un compromiso irrenunciable de la Sociedad mexicana.

Apoyaremos la apertura de los servicios de atención primaria básica no sólo a los derechohabientes del IMSS, no solo a los trabajadores al servicio del estado atendidos por el ISSSTE, sino avanzaremos hacia la realización de que los servicios médicos básicos sean recibidos por todo mexicano cuando éste los demande. Debemos revisar la eficacia con que se usan los recursos destinados a la salud, y evaluar, cotidianamente su monto, para identificar las mejoras que

eliminen presiones innecesarias. Daremos impulso a la Investigación Científica asociándola a la formación de recursos humanos." (235)

Una vez hechos los anteriores comentarios pasemos a analizar de qué forma se estructura el Plan Nacional de Desarrollo y cuáles son sus objetivos en materia de Salud.

"Como bien quedó plasmado en el discurso del Lic. Carlos Salinas de Gortari durante la toma de posesión de su cargo como Presidente y a fin de lograr la modernización de México se proponen 3 nuevos acuerdos Nacionales que fundamentan la Planeación Nacional:

C).- Un Acuerdo Nacional para la Ampliación de Nuestra vida Democrática.

D).- Un Acuerdo Nacional para la Recuperación Económica y la Estabilidad y

E).- Un Acuerdo Nacional para el Mejoramiento del Nivel de Vida.

Al ser nuestro objetivo el manifestar la política adoptada por nuestro Gobierno en materia de Salud; nos permitimos mencionar solo algunas ideas que nos hablan de los objetivos principales de los 2 primeros acuerdos Nacionales, a fin de no desviarnos del cauce que nuestro tema nos marca, anotando que el Acuerdo Nacional para la Ampliación de la Vida Democrática descansa, en la apertura de la vida democrática a través de "un Acuerdo Político que fortalezca nuestra Unidad y

de cabida a nuestras diferencias. Un Acuerdo que perfeccione los procedimientos electorales, actualice el régimen de partidos y modernice las prácticas de los sectores públicos, comenzando con el propio gobierno"(236). Dando énfasis a la transparencia de los procesos electorales, por lo cual se prevé la expedición de un nuevo Código Electoral y se realizó la invitación por parte del Gobierno Federal, al Diálogo con los demás partidos políticos. El Programa se divide en esta materia en cuatro áreas: la renovación de la vida pública, la impartición de justicia y seguridad ciudadana, los mecanismos de protección y organización social y el campo de la información y la cultura. La idea de la Democracia se apoya en el Artículo 30, que la define no solo como forma política, sino como un modo integral de vivir. La concepción mexicana de la democracia no se reduce a votar en las elecciones sino a garantizarle a nuestro pueblo una vida digna.

Por lo que hace al Acuerdo Nacional para la Recuperación Económica y la Estabilidad, a grandes rasgos el Plan Nacional propone lo siguiente:

"El Estado cumplirá con su responsabilidad, atendiendo el gasto social y la productividad de las entidades estratégicas y prioritarias. La inversión pública será clave para la recuperación no por su monto, sino por su destino. Alentaremos la actividad que realicen "los particulares y promoveremos las condiciones para que, como lo establece la

constitución, el sector privado contribuya al desarrollo económico nacional. En la recuperación la inversión del sector privado desempeñará un papel fundamental, dado la considerable salud y fortaleza financiera de sus empresas. Factor primordial en el crecimiento serán las exportaciones no petroleras. Expandaremos el mercado interno, aumentando el empleo y fortaleciendo gradualmente en la recuperación, el poder adquisitivo de los salarios, alentaremos la actividad del sector social a través de modalidades eficaces para la producción, la solidaridad y el desarrollo de la nueva base social." (237)

La Estrategia económica del Plan descansa sobre las siguientes ideas:

- Se propone consolidar el abatimiento de la inflación e impedir su resurgimiento.

- Propone recuperar el crecimiento sostenido de la actividad económica y de la generación del empleo, así como una mejoría gradual en los salarios reales y en la distribución del ingreso.

- "Existe el consenso en el país, que a la par de consolidar el abatimiento de la inflación, la recuperación de un crecimiento sostenido sobre bases justas solo será posible manteniendo la estabilidad de precios." (238)

- "En los próximos años, varios serán los motores del crecimiento sostenido: la inversión privada, las exportaciones no petroleras, la inversión pública en infraestructura y la expansión del mercado interno." (239)

- En materia de deuda externa, se propone "quitar del principal y reducción del pago de intereses. Tenemos que capturar de manera generalizada el descuento del mercado secundario donde se determina el verdadero valor de nuestra deuda externa. Para lograr lo anterior realizaremos, como primer paso, una firme negociación con la banca internacional, con los organismos multilaterales y con los gobiernos de los países industrializados.

- En materia de ahorro interno se propone la modernización del sistema financiero nacional, con un estricto mantenimiento del equilibrio en las finanzas gubernamentales, lo cual conlleva a una significativa generación de ahorro por parte del sector público. En la actual administración habrá un estricto control del gasto: para fortalecer el consumo, el ahorro y la inversión, bajarán las tasas impositivas al ingreso de las personas y de las empresas, ampliando la base fiscal.

Se creará bajo el amparo de la Ley de Planeación, el Consejo Nacional de concertación económica. En ese marco se precisarán los criterios generales de la política económica del

país

El tercer y último Acuerdo Nacional para el Mejoramiento del Nivel de Vida, es el que corresponde tratar con mayor amplitud, por englobar éste, la materia que estudiamos: la Salud y otros tópicos importantísimos que guardan una estrecha relación con ésta, como lo son la alimentación, la protección del medioambiente, así como la erradicación de la Pobreza extrema.

Iniciaremos diciendo, "que la noción de bienestar social" se ha encontrado históricamente vinculada a los valores fundamentales de justicia y libertad, y se refiere al reclamo -expresado en los derechos sociales que consagra la Constitución- por asegurar la satisfacción de las necesidades esenciales de todos. Los objetivos de crecimiento y estabilidad son, en el Plan, simultáneos con el propósito fundamental de avanzar hacia una mayor equidad, mediante el incremento del empleo, el aumento del poder adquisitivo de los salarios, la erradicación de la pobreza extrema, y en general, la mejor distribución del ingreso y de las oportunidades. En atención a la complementariedad necesaria de lo económico y lo social, el Plan señala una estrategia específicamente social que, con las bases materiales fortalecidas por la estrategia económica, promueve la ejecución de acciones encaminadas a aumentar de manera más inmediata y directa del bienestar nacional. Esta estrategia parte de que las medidas para estimular el

crecimiento económico serían insuficientes para asegurar por sí mismas la adecuada satisfacción de las demandas de justicia y de mejores condiciones de vida de todos los mexicanos".(240)

Las líneas de estrategia que se proponen para lograr realizar este acuerdo encuentran su fundamento en dos bases económicas: por una parte, la creación de actividades y empleos bien remunerados, y por la otra, el incremento de los salarios reales, sobre la base de una evolución económica que fortalezca la demanda de trabajo, el aumento de la productividad, el uso eficiente de las potencialidades del país, y el equilibrio de los factores de la producción.

La política social, debe incorporar, la protección al medio ambiente y el equilibrio ecológico como una de sus vertientes esenciales.

Por último, otra de las prioridades fundamentales de la política económica y social será el ataque frontal a la pobreza extrema, tema que nosotros estudiaremos al hablar del Programa Nacional de Solidaridad.

Ahora bien, el Acuerdo Nacional que estudiamos se encuentra dividido en cuatro líneas estratégicas, que son:

- 1) Creación abundante de empleos bien remunerados y protección y aumento del poder adquisitivo de los salarios y del bienestar de los trabajadores.

2) Atención a las demandas prioritarias del bienestar social.

3) Protección del medio ambiente, y

4) Erradicación de la pobreza extrema.

El rubro sobre Salud, Asistencia y Seguridad Social se encuentra analizado en la segunda línea estratégica que se refiere a la atención de las demandas prioritarias del bienestar social y antes de anotar lo relativo a nuestro tema, daremos algunas ideas básicas que conforman las 3 líneas estratégicas restantes iniciando con:

1.- CREACION DE EMPLEOS PRODUCTIVOS Y PROTECCION DEL NIVEL DE VIDA DE LOS TRABAJADORES.

En este apartado, el Plan señala lo siguiente:

"Para satisfacer la demanda de empleos de las generaciones que se incorporarán a la fuerza de trabajo, e ir corrigiendo rezagos, la economía mexicana deberá alcanzar tasas de crecimiento de alrededor de seis por ciento global, tal como se propone en la estrategia para la recuperación económica con estabilidad de precios.

Es preferible aceptar de antemano que la creación de empleos y el fortalecimiento de los salarios reales deberán ser graduales, como gradual será el logro del crecimiento económico, a medida que se avance en la corrección de los

obstáculos y desequilibrios que se le contraponen.(241)

Las líneas de políticas marcadas por el Plan en este rubro son:

- Aumentar el empleo y los salarios reales sobre las bases del incremento de la demanda de trabajo que será propiciado por el crecimiento económico, del aumento de la productividad y de la reducción de la transferencia de recursos al exterior.

- Mejorar y ampliar la educación y fortalecer la capacitación y la productividad para promover el aumento de las remuneraciones reales,

- Consolidar una política tributaria que propicie una mejor distribución del ingreso, alivie la carga relativa sobre los ingresos del trabajo y contribuya de manera importante al financiamiento de las actividades del Estado,

- Impulsar una política de subsidios más selectiva y transparente,

- Asegurar la vigencia de una política laboral que atienda la satisfacción de los derechos de los trabajadores y,

- apoyar la participación amplia del movimiento obrero y campesino en la concertación de la política económica y social.

ATENCIÓN DE LAS DEMANDAS PRIORITARIAS DEL BIENESTAR SOCIAL.

Esta línea de estrategia a su vez se divide en 8 subtítulos que son:

- a) Procuración e impartición de justicia.
- b) Educación
- c) Salud, asistencia y Seguridad Social
- d) Alimentación y abasto
- e) Población, desarrollo regional y urbano
- f) Vivienda y Suministro de Servicios Urbanos.
- g) Cultura y Arte
- h) Deporte y Juventud
- i) Mejoramiento de las condiciones de vida en la ciudad de México.

Creemos necesario mencionar las líneas de política que el Plan señala en este acuerdo en lo referente a la Educación, Alimentación, Suministro de Servicios Urbanos, mejoramiento en

las condiciones de vida de la ciudad de México y por supuesto, en lo referente a la salud. Tópicos que tienen una relación directa con el Derecho estudiado.

2.- EDUCACION

Los objetivos marcados en el Plan en materia de educación son los siguientes:

- Mejorar la calidad del sistema educativo en congruencia con los propósitos del desarrollo nacional.
- Elevar la escolaridad de la población.
- Descentralizar la educación y adecuar la distribución de la función educativa a los requerimientos de su modernización y de las características de los diversos sectores integrantes de la sociedad.
- Fortalecer la participación de la sociedad en el quehacer educativo.

La estrategia estará orientada por los tres criterios siguientes:

- * Consolidar los servicios que han mostrado efectividad.
- * Reorientar aquellos cuyo funcionamiento ya no armoniza con las condiciones actuales, e
- * Implantar modelos educativos adecuados a las necesidades de la población que demanda estos servicios, e introducir innovaciones adaptadas al avance científico y tecnológico mundial".(242)

Las principales acciones que habrán de realizarse para mejorar la calidad del sistema educativo, son: promover las tareas de investigación e innovación y enfatizar la cultura científica en todos los niveles del sistema, depurar los contenidos curriculares y los métodos de enseñanza, así como los materiales y apoyos didácticos, con base en la moderna

tecnología educativa; vertebrar la educación preescolar, primaria y secundaria, para conformar un modelo integral de educación básica; vincular, reorientar y fortalecer la educación media superior y superior conforme a las exigencias de la modernización del país; mejorar los procesos de formación y de actualización de maestros; establecer la carrera magisterial; fortalecer la infraestructura física del sector y enriquecer y diversificar la obra editorial educativa y cultural, principalmente la destinada a niños y jóvenes.

"La política alimentaria tiene como objeto asegurar el abasto de alimentos a la población en condiciones adecuadas de calidad y precio, sobre todo a los grupos de más bajos ingresos. Las acciones correspondientes abarcan desde la producción hasta la comercialización y el consumo, pasando por el acopio, el transporte, la distribución, el almacenamiento y la transformación industrial de los alimentos.

Asimismo, se fortalecerá la pesca como una de las mejores opciones para contribuir a la suficiencia alimentaria y elevar la calidad de la dieta.

En la vinculación de las diferentes etapas del proceso existen ineficiencias e insuficiencias que propician el intermediarismo, mermas elevadas y especulación. Se tomarán medidas para disminuir el traslado innecesario de productos.

Con la participación decisiva de los gobiernos locales se promoverán los circuitos producción-consumo regionales y estatales, mediante la integración y vinculación de las facilidades para el acopio, el almacenamiento, la distribución, el abasto y la comercialización en las zonas respectivas.

En el transporte se revisarán y corregirán ineficiencias que propician situaciones como la del regreso de unidades vacías, en el caso del autotransporte, por problemas de regulación excesiva, carencia de información o falta de puntos accesibles para el levantamiento de carga. En los puertos, el exceso de trámites y regulación impide el paso expedito de las mercancías; se actuará contra estos obstáculos para agilizar su movimiento.

La ausencia de canales abiertos para la distribución y abasto eficientes, así como la reducida escala de operación de muchos comerciantes, propicia la multiplicación de etapas en la comercialización y el encarecimiento de los productos.

En el corto y mediano plazos es prioritario apoyar a la reducción de costos en la comercialización a escala reducida, asegurando su acceso a canales de distribución al mayoreo eficientes, mediante centros de abasto convenientemente localizados y modernos, información de precios y facilidades para la diversificación de líneas de productos para abatir costos fijos por unidad; sin descuidar los propósitos de

salubridad e higiene. Asimismo, se promoverá la organización de espacios y mecanismos para que los productores de alimentos no procesados ofrezcan sus mercancías, con la eliminación consecuente de etapas en la comercialización, cuando ello se refleje efectivamente en menores costos. Se apoyará a los pequeños comerciantes para que se organicen y formen uniones de compra y de crédito, para que aprovechen economías de escala y aumenten su poder de compra.

La política de subsidios se orientará fundamentalmente al consumo de alimentos de los grupos de bajos ingresos. Se pondrá especial atención en la alimentación de preescolares, lactantes y mujeres gestantes, por la importancia de estas etapas en la configuración de aptitudes. Se fomentará una cultura nacional y regional para una mejor alimentación y aprovechamiento de los recursos regionales y nacionales, con la participación social y de los diversos niveles de gobierno".

(243)

3.- SUMINISTRO DE SERVICIOS URBANOS

Agua potable, alcantarillado y saneamiento.

"El suministro de servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento es un instrumento de gran eficacia para elevar el nivel de vida y la salud de la población.

La disponibilidad suficiente de agua potable, sobre todo en los grandes asentamientos humanos y en los desfavorablemente ubicados con respecto a las fuentes naturales de este bien, es una de las demandas más sentidas de la población, cuya atención reclama una prioridad especial.

Asimismo, se dará énfasis a la ampliación de los sistemas de alcantarillado y saneamiento. El agua potable sin alcantarillado crea focos de contaminación que afectan no sólo directamente a la población, sino que contaminan los mantos de agua.

Se impulsará la dotación de servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento en aquellos centros que por sus recursos y ubicación son básicos para el desarrollo del país. Al mismo tiempo, se condicionará el uso del agua potable junto con la aplicación de medidas estrictas para combatir la contaminación, en aquellas zonas en donde se persigue desalentar su crecimiento.

En el medio urbano, se promoverán soluciones que involucren la reducción de la demanda, la ampliación y mejoramiento del servicio, el tratamiento de aguas residuales y su uso repetido, el intercambio de aguas tratadas por aguas limpias con la agricultura y el mayor y mejor aprovechamiento de la infraestructura existente.

Se impulsará gradualmente una política tarifaria tendiente al autofinanciamiento de las inversiones, la operación y el mantenimiento y rehabilitación de los sistemas de servicio. Con ello se proporcionará ampliar los recursos propios del sector y, en el caso del agua, aumentar la eficiencia y racionalidad de su uso, junto con un cambio en la conciencia del valor de ese bien.(244)

4.- MEJORAMIENTO EN LAS CONDICIONES DE VIDA EN LA CIUDAD DE MEXICO

"El objetivo primordial que se persigue en relación a los problemas de la ciudad de México es mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Esto habrá de traducirse en propósitos precisos: promover acciones de control y ordenamiento de la ciudad, hacer un gran esfuerzo tecnológico, financiero y social para disminuir, en el menor tiempo posible, los niveles de contaminación del aire; mejorar la capacidad de respuesta frente a riesgos y catástrofes; implantar una política de uso eficiente y ahorro del agua, dar un impulso significativo a la regularización de la tenencia de la tierra, a la dotación de los servicios urbanos y a la construcción de vivienda; reestructurar los servicios de transporte, estimular la creación de empleos; garantizar la seguridad pública y recuperar y preservar el Centro Histórico de la Ciudad y sus zonas tradicionales. De igual importancia es reorganizar las finanzas públicas de la capital y fortalecer la participación ciudadana y las relaciones entre las autoridades y los grupos sociales. Las estrategias para satisfacer estos objetivos

abarcarán diversos ámbitos y acciones.

Se tomarán decisiones de gran firmeza para controlar el crecimiento urbano del Valle de México, tales como fortalecer la política demográfica, prohibir estrictamente el establecimiento o la ampliación de industrias altamente contaminantes o grandes consumidoras de agua, adoptar políticas de ahorro de energía y detener la expansión desordenada de la mancha urbana y la pérdida de reservas estratégicas para el equilibrio ecológico.

La industria y los servicios tendrán que cumplir estrictamente la ley y las normas técnicas ecológicas.

Se hará un decidido esfuerzo para aplicar nuevas opciones anticontaminantes en el campo de los combustibles y la combustión.

Se buscará que las necesidades de agua de la Ciudad de México se abastezcan con la más alta eficiencia en el uso de este factor escaso, procurando en un número creciente de industrias el uso repetido del agua mediante sistemas eficaces de tratamiento. La industria debe funcionar crecientemente con agua tratada para destinar el agua potable al consumo de las familias. Esta política de ahorro y eficiencia en el uso del agua debe ir acompañada de una revisión paulatina de los esquemas tarifarios, basada en los costos del suministro y

tendiente a lograr que el abasto de este bien sea gradualmente autofinanciable.

Se impulsará la regularización de la tenencia de lotes y edificios para superar las irregularidades que han propiciado marcados rezagos en la calidad y cantidad de viviendas y servicios. Al mismo tiempo, se hará un gran esfuerzo en la construcción de viviendas, con el apoyo activo de los sectores social y privado, así como de las instituciones de vivienda.

La reorganización del transporte se hará con un enfoque metropolitano integral. Se buscarán las modalidades de financiamiento que permitan seguir dotando a la Ciudad del que ha demostrado ser su mejor sistema de transporte -el Metro- y se llevará a cabo una profunda modernización del sistema de autobuses, que incluya el cumplimiento de exigencias ecológicas estrictas.

La seguridad pública habrá de lograrse con firmeza mediante el combate a la delincuencia, la vigilancia de los derechos humanos, la prevención del delito y la mejora en la procuración de la justicia y la readaptación social.

5.- SALUD, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL

"Entendida en un sentido amplio, la salud no es sólo la ausencia de enfermedades sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio

para su sustento y desarrollo.

La salud no resulta meramente del solo progreso económico y social, requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos: el hogar, el trabajo, las actividades de la vida cotidiana y el medio ambiente, principalmente.

La asistencia y la seguridad social complementan a la salud haciendo más integral el propósito de atender el bienestar social en esta materia. La asistencia social persigue incorporar a los individuos que lo requieran una vida digna y equilibrada en lo económico y social, principalmente menores en estado de abandono y en general desamparados y minusválidos. La seguridad social atiende el bienestar del trabajador y de su familia en sus necesidades de salud, educación, vivienda, cultura y recreación; protege el poder adquisitivo de su salario y otorga apoyos financieros y garantiza la protección en casos de accidente, jubilación, cesantía y muerte.

En los últimos años, no obstante las severas restricciones de recursos que ha enfrentado el país, se han conseguido avances en materia de salud. Sin embargo, en las zonas marginadas urbanas y rurales aún no se alcanza la cobertura total de los servicios de salud ni la calidad

deseable, y subsisten en general limitaciones en el suministro de medicamentos, materiales de curación, equipos e instrumental médico, así como escasez de medios para su mantenimiento.

A pesar del acelerado proceso de urbanización del país, persiste una marcada dispersión de asentamientos de población en el área rural, lo cual torna muy difícil la atención de salud y asistencia a cada uno de ellos.

Las estrategias generales que regirán las acciones del sector son: mejorar la calidad del servicio, atenuar las desigualdades sociales, modernizar el sistema de salud, y descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud".(246)

6.- ELEVACION DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

"La calidad en la prestación de los servicios médicos será motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que va desde la búsqueda de asistencia médica hasta la solución del problema motivo de la consulta.

La ampliación de la cobertura y del acceso a las instalaciones médicas será impulsada a través de mayores inversiones y de la eficaz operación de sistemas expeditos de referencia y contrarreferencia. La prontitud y buen trato en la prestación de los servicios será acompañada por acciones que aumenten la productividad mediante la ampliación de turnos y

actitudes apropiadas en el personal. La efectividad y eficiencia de las acciones médicas serán mejoradas a través de educación médica continua, el establecimiento de comités para la promoción de la calidad asistencia, y la permanente evaluación de la operación del sistema de atención al público usuario".(247)

7.- ATENDER LAS DESIGUALDADES SOCIALES

"Se concederá prioridad especial a la atención de las zonas marginadas urbanas y rurales, con énfasis en la atención primaria a la salud. La ampliación de la cobertura de servicios en estas áreas se hará fundamentalmente mediante personal técnico o auxiliar capacitado para este propósito. De fundamental importancia será vincular los esfuerzos de salud y asistencia a los medios mas desprotegidos con las acciones integrales en materia de alimentación, vivienda, disponibilidad de agua potable, educación y saneamiento ambiental -entre otras- que impulsará el Programa Nacional de Solidaridad en la lucha contra la pobreza extrema." (248)

8.- MODERNIZAR EL SISTEMA DE SALUD

"Promover activamente la salud como uno de los bienes mas preciados del individuo y la comunidad es uno de los propósitos fundamentales del sector. Se impulsará vigorosamente en la sociedad una cultura de la prevención y el autocuidado de la salud individual familiar y colectiva: ésto se hará a través de la educación para la salud y del desarrollo de acciones de

fomento y protección, donde colaboren las empresas y los organismos empleadores, los centros de educación, los distintos niveles de gobierno, y las asociaciones sociales, profesionales y cívicas que comparten responsabilidades o interés en la protección de la salud.

En la prevención y protección se dará especial énfasis a la prevención de enfermedades, consolidando los avances obtenidos en los programas existentes -principalmente de vacunación-, el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como de las crónicas degenerativas. Serán objeto de atención prioritaria las acciones dirigidas a incrementar la sobrevivencia infantil y a proteger la salud reproductiva. Por una parte, se impulsará la prevención de lesiones por accidentes. La salud en el trabajo y la salud mental serán objeto de programas prioritarios. Asimismo se fortalecerán las acciones para la protección del medio ambiente y el saneamiento básico, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas. Se promoverán prácticas higiénicas para el manejo de desechos y para evitar la contaminación del ambiente y de los alimentos. Se reforzarán las campañas contra las adicciones y la farmacodependencia.

En la modernización de la salud, junto con la prevención y la protección, se hace necesario el mejoramiento de la efectividad de las acciones curativas. La capacidad de servicio

a nivel nacional, pública y privada, es mas que considerable. Se buscará impulsar la más alta eficiencia en la prestación de servicios médicos, principalmente en las unidades ambulatorias, clínicas y hospitalarias, buscando el más alto aprovechamiento de los recursos disponibles, tanto de infraestructura como de personal y administrativos. Se dará prioridad a la rehabilitación y al aprovechamiento cabal de la capacidad instalada, más que a la construcción de nuevas unidades.

Para mejorar la atención de los problemas de salud, es necesario conocerlos mejor. Se fortalecerán los sistemas de vigilancia epidemiológica y nutricional así como el acopio y análisis de material estadístico a nivel nacional, estatal y local. Un Sistema Nacional de Información en Salud permitirá conocer mejor las distintas necesidades de la población en este campo y evaluar la eficacia de las acciones sanitarias y de intervención médica. De gran importancia será impulsar la investigación biomédica y el desarrollo tecnológico para aprovechar sus logros en beneficio de la salud.

En la presente administración se espera interrumpir la transmisión autóctona de poliomiélitis, la lepra y la oncocercosis. El sector salud ha desempeñado una función primordial en asegurar la disponibilidad de insumos y de personal y ha coadyuvado a la educación necesaria en materia de planificación familiar. Se impulsará decididamente esta función del sector, buscando que en el medio rural esta política se vea

acompañada de otros componentes de la provisión de servicios básicos asistenciales y de la información y educación que sobre el tema se lleven a esa área".(249)

9.- DESCENTRALIZAR Y MEJORAR LA COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

"Para cumplir con las políticas nacionales de salud y asegurar el desarrollo de los programas de mediano plazo, se reforzará la coordinación funcional del Sistema Nacional de Salud. Se adecuará el marco jurídico de la salud a las condiciones actuales, y se establecerán mecanismos de planeación y coordinación con el fin de evitar duplicidades y desperdicio de recursos. Se consolidará el Sistema Nacional de Información sobre Infraestructura, Programas, Productividad, Control e Impacto de los servicios de salud.

Se continuará en la política de descentralización de los Servicios de Salud consolidando lo logrado. Se fortalecerán los sistemas locales de salud, buscando aumentar su capacidad de gestión y de toma de decisiones. Se establecerán convenios y mecanismos para superar los problemas relacionados con la capacitación y el desarrollo del personal, con el suministro de insumos básicos, la conservación y mantenimiento de las instalaciones y el apoyo logístico, a fin de lograr la utilización óptima de los recursos que se destinan a la protección de la salud".(250)

La tercer línea de estrategia que compone el Acuerdo Nacional se refiere sobre la Protección al Medio Ambiente. El Plan con el propósito de precisar las tareas del quehacer ecológico establece los siguientes propósitos prioritarios:

- hacer del ordenamiento ecológico de las zonas y regiones del país un instrumento eficaz de protección del medio ambiente.
- conservar y usar adecuadamente los recursos naturales;
- sujetar los proyectos de obra y actividades en el desarrollo nacional a criterios estrictos de cuidado ambiental;
- detener y revertir la contaminación del agua;
- mejorar la calidad del aire especialmente en las zonas de alta concentración demográfica;
- atender la limpieza del suelo, con el tratamiento adecuado de los desechos sólidos y el manejo correcto de sustancias peligrosas.
- adecuar y ampliar el marco legal para impedir acciones que dañan seriamente el medio ambiente.
- hacer de la educación un medio para elevar la conciencia ecológica de la población, utilizando como complemento a los medios de comunicación en este propósito.
- utilizar los avances tecnológicos en el mejoramiento del medio ambiente;
- asegurar la participación de la sociedad en la protección de nuestro medio ambiente; y
- establecer y mejorar los canales de comunicación y apoyo con otros países para la solución del problema ecológico.

MARCO LEGAL

"Junto con la Ley General del Equilibrio Ecológico y la

Protección al Ambiente y las normas que de ella derivan, se ha ido conformando un marco legal en materia ecológica basado en una concepción integral del ambiente. Sin embargo, otras disposiciones que se relacionan con la explotación de los recursos naturales conciben de distinta manera los sistemas ecológicos, propiciando una disparidad de criterios que dificulta la gestión ambiental.

El objetivo que se persigue es que, en adelante, la gestión ambiental cuente con un marco reglamentario y normas técnicas adecuadas y congruentes con las condiciones económicas del país y su desarrollo tecnológico. Para ello se llevarán a cabo las siguientes acciones:

10.- EQUILIBRIO ECOLOGICO Y LA PROTECCION AL AMBIENTE

- * continuar con la expedición de normas técnicas y criterios ecológicos con parámetros más estrictos;
- * ampliar la asesoría a estados y municipios para la formulación de proyectos legislativos en materia ecológica; y
- * promover la creación de regidurías de protección ambiental en cada uno de los municipios del país. (251)

11.- EDUCACION Y COMUNICACION

"La educación es un instrumento indispensable para la formación de una sólida cultura ecológica. En ella descansan en buena medida las posibilidades de un desarrollo sano y ecológicamente equilibrado.

La vida cotidiana muestra la ausencia de una educación ambiental que corresponda adecuadamente a las exigencias del equilibrio ecológico. Esta educación debe impulsarse en todos los órdenes. En este sentido, debe aprovecharse en mayor grado el gran potencial que, en materia de orientación ecológica existe en los medios de comunicación social.

Para lograr una mayor conciencia ecológica en la población y promover contenidos ecológicos en el sistema educativo nacional y en los medios de comunicación social, las acciones buscarán:

- * fortalecer los mecanismos de coordinación con autoridades federales, estatales y municipales, para divulgar aspectos ecológicos, así como difundir las disposiciones jurídicas fundamentales con un lenguaje adecuado al sector de la sociedad al que se pretende llegar;
- * impulsar que los medios de comunicación eleven en cantidad y calidad el contenido ecológico de su información y programación; y
- * propiciar la celebración de convenios con los medios de comunicación social para la difusión, información y promoción de acciones ecológicas."(252)

F).- PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD

La última línea estratégica del Acuerdo Nacional para el mejoramiento productivo del nivel de Vida, se refiere a la "erradicación de la pobreza extrema" que trata el Plan Nacional, el cual ha sido abordado por nuestro gobierno a través del Programa Nacional de Solidaridad, (PRONASOL).

"El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) es el instrumento que el Gobierno de la República ha creado para emprender una lucha frontal contra la pobreza extrema, mediante la suma de esfuerzos coordinados de los tres niveles de gobierno y los concertados con los grupos sociales. Se conformará con acciones de ejecución inmediata que gradualmente permitan consolidar la capacidad productiva de grupos que no la tienen, para impulsar su incorporación plena y en mejores condiciones a los beneficios del progreso.

El universo al que se orienta el PRONASOL está conformado por los pueblos indígenas, los campesinos de escasos recursos y por los grupos populares urbanos que más resienten los problemas de las grandes aglomeraciones, y se encuentran marginados de los beneficios de éstas. Las áreas que recibirán particular atención son: alimentación; regularización de la tenencia de la tierra y vivienda; procuración de justicia; apertura y mejoramiento de espacios educativos; salud; electrificación de comunidades; agua potable; infraestructura agropecuaria y preservación de recursos naturales, todo ello a través de proyectos de inversión recuperables tanto el campo como en la ciudad.

En materia de alimentación se impulsará la eficiencia en la producción de alimentos y el abasto de productos básicos a precios accesibles.

Se pondrá en práctica un amplio programa para regularizar la tenencia de la tierra en las colonias populares. Al mismo tiempo, se integrarán reservas territoriales que permitan orientar el desarrollo urbano y satisfacer los requerimientos futuros.

En el aspecto habitacional, los esfuerzos tenderán a evitar que tanto los programas de vivienda, como los mecanismos crediticios establecidos hasta ahora, dejen al margen a aquellos sectores de la población cuyo ingreso les impide el acceso a la vivienda.

La provisión de servicios de agua potable y energía eléctrica es un paso fundamental para elevar la calidad de vida de los habitantes de las comunidades rurales aisladas y las colonias populares. Ambos contribuyen también a impulsar los proyectos productivos en estos medios. Se dará especial prioridad a reducir la dispersión de la demanda de servicios en relación a las fuentes de abastecimiento, promoviendo el desarrollo de tecnologías alternativas que abran opciones para un uso amplio y a la vez eficiente del agua.

El cuidado a la salud en la población de escasos recursos será una de las tareas inmediatas y una preocupación permanente. Se rehabilitarán los centros de salud existentes y se construirán otros, procurando asegurar el suministro permanente del cuadro básico de medicinas. La participación de

la comunidad en la administración de los servicios de salud promoverá una mayor eficiencia en la atención y una mejor integración de los médicos a la comunidad.

El diálogo y la concertación serán los pilares fundamentales para la definición de acciones y de las formas de su ejecución, de manera que la población pueda decidir y participar en las tareas dirigidas a su propio beneficio.

Se buscará el ágil y eficiente aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros, mediante la acción coordinada de las tres instancias de gobierno. Se procurará prioritariamente la coordinación con los municipios, por ser ésta la instancia de gobierno más cercana a las necesidades de las comunidades y la directamente responsable de la puesta en práctica de las acciones. La inducción y la concertación serán vertientes fundamentales para conjugar los esfuerzos de la sociedad en el combate a la pobreza.

Para el eficaz cumplimiento de los propósitos del Plan, el Gobierno Federal reorientará el gasto destinado al desarrollo regional para que tenga un fuerte sentido social. Con estos recursos, más los que otros sectores y los gobiernos estatales y municipales destinen para el mismo propósito, se podrán dar pasos firmes contra la pobreza. A esto habrán de sumarse las aportaciones de los propios beneficiarios. (253)

1.- LINEAS DE POLITICA

Las acciones que se realicen para la erradicación de la pobreza extrema se regirán por los siguientes criterios generales de política:

- * asignar proporciones presupuestales crecientes a la atención del bienestar de los grupos de menores recursos en el campo y las ciudades, en especial en los rubros estrechamente relacionados con el gasto social, para ser ejercidos en el marco del Programa Nacional de Solidaridad;
- * extender a todas las zonas indígenas los programas de desarrollo integral: estos programas ya operan en la Selva Lacandona, en la Sierra Tarahumara y en la región de Chinanteca; es propósito de esta estrategia de desarrollo ampliar sus alcances a todas las grandes concentraciones étnicas del país, incluyendo las zonas urbanas;
- * elevar el rendimiento social de los recursos mediante las aportaciones y participación de los grupos beneficiarios, así como el uso de materiales propios de las zonas en que se realicen las obras de infraestructura económica y social;
- * diseñar y ejecutar las acciones particulares que se decidan con la participación, colaboración y corresponsabilidad de los grupos involucrados, en forma concertada y respondiendo a sus demandas, con pleno respeto de sus singularidades y valores, especialmente en el caso de los indígenas;
- * comprometer la participación de los demás niveles de gobierno en la erradicación de la pobreza extrema, mediante la contribución de contrapartidas estatales y municipales a las aportaciones del Gobierno Federal, y la participación de estados y municipios en el diseño y ejecución de las acciones,
- * movilizar a la sociedad en apoyo a la erradicación de la pobreza extrema, con la colaboración directa de asociaciones profesionales, organizaciones sociales, instituciones académicas, jóvenes profesionistas, agrupaciones sindicales y empresariales, con el propósito de que todos participen en la medida de sus posibilidades y campos de acción propios, sumando esfuerzos,

aprovechando experiencias, información, opiniones y trabajo directo:

- * impulsar la participación activa de la mujeres en todas las acciones que se emprendan contra la pobreza extrema y, en general, para mejorar las condiciones de vida de la población; se promoverá el reconocimiento al trabajo que ya desempeñan y se fortalecerá su capacidad para integrarse a las actividades productivas, en beneficio propio, de sus familias y sus comunidades; e
- * inculcar en los jóvenes la conciencia de la solidaridad social y favorecer su participación en la transformación social del país; se formularán proyectos para que, con su participación, puedan ser impulsores activos del cambio.

Por otra parte "ya que la política social que inspira a Solidaridad es el complemento indispensable a una política económica ortodoxa, donde destacan el control de la inflación y una estricta disciplina fiscal, el programa en lugar de ser financiado por medio de la impresión de billetes o por un aumento en el gasto público, obtiene sus recursos de los fondos liberados por la renegociación de la deuda externa, por la desincorporación de empresas públicas, por aportaciones federales, estatales y municipales, por recursos de las comunidades participantes." (254)

"Solidaridad introduce una importante innovación al propiciar la participación de las comunidades en la solución de sus problemas más inmediatos. Así, a través de la organización de los propios ciudadanos, elegidos entre ellos mismos, que se determinan las prioridades del programa en cada lugar." (255)

Se han definido tres vertientes simultaneas y complementarias que orientan las acciones del Programa: solidaridad para el Bienestar Social, solidaridad para la Producción y solidaridad para el Desarrollo Regional.

"Solidaridad norma su operación con base en cuatro sencillos principios: respeto a la iniciativa, voluntad, organización y decisiones de las comunidades; plena y efectiva participación y organización comunitaria; corresponsabilidad entre las instituciones de gobierno y las comunidades; así como honestidad y transparencia en el uso de los recursos." (256)

Las areas que reciben particular atención son nueve: alimentación, regularización de la tenencia de la tierra y vivienda, procuración de justicia, apertura y mejoramiento de espacios educativos, salud, electrificación de comunidades, agua potable, infraestructura agropecuaria y preservación de los recursos naturales.

"Los criterios generales de política que rigen las acciones de combate a la pobreza extrema son los siguientes:

- Asignar proporciones presupuestales crecientes a estos objetivos, para que sean ejercidas en el marco del Programa Nacional de Solidaridad.

- Extender a todas las zonas indígenas los programas de

desarrollo, y participación de los beneficiarios.

- Diseñar y ejecutar las acciones particulares con la participación y corresponsabilidad de los grupos involucrados.

- Comprometer la participación de los demás niveles de gobierno, mediante las contrapartidas estatales a las aportaciones federales.

- Movilizar a la sociedad en apoyo a la erradicación de la pobreza extrema, con la colaboración directa de asociaciones, organizaciones sociales, gremiales y ciudadanas.

- Impulsar la participación activa de las mujeres y los jóvenes." (257)

La situación de la pobreza en México podemos conocerla bajo estas líneas:

- * "En México viven 41 millones de personas que no satisfacen sus necesidades mínimas o esenciales. De ese total, 17 millones se encuentran en condiciones de pobreza extrema. Estos mexicanos, en su mayor parte son habitantes del campo, en zonas áridas, semiáridas y en comunidades indígenas. Sus condiciones de vida son precarias debido a que sus ingresos, sea por salarios o por producción, o sumados ambos, apenas son suficientes para adquirir por grupo familiar, el 60 por ciento de los bienes y servicios indispensables. En estas familias, compuestas por cinco personas o más, se da el analfabetismo o cuando más sólo los primeros años de la primaria. Padecen enfermedades que no sufre el resto de la población y la mortalidad infantil es mayor que en otras regiones del país, así como

la esperanza de vida es menor. Sus viviendas son insuficientes en tamaño y en general carecen de los servicios de energía eléctrica, agua potable y drenaje. Su alimentación es insuficiente en cantidad y calidad, por lo que la desnutrición es un fenómeno constante. La falta de higiene de la vivienda sumada a la desnutrición y a un medio ambiente insalubre aumentan de manera sensible los riesgos de salud y dificultan las posibilidades de desarrollo.

- * Los otros 24 millones de pobres constituyen familias que, si bien no viven en condiciones tan graves, de todas formas carecen de los satisfactores esenciales. En esas familias que habitan fundamentalmente zonas urbanas y rurales deprimidas, también encontramos analfabetismo o educación primaria no concluida. En el caso de que alguno de los integrantes de la familia cuente con empleo regular y estable, su salud y seguridad social están garantizadas, pero no siempre es el caso, por lo que muchas de ellas deben efectuar gastos médicos. En los últimos años, por el alza de precios y la baja en el poder adquisitivo de los salarios, su alimentación ha disminuido en cantidad y calidad. A este renglón destinan la mayor parte de sus ingresos, lo que les impide satisfacer otras necesidades. Su vivienda es, en general, insuficiente en espacio para el número de miembros de la familia. En algunos casos cuentan con los servicios básicos de energía eléctrica, agua potable y drenaje, pero no todos. La falta de estos servicios es particularmente crítica en las zonas rurales. Sus viviendas están deterioradas, tanto por la falta de recursos económicos como por la incertidumbre en la situación jurídica, ya sea vivienda propia o alquilada.
- * La dificultad para situar a la pobreza se agrava por las migraciones. En la Ciudad de México viven más de un millón de indígenas, abandonan sus tierras y sufren una pobreza distinta. Los indígenas sufren también el problema de enfrentar una forma de vida y costumbres esencialmente distintas a las suyas, lo que propicia abuso y explotación.
- * No todos los campesinos emigran a las ciudades. Un grupo de ellos recorre el país en busca de trabajo. Jornaleros que pizcan café, cortan caña o levantan cosechas de frutas y verduras, son asalariados que obtienen día a día el dinero que permite satisfacer su hambre a medias. Los servicios de salud y

educación son para ellos desconocidos. Su vivienda si la tienen, abriga a una familia distante, a la que, de tiempo en tiempo, llevarán o enviarán el poco dinero que les sobra.

- * Los pobres en la ciudad conviven con una infraestructura de servicios que no les sirve. La energía eléctrica, el agua potable y el drenaje llegan siempre tarde a las zonas de miseria. En las ciudades, la vivienda propia es privilegio y la alquilada costosa e insegura en su ocupación. En las casas de los pobres, hay hacinamiento e insalubridad. Los alimentos son cada día más caros y los salarios alcanzan para menos. (258)

En virtud de que nuestro tema central es la salud del pueblo mexicano y su tratamiento político nos permitimos proporcionar los siguientes datos planteados por el PRONASOL:

- La situación en el área de salud puede resumirse de la siguiente manera:

a) La mortalidad general se ha abatido en forma considerable. En la actualidad, se registran 5.2 defunciones por cada mil habitantes (en 1965 la cifra era de 11 y en 1974 de 7.4 muertes por cada mil habitantes.)

b) La mortalidad infantil en México es mucho mayor y se compara desfavorablemente con las que se registran en otros países de América Latina (Argentina, Costa Rica, Cuba, Chile, Uruguay). En la actualidad de cada mil niños nacidos vivos registrados, mueren al año 29 de ellos (UNICEF estima que la tasa es superior y llega a 48 por cada mil).

c) Más de la mitad de las muertes en niños menores de 4 años pueden ser atribuidas a deficiencias en la nutrición y solo uno de cada cinco niños de esas edades que viven en el campo tienen un peso y estatura normales.

d) Una alta proporción de personas en condiciones de pobreza extrema mueren a causa de enfermedades potencialmente curables; la amibiasis es 30 veces más frecuente entre los pobres que en los estratos ricos y de cada 100 tuberculosos, 60 son campesinos y 30 son obreros.

e) Entre los niños de las familias pobres, la mitad de las muertes se originan por la combinación de desnutrición con enfermedades infecciosas.

f) La proporción de niños con bajo peso al nacer en el país aumentó de 12 a 15 por ciento entre 1983 y 1987. Actualmente México tiene una tasa de bajo peso al nacer similar a la de países como El Salvador, Bolivia y Colombia.

g) La disminución de la calidad de vida por el deterioro del ambiente, tanto en ciudades (defecación al aire libre de más de 3 millones de habitantes en la ciudad de México) como en el medio rural, la eliminación de basura y la contaminación atmosférica y del agua tienen diferentes efectos en las condiciones de salud, muchos de ellos aun no determinados completamente. Los estratos de la población más pobre están más

expuestos a estos daños y son los más afectados, por sus deficiencias nutricionales.

h) A pesar de la expansión de la cobertura, se estima que no tienen acceso efectivo a los servicios institucionales de salud 14 millones de mexicanos.

i) Hay una marcada estratificación social en el acceso a los servicios de salud. Paradójicamente, subsiste una asociación entre la calidad de los servicios y la posición ocupacional, contribución previa, capacidad de pago o poder de negociación de los grupos que los reciben. En términos generales, la población derechohabiente de las instituciones de seguridad social recibe servicios de calidad notablemente superior que la población que no es asegurada y que además no dispone de ingresos suficientes para acudir a la medicina privada. Esta población, la de menos recursos, presenta en general las mayores carencias de salud y necesidades de atención médica.

j) La disparidad en la calidad de los servicios no sólo resulta absurda tratándose de un derecho social, sino que marca los recursos de que dispone el sector público para realizar la labor que tiene encomendada. Paralelamente a la desigualdad en la atención que reciben los usuarios, ha prevalecido una concentración geográfica y una desigualdad en las remuneraciones, instrumentos e instalaciones con que cuenta el

personal médico y paramédico de las diversas dependencias.

k) Más aún, la proliferación de servicios médicos diferenciales propicia que algunos grupos estén cubiertos por dos o más servicios, mientras otros no reciben ninguno o están confinados a una atención de calidad notoriamente insuficiente. Esto es particularmente cierto en las zonas rurales, que en ocasiones carecen hasta de los servicios de un médico, pero afecta también a grandes grupos urbanos.

l) En términos generales, el derecho a la protección de la salud se ha concentrado en los grupos organizados de obreros y empleados y conforme el trabajo está remunerado parece haber una mayor cantidad de servicios disponibles. Esta dependencia de los sistemas de salud respecto a las relaciones contractuales y su estratificación posterior, contradice la naturaleza misma de la acción estatal en la materia. Además, de manera indirecta, esta situación ha reforzado una tendencia ya existente hacia un modelo donde predomina la atención individual y curativa, con énfasis en las acciones hospitalarias.

m) La organización de la acción del Estado en el área de salud al estar orientada hacia la medicina curativa, no ha otorgado el peso necesario a las acciones preventivas. Es decir, el derecho a la salud se ha traducido, en el mejor de los casos, en el derecho a la atención médica. La proporción

del gasto de las instituciones públicas de salud se distribuye de la siguiente forma:

	1983		1985	
	curativa	preven- tiva %	curativa	preven- tiva
Secretaría de Salud	40	14	39	15
IMSS	50	2	47	1
ISSSTE	29	1	38	2

n) La distribución de recursos físicos, humanos y financieros favorece a las entidades que atienden a la población menos pobre dentro de los atendidos por las instituciones:

	Presupuesto	Enfermeras	Médicos	Camas Hospita- larias
	(1984 en %)			
Total	100	100	100	100
IMSS	58	58	52	51
ISSSTE	29	15	15	10
SSA	12	21	26	36
IMSS-COPLAMAR	1	6	7	3

o) A pesar de la orientación curativa de los servicios de salud, subsisten graves déficit de hospitales, médicos y enfermeras y las diferencias regionales son muy grandes:

Número de habitantes por cama hospitalaria en 1980

Promedio nacional	1,307
Chiapas	4,512
Oaxaca	3,030
Guerrero	2,463
Nuevo León	1,075
Coahuila	1,025
Distrito Federal	737

p) A pesar de que la medicina tradicional constituye un pilar fundamental para atender la salud de miles de campesinos e indígenas, su recuperación y estímulo no ha sido considerada en las políticas permanentes de salud.

En síntesis, el derecho a la protección de la salud no es todavía una realidad para muchos mexicanos y para otros, éste se ha reducido a una desigual y diferenciada atención médica. A las deficiencias en el área de salud y a la desigualdad en el acceso a los servicios se suman los problemas de desnutrición, insuficiencia de agua potable, drenaje inadecuado, aire impuro y mala vivienda. Es decir, aún se está lejos de romper el círculo pobreza-enfermedad-pobreza. (259)

Ahora bien, 4 son las líneas de estrategia marcadas por el Programa de Solidaridad, que tratan fundamental de:

- 1) Proporcionar un Piso Social Básico a los Mexicanos.

- 2) Definir quiénes son los Grupos Prioritarios y su tratamiento.
- 3) Los Proyectos Productivos y
- 4) Los Criterios de acción.

2.- PISO SOCIAL BÁSICO

A fin de asegurar a todos los mexicanos un piso social básico en materia de alimentación, salud, educación y vivienda para que a partir de él estén mejor capacitados para llevar a cabo sus actividades productivas, privilegiando la acción de combate a la pobreza sus actividades en aquellas zonas del país donde es extrema constituye el eje que debe ordenar la acción del Estado en materia de política de bienestar social.

"El piso social básico está constituido por el conjunto de bienes y servicios mínimos a los que debe tener acceso toda la población en los cuatro ámbitos mencionados, para garantizar un nivel de vida decoroso. Este piso básico para todos se determinará y asumirá como resultado de un proceso de discusión colectiva y buscará ser la expresión material de los derechos sociales consagrados en la Constitución.

El combate a la pobreza entraña cambios importantes en diversos ámbitos del quehacer gubernamental. En muchos casos se trata de invertir el orden de prioridades de la política social e ir definiendo con precisión aquellas zonas en donde se va a

concentrar el esfuerzo, los grupos de población que se van a atender, las acciones específicas que se llevarán a cabo en cada una de las áreas y los plazos de su ejecución.

La propuesta de garantizar un piso social básico ofrece varias ventajas. La primera es que puede hacer frente a la diversidad de situaciones en que se encuentran los pobres. La gran heterogeneidad de estos núcleos de población, tanto en sus rasgos individuales como en su ubicación geográfica, requeriría de una intervención estatal muy diversificada si pretendiera ser enfrentada sólo a través de programas específicos lo que en la práctica haría muy difícil obtener mejoras sustantivas para el conjunto de quienes viven en pobreza.

Al tratarse sólo de cuatro áreas básicas y de medidas concretas en esos ámbitos específicos, sus prioridades, orientación, ejecución y alcances pueden ser discutidos y evaluados a nivel nacional. Estas medidas fortalecen la solidaridad y la conciencia ciudadana entre la sociedad y permiten eliminar favoritismos y prácticas viciadas. Esta propuesta cuenta con un sustento histórico y constitucional en nuestro país ya que se basa no sólo en la idea de ciudadanía sino en la de derechos sociales para todos los mexicanos.

Al aumentar el ingreso real la suma del salario monetario y de los bienes y servicios que se reciben por la vía de transferencias se produce de manera natural un mayor consumo

de bienes básicos por parte de los trabajadores, lo que a su vez permite elevar el ingreso de los ocupados informales. Como se trata de bienes básicos que benefician en mayor medida a quienes reciben los salarios más bajos y consumen en mayor proporción bienes adquiridos en el ámbito de la economía informal, esta estrategia amplía sus efectos sobre los más necesitados.

Para el éxito de una tarea de esta naturaleza se requiere que la política de bienestar social reúna las siguientes características:

a) Ser integral, lo que implica concebir el combate a la pobreza en su totalidad. Ello entraña llevar a la práctica, y en forma simultánea, acciones en las cuatro áreas que se asocian a las necesidades esenciales: alimentación, salud, educación y vivienda.

b) Estimular las actividades productivas

c) Ser nacional, lo que implica cubrir a la totalidad de los mexicanos con los servicios básicos que el Estado proporciona.

d) Ser participativa, de tal forma que los directamente involucrados intervengan en las decisiones, ejecución y evaluación de las acciones.

e) Ser descentralizada, tanto en la definición de acciones como en la distribución de recursos y responsabilidades y.

f) Ser solidaria, para hacer efectivos los derechos sociales quitándole el carácter de derechos gremiales a muchos de los programas e instituciones que hoy atienden las necesidades esenciales de los mexicanos". (260)

Dentro de este piso social básico destacan dos elementos primordiales: La alimentación y la salud.

3.- ALIMENTACION

"El propósito central en materia alimentaria es proporcionar a todos los mexicanos una dieta adecuada, diversificada y a bajo costo.

El crecimiento de la producción de básicos requiere complementarse con la modernización del abasto, pero sobre todo con una mayor distribución de los alimentos.

Las alternativas en este campo deben evaluarse en función de dos objetivos: a) la autosuficiencia en la producción de alimentos básicos, ya que la dependencia del exterior en esta materia ha demostrado costos y peligros sumamente elevados para el país y b) el incremento sustancial en los niveles de vida de los campesinos, particularmente de los grandes núcleos de población que viven en zonas de temporal y practican una agricultura tradicional.

En materia alimentaria el problema presenta fundamentalmente dos aristas: por un lado, se necesita avanzar en la resolución de los obstáculos que limitan una disponibilidad adecuada de alimentos, ésto es, resolver el problema de oferta. Y por otro, se requiere garantizar la satisfacción de las necesidades alimentarias básicas para aquella parte de la población que, por sus problemas de

ingreso, no está en condiciones de expresar sus carencias en demanda de mercado, ésto es, de acceso alimentario.

Es necesario revisar qué se produce y cómo se produce. Una política de producción basada en la diversidad de recursos que ofrece el país y en tecnologías adecuadas a las distintas condiciones ambientales puede atemperar el impacto en la naturaleza y brindar más beneficios para el desarrollo de las regiones más pobres, desarrollo basado en sus propios recursos naturales.

La suficiencia alimentaria debe descansar en la producción interna dada la estrechez de divisas en que se moverá la economía de los próximos años. La importación de básicos debe ser un complemento a los faltantes internos o un mecanismo precautorio y no una política permanente para asegurar la disponibilidad de alimentos.

En esta perspectiva la más alta prioridad en la producción de alimentos debe asignarse a los sectores agrícola y pesquero, tanto por ser la fuente primordial de productos básicos, como por absorber a los grandes grupos de campesinos que carecen de los medios necesarios para procurarse niveles mínimos de nutrición. Ello no significa que se abandonen otros renglones como la ganadería y las producciones agroindustrial e industrial que pueden contribuir en forma importante a la alimentación de los mexicanos, sino que el esfuerzo y la

búsqueda de soluciones se centre en los sectores agrícola y pesquero.

La situación crítica por la que atraviesa el campo mexicano se ha gestado, en gran medida, por la falta de confianza en la cultura campesina. Se han propiciado una multitud de esquemas paternalistas que al reducir la capacidad propia de capitalización del sector han generado un neolatifundismo prestamista y comercializador, caracterizado por un sistema de explotación de la tierra aparcelado y minifundista, incapaz de aprovechar las iniciativas y la creatividad innovadora de los campesinos.

De manera específica es posible avanzar en proyectos productivos de desarrollo social como son los siguientes:

- * proyectos dirigidos a las unidades de producción de tipo familiar orientados a incrementar el ingreso de los pobres a partir de aumentos en la productividad de la tierra con pequeñas inversiones y la incorporación a la producción del potencial, hoy subutilizado, de las distintas especies animales y vegetales del país.
- * proyectos orientados al apoyo de los consumos básicos y a la seguridad alimentaria de la familia campesina o bien que impliquen compensaciones directas a través de subsidios específicos bien localizados a grupos de extrema pobreza.
- * proyectos de creación de empleos estrictamente rurales a través de actividades agrícolas productivas y proyectos de promoción de empleos en actividades rurales no agrícolas, relacionadas, aunque no necesariamente, con la agricultura a través de encadenamientos productivos.

La organización campesina constituye un elemento central de la estrategia de desarrollo del sector agropecuario.

Lo importante es que a través de la organización campesina se abandonen, en forma paulatina pero irreversible, los esquemas paternalistas imperantes en el apoyo gubernamental al campo.

Se trata de orientar a la política alimentaria y nutricional de tal forma que los grupos campesinos y las poblaciones marginadas urbanas tengan una adecuada alimentación. Para ello es preciso:

- * Proporcionar una dieta suficiente, diversificada y a bajo costo con acceso universal. Se requiere determinar una canasta básica que sirva de referencia a las distintas expresiones regionales de alimentación existentes en el país.
- * Promover la autosuficiencia alimentaria con un impulso decisivo a la producción de básicos.
- * Asignar la más alta prioridad a los sectores agrícola y pecuario, tanto por ser la fuente primordial de productos básicos como por absorber a los grandes núcleos de productores pobres.
- * Llevar a cabo un nuevo esquema de subsidios selectivos a la producción y el consumo de alimentos básicos.
- * Impulsar una política de producción basada en la diversidad de recursos y potencialidades que ofrece el país y en tecnologías adecuadas a las distintas condiciones ambientales.
- * Postular como elemento central de la estrategia los aumentos en la producción y productividad de la economía campesina, diseñando políticas específicas para su modernización y tecnologías que no deterioren la base material de la producción.

- * Llevar a cabo una reforma de las instituciones, en sus estructuras y prácticas, de tal forma que sus acciones lleguen a los grupos que más lo necesitan. Ello implica una mejor coordinación interinstitucional y,
- * Fortalecer la participación de las organizaciones de productores en el diseño, instrumentación y evaluación de los programas". (261)

4.- SALUD

"Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud es necesario un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida de la población. Esto implica concentrar el esfuerzo en los programas de alimentación, vivienda, educación, saneamiento ambiental, recreación y condiciones de trabajo, y destinarlos preferentemente a quienes se encuentren en una situación más crítica. Siendo la salud un concepto integral que no puede limitarse a la atención médica o a la curación de enfermedades, la estrategia buscará enfrentar los problemas partiendo de un criterio de bienestar general.

El combate a la pobreza requiere un cambio en el modelo hasta ahora prevaleciente para orientarlo fundamentalmente a la atención primaria a la salud entendiéndola no como el nivel más elemental de servicios sino como la estrategia que articula la organización total del sistema, ya que implica el compromiso de atender a toda la población en un número determinado de servicios y simultáneamente, tener como elementos centrales las acciones preventivas y de salud pública.

Para reducir las desigualdades se requiere un sistema nacional de salud que garantice el acceso universal a los servicios y la calidad uniforme de los mismos, regionalizado, descentralizado y participativo, basado en la atención primaria y vinculado a los otros componentes del bienestar social. En suma, un sistema que atienda a todos los ciudadanos sin excepción, independientemente de su nivel de ingresos o de su posición ocupacional.

En el mediano plazo, es posible aspirar a un sistema nacional de salud que brinde atención médica universal, de calidad homogénea y que progresivamente vaya extendiendo sus servicios para dar a la población no asegurada el conjunto de prestaciones sociales y económicas que actualmente ofrece la seguridad social.

Con el propósito de que el principio de ciudadanía y por ende, el de igualdad sea efectivamente el criterio de acceso a los servicios de salud, es indispensable eliminar la estratificación actual del sistema de salud y organizarlo a partir de las necesidades de la población.

En el combate a la pobreza una tarea urgente es la ampliación de la cobertura. Ello implica que a pesar de la escasez de recursos, estos se distribuyan de una manera diferente, e incluso, asumir la determinación de que las

ampliaciones futuras del gasto público en salud tengan como destino a la población más desamparada, la que vive en condiciones más críticas y que requiere de atención urgente.

El acceso a la atención médica, aún ampliado, no resuelve por sí mismo los problemas de salud, por lo que el elemento clave reside en el cambio del modelo de atención arriba apuntado y en otorgar a la salud pública y por ende, a los servicios no personales, un lugar destacado en la estrategia, particularmente entre los grupos más desprotegidos.

Extender al campo el derecho a la protección de la salud requiere revisar la orientación de los servicios y la concepción en la que se sustentan ya que buena parte de éstos son de naturaleza eminentemente urbana e individual. Esto es necesario para no reproducir en el medio rural una medicina urbana cara e ineficiente que puede transformar a la población en consumidora de medicamentos pero no necesariamente en una población más sana. Habría que recuperar también la experiencia de las acciones comunitarias e incorporar complementariamente la medicina tradicional y la herbolaria, que han desempeñado un papel importante entre la población indígena sobre todo en lo que hace a la provisión de servicios mínimos.

Los grupos urbanos y rurales marginados son los que requieren de mayor atención médica. Es importante actuar de inmediato y combinar las acciones en materia de prestación de

servicios y atención preventiva con la ejecución de programas de nutrición y de complementos alimentarios entre la población de mayor riesgo: niños en edad preescolar, mujeres embarazadas y madres lactantes.

Es preciso dirigir los mecanismos de previsión y curación de la enfermedad por nuevos caminos. No limitarse al concepto de salud del individuo y su familia e incorporar el de salud de la comunidad para asegurar la participación efectiva de sus miembros en los programas de mejoramiento de la salud. No es posible seguir confiando en acciones médicas dirigidas centralmente. Se ha demostrado que cuando la comunidad participa en los programas de salud, reconoce con mayor facilidad las mejoras en su nivel de vida y se compromete de manera progresiva en la tarea.

El derecho de la protección de la salud debe tener un marcado carácter regional. Ello sólo puede lograrse mediante la descentralización física y administrativa de los servicios de salud. La unificación del sistema afectaría la determinación de políticas, normas y formas de financiamiento, pero no puede concebirse como la organización en una institución y bajo un criterio único, de los servicios de salud a escala nacional.

La reestructuración del sistema de salud para permitir el acceso a los servicios en forma proporcional a las necesidades de la población requiere también reorientar las

labores de investigación científica, utilizar tecnologías apropiadas y modificar la formación de recursos humanos en función de esta nueva orientación.

En el caso particular de la formación de recursos humanos, será necesario hacer énfasis en las áreas de salud comunitaria, medicina tropical, medicina social e investigación biomédica.

Avanzar en la creación del sistema nacional de salud, implica en un primer momento racionalizar algunas prestaciones e incrementar otras, de tal suerte que se llegue a un nuevo paquete de prestaciones y servicios que sustituya al actual y proporcione mayor y mejor bienestar social. Junto con una mejor distribución geográfica, se necesita una mayor eficiencia y calidad, sobre todo en los servicios de atención primaria.

En síntesis, en materia de salud la política de combate a la pobreza requiere:

- * organizarse en torno al modelo de atención primaria a la salud, concibiendo a ésta desde un punto de vista integral.
- * eliminar la desigualdad en el acceso de los servicios de salud y avanzar en la integración del sistema nacional de tal forma que se logre el objetivo de acceso universal con una alta calidad en los servicios que se prestan.
- * ampliar la cobertura de la atención primaria a todas las zonas marginadas rurales y urbanas.
- * llevar a cabo programas especiales para la

población en mayor riesgo.

- * recuperar las experiencias de las acciones comunitarias e incorporar las prácticas de la medicina tradicional y herbolaria".(262)

5.- GRUPOS PRIORITARIOS

El combate a la pobreza tiene que incluir entre sus componentes centrales un conjunto de políticas diferenciales para los grupos más pobres en las distintas zonas y regiones del país.

"Los grupos prioritarios son aquellos núcleos de población que por su condición biológica, su situación socioeconómica, el grado de deterioro de sus recursos naturales y su ubicación geográfica presentan mayor riesgo de sufrir daños irreversibles y de prolongar y acentuar su situación de pobreza".(263)

Todos los programas orientados a grupos prioritarios requerirán en primer término, la participación activa de los beneficiarios para identificar los grados y modalidades de las carencias, las opciones para enfrentarlas y los mecanismos para la ejecución de los proyectos. Sería necesaria también la intervención y coordinación de diversas instituciones públicas y la definición de responsabilidades y compromisos de cada una de ellas.

a) MUJERES Y NIÑOS

Atendiendo al primer criterio, requieren de atención especial los niños en edad preescolar y las mujeres embarazadas y en período de lactancia ya que son los grupos más vulnerables frente a las carencias en alimentación y salud. Las deficiencias en la dieta de estos grupos pueden provocar alteraciones y daños irreversibles en su desarrollo físico y mental y en el de las siguientes generaciones de mexicanos. Igualmente, si no tienen acceso a servicios apropiados de atención a la salud, los riesgos del embarazo y del parto serán mayores y difícilmente se abatirá la mortalidad infantil en el primer año de vida.

"En el medio rural las mujeres desempeñan en forma creciente un papel destacado en la producción agropecuaria y en la comercialización de los cultivos. Tienen también la responsabilidad principal de la preparación de los alimentos, el trabajo doméstico, el abastecimiento de agua y combustible, la nutrición, la atención de la salud, la higiene y la educación de sus hijos. Por esta razón en una estrategia de ataque a la pobreza son decisivos los programas de ayuda a las mujeres de escasos recursos en todas las materias.

Las mujeres y los niños menores de cinco años en las zonas rurales indígenas y en las áreas urbanas marginadas requieren la aplicación de programas especiales que combinen la

atención primaria a la salud con un mínimo de aporte nutricional a través de complementos alimentarios directos. Los principales objetivos de estos programas serían alcanzar una maternidad sin riesgo y la ruptura del círculo desnutrición-enfermedad- mayor desnutrición entre los menores.

De acuerdo con estadísticas oficiales, en la actualidad el 29 por ciento de los niños menores de cinco años, es decir 2.6 millones de niños, se encuentran afectados por algún grado de desnutrición y de éstos, cerca de 200 mil se encuentran en situación crítica. Se concentran en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Entre las mujeres en edad fértil se estima que existen en la actualidad 5 millones 700 mil con bajo peso. En estos casos es necesario poner en marcha programas de emergencia". (264)

JORNALEROS DEL CAMPO

Entre los grupos que enfrentan situaciones más adversas destacan los jornaleros agrícolas (como los cortadores de caña y los pizcadores de café). Para mejorar sus condiciones de vida y de trabajo es necesario diseñar programas en los que intervengan los patronos, las instituciones públicas del área social; también se necesitarían programas orientados a darles acceso a un nivel mínimo de seguridad social.

JOVENES

"En el caso de los jóvenes en condiciones de pobreza el elemento clave es capacitarlos para el trabajo. Para ello se requiere impulsar programas de capacitación integral, desde el nivel artesanal y de oficios hasta el técnico especializado, orientado a jóvenes de los centros urbanos.

Las agrupaciones juveniles de las urbes (bandas, cholos, etc.) constituyen una de las nuevas formas asociativas de la marginación urbana. Para estos jóvenes su organización constituye un nuevo y distinto referente de sociabilidad.

Esta juventud en condiciones de pobreza extrema adquiere formas de vida y nuevas expresiones producto de un cambiante contexto económico y social. La escuela, institución que con anterioridad generaba movilidad social muestra una limitada capacidad para ese objetivo. El mundo de trabajo por su parte no ofrece opciones sobre todo para jóvenes con escasa o nula calificación, ante un mercado que se estrecha con la crisis.

Este fenómeno requiere un tratamiento integral que incluya las áreas de: el primer delito, la drogadicción, la delincuencia, la capacitación para el trabajo y el respeto corresponsable de sus formas de organización". (265)

GRUPOS INDIGENAS

La presencia de los pueblos indígenas no sólo expresa diferencias culturales que nos enriquecen, también hace evidente relaciones de profunda desigualdad en la sociedad mexicana.

"Los problemas agrarios y la crisis agrícola, la sobreexplotación de sus recursos naturales, la migración y la explotación a la que han sido sometidos, son algunos de los elementos centrales que explican la situación de la carencia extrema en la que viven la gran mayoría de las poblaciones indígenas del país.

Los indígenas de México se agrupan en 56 etnias de diferente magnitud - cada una de ellas con un idioma propio - y se distribuyen casi en todo el territorio nacional. Representan aproximadamente el 9 por ciento de la población. En Oaxaca, Quintana Roo y Yucatán los indígenas representan la mitad de la población; en Campeche, Chiapas e Hidalgo es superior a la cuarta parte; en Guerrero, Puebla, San Luis Potosí y Veracruz es superior al 10 por ciento.

Producto de las migraciones, los indígenas también viven en zonas urbanas y cuando menos un millón de ellos habita en el área metropolitana de la Ciudad de México.

Por todas estas razones, erradicar la pobreza en las regiones indias requiere no sólo de un cambio en la distribución y asignación de los recursos gubernamentales y en las reglas para la asignación de los mismos, sino que implica una profunda modificación de las relaciones estructurales que hasta ahora ha tenido la nación y el Estado con los pueblos indios. Ello significa modificar las bases constitucionales, económicas, culturales y políticas para que los pueblos indios puedan acceder a la justicia y la igualdad, que son las vías para superar su situación de pobreza.

Por ello la acción que se emprenda con el mundo indígena tendrá que ser integral y simultánea. Para avanzar en esta dirección se requiere articular los principios generales de acción en torno a cuatro propósitos:

- a) Justicia
- b) Desarrollo económico productivo
- c) Salud y bienestar
- d) Fomento al patrimonio cultural

Las acciones de las entidades públicas más que de protagonistas deberán ser de promotoras, coordinadoras y colaboradoras de las tareas y responsabilidades estatales y de la sociedad frente a los pueblos indígenas.

Las modalidades concretas de la estrategia en cada caso, podrán imprimirlas los grupos étnicos a partir de sus organizaciones y no como consecuencia de una distribución del

gasto público que las instituciones deben comprometer en el ejercicio de sus programas anuales. La participación de la comunidad podrá definir, dentro de sus múltiples carencias, el conjunto de acciones que de mejor forma eliminan los obstáculos inmediatos que les impiden superar su condición de carencia".
(266)

6.- LOS PROYECTOS PRODUCTIVOS

La estrategia integral de ataque a la pobreza requiere traducirse también en acciones concretas para identificar y promover proyectos específicos de carácter productivo que apoyen la economía de los pobres.

"El desarrollo de una economía productiva para estos grupos, supone estimular actividades altamente rentables que les permitan participar en el mercado competitivamente y que, por tanto, se puedan autofinanciar. La diferencia con actividades como la de los micro-empresarios o los de trabajo domiciliario no estriba en la rentabilidad, en sí misma, sino fundamentalmente en los beneficiarios de dicha rentabilidad. De ahí la tesis fundamental de la incorporación de los pobres no sólo como consumidores sino también como productores.

La ejecución de los proyectos productivos requiere una sólida infraestructura física y social. La escasez de recursos precisa su correcta utilización, evitando ineficiencias y

desperdicios. Los caminos y la energía eléctrica constituyen la base física para agregar valor y extraer los productos de las zonas alejadas, y también para llevar los servicios de salud, educación y vivienda. La infraestructura física es la vía por donde debe transitar la otra infraestructura básica: la social. Sobre estas dos infraestructuras, será posible constituir el conjunto de proyectos productivos que permitan un ataque permanente y frontal a la pobreza.

Lo anterior implica que la estrategia de combate a la pobreza establezca en el tiempo y en el espacio un orden de relación que distinga: a) aquellas localidades donde no es posible el desarrollo de proyectos productivos por la falta de una mínima infraestructura física y social. En estas localidades, donde el acceso y la comunicación son difíciles, se complica que lleguen los maestros, los médicos y hasta los materiales para la construcción de clínicas, casas, hospitales, escuelas. En estos casos se requiere empezar por la infraestructura física y social simultáneamente, y, posteriormente, avanzar hacia los proyectos productivos. Hay que aprovechar las tradiciones de solidaridad para incorporarlas a la construcción de bordos, caminos, líneas de agua potable y tendidos de energía eléctrica, previa concertación con las comunidades, a efecto de que participen en la construcción y el mantenimiento de su propia infraestructura; b) en las localidades comunicadas es factible empezar con la consolidación de la infraestructura social, al

mismo tiempo que se van promoviendo proyectos productivos que, mediante la organización comunitaria, permitan a sus habitantes superar su condición de pobreza.

El impulso definitivo a mejores condiciones de vida requiere la participación de los directamente involucrados. Para el desarrollo de los proyectos productivos debe tomarse en cuenta que existe un rechazo por parte de estos grupos a todo aquello que desplace su esfuerzo, pues ésto los haría dependientes.

En el desarrollo de una estrategia productiva basada en proyectos se debe buscar:

a) Que el efecto multiplicador de las inversiones y recursos de los proyectos quede entre los mismos grupos y comunidades (aprovechamiento de materiales locales de construcción, creación de mercados regionales de abasto, contratación de mano de obra local, etc.).

b) Incluir en los proyectos los conocimientos, sabiduría, tecnologías, formas de organización y solidaridad de las comunidades y grupos y enriquecerlos con los aportes del conocimiento científico de las sociedades urbanas.

c) Respetar las formas de organización adoptadas por la población basando en ellas el desarrollo y gestión de los proyectos.

Respecto del manejo de recursos y programas gubernamentales orientados a la atención de los grupos pobres se requiere:

a) Cambiar los niveles de retribución para el personal (federal y estatal) que trabaja en las comunidades y, en especial en la atención de grupos pobres. Los mejores recursos

humanos deberán canalizarse a la superación de la pobreza y garantizar equipo de transporte y materiales para trasladar al personal que opere en estas comunidades.

b) Alentar y apoyar el compromiso de las comunidades en la ejecución de las acciones y proyectos, estableciendo esquemas de control cuando no son ellas las ejecutoras. Así como también elevar sus capacidades técnicas y, al mismo tiempo, reducir las exigencias de normatividad en los proyectos que asuman". (267)

7.- CRITERIOS DE ACCION

La política de combate a la pobreza está integrada por dos líneas centrales:

a) Una línea estratégica de emergencia, que se concreta en la atención a grupos prioritarios que no pueden esperar los resultados del crecimiento y la distribución del ingreso y la riqueza.

b) Una línea estratégica de carácter estructural, cuyo objetivo es combatir permanentemente a la pobreza, sin desatender los niveles de bienestar alcanzados por otros grupos sociales. Esta propuesta se concreta en el logro de un piso social básico que permita el desarrollo de actividades productivas para los grupos pobres.

En consecuencia, se proponen dos criterios generales como apoyo a la fase de transición:

a) Consolidar y ampliar los programas en marcha que atienden a las necesidades esenciales de los grupos en situación de pobreza y que tienen una base de aceptación social amplia.

b) Modificar en su concepción y operación aquellos programas que no han logrado incidir en forma efectiva en el mejoramiento de las condiciones de bienestar y en la calidad de vida, aún cuando atienden campos de necesidades prioritarias para la superación de la pobreza.

Los objetivos inmediatos que se proponen son:

a) Consolidar y ampliar los programas que tienen un efecto directo sobre las condiciones de pobreza y la calidad de vida de la población más desprotegida (i.e. programa de mejoramiento integral de la vivienda, programa de apoyo a la producción de alimentos para el autoconsumo, programas de abasto comunitario).

b) Continuar impulsando los procesos de organización de las comunidades y grupos específicos para establecer diagnósticos y planes de trabajo mediante la participación efectiva y permanente de sus integrantes.

c) Sugerir nuevos programas de alcance nacional en beneficio de los grupos pobres ya que la experiencia en los problemas que se señalan ha sido delimitada en tiempo y espacio, y atienden problemas importantes. Dentro de estas acciones, se proponen entre otras: programa de mejoramiento de las condiciones y de la seguridad en el trabajo en el sector primario de la producción, programa de mejoramiento y conservación de los recursos naturales comunitarios, programa de orientación y prevención de farmacodependencias y alcoholismo". (268)

Una vez que hemos terminado de analizar y comentar los fines, objetivos y estrategia del Plan Nacional de Solidaridad, es necesario anotar algunos datos actuales relativos a los logros alcanzados por este, así como la situación presente en el ámbito de la salud, la Asistencia Pública y la Seguridad Social, basándonos en el Segundo Informe de Gobierno 1990, de nuestro Actual Mandatario.

En sus dos primeros años de ejecución, el Programa Nacional de Solidaridad se ha constituido en el eje de la política social del Gobierno de la República, de los gobiernos estatales y municipales y de la sociedad en su conjunto. En este programa se recogen las propuestas de trabajo de los grupos participantes: las comunidades étnicas, los campesinos y los colonos populares; se alienta la participación organizada

como forma de trabajo y se le promueve en todas sus expresiones.

En 1989, el Programa de Solidaridad realizó más de 44,000 obras y acciones, muchas de ellas producto de la concertación directa con comunidades y colonias populares en donde se manifestó en toda su expresión la participación social.

Como producto de la participación social democrática y de las posibilidades de trabajo de beneficio colectivo que abre el Programa de Solidaridad se constituyeron comités de solidaridad en todo el país. Cada uno de ellos significa la participación de un igual número de comunidades en una o más obras y acciones del Programa Nacional de Solidaridad.

En 1990 se iniciaron cuatro nuevos programas: Solidaridad para una Escuela Digna, Fondos Municipales de Solidaridad, Fondos de Solidaridad para la Producción y el Fondo de Solidaridad para Comunidades Indígenas.

Se ha logrado un incremento sustancial en la infraestructura de salud para la atención de población abierta en comunidades rurales dispersas y en colonias populares. Después de un estancamiento en la construcción de nuevas instalaciones médicas, entre 1989 y 1990 se ha logrado incrementar en un 31.3 por ciento el número de unidades médicas

IMSS-Solidaridad existentes hasta 1988. En estos dos años se instalaron 733 nuevas unidades. Además, se concluyó la construcción, ampliación y rehabilitación de 1,477 centros de salud y se avanzó en la construcción, ampliación y rehabilitación de otros 143 hospitales. Destacan los de Chalco y Chimalhuacán, en el Estado de Mexico; de los hospitales rurales de Santiago Juxtlahuaca y San Idelfonso Villa Alta en Oaxaca; de Tepeji de Rodríguez y Villa Avila Camacho en Puebla; los de Mapastepec, Benemérito de las Américas y Las Margaritas en el estado de Chiapas; el de Ciudad Camargo en Chihuahua; y los de Mexicali, Tijuana y Ensenada en Baja California".(269)

"Para 1991 se continuarán las acciones en materia de salud, para proseguir con las obras en 44 hospitales, construir 84 nuevos centros de salud y unidades médicas; además, se consolidará la operación de las 490 unidades médicas IMSS-Solidaridad construídas y equipadas en el ejercicio anterior". (270)

La atención para asegurar el abasto y mejorar los hábitos de alimentación de las familias de escasos recursos es prioritaria dentro del Programa Nacional de Solidaridad. "En dos años de ejecución del programa se recapitalizó el 85 por ciento de las tiendas rurales y urbanas y se incrementó el número de ambas en un 12 por ciento. Para 1991 se recapitalizarán 10,540 se instalarán 2,222 tiendas rurales y urbanas. Por otra parte, la instalación de lecherías fue de 450

en los dos primeros años de la presente administración y para el próximo ejercicio se tiene la meta de instalar 242 nuevas lecherías. De igual forma destaca el establecimiento de 402 cocinas populares en dos años de ejecución del programa. Para 1991 se tiene la meta de poner en marcha 578 nuevas cocinas populares". (271)

En materia de agua potable y drenaje, en 1990 se hizo un esfuerzo sin precedente al sumar los recursos de los gobiernos federal, estatal y municipal y de los propios beneficiarios, con fondos crediticios de la banca de desarrollo. Con estos recursos se puso en operación el Programa de Agua Potable y Alcantarillado en Zonas Urbanas lo que hizo posible la realización de grandes obras de dotación de agua en bloque y la construcción y ampliación de redes primarias y secundarias de distribución.

"En total en 1990 se trabajó en 700 sistemas de agua potable y drenaje en colonias populares y en los sistemas de las ciudades de Mérida, Tijuana, Acapulco, Nuevo Laredo, San Luis Potosí Colima y la zona metropolitana de la Ciudad de México, entre otras". (272)

8.- SALUD, ASISTENCIA Y SEGURIDAD SOCIAL

"A fin de proteger la salud de la población las acciones sustantivas del sector se dirigieron a proporcionar los

servicios a la población y ampliar la cobertura, romper el ciclo de las enfermedades endémicas y disminuir la incidencias de las enfermedades transmisibles para reducir los índices de morbilidad y mortalidad. Se estima que el Sistema Nacional de Salud cubre a cerca del 94 por ciento de la población total del país. Para ampliar la cobertura en el medio rural, se formaron brigadas móviles en los estados de Oaxaca, Coahuila, Nuevo León y Querétaro, que aunado a la población que atiende el Programa IMSS-Solidaridad, se cubre casi al 90 por ciento de los 56 grupos étnicos de México". (273)

"Los programas de inmunizaciones para el control de enfermedades prevenibles muestran resultados satisfactorios. En el lapso noviembre de 1989 a octubre de 1990, se han aplicado un total de 68 millones 930 mil dosis de vacunas. Para interrumpir la circulación del poliovirus salvaje entre la población menor de cinco años, en los dos días nacionales de vacunación se aplicaron 12 millones de dosis de vacuna oral antipoliomielítica, cubriéndose con ello al 96 por ciento de la población vulnerable. En ese año sólo se han detectado dos casos de poliomielitis, a diferencia de 27 descubiertos en el año anterior". (274)

"Desde el año pasado y durante los primeros meses del actual, nuestro país fue afectado por una epidemia de sarampión. Para controlarla, se aplicaron en una campaña intensiva dos millones de dosis de vacunas, revirtiéndose así

la tendencia ascendente. La difteria está ausente en nuestro país desde noviembre del año anterior y la tosferina, al igual que el tétanos, muestra una clara tendencia descendente. Los casos de paludismo disminuyeron en más del 60 por ciento como resultado del aumento de viviendas desinfectadas y el control de los casos detectados; asimismo, con el apoyo de la SARII y la operación de 49 centros antirrábicos, se aplicaron 5.4 millones de dosis de vacunas contra la rabia.

El Programa Nacional de Vacunación entre las cuales destacan la eliminación de tétanos, neonatal, y el control efectivo del sarampión. Todas las enfermedades prevenibles por vacunación se integraron a los sistemas de vigilancia establecidos para determinar grupos de riesgo, proponer medidas de control y apoyar la evaluación del Programa Nacional de Vacunación.

Los servicios de atención curativa permitieron ampliar la cobertura y calidad de éstos, a través de la utilización eficiente de la infraestructura. Así, se otorgaron 82.9 millones de consultas, de las cuales el 90 por ciento correspondió al primer nivel y el 10 por ciento restante al nivel de especialidad. Esto es indicador de la adecuada solución a los problemas de salud y el buen funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Con acciones de rehabilitación se atendió a más de 390 mil personas, mientras que la demanda de urgencias fue satisfecha con

oportunidad.

Como parte de la modernización del sector salud, se desregularon y simplificaron los trámites de control sanitario. Las actividades se encaminaron a normar, dirigir y garantizar la calidad requerida en los productos destinados al uso y consumo de la población. La inspección y los registros se sustituyeron por capacitación y asesoría, y se implantó el sistema de calificación de industria farmacéutica renovándose automáticamente sus licencias. En la microindustria se exentó de licencia sanitaria a 136 grupos, y en apoyo al comercio fronterizo se eliminaron requisitos de registros para venta a treinta grupos de productos alimenticios de importación. Mediante el programa para la determinación de aflatoxinas en el maíz, tanto nacional como importado, se controlaron más de 600 mil toneladas y se continuó el control sanitario de la leche en polvo que importa CONASUPO para garantizar que este producto sea apto para el consumo.

A fin de garantizar la producción de insumos que requiere el sector, se reforzaron las áreas de mantenimiento, capacitación, diseño y producción de equipos para la salud. Estas acciones permiten el abatimiento de los costos de mantenimiento, ya que las reparaciones se realizaron con base en las sustituciones de partes no disponibles en el mercado y con entrenamiento del personal en nuevas técnicas. Entre los mayores incrementos anuales en la población se encuentran la

vacuna antisarampión (70 por ciento), la BCG (52 por ciento), la antipoliomielítica (16 por ciento), y la DPT (14 por ciento).

El fomento de la salud pretende lograr una adecuada interacción entre la educación higiénica y las prácticas sanitarias de la población, para formar en ella una cultura de protección de su propia salud. Para orientar a la población en la conservación y mejoramiento de su calidad de vida, se emitieron más de 5 millones de mensajes y se impartieron cerca de 700 mil sesiones educativas, lográndose una cobertura de casi 30 millones de personas. Para crear conductas preventivas y capacitar a la población de la utilización oportuna y adecuada de los servicios médicos, se ofrecieron prácticas, sesiones y conferencias a 5.8 millones de personas. Se aceleró la revisión de los contenidos de salud en los libros de texto gratuitos y se capacitaron 6,952 maestros de primaria y secundaria como promotores del autocuidado de la salud.

Con el fin de consolidar la atención primaria de la salud se inició un programa de incorporación y capacitación de personal técnico en áreas urbanas y rurales marginadas. La cobertura se amplió con la participación de personas de la comunidad entre las que sobresalen las parteras empíricas capacitadas y los voluntarios y extensionistas adiestrados. El Programa de Salud Municipal, que se inició el año pasado en Yucatán, amplió su cobertura a Guerrero, Hidalgo y Michoacán.

En el Distrito Federal se continuo el proyecto de detección y rehabilitación de problemas de agudeza visual, examinándose 450 mil alumnos. Asimismo, se intensificó la campaña para prevenir a los jóvenes sobre el daño irreversible que provocan las adicciones al tabaco, alcohol y los estupefacientes.

Con el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, se dió orientación a la población para reducir los riesgos de la reproducción, mejorar las condiciones de vida de la familia y ordenar el crecimiento demográfico. En el periodo enero-octubre de 1990, se incorporaron 2.4 millones de nuevas receptoras del Programa llegando a un total de 8.6 millones de usuarias activas. Un resultado relevante de la aplicación de este Programa es la reducción en las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Para ampliar la cobertura de los servicios, así como consolidar el Modelo de Atención a la Salud de la Población Abierta, se ejecutaron proyectos de desarrollo de la infraestructura con recursos federales, provenientes del crédito México-BID y del Programa Nacional de Solidaridad. De esta forma, se construyeron y equiparon 36 centros de salud y 2 hospitales generales, beneficiando a 620 mil habitantes de zonas marginadas del país. Se continuó la construcción de siete hospitales generales y 18 centros de salud. Dentro del programa normal se realizaron obras de construcción y equipamiento en dos hospitales generales y en el Instituto Nacional de Salud

Pública en el Estado de Morelos; asimismo, se ampliaron y equiparon 10 unidades que comprenden hospitales y centros de salud. En el marco del Programa Nacional de Solidaridad, se inició la construcción de los Hospitales Generales de Chalco y Chimalhuacán en el Estado de México, su conclusión se tiene programada para el primer semestre de 1991. Adicionalmente, se reiniciaron las obras de rehabilitación integral de los Hospitales Generales de Mexicali y Tijuana, cuya terminación se tiene prevista este año.

El Programa IMSS-Solidaridad, presupuestó un monto de inversión por 28,792 millones de pesos, en los que se incluyen gastos de conservación, mantenimiento y construcción de unidades médicas.

Para prestar con eficacia, calidad y calidez, los servicios de salud, se requiere de la capacitación, formación y actualización constante de los recursos humanos. Con este fin el sector salud realizó cursos de capacitación a los que asistieron 128 mil personas de diferentes niveles y servicios. En coordinación con la Universidad Nacional de Administración Pública, se implantó el Programa para el Desarrollo de Directivos. En apoyo al desarrollo de recursos humanos, el área de salud continuó con los programas de residencia, internado y servicio social en las carreras afines a la atención médica, vigilancia, control y fomento sanitarios.

Las necesidades asistenciales de salud se deben satisfacer en el lugar donde se presentan; con este fin, se realizaron medidas de desconcentración y descentralización que permiten mayor autonomía de gestión y a la vez intensifican las actividades de salud estatales y municipales y la participación de la colectividad.

La descentralización a los gobiernos estatales de los servicios de salud para atender a la población abierta, se desarrolló en las etapas de coordinación programática y de integración orgánica. En 17 entidades federativas los Servicios Coordinados de Salud Públicos, impulsaron la integración del sector mediante el desarrollo de los programas de vacunación, materno-infantil, planificación familiar y vigilancia epidemiológica. En el Distrito Federal se celebró un convenio-matriz para integrar funcionalmente los servicios de salud pública a la población abierta. Dentro del Programa Nacional de Solidaridad, se elaboró el componente de descentralización de los servicios de salud a población abierta para los estados de Chiapas, Hidalgo y Oaxaca. Se han logrado avances significativos en la descentralización hacia los municipios en los estados de Querétaro, Guerrero, Sonora, Tabasco y Nuevo León.

Con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de atención primaria de salud y desarrollar la capacidad técnica y operativa de los mismos, se instituyó el Programa de

Jurisdicciones Sanitarias Tipo. En cada estado se seleccionó una jurisdicción sanitaria para implantar un programa de fortalecimiento que comprende aspectos sobre estructura operativa, educación continua y capacitación, supervisión, abastecimiento, conservación, mantenimiento, participación social, informática y evaluación. La meta para 1992 es desarrollar una jurisdicción tipo en cada entidad federativa, que fungirá como centro de capacitación y modelo de trabajo para las otras 216 jurisdicciones sanitarias del país.

La asistencia social a la población más desprotegida que no cuenta con servicios regulares de seguridad social es responsabilidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual orientó sus acciones a la prestación de servicios para el desarrollo de la familia y la comunidad, promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez y realizar actividades de apoyo educativo y alimentario en beneficio de menores en estado de abandono, mujeres en periodo de lactancia y embarazo, ancianos desamparados, indigentes y minusválidos sin recursos.

Con el programa de atención y mejoramiento nutricional, el DIF contribuyó a que la población mejore, en la medida de lo posible, su patrón alimenticio. La ayuda alimentaria directa asendió a 600 mil raciones alimenticias diarias a menores en edad preescolar y escolar, de zonas marginadas del Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo y Tlaxcala. Adicionalmente,

mediante la distribución mensual de dotaciones alimenticias se benefició a más de 963 mil familias de escasos recursos.

Con el propósito de elevar la calidad de vida de familias y comunidades marginadas, se promovió el bienestar comunitario mediante servicios integrales que incluye entre otros atención preventiva y dental, rehidratación oral, vigilancia e higiene familiar, en beneficio de más de un millón de personas y casi 18 mil viviendas. Con el programa de cocinas populares que opera en las colonias pobres de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y con el apoyo de Solidaridad en 10 entidades federativas, además de coadyuvar en la nutrición de los habitantes de estos lugares, se promueve la participación comunitaria, al desarrollar y organizar los servicios que se proporcionan en los mismos. A la fecha se encuentran funcionando 131 establecimientos de este tipo, y se tiene programado que al finalizar el año se cuente con 516. Asimismo, el programa de Desarrollo Integral del Adolescente busca prevenir y atender las necesidades de los individuos en esta etapa de su vida.

Para proteger y asistir a la población desamparada, se brindó atención diaria a través de orfanatos, guarderías, casas hogar, asilos, centros de atención preescolar y campamentos recreativos entre otros, impartiendo en ellos servicios de atención médica recreativa, albergue, alimentación, vestido, representación y asesoría jurídica, educación y custodia.

atendiéndose 1.1 millones de personas. La atención de minusválidos es fundamental en la asistencia social. Al respecto, se atendieron a 263 mil personas para detectar problemas de invalidez: se proporcionaron consultas para aliviar estos males y se brindaron más de 1.2 millones de sesiones de terapia rehabilitatoria. Estos servicios se proporcionaron en más de 33 centros especializados del DIF.

Las instituciones encargadas de proporcionar seguridad social, intensificaron sus acciones con objeto de garantizar la protección de los derecho-habientes y sus familias, mediante el otorgamiento eficiente, oportuno y equitativo de servicios y prestaciones de mayor incidencia en su bienestar.

La población asegurada del IMSS, eventual y permanente, ascendió a 10 millones 549 mil personas, 6.5 por ciento más que el año anterior. Con ello, la población total amparada se ubicó en 38 millones de derechohabientes. El incremento se debe, principalmente, a la creación de nuevos empleos, a la extensión del régimen a nuevos municipios y a la celebración del contrato de seguro facultativo firmado con la United Farm Workers of America, para proteger a 100 mil familias que dependen de trabajadores agrícolas mexicanos que laboran en los Estados Unidos de Norteamérica". (275)

G).- SOLIDARIDAD PARA EL BIENESTAR SOCIAL SALUD

"Para proporcionar servicio médico a la población más desprotegida de las comunidades rurales y urbanas, el Programa Nacional de Solidaridad se apoyó en la experiencia del sistema IMSS-COPLAMAR que ya venía operando en 1988 con 2,325 unidades médicas rurales y 52 hospitales, atendiendo a 9.7 millones de habitantes de 17 estados.

Con la creación del Programa IMSS-Solidaridad, las acciones y proyectos realizados en materia de salud permitieron que durante 1989-1990 se extendiera la cobertura de atención a población indígena y campesina, con la construcción de 758 unidades médicas rurales de primer y segundo nivel, y 7 hospitales regionales en 14 estados que presentaban fuertes índices de rezago como Hidalgo, Oaxaca, Michoacán, Puebla, Chiapas, Durango y Veracruz.

Conjuntamente con la Secretaría de Salud, en 1989 y 1990 se construyeron 282 centros de salud y 46 hospitales, y se aumentó la capacidad de servicio con la rehabilitación y mejoramiento de 1,195 centros de salud y 115 hospitales. Las acciones permitieron que la población de los estados de Guerrero, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca y Tamaulipas, entre otros, tengan servicio médico de primer nivel y de especialidades.

Para 1991, el Programa IMSS-Solidaridad ampliará su infraestructura con la construcción de 230 unidades médicas rurales en 13 estados, con lo que se proyecta incorporar a más de 1.7 millones de indígenas y campesinos que carecen de este servicio y se iniciará la construcción de 4 hospitales en los estados de Veracruz, Zacatecas y Sinaloa.

La Secretaría de Salud en 1991 programó la instalación de 84 nuevos centros de salud y continuará con la construcción de 44 hospitales en los estados de Campeche, Michoacán, México y Tlaxcala, entre otros.

En 1991 se creó el Programa Hospital Digno, con el que se apoyará el mantenimiento y rehabilitación de los hospitales existentes que presentan deterioro en sus instalaciones. El total de nosocomios que se atenderán en cuatro años asciende a 600, los cuales tienen una capacidad de 57,000 camas". (276)

1.- ABASTO Y ALIMENTACION

"Para mejorar la distribución de alimentos básicos se han instalado en dos años de la presente administración 5,656 tiendas en las comunidades rurales más apartadas y en las colonias populares.

En apoyo a la nutrición de la población infantil, se instalaron 884 nuevas lecherías que representan un incremento

del 65.7% respecto de las que existían hasta 1988. Con la infraestructura actual se atiende a 4.9 millones de niños indígenas, campesinos y de las colonias populares.

También se consolidó una amplia red de 699 cocinas populares en las colonias de las principales ciudades del país, con lo que se abate el gasto familiar en alimentación y se mejoran los contenidos nutricionales que consumen los niños y las mujeres gestantes y lactantes.

Para 1991 se instalarán 2,222 tiendas, 90% en el medio rural y 10% en las ciudades; se pondrán en operación 242 lecherías más y se incrementará en un 66.7% el número de cocinas populares, respecto de la meta alcanzada en los dos primeros años de operación del Programa." (277)

2.- AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO

"Con el fin de atender la demanda de agua potable y alcantarillado, en 1989 se dotó de estos servicios a 422 colonias populares y a 1,152 comunidades rurales, lo que representó construir, ampliar y reparar 1,197 sistemas de agua potable y 377 de alcantarillado.

En 1990 se programó una inversión de casi 840 millones de dólares (2.5 billones de pesos), mediante la suma de recursos federales, estatales y crediticios, con lo que se

triplicaron los recursos asignados respecto de 1989. El 80% de la inversión se canalizó al Programa Nacional de Agua Potable en Zonas Urbanas y el 20% restante se destinó a las zonas rurales.

Se logró introducir, ampliar y rehabilitar 979 sistemas urbanos de agua potable y alcantarillado y 1,782 sistemas rurales. Estas acciones representan un incremento de más del 75% con relación a las obras ejecutadas en 1989 y en su conjunto beneficiaron a una población de 3 millones de mexicanos.

Para 1991 las acciones se dirigirán a ampliar los servicios y mejorar la calidad del suministro, así como a promover el uso racional del agua. Se tiene programado realizar la construcción, rehabilitación y ampliación de 2,132 sistemas de agua potable y 753 sistemas de alcantarillado, para beneficiar a 900 colonias populares y 1,985 comunidades rurales". (278)

3.- FONDOS MUNICIPALES DE SOLIDARIDAD

"En 1990 se crearon los Fondos Municipales de Solidaridad, mediante los cuales se transfirieron recursos financieros adicionales a los municipios más pobres del país, con el fin de fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades más urgentes de la población. Durante 1990 se

canalizaron recursos por más de 110 millones de dólares (330,093 millones de pesos) a 1,421 ayuntamientos de 13 estados de la República, que registraban los mayores rezagos y carencias en los servicios de salud, educación, vivienda, equipamiento urbano y electrificación.

Con el apoyo y la activa participación de la sociedad, las comunidades incrementaron en un 35.4% los recursos de los Fondos con aportaciones económicas y mano de obra, lo que permitió la ejecución de casi 18 mil pequeñas obras de beneficio colectivo.

Para 1991 se estima ampliar los Fondos a 2 mil municipios, que representan el 76% de los ayuntamientos del país". (279)

Antes de anotar algunos datos interesantes en relación con la Salud Pública es nuestra intención dar a conocer a ustedes, algunos antecedentes del Programa IMSS-Solidaridad, que tuvo sus orígenes en el Programa IMSS-COPLAMAR:

"Con fundamento en la nueva Ley del Seguro Social de 1973, se establecieron los niveles de solidaridad social -actualmente conocidos como el Seguro IMSS-COPLAMAR-, por los que el Instituto Mexicano del Seguro Social, además de otorgar las prestaciones inherentes a sus finalidades, queda facultado para proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo en

favor de núcleos de población profundamente marginados en las áreas rurales, suburbanas y urbanas del país". (280)

"En 1973 se incluyó en la Ley del Seguro Social el concepto de solidaridad social, lo que ha permitido al Instituto estructurar un programa sólido y ambicioso que trasciende los esquemas clásicos de los seguros sociales, resultado de ello ha sido la extensión de la seguridad social a un número cada vez mayor y más significativo de mexicanos, que desde entonces han logrado mejorar sus expectativas de salud y condiciones de vida".

En los términos de la Ley, los servicios de solidaridad social abarcan tanto asistencia médica como farmacéutica e incluso hospitalaria, servicios todos que el IMSS procura ofrecer oportuna y eficientemente y con un alto sentido humano en favor de la población rural marginada.

Durante el período 1982-1987 estos servicios se ven influenciados por una serie de acontecimientos ocurridos en 1983 y 1984 fundamentalmente.

En 1983, el Instituto instrumentó su modelo de atención integral a la salud, a partir del cual se articularon e integraron orgánica y funcionalmente los recursos y servicios de solidaridad social en todo el país.

El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, emitido por el gobierno federal el 30 de mayo de 1983, adopta el compromiso de mejorar el nivel de atención a la salud de la población, particularmente el de los sectores rurales y urbanos rezagados.

La Ley General de Salud, en vigor desde el 1 de julio de 1984, constituye la base jurídica en que se instrumenta el modelo de atención integral.

En materia de salud, es prudente recordar que durante la última década la mayoría de los países han suscrito el compromiso de alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

La atención primaria a la salud consiste fundamentalmente en la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, cuya participación es indispensable. Los costos son mínimos para que la comunidad, y el país los pueda soportar.

El 20 de abril de 1983 el Ejecutivo Federal, con base en la Ley del Seguro Social, reintegró al Instituto la total responsabilidad del Programa IMSS COPLAMAR. Lo anterior, en razón de haber desaparecido la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) la cual se encargó de esta función durante el periodo 1979-1983. El IMSS por tanto, tiene que organizar la participación de las

comunidades como contraprestación por parte de éstas para recibir los servicios. En el programa se debe dar especial atención a las actividades que en forma directa y concreta influyen sobre el estado de salud de la población, sobre el mejoramiento del núcleo familiar y comunitario.

Por todo lo anterior, el Programa IMSS-COPLAMAR intenta establecer un conjunto de acciones globales para encarar los problemas de salud de las comunidades rurales marginadas."

4.- OBJETIVOS

GENERAL

a) Contribuir a la elevación del estado de salud de la población rural marginada mediante la atención integral y el cuidado a la salud individual, familiar y colectiva, impulsando para ello la participación organizada de los núcleos familiares y mediante la utilización de la tecnología y los recursos adecuados a las características del medio rural, con un costo asequible a la situación del país.

ESPECIFICOS

a) Consolidar la estructura administrativa y de servicios utilizando al máximo los recursos y, mediante la capacitación, lograr el mejoramiento de la calidad de los servicios proporcionados.

b) Mejorar y mantener la prestación oportuna, eficiente y humanitaria de la atención médica que se brinda en las unidades médicas del programa mediante la aplicación del modelo de atención integral a la salud.

c) Consolidar las actividades de acción comunitaria en

el campo de trabajo del Programa IMSS COPLAMOR mediante el fortalecimiento de la participación activa, consciente y organizada de la comunidad para la identificación y modificación de los factores que propician los daños a su salud y en la ejecución de acciones que contribuyan al bienestar individual, familiar y colectivo y, por ende, al mejoramiento de la calidad de vida.

d) Asignar mayor habilidad y autoridad con capacidad de decisión para que, mediante la fiel interpretación de las normas, se tomen las decisiones en el lugar mismo de la operación para que las soluciones sean más reales y oportunas.

e) Extender los servicios de solidaridad social a las zonas no cubiertas por los servicios institucionales de salud".
(281)

Para finalizar exponemos a continuación algunos datos referentes a la Salud Pública tomadas de la "Agenda de México", Publicaciones de la Presidencia, Dirección General de Comunicación Social:

"El mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar social alcanzadas por la población mexicana durante el presente siglo han contribuido a la profunda transición epidemiológica y demográfica que, sin embargo, sigue siendo incompleta y desigual en su distribución.

Este proceso, que es una primera etapa se caracterizó por una notable disminución de la mortalidad y un incremento simultáneo de la natalidad, fue seguido por un periodo de estabilización de esta última y una posterior disminución a principios de los setenta. Mientras de 1940 a 1960 la tasa bruta de natalidad se mantuvo alrededor de 46 nacimientos por cada mil habitantes, para 1991 la cifra se redujo a 43, en

tanto que en 1986 se registró un nivel de 32 nacimientos por cada mil habitantes. Estas cifras resultan de los cambios observados en la tasa global de fecundidad, la cual pasó de 6.6 hijos por mujer en edad fértil en 1970, a 3.8 en 1986.

Por lo anterior, podemos considerar que el país ha entrado en una fase de crecimiento regulado, en donde la esperanza de vida al nacer se ha incrementado sustancialmente. Mientras que en 1930 la esperanza de vida era inferior a los 40 años, en 1950 un mexicano recién nacido esperaba vivir en promedio 47 años. Cuarenta años después, la generación de mexicanos nacidos en 1990 aspirará a vivir cerca de 70 años, siendo la esperanza de vida al nacer para las mujeres de 72 y para los hombres de 66.

Todos estos cambios se han visto reflejados en la estructura de la población mexicana en donde se ha reducido, en términos relativos, la población menor a los 15 años. Aún así, la estructura de la población es aún joven, ya que de cada 100 mexicanos, 12 no han cumplido los 5 años, 27 tienen entre 5 y 14, y 21 entre 15 y 24 años.

A todo lo anterior se agrega la desproporcionada distribución de la población a lo largo del territorio nacional. Si bien en 1950, 2 de cada 3 mexicanos vivían en áreas rurales, para 1987 la razón se había invertido al pasar a 3 de cada 10. Además existe una gran dispersión de la población

on el área rural, de tal forma que gran parte de la misma se encuentra distribuida en cerca de 110 mil localidades de menos de 500 habitantes.

Si bien el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentra presente en todos los estados de la República y protege a más de 38 millones de mexicanos entre asegurados, pensionados y beneficiarios, los factores antes mencionados han influido desfavorablemente en la prestación de los servicios de salud. Las restricciones financieras y las dificultades administrativas han impedido alcanzar la calidad necesaria de los servicios a fin de lograr óptimos niveles de bienestar en la población". (282)

5.- MORTALIDAD

"La mortalidad en México ha mostrado un descenso notable, resultado tanto del desarrollo económico y social como de la mejoría en la cobertura y calidad de los servicios de salud. Mientras en 1930 morían 26 de cada mil habitantes, para 1950 esta cifra bajó a 16.3, continuando un descenso sostenido hasta el año de 1987, en que la tasa de mortalidad general se ubicó en 5 defunciones por cada mil habitantes.

Las principales causas de mortalidad para 1987 reflejan con claridad la profunda transición epidemiológica por la que atraviesa el país. No obstante, debe señalarse que las

enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias aún continúan como causa importante de muerte en México.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL (1987)

Causas	Porcentaje	Tasa*
Enfermedades del corazón	12.87	64.42
Accidentes	10.52	52.66
Tumores malignos	9.20	46.05
Enfermedades infecciosas intestinales	7.35	36.77
Diabetes mellitus	5.93	29.66
Influenza y neumonía	5.19	25.99
Afecciones del período perinatal	5.04	25.20
Enfermedad cerebro-vascular	4.50	22.50
Cirrosis hepática	4.03	20.16
Homicidio	3.87	19.35

(*) Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: INEGI-SSA.

El nivel de la mortalidad infantil ha registrado una tendencia descendente sostenida. La tasa registrada en 1987 fue de 22.2 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, en comparación a la tasa de 25.09 registrada en 1985, de 49 en 1975 y de 83.3 en 1955. Los datos disponibles permiten observar que 56.5% de las defunciones en menores de un año, ocurren en el período posneonatal. En general, durante el primer año de vida de los niños mexicanos, una de cada cinco muertes se debe a enfermedades infecciosas intestinales y una de cada siete debido a influenza y neumonías. (283)

6.- MORBILIDAD

"En nuestro país el establecimiento de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica constituye una respuesta a la demanda por contar con información epidemiológica oportuna y confiable.

PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDADES (1988)

Causa	Tasa (*)
Infecciones respiratorias agudas	16,074.62
Otras infecciones intestinales y las mal definidas	3,180.28
Amibiasis	1,318.12
Ascariasis	554.04
Parasitosis	478.78
Sarna	348.66
Dermafitosis y dermatomicosis	335.62
Hipertensión arterial	267.76
Angina estreptococcica	212.84
Diabetes mellitus	155.75

Fuente: SSA

Dentro del grupo de enfermedades transmisibles, los padecimientos prevenibles por vacunación requieren de una atención especial. El Programa Nacional de Inmunizaciones fue establecido en México desde 1973 ofreciendo la aplicación de cuatro productos biológicos (V02, DPT, AS y RC6) a la población menor de cinco años.

El programa de inmunización logró, durante la última década, avances sin precedentes. Sin embargo, con la intención

de darle un nuevo impulso, se ha transformado, a partir de 1991, en el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA). (284)

"A raíz de la "Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección Infantil y el Desarrollo del Niño", resultado de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia realizada en las Naciones Unidas en septiembre de 1990, México se estableció como objetivo alcanzar, para octubre de 1992, la "Vacunación Universal", es decir, asegurar que toda la población menor de cinco años cuente con su esquema básico de vacunación.

DOSIS APLICADAS EN EL PROGRAMA PERMANENTE DE VACUNACION/1

Biológico	Dosis Aplicadas
VOP	10'074,236
DPT	3'405,309
AS	4'776,124
RCG	2'554,456
TT	4'844,086

Fuente: CONAVA

Existen otras enfermedades transmisibles cuya importancia en la salud pública se ha visto reflejada en el desarrollo de programas específicos encaminados a su prevención y control. Destaca, entre otros, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), del cual se ha observado una franca tendencia ascendente desde 1982. Hasta el 31 de diciembre de 1990 se registraron 5,907 casos de esta enfermedad". (285)

7.- ADICCIONES

"En México existen 9.5 millones de personas de 12 años y más edad que consumen tabaco, de los cuales 1.5 millones consumen diariamente más de 10 cigarrillos y un número similar desconoce el número de cigarrillos que consumen.

En relación al consumo de alcohol, se sabe que 15.4 millones de mexicanos de 12 años y más ingieren algún tipo de bebida alcohólica. De éstos, en la cuarta parte el hábito interfiere de manera importante en sus actividades sociales, laborales o familiares. El 12.3% de la población referida consume algún tipo de bebida alcohólica al menos una vez a la semana. El 14.5% lo hace de 1 a 3 veces por mes y el 18.5% de manera ocasional.

De la Encuesta Nacional de Adicciones se encontró que el 4.3% de la población ha consumido cuando menos una sola vez algún tipo de droga, de los cuales el 1% refirió ser usuario activo en los 12 meses previos al momento del estudio, mientras que el 0.8% lo era en el mes anterior. La marihuana es la droga con mayores índices de consumo, seguida de los tranquilizantes, estimulantes e inhalantes.

El consumo de marihuana se estima en 14.9 usuarios por cada 1000 habitantes. (286)

8.- NUTRICION

"En 1988, la Encuesta Nacional de Nutrición indicó que, a nivel nacional, existen 12.6 millones de niños menores de cinco años con algún grado de desnutrición; esto es, cerca del 30% de la población en este grupo de edad. Una causa importante es el abandono de la lactancia materna. En la ciudad de México, menos del 31% de las madres de las zonas marginales amamantan a sus hijos a los 3 meses de edad". (287)

9.- RECURSOS MATERIALES

"México dispone de 1.1 camas por cada 1,000 usuarios, 1.7 médicos por 1,000 usuarios, 1.5 enfermeras por médico y un 67.9% de ocupación. Esto representa 59,913 camas, 81,593 médicos y 122,623 enfermeras distribuidos en 12,682 unidades médicas integradas en el sistema nacional de salud.

El porcentaje del PIB asignado a salud se ha mantenido estable durante los últimos años, aunque la reasignación de los recursos a la federación ha fortalecido los programas de apoyo a la salud.

ASIGNACION PRESUPUESTAL AL SECTOR SALUD

	1987	1988	1989	1990
Porcentaje del Presupuesto Federal	27.9	26.4	29.7	35.8
Porcentaje del PIR	2.7	2.8	2.5	2.9

Fuente: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En 1988 con un presupuesto asignado 112,325 millones de pesos -equivalentes en la actualidad a 37.5 millones de dólares- se terminaron 16 centros de salud y tres hospitales generales, además de realizar obras de conservación y rehabilitación de dos hospitales generales y 16 centros de salud.

Durante 1989, se asignaron 163,794 millones de pesos - equivalentes en la actualidad a 54.6 millones de dólares - para terminar 73 centros de salud y dos hospitales generales, rehabilitar y ampliar otros seis hospitales generales y finalizar el nuevo hospital Juárez de México". (288)

"En 1990, con una inversión de 226.670 millones de pesos -equivalentes a 75.5 millones de dólares- se terminaron 15 centros de salud, 3 hospitales generales y el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos. Además, se realizaron obras de conservación y rehabilitación en 14 hospitales generales y 78 centros de salud.

RECURSOS MATERIALES DEL IMSS (Febrero de 1991)

Unidades Médicas	1,639
Consultorios	11,751
Camas Censables	27,032
Salas de Operación	848
Salas de Expulsión	483
Peines de Laboratorios	1,827
Salas de Rayos X	712
Centros de Seguridad Social	183
Guarderías	127
Tiendas	16
Velatorios	2,790
Número de Vehículos	2,790
Ambulancias	1,154
Transportes de Personal	1,147
Transportes de Carga	489
Unidades Médicas IMSS Solidaridad	3,122
Hospitales Rurales	53
Unidades Médicas Rurales	3,079

Fuente: IMSS

Para cumplir las metas para 1991, se tiene un presupuesto programado de 262,609 millones de pesos --87.5 millones de dólares - con el que se desea terminar y equiparar 27 centros de salud, 9 hospitales generales, un centro contra la drogadicción y alcoholismo y tres centros de radioterapia, además del equipamiento de seis hospitales generales y la rehabilitación de otros seis, obras de mantenimiento en 86 centros de salud y el inicio de siete nuevos hospitales generales". (289)

"Hasta la fecha el Programa denominado IMSS-Solidaridad cuenta con 3,079 unidades médicas rurales y 53 hospitales rurales. Protege a casi 11 millones de mexicanos, mismos que representan el 48% del total de la población que no cuenta con servicios de seguridad social". (290)

CITAS BIBLIOGRAFICAS .
CAPITULO IV

- 222.- Diccionario Juridico Mexicano - Instituto de Investigaciones Cientificas , Universidad Nacional Autónoma de México - Editorial Porrúa, Tomo VII, México 1985.
- 223.- IDEM Tomo VII.
- 224.- IDEM.
- 225.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, 1989-1994.
- 226.- IDEM.
- 227.- IDEM.
- 228.- El Reto, SALINAS DE GORTARI CARLOS - Editorial Diana, México 1988.
- 229.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994.
- 230.- IDEM.
- 231.- IDEM.
- 232.- IDEM.
- 233.- IDEM.
- 234.- El Reto - SALINAS DE GORTARI CARLOS - Editorial Diana, México 1988.
- 235.- IDEM.
- 236.- Modernización para la Democracia, mensaje de Toma de Posesión del C. CARLOS SALINAS DE GORTARI como Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, 1988-1994, Cuadernos de Información y Propaganda, Comité Ejecutivo Nacional, - PRI.
- 237.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, 1989-1994.
- 238.- IDEM.
- 239.- IDEM.
- 240.- IDEM.
- 241.- IDEM
- 242.- IDEM.

- 243.- IDEM.
- 244.- IDEM.
- 245.- IDEM.
- 246.- IDEM.
- 247.- IDEM.
- 248.- IDEM.
- 249.- IDEM.
- 250.- IDEM.
- 251.- IDEM.
- 252.- IDEM.
- 253.- IDEM.
- 254.- Agenda de México, Presidencia de la república, Dirección General de comunicación Social, 12a. Edición, México 1991.
- 255.- IDEM
- 256.- IDEM.
- 257.- El Combáte a la Pobreza - CONSEJO CONSULTIVO NACIONAL DE SOLIDARIDAD - El Nacional, México 1991.
- 258.- IDEM.
- 259.- IDEM.
- 260.- IDEM.
- 261.- IDEM.
- 262.- IDEM.
- 263.- IDEM.
- 264.- IDEM.
- 265.- IDEM.
- 266.- IDEM.
- 267.- IDEM.

- 268.- IDEM.
- 269.- IDEM.
- 270.- IDEM.
- 271.- IDEM.
- 272.- IDEM.
- 273.- Segundo Informe de Gobierno 1990, Anexo, Poder Ejecutivo Federal, Presidencia de la República, México 1990.
- 274.- IDEM.
- 275.- IDEM.
- 276.- Agenda de México, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Dirección General de Comunicación Social, México 1991.
- 277.- IDEM.
- 278.- IDEM.
- 279.- La Salud en México, Testimonios 1988 - Desarrollo Institucional, IMSS, ISSSTE, GUILLERMO SOBERON, JESUS KUMATE, JOSE LAGUNNA, Biblioteca de la Salud , México 1988.
- 280.- IDEM.
- 281.- IDEM.
- 282.- Agenda de México Presidencia de la República, Dirección General de Comunicación Social, México 1991.
- 283.- IDEM.
- 284.- IDEM.
- 285.- IDEM.
- 286.- IDEM.
- 287.- IDEM.
- 288.- IDEM.
- 289.- IDEM.
- 290.- IDEM.

-CONCLUSIONES-

1.- A lo largo del desarrollo del presente trabajo recepcional, nos hemos percatado de que la tradición mexicana en el campo de la salud ha sido vasta e importante ya que desde la Epoca Prehispanica nuestros antepazados se preocuparon por implementar tratamientos , remedios y curaciones basados en la Herbolaria, tradiciones que fueron sucediendose oralmente y que sirvieron de base para el desarrollo e implementación de la atención médica en la etapa Colonial y en el establecimiento de centros de atención y asistencia medica, los cuales fueron evolucionando hasta nuestros días en los que ahora conocemos como un modelo moderno de asistencia medica de prevención y tratamiento de enfermedades y que dieron origen a los distintos Modelos y Sistemas de Salud conocidos en nuestro país que son: SISTEMAS DE BENEFICIENCIA PUBLICA, SEGURIDAD SOCIAL, PAGO PERSONAL, CARIDAD, SEGURO VOLUNTARIO, SERVICIOS MEDICOS INDUSTRIALES, Y SERVICIOS MEDICOS SELECTIVOS.

2.- Destaca por su importancia el Manuscrito de Badianuz conocido como "HERBARIO DE LA CURZ BADIANO", el cual lleva ese nombre porque Juan Badiano fue quien lo tradujo al latin, a su vez Gregorio López fue el primero en escribir el Primer Logro de Terapéutica en America Latina basandose en este importante documento.

3.- Por lo que respecta al análisis de las Garantías

Individuales la importancia de las misma radica en su función de "SEGURIDAD JURIDICA" o Juridicidad, la cual implica la obligación de todas las autoridades del Estado de someter su actuación al Derecho.

La importancia de las Garantías Individuales en nuestro Sistema Jurídico radica en su función de "Seguridad Jurídica" o Juridicidad, la cual implica la obligación de todas las autoridades del Estado de someter su actuación al Derecho.

Las Garantías Individuales son el instrumento del pueblo a través del cual se autodetermina la Soberanía Estatal, entendiéndose que el poder del Estado es aquel que supedita todo lo que en él existe y subordina todos los demás poderes y actividades que se realicen en su interior, sin embargo esta soberanía o poder estatal no es ilimitado ni irrestricto sino que partiendo de que la Soberanía Nacional corresponde esencial y originariamente en el pueblo por circunstancias prácticas decide delegar su ejercicio en las autoridades estatales, partiendo del hecho de que el pueblo conserva la potestad soberana en todo momento, y solo delega su ejercicio en órganos creados expresamente por él.

De esta forma surgen las características de la Soberanía Estatal que son la autolimitación contemplada en el artículo 40 Constitucional que dispone "Que es voluntad del pueblo mexicano constituirse en una República Representativa Democrática y

Federal, compuesta de estados libres y soberanos en todo lo que concierne a su régimen interior" y la autodeterminación que da paso a la creación de las garantías individuales que junto con el principio de legalidad contemplado en los numerales constitucionales 14 y 16 imponen restricciones a la actividad estatal por conducto del Orden Jurídico establecido.

4.- La palabra Garantía deriva del término anglosajón "Warranty" o "Warantie" que significa la acción de asegurar, proteger, defender o salvaguardar.

En sentido lato "Garantía" es el aseguramiento o afianzamiento así como la protección, el respaldo, defensa, salvaguardia y apoyo.

El vocablo "Garantía" nace a la vida jurídica bajo la legislación francesa, tomándola posteriormente el resto de los pueblos a mediados del siglo XIX.

El correcto significado que debemos dar al término "Garantía" para nuestro estudio, es el derivado de la relación jurídica que se establece entre Gobernados y Gobernante, de esta forma la relación que guarda dicho concepto con las asepciones Derechos Civiles, Derechos Humanos, Derechos Individuales y Derechos de los Gobernados radica en la similitud que diversos tratadistas realizan de la primera con los términos mencionados, anotando por nuestra parte que es

cierto que el comun denominador de estos términos es que todos ellos engloban un conjunto de prerrogativas, facultades o libertades de las cuales gozan los individuos en forma individual o colectiva, sin embargo para las Garantías Individuales es menester contemplar la relación de Supra o Sub-ordinación que se establece entre Gobernantes y Gobernados resultando entonces que las definiciones dadas a los Derechos Civiles y Derechos Humanos, nos muestran un catálogo interminable de prerrogativas que gozan los individuos, pero que no en su totalidad se encuentran contempladas en el máximo ordenamiento legal y por tanto resultan ser derechos, facultades o prerrogativas latentes en nuestro sistema jurídico, en otras palabras estos derechos no se encuentran aún dentro de la relación de Supra o Sub-ordinación característica esencial de las Garantías Individuales.

Se desprende de lo anterior que los Derechos del Hombre, Derechos Humanos o Civiles resultan ser ideas generales y abstractas, a diferencia de las garantías individuales que son ideas individualizadas y concretas.

5.- La relación jurídica existente en las garantías individuales se manifiesta a través de las relaciones de Supra o Sub-ordinación que se entablan entre los gobernados y el Estado, consistiendo la misma en el vínculo existente entre dos entidades distintas que no se encuentran ubicadas en el mismo plano, creandose como sujetos de este vínculo:

a) Como Sujeto Activo, poseedor de los derechos: El gobernado y

b) Como Sujeto Pasivo, lo conforma el Estado y sus autoridades.

6.- Ha quedado ya plasmado, que la situación de las personas jurídicas o morales frente a las garantías individuales es que también son detentadoras de estos derechos a pesar de que el término dado a estas prerrogativas sea el de "Garantías Individuales", lo anterior se debe al pensamiento de Vallarta que influyó sustancialmente en la Constitución del 17, así figuras de carácter colectivo como lo son: Organizaciones o Asociaciones Laborales y Patronales, Comunidades Ejidales, Empresas de Participación Estatal y Organismos descentralizados son sujetos de las Garantías, en base a que éstas pueden considerarse como centros de imputación directa de la normatividad del Estado, dentro de las relaciones de coordinación y de Supra o Sub-ordinación, teniendo la calidad de gobernados, al ser susceptibles de afectación en su esfera jurídica, por algún acto de autoridad.

7.- Los elementos de las Garantías Individuales son los siguientes:

SUJETOS

Sujeto Activo Personas Físicas
 Personas Morales o Jurídicas
 de carácter privado.
 Personas Jurídicas de carácter social.
 Personas Morales de Derecho Público.

"Todas aquellas personas en que opere o vaya a operar actos de autoridad, es decir actos atribuibles a órganos estatales de índole unilateral, imperativa y coercitiva."

Sujeto Pasivo.- El Estado y sus autoridades (incluso Organismos Descentralizados).

OBJETO

Por el objeto debemos entender el conjunto de derechos y deberes derivados de la relación jurídica.

Corresponde al Sujeto Activo el goce de los derechos, los cuales implican una potestad jurídica obligatoria que se hace valer en forma mediata frente al Estado, y ante las autoridades del mismo de forma inmediata. Esta potestad consiste en el Respeto de un mínimo de actividades y el Aseguramiento de los mismos; es decir, el derecho consignado es un Derecho Público Subjetivo.

Por lo que hace al Sujeto Pasivo recae en él los deberes de la relación traduciendose éstos en un total y absoluto respeto frente a los Derechos Públicos Subjetivos, verificandose la obligación con un No Hacer en su caso con una Conducta Positiva, el fundamento de estas obligaciones es el Principio de Juridicidad; que implica la total subordinación de todos los actos del poder público, a las normas jurídicas pre-establecidas.

Tratandose de disposiciones Constitucionales, la obligación es la de cumplir y hacer cumplir la Constitución.

8.- Por lo que respecta a las Garantías Constitucionales, éstas son las instituciones y normas supremas, consignadas en nuestro ordenamiento máximo, las cuales establecen la forma de gobierno y las facultades conferidas a las autoridades del Estado, así como los instrumentos procesales tendientes a reestablecer el Orden Constitucional cuando éste fuere violado.

La diferencia que existe entre las Garantías Individuales y las Garantías Constitucionales, es que las primeras siempre se traducirán en las relaciones jurídicas de Supra o Sub-ordinación dadas entre los gobernados y el Estado, originandose un deber a cargo de éste último que se traduce en un no hacer o respetar, mientras que las Garantías o Normas

Constitucionales no siempre se traducen en una relación de Derecho entre gobernados y gobernante; como los son los enunciados de los numerales 89, 76 ó 115 Constitucionales, y que como muchas otras disposiciones reciben el nombre de Garantías Constitucionales.

9.- Por su parte las Garantías Sociales se definen a partir del análisis y estudio realizado al sustento jurídico de las mismas, es decir, se llega a una definición del término partiendo del origen de la norma, y que en este caso es el Derecho Social como una de las ramas de nuestra clasificación Tripartita del Derecho Positivo; así el Derecho Social es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad, integrados por individuos socialmente débiles, para lograr su convivencia con las otras clases sociales, dentro de un orden jurídico.

Las características del Derecho Social son las siguientes:

a) No es un derecho específico e individualista, sino que va encaminado a los intereses de diversos grupos sociales, los cuales se encuentran bien definidos.

b) Es eminentemente económico.

c) Pretende establecer un sistema de instituciones y controles que ayuden a lograr un cambio entre los conflictos de intereses y con ello lograr una colaboración social pacífica y una convivencia justa.

d) Tiende a limitar las libertades individuales en pro

del beneficio social.

De esta Rama de Derecho, se desprenden una serie de normas jurídicas a las cuales damos el nombre de "Derechos Sociales" y que no son más que las prerrogativas y pretensiones de carácter económico, social y cultural reconocidas al ser humano individual o colectivamente considerado. Hoy día se les designa como derechos económicos, sociales y culturales de las exposiciones anotadas respecto del significado de "Garantía Social" concluimos que son el conjunto de derechos protectores de determinados grupos sociales que por razones económicas o culturales se encuentran en notable desventaja frente a otros grupos, por lo que estas garantías han venido a conformar una serie de normas instrumentales inspiradas en los principios de justicia social, las cuales se encuentran desprovistas de fórmulas y rigorismos lentos, surgiendo un Derecho Social y un Derecho Procesal Social, existiendo por ende un deber u obligación a cargo del Estado o Autoridad Política que se traduce en un hacer por parte de éste.

10.- Es indispensable no dejar de mencionar que las Garantías Sociales al ser un conjunto de derechos o prerrogativas del hombre individual o colectivamente considerado, engloban una serie de Intereses, mismos que como ya mencionamos pueden ser Federales o Públicos, Estatales o Generales y Municipales, en cualquiera de estos casos lo importante es considerar que todos ellos, para concebirse como

Interés Social, deben revestir las siguientes modalidades:

a) Estamos en presencia de un Interés Social cuando a través de medidas legislativas o administrativas se pretenda satisfacer alguna necesidad de que adolezcan los grupos mayoritarios de cualquier colectividad.

b) Existe Interés Social cuando se trate de solucionar o de evitar algún problema de cualquier índole que afecte o vaya a afectar a dichos grupos.

c) Habrá interés social en la propensión de mejorar las condiciones vitales de dichos grupos.

Concluimos que las garantías sociales engloban cualquier tipo de interés social, mismo que se transforma en el propio contenido de preservación jurídica, siendo sus titulares los grupos humanos que integren en su mayoría los distintos niveles demográficos mencionados por Burgon en nuestro estudio.

11.- Interés Público es el conjunto de pretensiones de carácter eminentemente colectivos, cuya satisfacción corre a cargo de la actividad del Estado, y se verifican al originarse una serie de beneficios para la comunidad. En virtud de que las actividades de servicio público se consideran como aquellas que tienden a satisfacer en forma continua, uniforme, regular y permanente necesidades de carácter colectivo, concluimos que la garantía social de la salud, bien podría constituir una actividad catalogada como utilidad pública.

12.- Al igual que las garantías individuales, las garantías sociales se traducen en la relación jurídica existente entre dos sujetos, sin embargo los elementos

constitutivos difieren sustancialmente de los contemplados en las garantías individuales, de acuerdo con lo expuesto en nuestro capítulo II de forma general, el vínculo jurídico del precepto social se encuentra conformado, por un lado, por las clases sociales carentes del poder económico o de los medios de producción y en general los grupos colocados en situación precaria y por otro lado las castas poseedoras de la riqueza o situadas en bonancible posición económica. Hemos de aclarar que esta situación jurídica se adecua en especial al Derecho Obrero, el cual ha sido tomado por diversos autores del derecho como modelo en el cual se explican los elementos que conforman la relación, como lo son los sujetos y el objeto; sin embargo, y como mencionaremos en las siguientes conclusiones, el precepto estudiado del Derecho a la Salud, como una auténtica Garantía Social, tiene sustento en una relación jurídica especial y por ende los elementos o partes integrantes de la misma reciben un tratamiento especial, tema de nuestro actual trabajo.

Así, y como premisa inicial, los sujetos de la relación de la norma social son el Sujeto Activo conformado por todo grupo social que por razones educativas, culturales, económicas, laborales, etc., se encuentre en notable desventaja frente a otros grupos.

El Sujeto Pasivo, serán entonces las comunidades detentadoras de los medios o instrumentos indispensables para

satisfacer las necesidades anteriormente apuntadas.

De todo ello, existe un tercer elemento en las garantías sociales que está conformado por el Estado y sus autoridades, el cual realiza una actividad frente a la misma de: vigilancia, intermediación y fiscalización, fungiendo en virtud de su facultad de Imperio como intermediario entre los sujetos de la relación, imponiendo restricciones a los principios de la autonomía de la voluntad y de la libre contratación a modo de encargarse de mantener o restituir la situación jurídica existente entre los sujetos de la garantía.

Respecto de la Garantía Social del Derecho a la Salud, el Estado guarda un lugar especial frente al Sujeto Activo de la relación de derecho que en las siguientes conclusiones apuntaremos, por el momento es lo anotado anteriormente como regla general del tratamiento jurídico de las garantías sociales.

En cuanto a las diferencias que encontramos entre las garantías individuales y las garantías sociales, las que destacan, comentamos a continuación, mismas que dan fundamento a nuestra hipótesis propuesta y que descansan en los siguientes puntos:

a) Por un lado las garantías individuales como y hemos comentado, se traducen en la relación jurídica de Supra o Sub-ordinación entre los gobernados y el Estado, resaltando la obligación por parte del segundo de un NO HACER, o no

trasgredir los derechos consignados en tales garantías y más aún se traduce este deber en una actitud de respeto frente a los titulares de dichas normas.

b) Por su parte, las garantías sociales difieren sustancialmente de las individuales tratándose sobre todo del derecho a la salud, ya que las mismas entrañan una relación jurídica entre un grupo o colectividad desprovista de los medios suficientes, sean económicos, culturales, educativos, etc. y que se encuentran en notable desventaja frente a otros núcleos sociales, resaltando la gran diferencia con la garantía individual, ya que en la norma social del Derecho a la Salud, el Sujeto Pasivo es el Estado y sus autoridades, recayendo en el mismo la obligación de HACER, es decir de proporcionar a esos sectores sociales los medios para satisfacer sus necesidades. Aquí, el Estado no sólo funge un papel de vigilancia, sino que es la entidad encargada directamente y obligada principal de proporcionar todos los medios, sistemas o planes, a fin de que el detentador de la garantía social se encuentre en una situación de justicia y equidad de la cual carece.

Importante es destacar que los intereses sociales juegan un papel importante en relación con las garantías sociales, siendo aquellos el objeto de preservación de éstas últimas, y es aquí donde apreciamos claramente la integración del Derecho a la Salud como materia de interés social.

13.- Concluimos que el Derecho a la Salud con fundamento en la Doctrina del Derecho Social y lo argumentado respecto de los Intereses Sociales y en base a la propia Iniciativa Presidencial de reforma o adición al Artículo 4 constitucional es una auténtica Garantía Social.

14.- El 20 de diciembre de 1982, el entonces Señor Presidente Miguel de la Madrid Hurtado propuso al H. Congreso de la Unión, la reforma al artículo 4o. Constitucional con la

adición de un penúltimo párrafo 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."

De la propuesta del Ejecutivo Federal se originaron una serie de consideraciones, ideas y pensamientos por parte de los participantes en el proceso legislativo, es decir, se llevó a cabo la discusión y en su caso la aprobación de la Iniciativa de LEY por parte de las Cámaras de Senadores y Diputados fungiendo la primera de ellas como Cámara de Origen y la subsecuente como Cámara Revisora de dicho estudio, destacan por su contenido algunas ideas que puntualizamos a continuación y que dan sustento al "Diario de Debates" de la propia Reforma, documento que nos ha ayudado a una mejor comprensión de los motivos, causas y objetivos que dieron como resultado la elevación a rango constitucional del Derecho a la Salud, considerado éste como una auténtica Garantía Social.

De dichos pensamientos resumimos las siguientes ideas:

El Ejecutivo Federal expone como ideas fundamentales, el problema de que el Gobierno Mexicano no ha sido capaz de establecer un sistema Nacional de Salud que responda a la demanda popular de una vida sana, que las acciones de planificación familiar no han sido eficaces y amplias para

controlar el índice de natalidad de nuestro País; menciona el problema de la descoordinación de las distintas dependencias y entidades públicas que actúan en el campo de la salud produciendo duplicidad, contradicciones, derroche de recursos y esfuerzos. Así como pérdida de tiempo, menciona también que a pesar de existir un cuadro básico de medicamentos, el mismo no opera cabalmente al igual que cita que en la garantía propuesta se optó por la expresión "Derecho a la Protección de la Salud" porque tiene el mérito de connotar que la salud es una responsabilidad que comparten indisolublemente, el Estado, la Sociedad y los interesados, reconoce que el carácter social de este derecho impone a los poderes públicos un deber correlativo al que considera puede hacerse frente si existe solidaridad, responsabilidad pública, voluntad política y capacidad de ejecución; abunda anotando que no se trata de la creación de un aparato burocrático nuevo, forzosamente grande e inmanejable, sino de un sistema conducido por la autoridad sanitaria en el que las Instituciones de Salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica y patrimonio propio así como de su autonomía paraestatal se integren y coordinen funcionalmente para evitar contradicciones y duplicidades en el Sistema Nacional de Salud a lo que alude que el Sistema de Planeación es condición indispensable para que el primero de éstos se implante, en virtud de que la planeación Nacional dispondrá de 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

con la Salubridad General.

Anota que la Ley Sanitaria ha desvirtuado el ámbito de la misma, concebida por el Constituyente de Querétaro aunado a los convenios de servicios coordinados de Salud Pública y prácticamente se ha liquidado el carácter concurrente de la materia sanitaria por lo cual la visión previene la expedición de una ley reglamentaria que distribuya entre la Federación y las entidades Federativas la competencia y responsabilidades en cuanto a la salubridad tocan a cada uno de los niveles de Gobierno, sin perjuicio de que cada Entidad de acuerdo con su legislación convenga con los Municipios que éstos participen en las actividades de Salud. Para finalizar la iniciativa dispone que en lo relativo al acceso a los servicios de salud la ley reglamentaria definirá las Bases y Modalidades de ese acceso tomando en cuenta las características particulares de los regímenes de seguridad social, de los Sistemas de Solidaridad Social, cuyo financiamiento son recursos fiscales así como de la cooperación comunitaria y de los Sistemas de Asistencia Pública.

15.- El Proyecto de Adición Constitucional fué presentado para su estudio ante la Cámara de Origen, Comisiones Unidas, Primera de Puntos Constitucionales la cual fué analizada y discutida resultando aprobada por 60 votos, acto seguido fue turnada la iniciativa a la Cámara de Diputados los que de igual forma procedieron al estudio, analisis, discusion,

y aprobación de la reforma siendo aceptada por un total de 325 votos a favor, uno en contra y una abstención, es importante anotar las características e ideas comunes de los Dictámenes emitidos por ambas Cámaras, a manera de conclusiones preliminares, las cuales anotamos a continuación:

a) La concepción del Derecho a la Protección de la Salud como una Garantía Social, es aceptada por unanimidad.

b) La definición de Derecho a la Salud, anotada en ambos dictámenes, esta basada en el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud.

c) En ambos documentos, el ejecutivo encuentra eco a sus conceptos, en el sentido de que el Derecho a la Protección de la Salud, es una responsabilidad que comparten el Estado, la Sociedad y los interesados.

d) Se menciona la necesidad de proporcionar a la población medicamentos a precios preferenciales y con las normas de estricto control de elaboración a fin de conformar el cuadro básico de medicamentos.

e) Es aceptada por ambas Cámaras la propuesta Presidencial de la creación de un Sistema Nacional de Salud que tenga sustento en la planeación Nacional, la cual será la encargada de vigilar que los programas plasmados en el Plan Nacional de Desarrollo sean compatibles y complementarios.

f) Prevalece la idea de que el Sistema Nacional de Salud consistirá "en la creación de un aparato burocrático" más, sino por el contrario deberá buscarse la coordinación entre las Instituciones de Salud, respetando su naturaleza jurídica.

g) Así mismo se habla de alcanzar en el mediano plazo la posibilidad por parte de los grupos sociales carentes de atención médica el acceso a servicios Institucionales que contribuyan a la protección, restauración y mejoramiento de los niveles de salud.

h) Se ratifica en los dictámenes la distribución de facultades y competencias en materia de Salubridad General entre la Federación y las Entidades Federativas, con fundamento en la Fracción XVI del artículo 73 Constitucional.

i) Por último en términos de la Administración Pública, el objeto de la Reforma Constitucional es lograr la descentralización de los servicios de salud por conducto de la

expedición de una Ley Reclamatoria que defina "las bases y modalidades" del acceso a dichos servicios.

Conviene comentar que las exposiciones de los dictámenes senatorial y de diputación son en realidad una síntesis histórica de los avances y logros realizados en años anteriores, claro está sin mencionar a fondo, los graves problemas de desnutrición de la población infantil, de la falta de servicios públicos en zonas marginadas de las Ciudades, que reciben el nombre de "cinturones de miseria", de los graves problemas que afrontamos por la contaminación ambiental, repercutiendo en el bienestar mental y físico de los habitantes, de la escasez de vivienda, así como la serie de situaciones que de hecho debieron ponerse de manifiesto durante la consulta popular realizada previamente a la iniciativa de reforma Constitucional, concretándose entonces a repetir a más de una vez lo sustentado por el Ejecutivo Federal sin atender a la fundamentación Jurídica del Derecho Social, rama que da origen a nuestro precepto social.

16.- A fin de estar en condiciones para realizar la reforma Constitucional planteada en este trabajo recepcional, como hipótesis normativa, nos permitimos analizar los elementos o partes constitutivas del Derecho a la Salud, encontrando los siguientes términos y anotando las conclusiones finales de cada uno de ellos.

a) El primero es la palabra "Persona" la cual en

términos jurídicos queda definida como "La entidad dotada de existencia jurídica susceptible de ser titular de derechos objetivos, facultades, obligaciones y responsabilidades jurídicas. La determinación del nacimiento jurídico de la persona jurídica individual, a la cual nosotros llamamos hombre (en términos generales, sexo femenino o masculino) o individuo humano, se encuentra contemplada en nuestro ordenamiento civil en su número 337 que nos dice "para los efectos legales solo se reputa nacido el feto que desprendido enteramente del seno materno vive 24 horas o es presentado vivo al Registro Civil". Para efectos de la interpretación de persona bajo el prisma de garantía social, afirmamos que ésta es sinónimo de ser humano físico e individual así como ente perteneciente a una clase social determinada, sujeto que es titular de la garantía de la salud desde el momento de su nacimiento hasta la muerte.

b) El derecho social como rama jurídica distinta del derecho público y privado da las bases, fundamentos y lineamientos legales para la determinación de quienes son los sujetos detentadores de la garantía estudiada, concluyendo que el derecho social de la salud es el conjunto de normas jurídicas que establecen y desarrollan diferentes principios y procedimientos protectores en favor de las personas, grupos y sectores de la sociedad que por razones económicas, sociales o culturales se encuentran en notable desventaja frente a otros grupos sociales en materia de salud.

c) El segundo elemento es la frase "Derecho a la Protección a la Salud", definiendo en primera instancia a la Salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones", concepto dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos proporciona el fundamento para sostener que la salud al ser una garantía y la función de ésta la de proteger, asegurar o salvaguardar la salud de los detentadores del precepto social y en virtud de que el propio concepto de salud engloba toda una serie de factores no solo de enfermedad o ausencia de éstas, sino aspectos sociológicos como la vivienda, la nutrición, el vestido, el trabajo, la recreación, etc. se convierte este concepto en una definición globalizadora o multifactorial de las necesidades que guardan una estrecha relación con la salud, considerando entonces que el término "proteger" se encuentra ya inmerso en el concepto "garantía" y en la definición propia de la "salud": por lo que concluimos que el artículo Constitucional bien puede quedar conformado con la expresión "Derecho a la Salud", debiéndose entender por éste, la facultad derivada de nuestro máximo ordenamiento legal la cual se traduce en el goce y disfrute por parte de los sectores sociales marginados económica y socialmente de nuestro País, de los servicios no personales y de los servicios personales: preventivos, curativos y rehabilitatorios a fin de proporcionar a estos sectores que se encuentran en notable desventaja frente al resto de la población, un estado de bienestar individual y colectivo acorde con sus necesidades y

Requerimientos más elementales.

d) Por lo que hace a las Bases y Modalidades para el acceso a los servicios de salud, debemos entender por servicios de salud, todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Con fundamento en la Ley General de Salud, se distinguen tres tipos de Servicio de Salud: la Atención Médica, la Salud Pública y la Asistencia Social.

Atendiendo a los prestadores del servicio, la ley nos da la siguiente clasificación:

- 1.- Servicios Públicos a la población en general.
- 2.- Servicios a Derechohabientes de Instituciones Públicas de seguridad social.
- 3.- Servicios Sociales y Privados.
- 4.- Otros que se presten de acuerdo a como lo establezca la autoridad sanitaria.

e) Dentro de un Sistema de Salud, destacan dos elementos que se relacionan con su buen funcionamiento:

La Tecnología apropiada y la atención primaria.

La Tecnología la definimos como el conocimiento humano

sobre la utilidad y el manejo de las herramientas, métodos, técnicas y modalidades de organización y financiamiento, grandes capítulos que se han denominado "componentes físicos" (equipo) y "componentes lógicos" (conocimiento y organización). Si la tecnología es cualquier técnica o herramienta producto o proceso, método o aparato que permite ampliar la capacidad humana, por cambio tecnológico, debemos entender el establecimiento de alguna innovación de la manera de hacer las cosas que resulta en modificaciones sobre productos, artefactos, servicios y procesos dentro de la sociedad.

La Tecnología apropiada es el intento por ajustar la escala y complejidad de la tecnología con respecto a las necesidades locales en función del trabajo que se desea realizar, los valores culturales vigentes y las consideraciones económicas. El desarrollo de un país tiene su fundamento en gran medida en la transferencia de tecnología en nuestro caso, médica, por lo cual México debe buscar crear una base tecnológica acorde y adecuada a fin de producir bienes y servicios mayores para su población.

Para que exista una atinada planeación de los servicios de salud, se requiere de la implementación de un sistema de evaluación, que valore el papel que desempeñe la nueva tecnología médica en relación con la calidad de la atención. No debemos olvidar que es vital el saber las verdaderas

prioridades de salud, y de esta forma la tecnología apropiada será la que resuelva los problemas de la población usuaria.

Por lo que hace a la atención primaria, cabe decir que la misma retoma, importancia dentro del sistema de salud a partir de la "Reunión de Alma Ata en la URSS en 1978" en la cual los países signatarios se comprometieron a reorientar los servicios de salud hacia "la salud para todos" la cual se basó en los logros del mejoramiento, en atención de los problemas de salud, prioritarios y la atención especial para los grupos de mayor riesgo. En esta reunión se establecieron los fundamentos de la atención primaria como principal estrategia, destacando dos enfoques:

La extensión de la cobertura para incluir a toda la población y la implementación de mecanismos para evaluar los resultados de la atención por medio de indicadores sobre los cambios en el estado de salud de la población. A fin de llevar estas acciones los países se comprometieron a orientar la proporción necesaria del presupuesto total de salud a la prestación de servicios básicos y hacia la lucha para reducir los problemas sociales y ambientales que afectan a los grandes grupos de población.

La atención primaria debe incorporar las tecnologías de salud apropiadas según el contexto local y los recursos disponibles, además los otros niveles del sistema deben

coordinarse estrechamente con la atención primaria, de tal forma que, el área de prioridad sea ésta última y los servicios especializados se subordinen en términos de recursos físicos, humanos y financieros.

f) El término competencia concurrente se denomina en nuestro sistema legal como facultades coexistentes, las cuales pueden definirse como "aquellas que una parte de la misma facultad compete a la federación y la otra a las Entidades Federativas, claro ejemplo de estas facultades se encuentran establecidas en el artículo 73 Constitucional Fracción XVI en la cual se otorga al Congreso Federal facultad para legislar en materia de salubridad general. Podemos decir que la competencia coexistente o concurrente fué tomada por nuestro País de la Doctrina y la Jurisprudencia de los Estados Unidos de Norteamérica; derivando nuestros diversos sistemas de distribución, de competencias entre la Federación y los Estados, el principio norteamericano que dice: "Todo aquello que no está expresamente atribuido a las autoridades Estatales es competencia de las entidades Federativas; la Constitución enumera lo que los Poderes de la Unión puedan hacer y todo lo demás es competencia de las Entidades Federativas".

La principal diferencia entre el postulado norteamericano y el sistema vigente del país, la establece el artículo 124 Constitucional aclarando que las facultades federales tienen que estar expresamente señaladas, palabras que

no aparezcan en el principio norteamericano señalado.

Por lo que hace a la Salubridad General de la República, el problema principal planteado es la determinación de cuales son las materias que constituyen la mismas, es decir que en base al criterio sustentado por ambas ejecutorias de la corte, nos percatamos que si bien en la ejecutoria del 25 de enero de 1932 no se delimita el alcance de la Salubridad General, en la Tesis Jurisprudencial del 13 de septiembre de 1932, se fija la base objetiva para determinar la competencia federal de la salubridad, concluyendo que son competencia de la Federación en los casos de epidemias graves y en casos de peligro de invasión de enfermedades exóticas en el País, materias señaladas en el propio artículo 73 Constitucional, Fracción XVI, surgiendo entonces el problema de Inconstitucionalidad de la actual Ley General de Salud, al disponer en su artículo 3o. las materias que constituyen la Salubridad General de la República y que por ende son competencia del Congreso de la Unión, entre las cuales no se mencionan los casos contemplados en nuestra carta magna como materias de Salubridad General de la República.

Por lo anterior, nuestro criterio se inclina a considerar que si la Constitución otorgó la facultad respecto a la Salubridad General al Congreso de la Unión, es éste último el que debiera delimitar y precisar el concepto a través de la Ley Ordinaria, es decir por conducto de nuestra Ley General de Salud, siempre y cuando no se limiten las materias de

Salubridad General en la propia Constitución, como es el caso actual del artículo 73 Fracción XVI, inciso 2 de nuestra Carta Magna.

17.- Por otra parte, la actual Ley General de Salud establece que la misma tendrá el carácter formal por ser un conjunto de normas reglamentarias de la Constitución, así como el tratarse de un ordenamiento de aplicación tanto por las autoridades Federales como las locales en materia de Salubridad General, sin embargo no escapa a nuestro conocimiento que el legislador respetuoso de la Soberanía de los Estados y consciente de su participación en cuanto a las materias de educación, cultura, ecología, comercio, comunicaciones, transporte, alimentos y medicamentos, permite que cada Estado emita su legislación local de dichas materias así como de la salud, situación que se explica si consideramos que en cada región de nuestro país, surgen y se presentan situaciones y necesidades comunitarias particulares.

De lo anterior, se desprende que cada Entidad Federativa legisle en las materias citadas, que vienen a conformar la Salubridad Local.

Aunado a lo anterior, la propuesta de modificación Constitucional, no sólo descansa en el aspecto social del Derecho a la Salud, sino va más allá al proponer el carácter Federal de la Ley Reglamentaria que encuentra su fundamento

sobre las siguientes consideraciones:

A.- De la adición propuesta al Art. 4 Constitucional el objetivo de la misma y el espíritu que en ésta prevalece no sólo es elevar a rango Constitucional como garantía social al derecho a la salud, sino que es más ambiciosa nuestra propuesta, dado que establece la obligación del Estado de proporcionar a aquella población abierta que integrada por los grupos sociales que se encuentran en notable desventaja frente a otros grupos, por razones económicas, sociales o culturales, los servicios de salud que definimos en la misma.

No conforme con ello y como consecuencia lógica e inmediata de lo anterior se propone que la Ley reglamentaria que al efecto se emita tenga carácter Federal, entendiendo por esta característica de la Ley que su observancia es obligatoria para todo el Territorio Nacional, por ende las legislaturas locales atento a lo dispuesto por el Art. 120 Constitucional deberán observar y aplicar las leyes que posean esta cualidad.

Atento a dicho razonamiento y siguiendo con el espíritu que tal enmienda propone, se justifica que la citada Ley Reglamentaria goce de carácter Federal porque reconocemos el que la necesidad de proteger a la población abierta que se encuentra en notable estado de desventaja se hace patente en todas y cada una de las entidades federativas, luego entonces el concluir y no darle tal carácter sería tanto como no

proteger a estos grupos sociales que se localizan en todo el Territorio Nacional; y más aún sería contravenir la enmienda propuesta, por su carácter social.

No obstante lo anterior, cabe citar que por una sana técnica legislativa y por consecuencia administrativa y con el objeto de no incurrir en el entonces error de crear confusión en la población detentadora de la garantía social propuesta, al existir diversidad de leyes, acuerdos, reglamentos tanto Federales como Locales que en materia de Salud existen, se deje en completo estado de indefensión al gobernado por la multiplicidad de dichos ordenamientos, traducido en que la autoridad en cuestión, no solo no se encontraría delimitada en sus funciones sino que por dicha diversidad podría abarcar otras que no le corresponde. Aunado a que serían innecesarios e improcedentes los actos que de dichas circunstancias surjan por adolecer estos de vicios desde su origen, ya que el sentido y espíritu de la ley deberá ser clara y precisa: entendiéndose por el primero el otorgar y proporcionar al gobernado una protección fácil y accesible en su vida real y concreta en cuanto al derecho a la salud y por lo segundo facilitar el acceso a los servicios de salud implementados por el Estado.

Por todo lo antes expuesto el texto de la enmienda que nos ocupa reza de la siguiente manera:

"ARTICULO 4o". Toda persona tiene derecho a la Salud.

Por Salud se entenderá un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.

Por cuanto hace a la Población Abierta integrada por los grupos sociales que por razones económicas, culturales y sociales se encuentren en notable desventaja frente a otros grupos que gocen de alguna protección, el Estado deberá proporcionar las acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida, así como las acciones de atención individual con fines preventivos, curativos y rehabilitatorios.

La ley reglamentaria definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, las entidades federativas a través de sus legislaturas locales deberán acatar lo que al efecto establezca la citada ley conforme a lo dispuesto por el artículo 120 de esta Constitución.

En lo referente a la salubridad local, serán materias de la misma aquellas que no se opongan y no se encuentren contempladas en la Fracción XVI, inciso 2, del artículo 73 Constitucional, por ser estas últimas materias de Salubridad General.

18.- El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el instrumento mediante el cual el Gobierno actual ha definido tanto los objetivos básicos como las estrategias que se

aplicarán para alcanzarlos. Basados en las diversas propuestas formuladas en diferentes formas para la consulta pública, así como en los compromisos asumidos por el Presidente de la República durante su campaña política, los objetivos nacionales básicos expresados en el Plan son los siguientes:

a) Defender nuestra soberanía y promover los intereses de México en el mundo.

b) Fortalecer nuestra vida democrática.

c) Restablecer el crecimiento económico con estabilidad de precios.

d) Mejorar los niveles de vida del pueblo mexicano mediante una mayor eficiencia de la economía.

Por lo que hace al cuarto punto del Plan, tiende a mejorar los niveles de vida del pueblo mexicano por la vía de la productividad, se establece como una prioridad la satisfacción de las demandas de seguridad pública, educación, salud, bienestar social, alimentación, vivienda, disponibilidad de servicios básicos, acceso a la cultura, protección del medio ambiente y especialmente la erradicación de la pobreza extrema.

El Plan propone la consolidación de una política fiscal justa que proteja a quienes tienen ingresos más bajos sin causar un efecto adverso en las finanzas públicas. El objetivo es hacer que las políticas en materia de subsidios sean selectivas y transparentes, de manera que puedan efectivamente fortalecer el poder de compra de los grupos más necesitados. Las políticas alimenticias tienen por objeto asegurar el abasto

y mejorar los sistemas de comercialización con el fin de beneficiar tanto a los productores como a los consumidores. Por último en lo que respecta a la salud pública, se hace mención especial del problema del tráfico de drogas el cual será atacado energicamente por el Gobierno mexicano.

19.- SOLIDARIDAD quiere decir sumarse a la causa de otros, participar en acciones de beneficio para los demás, organizarse con respeto y manejar escrupulosamente los recursos.

EL PRONASOL es un programa de inversión concertada con los productores y trabajadores del país, y de coordinación entre los sectores gubernamentales en sus tres niveles: Federación, Estados y Municipios para apoyar los esfuerzos directos y libremente decididos por los propios habitantes de las comunidades.

Sus objetivos son atender las demandas sociales de los grupos más necesitados, consolidando su capacidad productiva e impulsar su plena incorporación a los beneficios del progreso.

El Plan evita recurrir al gasto de recursos inexistentes tales como la impresión indiscriminada de billetes, los proyectos estan financiados por los fondos liberados en el proceso de renegociación de la deuda y por la desincorporación de empresas públicas.

20.- El Programa se orienta hacia los indígenas, los campesinos con escasos recursos, los pobladores rurales de las zonas semidesérticas y los grupos populares de las áreas urbanas. Las acciones se dirigen a apoyar sus respectivas actividades y ampliar los servicios en materias de salud, educación, vivienda, agua potable, alcantarillado, urbanización, electrificación, seguridad, abasto, y cuidado del medio ambiente. .er 1

Son cuatro los principios básicos que rigen las acciones y los proyectos del PRONASOL:

a).- Respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización de sus participantes reconociendo la diversidad y la pluralidad.

b).- La plena y efectiva participación de los sujetos organizados desde la definición del proyecto hasta su terminación y evaluación.

c).- La corresponsabilidad que se traduce en compromisos precisos y públicos de todos.

d).- La transparencia, la honestidad y la eficiencia en el manejo de los recursos de la Nación. .er 2

Para 1990 se definieron dos vertientes simultáneas y complementarias que han orientado las acciones del Programa Nacional de Solidaridad: La solidaridad para la producción y la solidaridad para el bienestar social.

Por una parte se impulsa la realización de obras de infraestructura de apoyo a las actividades agropecuarias, la canalización de apoyos directos a los campesinos, y el fomento a la agroindustria y a la microindustria. Por otra parte, se promueve la ejecución de obras y proyectos para ampliar y mejorar el otorgamiento de los servicios sociales que inciden directamente en el mejoramiento del nivel de vida de la población.

SOLIDARIDAD PARA LA PRODUCCION

En respuesta a las apremiantes necesidades de los campesinos más pobres, se crearon los Fondos de Solidaridad para la Producción. Su propósito es proporcionar apoyos accesibles y oportunos con el fin de alentar su capacidad productiva. Además con el fin de garantizar eficiencia y transparencia se establecieron los Comités de Vigilancia y Seguimiento en los que participan las autoridades municipales y los representantes de los agricultores.

Han establecido convenios de Concertación Social con organizaciones de productores para realizar estudios de

factibilidad de inversión, otorgar capacitación técnica, y crear nuevas agroindustrias.

Por lo que respecta a los ejidatarios y los comuneros de zonas de baja producción agrícola se ha puesto en marcha el Programa de Impulso a la pequeña minería como una alternativa para incorporarlos a sectores con mejores perspectivas de desarrollo.

En el ámbito ECOLÓGICO, por medio de un Programa de Reforestación Ecológica se canalizan recursos para fomentar el aprovechamiento racional y productivo de los bosques además de impulsar actividades agropecuarias que reduzcan su explotación desmedida. Contempla el apoyo a la constitución de organizaciones de piscicultores y pescadores para diversificar la dieta de los campesinos, elevar el aprovechamiento de los recursos marinos y de las aguas interiores del país y apoyar las campañas ecologistas que sostienen las autoridades federales al sustituir la captura de especies en peligro de extinción por otras que no impliquen desequilibrios ecológicos.

EL PROGRAMA DE BECAS DE CAPACITACION PARA LOS TRABAJADORES.

Para ampliar la cobertura de salud, se tomó como base la experiencia del Sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social, (IMSS-COPLAMAR), que ya venía operando en 16 Estados. Del nuevo mecanismo IMSS-SOLIDARIDAD que ha enfrentado las

deficiencias en el sector salud al incrementar en 37.3 por ciento su cobertura física.

Tres fueron los objetivos que dieron origen a la primera semana de solidaridad:

I.- Informar a la opinión pública sobre lo realizado durante los últimos 20 meses.

II.- Sumar a este esfuerzo nacional a otros grupos de la sociedad.

III.- Hacer un balance de las distintas experiencias.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AUTORES VARIOS. MEMORIAS.- REUNION SOBRE SALUD Y AMBIENTE EN LA CIUDAD DE MEXICO.- SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Y DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL, TALLER AUTOGRAFICO DEL ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA NACIONAL. MEXICO 1989.
- 2.- ACOSTA ROMERO MIGUEL.- TEORIA GENERAL DEL DERECHO ADMINISTRATIVO, PORRUA, MEXICO 1988.
- 3.- ALDAMA BAY IGNACIO.- SALUD Y CRISIS EN MEXICO, SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1990.
- 4.- BURGOA ORIHUELA IGNACIO.- LAS GARANTIAS INDIVIDUALES. PORRUA, MEXICO 1986.
- 5.- BURGOA ORIHUELA IGNACIO.- DICCIONARIO DE DERECHO CONSTITUCIONAL, GARANTIAS Y AMPARO, PORRUA, MEXICO 1989.
- 6.- CARRILLO SILVA RAUL.- EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA RECONSTRUCCION Y REORDENAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PORRUA, MEXICO 1986.
- 7.- FAYA VIESCA JACINTO.- ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL, PORRUA, MEXICO 1983.
- 8.- FRAGA GABINO.- DERECHO ADMINISTRATIVO, PORRUA, MEXICO 1986.
- 9.- GARCIA MAYNEZ EDUARDO.- INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL DERECHO, PORRUA, MEXICO 1984.
- 10.- GONZALEZ CASANOVA PABLO.- MEXICO HOY, SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1980.
- 11.- GONZALEZ DIAZ LOMBARDO FRANCISCO.- EL DERECHO SOCIAL Y LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, TEXTOS UNIVERSITARIOS, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, MEXICO 1978.
- 12.- INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.- DICCIONARIO JURIDICO MEXICANO.- TOMOS I A VIII, PORRUA, MEXICO 1985.
- 13.- INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURIDICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. REFORMA CONSTITUCIONAL Y LEGAL 1982-1987, TEXTOS UNIVERSITARIOS, MEXICO 1987.
- 14.- I. ROEMER MILTON. PERSPECTIVA MUNDIAL DE LOS

SISTEMAS DE SALUD, SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1986.

- 15.- ILLICH IVAN.- NEMESIS MEDICA, PLANETA, MEXICO 1978.
- 16.- JAN EDMUND OSMAÑEZYK.- ENCICLOPEDIA MUNDIAL DE RELACIONES INTERNACIONALES Y NACIONES UNIDAS, FONDO DE CULTURA ECONOMICA. ESPAÑA 1976.
- 17.- LOPEZ ACUÑA DANIEL.- LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO. SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1982.
- 18.- LUNA ARROYO ANTONIO.- DICCIONARIO DE DERECHO AGRARIO MEXICANO, PORRUA, MEXICO 1982.
- 19.- MONTIEL Y DUARTE ISIDRO.- ESTUDIO SOBRE LAS GARANTIAS INDIVIDUALES, PORRUA, MEXICO 1983.
- 20.- MCKEOWN THOMAS.- EL PAPEL DE LA MEDICINA, SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1982.
- 21.- NAVARRO VICENTE.- SALUD E IMPERIALISMO SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1982.
- 22.- NORA DABAS ELINA.- LOS TEXTOS DEL APRENDIZAJE.- NUEVA VISION, ARGENTINA 1982.
- 23.- SERRA ROJAS ANDRES.- DERECHO ADMINISTRATIVO, TOMO I Y II, PORRUA, MEXICO 1985.
- 24.- SOBERON ACEVEDO GUILLERMO.- LA SALUD EN MEXICO. TESTIMONIOS 1988, TOMO I A IV, FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO 1988.
- 25.- SOBERON ACEVEDO GUILLERMO.- DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD, PORRUA, MEXICO 1983.
- 26.- TERRIS MILTON.- LA REVOLUCION EPIDEMIOLOGICA Y LA MEDICINA SOCIAL, SIGLO VEINTIUNO, MEXICO 1987.
- 27.- TURNER C.F.- HIGIENE DEL INDIVIDUO Y DE LA COMUNIDAD. CIENTIFICAS, MEXICO 1982.
- 28.- V. CASTRO JUVENTINO.- LECCIONES DE GARANTIAS Y AMPARO, PORRUA, MEXICO 1982.
- 29.- VILGRO TORANZO MIGUEL.- INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL DERECHO, PORRUA, MEXICO 1982.
- 30.- VARIOS AUTORES.- PRIMER INFORME DE GOBIERNO. CARLOS SALINAS DE GORTARI, 12 DE NOVIEMBRE DE 1990.
- 31.- VARIOS AUTORES.- SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO. CARLOS SALINAS DE GORTARI, 12 DE NOVIEMBRE DE 1990.

- 32.- VARIOS AUTORES.- PRIMER INFORME DE GOBIERNO, CARLOS SALINAS DE GORTARI, 1o. DE NOVIEMBRE DE 1991.
- 33.- VARIOS AUTORES.- TESTIMONIOS DE SOLIDARIDAD, COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD, MEXICO 1991.
- 34.- VARIOS AUTORES.- AGENDA DE MEXICO, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, DIRECCION DE COMUNICACION SOCIAL, MEXICO, 1991.
- 35.- VARIOS AUTORES.- UN ESFUERZO NACIONAL DE SOLIDARIDAD PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL, MEXICO, 1990.
- 36.- VARIOS AUTORES.- "EL BIENESTAR DE LOS MEXICANOS YA NO PUEDE ESPERAR", ENTREVISTA CONCEDIDA POR EL PRESIDENTE CARLOS SALINAS DE GORTARI AL C. REGINO DIAZ REDONDO, DIRECTOR GENERAL DEL PERIODICO EXCELSIOR, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, DIRECCION GENERAL DE COMUNICACION SOCIAL, MEXICO 1989.
- 37.- VARIOS AUTORES.- "EL COMBATE A LA POBREZA", CONSEJO CONSULTIVO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD, EL NACIONAL, MEXICO, 1991.
- 38.- VARIOS AUTORES.- "LA VOZ COMUN".- TESTIMONIO DE SOLIDARIDAD, CONSEJO CONSULTIVO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD, EL NACIONAL, MEXICO, 1991.
- 39.- VARIOS AUTORES.- "EL RETO", CARLOS SALINAS DE GORTARI, EDITORIAL SIGMA, MEXICO, 1989.
- 40.- VARIOS AUTORES.- "MODERNIZACION PARA LA DEMOCRACIA", MENSAJE DE TOMA DE POSESION DEL C. CARLOS SALINAS DE GORTARI COMO PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1988-1994, CUADERNOS DE INFORMACION Y PROPAGANDA, COMITE DE INFORMACION Y PROPAGANDA, COMITE EJECUTIVO NACIONAL DEL PARTIDO REVOLUCIONARIO INSTITUCIONAL.
- 41.- VARIOS AUTORES.- REVISTA "EPOCA", SEMANARIO DE MEXICO NUMERO 14, AÑO 1991. "SOLIDARIDAD PARA VENCER LA POBREZA", EPOCA DE MEXICO, S.A. DE C.V., MEXICO, 1991.

LEGISLACION

- 42.- CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
- 43.- CODIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL.

- 44.- LEY GENERAL DE SALUD .
- 45.- LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL .
- 46.- LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL .
- 47.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1989-1994 .
- 48.- SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA LIC. CARLOS SALINAS DE GORTARI 1990 .