



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

301
2ej

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD EN
MEXICO COMO UN COMETIDO SOCIAL
DEL ESTADO

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A

ANA TERESA RAMIREZ



ASESOR: LIC. JOSE EFREN MENDEZ ALBIZU



ACATLAN, ESTADO DE MEXICO,

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ADIOS que me ha permitido llegar a este momento,
AMI MADRE que con su ejemplo, apoyo y comprensión me motiva siempre a seguir a delante,
AMI HERMANO FERNANDO, donde quiera que estés te dedico este esfuerzo,
AMI HERMANO ALEJANDRO por el entusiasmo con el que siempre me ha motivado,
A JOSE LUIS, quién me apoya incondicionalmente en todo momento,
A MIS MAESTROS DE LA ENEP-ACATLAN, por sus invaluable enseñanzas y sabios consejos,
manifiesto mi eterna gratitud,
A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, ejemplo de excelencia y por la
satisfacción de haber estado en sus aulas :

Agradezco y dedico este trabajo a Ustedes, por haberme motivado para cumplir con esta
anhelada meta.

INDICE

pág.

INTRODUCCION

CAPITULO I.-DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD

A) CONCEPTO	8
B) ANTECEDENTES	13
C) MARCO JURIDICO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	44
D) EL ESTADO DE DERECHO Y EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD	58

CAPITULO II.-ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PROTECCION A LA SALUD EN MEXICO

A) RECTORIA Y COMETIDO SOCIAL DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD	67
B) EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	77
C) COMPETENCIA DE LA FEDERACION Y ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUD	86

CAPITULO III.-PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

A) SERVICIOS PUBLICOS A LA POBLACION EN GENERAL	105
B) SERVICIOS A DERECHOHABIENTES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	120
C) SERVICIOS PRIVADOS	134

CAPITULO IV.-SITUACION Y PROBLEMATICA ACTUAL DEL SISTEMA DE PROTECCION A LA SALUD EN MEXICO

A) COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	138
B) NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION EN MEXICO	150
C) ANALISIS DE ALGUNOS FACTORES QUE LIMITAN EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD	156

COMENTARIOS	172
-------------	-----

CONCLUSIONES	182
--------------	-----

BIBLIOGRAFIA	185
--------------	-----

INTRODUCCION

En los últimos años se han alcanzado importantes avances científicos que tienen como objetivo ofrecer al hombre la posibilidad de tener una vida mas sana y larga, sin embargo en la mayoría de los países no se ha logrado garantizar el derecho la protección de la salud al que todo ser humano debe aspirar.

Nuestro país aún presenta marcadas diferencias en los niveles de salud de su población; como veremos a lo largo de esta investigación aún se presentan como un extremo contraste las enfermedades del hombre pobre y las enfermedades de quienes disfrutan de la abundancia económica.

Es preocupante ver aún sectores de la población que sufren deficiencias en la satisfacción de necesidades básicas, otros son víctimas de las consecuencias del exceso. Mientras que ciertos grupos están capacitados para tener acceso a dos o mas instituciones de salud existen también lugares en donde ni si quiera los servicios mínimos de atención médica se encuentran disponibles. De acuerdo a las estadísticas recientes a un existen mas de 10 millones de mexicanos que no cuentan con ningún tipo de servicio médico.

Ante este panorama es indispensable contar con un marco jurídico objetivo, acorde con nuestra realidad social, de tal manera que se garantice a todos los miembros de la sociedad la protección de este derecho.

El día 3 de febrero de 1983 fue publicado en el Diario oficial de la Federación el decreto por el que se adicionaba al artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el párrafo IV, en el cual "se le da a toda persona el derecho a la protección de su salud....".

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos da a nuestro país el carácter de ser un Estado social de derecho, toda vez que en ella se consagran los supremos valores de convivencia social, libertad, igualdad y justicia. Es por esto que al estado le corresponde entonces, tomar todas las providencias a su alcance para que el programa de la Constitución pueda irse realizando con prontitud y así vaya traduciendo en hechos el proyecto de la sociedad Mexicana que se encuentra en nuestra carta magna.

Sin embargo, el Estado para cumplir con este cometido debe contender contra diversos factores, como son: la escasez de recursos en épocas económicas difíciles ante los reclamos financieros de una tecnología cada vez mas avanzada, diferencias regionales y consecuentemente marginación, falta de calidad y escasez de recursos humanos, falta de coordinación entre los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud, el aumento de la población, así como la presencia del desempleo que se traduce en falta de ingresos estables que puedan dar la posibilidad a las personas de tener acceso sistemas de seguridad social o al sistema de atención médica privada.

En el presente trabajo se resaltaré la evolución y los cambios fundamentales que se han dado en la constitución y legislación en materia de prestación de servicios médicos. "La salud derecho humano fundamental, fue elevado a rango constitucional para que el Estado sea responsable de garantizar su disfrute progresivo".

Con la nueva legislación el acceso a los servicios de salud, deja de ser un acto de beneficencia o solamente de lucro, los conceptos cambian, en la actualidad constituye un cometido del Estado proporcionar servicios de salud a la población.

Así mismo se hará un análisis de la organización y funcionamiento de los componentes del sistema de salud en México y la forma en que la Federación y entidades Federativas se involucran y participan en este sistema.

En virtud de la importancia que tiene este sistema, se analiza el nivel de salud de la población Mexicana, se establecen las características mas sobresalientes que definen a los prestadores de servicios de salud así como su régimen legal, para analizar enseguida los problemas mas sobresalientes que aquejan y que dificultan al Estado cumplir con este cometido.

En esta investigación se pretende destacar la importancia que tiene la existencia de leyes que amparen la salud de la población y al mismo tiempo consideramos que existe la posibilidad de reforzar el camino ya avanzado mediante el mejoramiento y ampliación del marco jurídico existente en esta materia. De tal manera que tanto la Federación como las entidades Federativas, prestadores y usuarios asuman esta responsabilidad de manera uniforme y equitativa de acuerdo a la realidad y posibilidades actuales.

El derecho a la protección de la salud, considerado como uno de los derechos humanos básicos, indispensable para el desarrollo de un país y reflejo del estado de derecho, ha contribuido en gran parte al enriquecimiento del derecho social mexicano,

así pues, el Estado debe alcanzar un mejor nivel de salud para la totalidad de su población.

Los cambios que han tenido lugar para el cuidado de la salud del pueblo, reflejan que el derecho se extiende a todos los aspectos de la vida del hombre; mas que una contratación de servicios privados, una protección de carácter laboral, o un acto de beneficencia, se sustenta en el principio de que la población Mexicana que es fundamento de esta garantía social, por el simple hecho de ser de ser seres humanos tiene el derecho a la protección de su salud.

CAPITULO I

DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD

A) CONCEPTO

Antes de abordar el tema específico del "derecho a la protección de la salud", consideramos importante recordar someramente algunas ideas relacionadas con los conceptos del derecho constitucional y salud.

"Derecho es un sistema de normas bilaterales, exteriores, heterónomas y coercibles con un profundo contenido consuetudinario, espiritual y ético, que sirve de instrumento a una determinada sociedad humana para encauzar y regular la interferencia intersubjetiva de sus componentes, así como las relaciones con otras sociedades humanas, en busca de la realización de los fines comunes y en vista de los valores que le son correlativos como la justicia, la libertad, la seguridad y la justicia social".(1)

(1) Acosta Romero Miguel: "Teoría General del Derecho Administrativo", Editorial Porrúa, México 1993, 11/a edición, pág. 10.

"Las normas relativas a la organización fundamental del Estado reciben el nombre de "Constitución". La Constitución del Estado comprenden -según Jellinek- las reglas jurídicas que determinan los órganos supremos de este, su modo de creación, sus relaciones recíprocas, su competencia, y la posición de cada uno con el poder estatal "agrega, que el concepto Constitución no es solamente aplicado a la estructura de la organización política, sino también al documento que contiene las reglas relativas a dicha organización".(2)

La Constitución no solo contiene las normas relativas a la estructura fundamental del Estado, sino que también, desde el punto de vista material, contiene la organización política, competencia de los poderes del Estado y lo referente a la protección de las garantías de las personas.

"El derecho político ó constitucional es el conjunto de normas relativas a la estructura fundamental del Estado, a las funciones de sus órganos y a las relaciones de éstos entre sí y con los particulares".(3)

Por otra parte, el concepto de salud emitido por la Organización Mundial de la Salud, es de que esta es "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad".(4)

(2) García Maynes Eduardo: "Introducción al Estudio del Derecho", Editorial Porrúa, México 1993, 45 edición, pág. 108.

(3) *Ibid.*, pág. 137.

(4) Ketz Jorge: "La Salud en América Latina", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1983, 1/a edición, pág. 21.

Es así como en México la Constitución Política incluye dentro de las garantías sociales, entre otras, el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda y a partir de 1983 el "derecho a la protección de la salud", por lo que el gobierno debe programar sus esfuerzos y promover a todos los sectores para hacer efectivos tales derechos.

Cabe mencionar que el concepto "derecho a la salud" se modificó para efectos de la adición al artículo 4o. Constitucional, al considerar el legislador que la vida y la salud no podían ser garantizados por el individuo ni por el Estado, pero en cambio sí podía garantizarse su protección; fué así como se optó así por la expresión "derecho a la protección de la salud", ya que tiene la característica de ser un derecho de toda la población y que es una responsabilidad ineludible del Estado, de tal manera que éste debe disponer de los recursos necesarios a su alcance para asegurar su protección; así pues, el derecho a la salud se traduce, en la protección de la salud, que implica la accesibilidad de la población a servicios médicos homogéneos, completos, escalonados y permanentes, por lo que se deduce que la atención igualitaria es un requisito y característica en una sociedad democrática.

Reforzando el concepto de "salud", mencionaremos que la declaración formulada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, afirma que : "todo hombre tiene derecho a un estándar de vida adecuado para su salud y bienestar personal y de su familia, incluyendo alimento, habitación, atención médica y los servicios sociales necesarios, así como derecho a subsistir en caso de desempleo, enfermedad, incapacidad, vejez y otras circunstancias fuera de su control. (5)

(5) Soberón Acevedo Guillermo/Ruiz C. Leobardo: *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, Editado por Intersistemas, México 1983, 1/a edición, pág. 13.

Por su parte, la Secretaría de Salud considera que la salud es el equilibrio biológico que permite al individuo, célula fundamental de la sociedad, una mayor protección y el logro del mas alto bienestar personal y colectivo, esto implica el pleno uso de las facultades biológicas y mentales, el sentido de solidaridad social, y la convergencia de esfuerzos en la búsqueda de caminos nuevos, y de superiores condiciones de vida, en cuyo equitativo disfrute encuentra su expresión la justicia social". (6)

La salud, derecho nato del ser humano es ya reconocido por nuestra Constitución, en ella se plasman los derechos fundamentales del hombre, todos ellos constituyen derechos de los individuos frente al Estado, el capítulo primero de la Constitución Mexicana contiene 29 artículos que se refieren a estos derechos, en uno de estos artículos se encuentra el derecho a la protección de la salud el cual detallaremos mas adelante.

La salud es uno de los valores fundamentales del individuo así como de la colectividad, sin la presencia de una población sana es difícil que se logre un adecuado desarrollo social, la salud, como mencionamos anteriormente no sólo es la ausencia de enfermedad, sino es aquél estado de bienestar que se logra en un individuo ó en una colectividad cuando existe la armonía de condiciones favorables de existencia biológica, psicológica y social.

(6) Bustamante Miguel: "La Salud Pública en México 1959-1982", Editorial Porrúa, México 1982, 1/a edición, pág. 211.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, deducimos que garantizar el "derecho a la protección de la salud" debe constituir para el Estado uno de sus objetivos principales, es decir, que toda la población debe tener acceso a los servicios que permitan promover, restaurar y mantener la salud.

Reforzando los conceptos anteriores, Salomón Díaz menciona que el derecho a la protección de la salud se encuentra ligado al derecho de la seguridad social.(7) La asistencia a la población tanto en salud como en muchos otros aspectos, constituye uno de los cometidos más importantes del Estado, comienza en el núcleo familiar y se proyecta a toda la sociedad, no sólo con la participación del Estado, sino con la participación de instituciones de seguridad social ó entidades privadas y religiosas. Para el Estado constituye uno más de sus cometidos, una actitud de tutela y respeto a las garantías de sus gobernados, y en los demás casos constituye una acción basada en fines de lucro ó de fraternidad respectivamente.

Es conveniente recordar que antes de que se elevara a rango Constitucional el derecho a la protección de la salud, éste sólo formaba parte de los servicios asistenciales de la beneficencia y de las prestaciones que eran otorgadas por parte de la seguridad social, de tal manera que un logro muy importante en beneficio de la población Mexicana lo constituye sin duda, la incorporación en el texto Constitucional del derecho a la protección de la salud, por lo que ya no solo se relaciona con la asistencia y seguridad social sino que adquiere un rango propio y adquiere autonomía, ya que se incorporó a la lista de los derechos sociales y por consiguiente forma parte de los cometidos sociales del Estado.

(7) Díaz Alfaro Salomón, Cit, Pos, Soberón Acevedo Guillermo: "Derecho Constitucional a la Protección de la Salud", México 1991, 1/a edición, pág. 15.

En nuestro país, se puede decir que ésta garantía es reciente, pero la Constitucionalización del derecho a la protección de la salud ha trascendido en los actuales esquemas jurídicos y administrativos de los servicios de salud, consideramos que esto abre el camino para alcanzar grandes metas, falta mucho por hacer y lograr garantizar verdaderamente a toda la población el acceso a servicios igualitarios de salud, elevando la calidad y cantidad de éstos, constituye una prioridad indispensable de la justicia social la cuál es objetivo de nuestra Constitución, pues una sociedad enferma significa una sociedad improductiva y sin aspiraciones de desarrollarse.

Debemos agregar también que la conservación de la salud no es sólo un problema médico, sino es el resultante de las condiciones económicas, sociales y políticas de la comunidad. Por otra parte, estamos de acuerdo de que en un "Sistema Nacional de Salud el marco jurídico tiene como propósito normar, establecer y asegurar las bases de coherencia y viabilidad operativa de los servicios correspondientes, así como garantizar la adecuación y congruencia de los planes institucionales con la realidad social".(8)

B) ANTECEDENTES

La etapa que actualmente vive México, en particular por lo que se refiere a los servicios de salud, es el producto del desarrollo, de acciones continuas, de las demandas ancestrales del pueblo, de tal manera que a la fecha se ha logrado una transformación profunda, dentro del marco de legalidad .

Enseguida realizaremos un breve análisis de los antecedentes y hechos más importantes que han ocurrido en la evolución de los servicios de salud en nuestro país, lo cual nos servirá de base para comprender la importancia y los sacrificios que el país ha tenido que pasar para que en la actualidad el derecho a la protección de la salud forme parte de las garantías sociales contenidas en nuestra Constitución.

EPOCA PREHISPANICA:

La sociedad azteca caracterizada por tener un perfil más moderno en comparación con las otras culturas existentes de nuestro país en ese momento, se erigió como una característica de su gobierno, como benefactor de los sectores más desprotegidos; el monarca tenía el deber moral de ayudar a los necesitados, lo cual constituía un principio en su cultura.

En ese orden de ideas, veremos que el tipo de asistencia social, y en el caso particular de la atención a la salud, estaba constituida por acciones divididas en gubernamentales y populares, así mismo eran llevadas a cabo de manera general o individual, sin existir una diferencia tajante entre ellas.

Las acciones gubernamentales de asistencia social, estaban dirigidas hacia los sectores necesitados, en tanto que las acciones populares eran los actos de la población que tenían como fin para satisfacer las necesidades del grupo al que pertenecían. Además se contaba con hospitales para personas desahuciadas, creados probablemente con el fin de preparar al enfermo para su muerte. Había también asilos para niños expósitos, los más grandes y mejor equipados se

encontraban en el valle de México, específicamente en Tenochtitlan, Cholula, Tlaxcala y Texcoco.

También existían asilos para guerreros viejos y ancianos, a los cuáles ingresaban aquellos que habían sobrevivido a la guerra, al tiempo y a las enfermedades. Para la sociedad Náhuatl, la vejez otorgaba todos los derechos, lo mismo a los hombres que a las mujeres, situación que contaba con un amplio apoyo por parte del pueblo.

Si bien es cierto que el grupo gobernante cubría ciertos estados de necesidad, la sociedad en su conjunto, era la que mediante sus tradiciones se autoproporcionaba bienestar, era uno de los factores importantes, lo cuál permitía la permanencia y reproducción de esa sociedad, como un ejemplo de esto, tenemos la responsabilidad que adquiría la comunidad de proteger a la familia de quién moría durante el trabajo de parto.

La medicina prehispánica no era una actividad exclusiva de la casta sacerdotal, sino una actividad cotidiana de las clases inferiores, quienes forzadas por la miseria, se alimentaban y curaban sus enfermedades con las plantas. Practicaron una medicina empírica, mezclada con ritos mágicos propios de su cultura y condiciones, buscando entre otras cosas la abundancia de las cosechas, éxito en las cacerías, ó bien la cura de enfermedades.(9)

(8) Soberón Acevedo Guillermo/ Rufz C.Leoberdo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, S.A de C.V, México 1983, 1/a edición, pág. 15.

(9) Somolinos Juan: " Síntesis Histórica de la Medicina Mexicana", UNAM Facultad de Medicina, México 1980, 1/a edición, pág. 33.

De ésta manera se procuraba satisfacer una de las necesidades fundamentales de la sociedad, al mismo tiempo que constituía la razón por la cuál la prestación de servicios de salud a los necesitados no era proporcionada sólo por el gobierno ó un grupo civil, ya que el pueblo en general tomaba parte activa de ésta actividad vital.

LA COLONIA:

Con la conquista de México por parte de los españoles, se introdujeron al país un conjunto de aspectos característicos de la región del mediterráneo, los conquistadores empezaban a salir de la edad media, eran una cultura profundamente religiosa, guerreros y en su mayor parte agricultores. Al conquistar América trajeron consigo importantes normas políticas y de administración pública, con esto los indígenas recibieron la influencia de la cultura europea; se les sometió a la religión católica, aprendieron nuevas técnicas agrícolas y de artesanías, así como también se les enseñó a utilizar instrumentos nuevos como el arado.(10)

Algunas costumbres indígenas lograron conservarse, otras se transformaron, y hubo varias que desaparecieron completamente. Entre las aportaciones que los indígenas hicieron a la medicina, tenemos que señalar la aplicación de las plantas para efectos curativos.

La medicina Mexicana del siglo XVI, fue el resultado de la combinación de dos culturas totalmente diferentes, por una parte la medicina indígena proporcionó la observación y el empirismo, y por parte de los españoles se introdujo la teoría médica producto de una maduración de 15 siglos. la medicina española se filtró a

México, el conjunto de médicos españoles del siglo XVI contaban, en aquél momento con el nivel médico mas elevado de toda Europa.(11)

Los misioneros edificaron templos y conventos, levantaron escuelas, inicialmente con el propósito de adoctrinar religiosamente a la población indígena, y posteriormente para dar instrucción elemental a éstos mismos.

Mas tarde se establecieron hospitales, ya que frecuentemente se aparecían epidemias, inundaciones y otros desastres. El concepto que se tenía en aquella época de "hospital", no era la misma que actualmente tenemos, en la época colonial un hospital era una especie de "hospedería", en la cuál se daba albergue a viajeros y a personas indigentes que no tenían donde vivir, posteriormente sus funciones se redujeron solamente a la atención de enfermos, así vemos que los primeros indicios de la atención a la salud, estuvieron relacionados con la educación, capacitación y salud, incluyendo en éste último aspecto lo referente al vestido, albergue y alimentación.

Hubo médicos cirujanos aprobados por la escuela española, boticarios de formación empírica; hubo también embalsamadores, curanderos y aficionados que ejercían la medicina, especieros, herbolarios y parteros, quiénes ejercían su profesión.

(10) *Quiarte Martín: "Visión Panorámica de la Historia de México", Editorial Porrúa, México 1983, 20ª edición, pág.20.*

(11) *Somolinos, Op, Cit, pág. 109.*

Dentro de las más importantes instituciones de beneficencia establecidas durante la colonia, se pueden señalar las siguientes: Hospital de Jesús, Hospital Real de Naturales, Hospital Real de Bubas, Hospital del Amor de Dios para sífilíticos, Hospital de Indios en donde se atendían a víctimas de epidemias e inundaciones, Hospital de San Hipólito para enfermos mentales, Hospital de San Lázaro para Leprosos, Hospital de la Epifanía, Hospital de Bletemitas, Hospital del Divino Salvador para mujeres con problemas psiquiátricos, Hospital de San Andrés entre otros; fundados entre 1524 y 1779; además desde mediados del siglo XVI hasta 1855 funcionó el Hospital de la Santísima Trinidad, para sacerdotes que padecían problemas psiquiátricos, estableciéndose inicialmente como hospedería, convirtiéndose más tarde en asilo para ancianos, y por último en hospital para enfermos mentales ó personas con demencia senil.(12)

Cabe aquí hacer referencia que en 1521, Hernán Cortés impresionado por la gran cantidad de leprosos que deambulaban por Tenochtitlan fundó un lugar en donde podían ser atendidos, el cuál recibía el nombre de "La Tlaxpana".

Se puede decir que el siglo XVI fue el siglo de los hospitales en la nueva España, se heredó de España el movimiento hospitalario, por lo que éstos surgieron en nuestro país como un sentido de caridad hacia el prójimo; fueron las órdenes religiosas quiénes sostuvieron éste impulso, dado que la sociedad y el gobierno consideraban los servicios hospitalarios como obras de caridad, de valor religioso, su acción dependía de la iglesia.

En 1585 fue ordenado por las autoridades, que todos los hospitales atendieran a personas indigentes, prohibiéndose que se recibiera paga por los servicios médicos

ó alimenticios otorgados, fue creada una legislación en donde se exigía una evaluación de la economía de los usuarios, así como práctica de inspecciones periódicas realizadas por las autoridades civiles.

Se dispuso que al hacerse el plano de las ciudades se dejara siempre un predio para la construcción de un hospital; de ésta manera, la construcción de hospitales no se limitó a la ciudad de México solamente, también se extendió a las villas y pueblos fundados por los españoles en la provincia.

Los artesanos, quiénes estaban estrechamente unidos y eran en extremo solidarios entre sí, formaron una organización que era apoyada por organizaciones religiosas, tenían entre sus fines el establecimiento de instituciones de beneficencia pública destinadas a socorrer a sus compañeros de oficio que se encontraban en estado menesteroso, impedidos por la vejez, por la enfermedad ó bien lisiados.

Además de proporcionar asistencia social a sus agremiados y familiares, otorgaban capacitación laboral a sus hijos, por lo que esto constituye un antecedente de la seguridad social actual, además cada gremio contaba con una caja de ahorros, por medio de la cuál se acostumbraba prestar auxilio a sus miembros en caso de enfermedad, accidente, invalidez, vejez ó muerte.

Por otra parte, en 1804 se introdujo y se extendió la aplicación de la vacuna contra la viruela, lo que constituyó un interesante trabajo de protección a la salud de la población, ya que durante esta época se produjeron una serie de epidemias que en numerosas ocasiones asolaron al país, tan solo durante 1576 y 1578 aparecieron una

serie de epidemias graves que azotaron al país, dañandolo en todos los aspectos, calculandose que se sucedieron mas de dos millones de muertes".(13)

Las enfermedades de mas frecuencia en ésta época, fueron: gripa hemorrágica, fiebre amarilla, algunas infecciones virales, paludismo, tifo exantémico, así como las fiebres tifoideas. La población indígena fue la mas afectada debido a sus deficientes condiciones de vida. Por otra parte al iniciarse la guerra de independencia y durante 11 años de lucha, las instituciones de beneficencia tuvieron graves problemas para sostenerse, e incluso algunas cerraron sus puertas definitivamente.

Creemos importante destacar, que durante la colonia la asistencia social que incluía servicios de salud, tubo diferentes formas, inicialmente ésta se proporcionó en instituciones dependientes directamente de la Iglesia católica; en ellas se trató de atender a los necesitados, aplicando el concepto de "caridad cristiana", que se traduce como amor al prójimo, sin embargo éste enfoque decayó tanto hasta quedar sólo como un acto de limosna, como algo que sobra y se le da al menesteroso, es decir, constituyó un apoyo temporal que remedia una necesidad aveces urgente, pero sin tratar de solucionar la causa del mal, y sin considerar que el desvalido tiene el derecho a ser atendido y que el benefactor debe solidarizarse con su hermano.

(12) Soberón Acevedo G.,/Kumate Jesús: "La Salud en México Testimonios de 1988", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1988, 1/a edición, pág.18.

(13) Somolinos, Op, Cit, pág. 157.

INDEPENDENCIA Y REVOLUCION:

El enfoque de la atención médica como parte de la asistencia social, se modificó en esta etapa a causa de la transformación del pensamiento occidental, que a pasos lentos iba tomando conciencia de los derechos del hombre.

En el "Decreto Constitucional para la Libertad de la América Mexicana", conocido con el nombre de Constitución de Apatzingán promulgado el 22 de octubre de 1814, ya se hacía referencia a los asuntos sanitarios, en el capítulo referente a las atribuciones del supremo congreso aparecía en el artículo 118, que "era facultad de éste órgano aprobar los reglamentos que conduzcan a la sanidad de los ciudadanos".

Como dato interesante tenemos, que ninguna Constitución Federal del siglo XIX se ocupó de la salubridad; sin embargo los centralistas si lo hicieron, "tan sólo el artículo 25 de la ley sexta de la Constitución centralista de 1836, señalaba que entre las materias a cargo del ayuntamiento estaba la de policía de salubridad; y la fracción XI, de la Constitución de 1843, ponía al cuidado de las asambleas departamentales la salubridad pública".(14)

Algunas de las instituciones que se establecieron en la colonia se mantuvieron en funcionamiento, con algunos cambios después de la guerra de independencia. Entre estas estaba: la casa cuna, el hospicio para pobres al que se le anexó un departamento de atención de partos y un asilo para ancianos pobres, el Hospital de San Hipólito y el del Divino Salvador para enfermos mentales, el Hospital de Jesús, el Hospital de San Andrés al que en 1865 se le añadió una sala exclusiva para niños, y el Hospital de San Juan de Dios en el que se atendía a mujeres con enfermedades

venéreas y que en 1875 cambió su nombre por el de Hospital Morelos. Instituciones como el Hospital de San Lázaro y el Hospital Real de Naturales fueron cerrados definitivamente. En 1823 se formó la sociedad de beneficencia española, cuyo objetivo era proporcionar ayuda a emigrantes españoles, estableciéndose un hospital y un asilo para ancianos. (15)

Por su parte, las hermanas de la caridad fueron autorizadas para establecer un centro de atención a enfermos, ancianos, niños y enfermos mentales, los cuáles funcionaron hasta 1874. También en 1843 se fundó la sociedad de San Vicente de Paúl, constituida por religiosos para atender enfermos, ancianos e indigentes.

En 1855 se estableció el Hospital Militar, para dar atención a los miembros del ejército. Diez años más tarde, se creó la casa de maternidad a la cuál asistían mujeres que carecían de recursos para atenderse durante el parto, paralelo a éste caso fue creado en 1867 el Hospital de la Infancia.

La atención a los minusválidos era casi nula, si sus familiares no podían atenderlos, los desvalidos se valían de su defecto para inspirar lástima y mendigar. En 1866 Eduardo Huet creó una escuela para sordomudos, en 1870 se abrió una escuela para ciegos en donde también existía internado.

(14) Rocha Bandaia Juan, Cit. Post. Soberón Acevedo Guillermo: "Derecho Constitucional e la Protección de la Salud", Editorial Porrúa, México 1983, 1ª edición, pág. 116.

(15) Soberón Acevedo Guillermo/ Kumate Jesús: "La Salud en México, Testimonios de 1988", Editorial Fondo de cultura Económica, México 1988, 1ª edición, págs. 21 e 23.

Con el fin de atender a quienes padecían enfermedades oculares y no tenían dinero suficiente para recibir un tratamiento adecuado, en mayo de 1876 se estableció la clínica Valdivieso en la ciudad de México, también se fundó un hospital para personas que padecían enfermedades incurables.

Fue señalada también la necesidad de construir un Hospital General con cuartos individuales para cada paciente, así como también se propuso la construcción de un centro de rehabilitación. Se estableció como requisito que quienes atendieran a los enfermos fueran profesionales y que no actuaran como empleados a sueldo, sino como seres con espíritu de caridad y justicia, además se les pidió que tuvieran una adecuada preparación científica y técnica.

Durante este período, los médicos mexicanos asistían al extranjero en especial a Francia, con el fin de perfeccionar su carrera ó para adquirir nuevas técnicas médicas; aunado a esto, el país se vio favorecido por la presencia de médicos Franceses, Alemanes e Ingleses que trajeron consigo una mayor preparación científica.

El espíritu de renovación favoreció la secularización de los antiguos Hospitales y establecimientos de beneficencia que vivían en la época colonial, se creó la beneficencia pública, se reglamenta el funcionamiento de los hospitales y se fundan otros de carácter público y privado. Se destacan aquí cuatro importantes acontecimientos: 1)-la creación de una dependencia coordinadora de los hospitales públicos, a la cuál se le dio el nombre de beneficencia pública, 2)-aparición de agrupaciones semejantes a la anterior, 3)-la reglamentación legal de los hospitales de beneficencia privada y 4)-reglamentación de algunos hospitales de carácter público y

privado; por lo que con esto se inició una verdadera transformación en el campo de la atención a la salud.(16)

La preocupación por atender a los desvalidos y por prevenir enfermedades y epidemias, dio origen a la expedición de reglamentos y decretos que tenían como objeto mejorar la salud pública, así durante la presidencia del Lic. Benito Juárez, se ordenó el 2 de febrero de 1861 la secularización de todos los hospitales e instituciones de beneficencia, que hasta esa fecha habían sido controlados y administrados por instituciones religiosas; en mayo de ese mismo año, Juárez creó la Dirección General de Beneficencia Pública, organismo cuya función fue la de controlar y coordinar las acciones relacionadas a la asistencia social, la cuál estaba adscrita a la Secretaría de Gobernación, y determinó también, que los bienes dependientes del fondo de beneficencia, así como los medios para su sostenimiento, como la Lotería Nacional y los legados quedaran exentos de toda contribución; como puede observarse, durante éste período fue incrementada la organización de los servicios de salud.

Desde 1860 y durante la intervención extranjera y el imperio de Maximiliano(1864-1867), llegaron a nuestro país una gran cantidad de especialistas médicos, surgió así un gran interés por los hospitales y por la salud pública, creandose nuevas instituciones de beneficencia.

En 1872 el Consejo Superior de Salubridad, el cuál había sido creado en 1846, fue transformado creandose poco después Juntas de Salubridad en cada una de las entidades Federativas, así como juntas de sanidad en los puertos.

(16) Somolinos, *Op. Cit.*, pág. 195.

Porfirio Díaz gobernó de 1876 a 1911, logrando conciliar los intereses de las clases altas del país, usando las armas y la represión, en contra de aquellos que no estuvieron de acuerdo con su régimen; promovió también la inversión extranjera, permitiendo que los trabajadores fueran sometidos a condiciones laborales injustas como escasez de pago y jornadas de trabajo intensas.(17)

Durante el porfirato, las instituciones de asistencia, las cuáles estaban deterioradas por la inestabilidad social y política que vivió el país, recibieron mayor atención, ya que la Dirección de Beneficencia Pública se preocupó por mejorar las instalaciones y los programas, introduciendo avances científicos y capacitación de personal.

Por otra parte, la Secretaría de Gobernación no pudo someter al régimen de Beneficencia Pública a los establecimientos particulares, por lo que en 1881 fue reglamentado el funcionamiento de las instituciones de asistencia privada, con el fin de asegurar la voluntad de los fundadores de este tipo de organismos.

Las instituciones de asistencia privada, ya no dependían del clero, sin embargo la mayoría de sus miembros eran católicos, por lo que infundieron el espíritu de caridad cristiana en todas sus acciones. No se incrementó el número de establecimientos de beneficencia pública, sólo surgieron algunas instituciones de beneficencia privada, como es el caso del Hospital Concepción para menesterosos.

El 15 de julio de 1891, se promulgó el primer Código Sanitario Federal, conteniendo reglas en cuanto a medidas higiénicas en el interior de las fábricas así como de la población en general; el segundo y tercer códigos sanitarios fueron

expedidos en 1894 y 1902 respectivamente, concediéndosele autoridad al Ejecutivo Federal, sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios; cabe destacar que en 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, en la que se establecía una junta para promover y vigilar los establecimientos.

También durante éste gobierno fueron expulsadas las hermanas de la caridad, formandose entonces congregaciones religiosas mexicanas, destacando dentro de las de mas importancia las hermanas Guadalupanas y las Josefinas, quiénes daban atención a niños, ancianos y enfermos, sustituyendo así las actividades que venían realizando las anteriores religiosas.

A raíz de la creación de éste código sanitario, se organizó el Consejo superior de Salubridad, que operaba en el D.F. y con algunas delegaciones en varias partes de la República, desarrollando actividades como son: administración y reglamentación de personal sanitario, disposiciones sanitarias encuaneto a alimentos y establecimientos diversos, reglamentación del ejercicio profesional, disposiciones epidemiológicas, higiene y disposiciones jurídicas, entre otras cosas. Apartir de ese momento se dictaron medidas aisladas para resolver problemas sanitarios diversos.

Con el movimiento de reforma y la abolición de los fueros eclesiásticos, así como el desconocimiento de las órdenes religiosas, teóricamente el Estado se hacia cargo del cuidado del cuidado y supervisión de hospitales, establecimientos de beneficencia, escuelas y hospicios.

En 1905 fue creado el "Hospital General", el cuál fue proyecto de Don Eduardo Liceaga, con éste hospital se sustituyó el de San Andrés; también se

construyeron, el Hospital de los Niños en lugar del hospicio de los pobres, y el Manicomio General de la Castañeda, a donde se trasladaron los enfermos mentales que eran atendidos en el hospital de San Hipólito y en el del Divino Salvador.

El Consejo Superior de Salubridad no podía extender su jurisdicción en todo el país por obstáculos de orden legal, ya que la Constitución de 1857 no mencionó la salubridad pública el 12 de noviembre de 1908 fue reformada la fracción XXI del artículo 73 Constitucional, en el cual se le daba facultad al congreso para dictar leyes sobre ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república; de ésta manera quedó instituida la "Salubridad General y la Salubridad Local", y el gobierno Federal solo se hizo cargo de modo indirecto de los problemas de salubridad de los estados ó de los municipios, aún cuando estuviera en peligro la salubridad nacional, como en el caso de epidemias graves, actuando solamente cuándo aparecían enfermedades que podían afectar al comercio internacional. Esta base Constitucional, significó el inicio de la regularización de la actividad sanitaria del país. (18)

En este mismo año, se empezó a mandar a los Estados pequeñas cantidades de vacuna antivariolosa, pero en realidad pocos estados contaban con la ayuda del gobierno federal para resolver los problemas de salud, murió gran cantidad de gente a causa de brotes de epidemias de alta mortalidad, además la población crecía lentamente, y entre 1900 y 1910 la mortalidad general superó a la natalidad.

(17) Quirarte, Op. Cit, págs. 212 a 222.

(18) Rocha Bandala Juan, Cit, Pos, Soberón acevedo Guillermo: " Derecho Constitucional a la Protección de la Salud", Editorial Porrúa, México, 1983, 1ª edición, pág. 118.

Algunas instituciones que prestaban atención médica a la población en general, las cuáles eran dependientes de la beneficencia pública fueron: Hospital Juárez en donde se atendían a presos y enfermos de tifo; Hospital Morelos que atendía mujeres con enfermedades venéreas; Hospital de Maternidad e Infancia donde se atendía a niños y mujeres de escasos recursos; casa cuna para niños expósitos; Escuela Nacional de Ciegos; Escuela de Sordomudos, entre otros de menor importancia.

Durante la etapa revolucionaria, las acciones de asistencia pública pasaron a un plano secundario. Como consecuencia de la crisis aún mas marcada durante 1914 y 1915, el ejército Constitucionalista al mando de Venustiano Carranza, tomó disposiciones y medidas para reorganizar la asistencia pública. En 1915 conocido como el "año del hambre" en la ciudad de México, los establecimientos de asistencia pública cerraron sus puertas por falta de presupuesto. Todo el territorio nacional sufría hambre, miseria y epidemias de tifo, sarampión, paludismo, y tosferina entre otras. Mas tarde el gobierno Constitucionalista, intentó solucionar la crisis social; fue creada en la ciudad de México de manera temporal el "departamento de auxilios al pueblo", y se reorganizó la beneficencia pública, además fueron reabiertos los hospitales y hospicios, iniciándose así la reconstrucción del país.

El Consejo Superior de Salubridad siguió bajo el control de la Secretaría de Gobernación y se dictaron medidas para controlar las epidemias; se organizó una brigada sanitaria en la que médicos y enfermeras lucharon por combatir las enfermedades que asolaban al país, sin recibir salarios y con sus propios medios. "Fueron años de intensas batallas contra las grandes epidemias que azotaban al país". (19)

(19) Somolinos, Op. Cit, pág. 268.

POST-REVOLUCION

De 1920 a 1950, el nuevo régimen realizó la reconstrucción nacional, lo que originó la reactivación de la economía, estabilidad política, creación de un marco jurídico más acorde con las necesidades del pueblo, así como la creación de diversas instituciones de salud con el objeto de satisfacer las necesidades de la población, acrecentadas por la presencia de nuevos fenómenos como: la migración cada vez mayor del campo a la ciudad, migración a los Estados Unidos de Norteamérica, explosión y concentración demográfica en las grandes ciudades.

El 14 de junio de 1917, fue expedida la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, en cuyo artículo 10 se creaba el "Departamento de Salubridad" y se establecían sus funciones, correspondiéndole así la legislación sanitaria del país, policía sanitaria de puertos, costas y fronteras; medidas contra el alcoholismo y contra las epidemias; preparación de vacunas, sueros preventivos y curativos; vigilancia sobre uso y venta de sustancias venenosas; inspección sobre sustancias alimenticias, drogas; y realización de congresos sanitarios; dependiendo este departamento del ejecutivo Federal, señalándose así la responsabilidad del Gobierno Federal en esta materia. (20)

Por otro lado el 5 de febrero de 1917 fue aprobada una adición al artículo 73 fracción XVI, en donde se señalaban las funciones del Consejo de Salubridad General, confiándose a los poderes Nacionales la salubridad general de la República, previniendo la creación de dos dependencias: "el Departamento de Salubridad (ahora Secretaría de Salud) y el Consejo de Salubridad General"; misma que fue reformada el 6 de julio de 1971 para quedar como es en la actualidad. Así se abrieron

Direcciones de Salubridad en algunos estados de la República como : Mérida, Veracruz, Puebla, Guadalajara y Monterrey; en otros estados se formaron como oficinas para vacunación, de mercados ó vigilancia de prostitución.

En 1926 fue expedido el cuarto código sanitario, en 1934 el quinto, en 1949 el sexto, en 1954 el séptimo, y el octavo y último en 1973. También fueron nombrados delegados sanitarios Federales en las ciudades mas importantes, y el gobierno Federal pidió a los municipios fundar unidades sanitarias.

Durante 1929 los índices de desnutrición infantil eran muy elevados, es así como un sector de la población de la ciudad de México fundó una asociación denominada "La gota de leche", proporcionando leche y desayunos a los niños desnutridos de la ciudad. A su vez, esto propició que el presidente de la República Emilio Portes Gil fundara la "Asociación Nacional de Protección a la Infancia", con la finalidad de brindar protección y atención en casos de enfermedad, orfandad ó mendicidad.

El 31 de diciembre de 1937, se publicó el decreto que modificaba la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando así la "Secretaría de Asistencia Pública", como resultado de la fusión de la Beneficencia Pública y del Departamento de Asistencia Social Infantil.

Anteriormente, el 25 de Agosto de 1934, ya había sido expedido una Ley de Coordinación y Cooperación de los Servicios Sanitarios en la República Mexicana, en la cuál se previno la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los estados, para que crearan los Servicios Coordinados

de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, con el fin de sumar esfuerzos en los niveles de gobierno y procurar la unificación técnica de los servicios.

Un paso importante en los cambios que se estaban emprendiendo, fue cuándo en 1936 fue instituido el servicio médico social para que formara parte de los estudios de medicina, de tal manera que los futuros profesionistas fueran adiestrados en la práctica y proporcionaran atención médica a las comunidades mas alejadas.

Con el proceso evolutivo de las acciones asistenciales de éste siglo, es manifiesta la modificación de los objetivos de los organismos que las proporcionaban; es de interés observar que la década de los años treinta, tuvo una visión mas amplia de lo que significa asistencia social que lleva implícita la función de protección a la salud.

De esta manera, hospitales como el General, Juárez, Morelos y Homeopático, se dedicaron a atender gratuitamente a la población en general, los consultorios públicos otorgaron asistencia y medicamentos gratuitos. Así mismo la medicina mexicana alcanzó durante este siglo, un nivel científico mucho mas alto que en épocas anteriores y se introdujeron y practicaron adelantos médicos provenientes del extranjero.

EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD EN EL MEXICO MODERNO.

Un hecho que institucionalizó a los servicios de salud, fue el decreto expedido el 15 de octubre de 1943 por el presidente Manuel Avila Camacho, en el cuál se

creaba la "Secretaría de Salubridad y Asistencia", en la que se fusionó la Secretaría de Asistencia y el Departamento de salubridad, extinguiéndose así estas dos dependencias; y con el fin de legalizar la coordinación de los servicios de salud nacionales, el 2 de enero de 1947 fue expedido el reglamento de la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, el cuál otorgaba a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la facultad de organizar, administrar, dirigir y controlar la salud, asistencia y beneficencia pública, impartida tanto por el estado como por las instituciones privadas.

En ese mismo año, se expidió el acuerdo por el cuál se reconocía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la facultad de administrar los bienes que constituyen el patrimonio de la beneficencia pública.

Es de ésta manera como la asistencia médica comienza a dar pasos para ponerse al servicio de la colectividad, en sincronía con el ramo de la seguridad social, que abarcaba cada vez mayores sectores de la población trabajadora. El ejercicio profesional de la medicina que se encontraba privatizada, se vio desplazada por las medidas gubernamentales que fomentaron la institucionalización y el espíritu de socialización de la medicina, comenzando a organizarse los sistemas de atención médica para proporcionar salud al mayor número de personas.

La medicina fue progresando de manera más acelerada, y en 1944 los hospitales comenzaron a modernizarse impulsando también la enseñanza. En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales; por decreto se encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la tarea de orientar los programas de construcción y organizar unidades hospitalarias, contando con el financiamiento del Gobierno Federal

y con fondos de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, así como de la iniciativa privada.

Dentro de las instituciones de mayor importancia que fueron creadas apartir de esa época tenemos: Hospital Infantil de México en 1943; Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en 1944; Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" en 1946; Instituto Nacional de Cancerología en 1946; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ; en 1947 se formó el Departamento Central de Servicios Médicos y Previsión Social de Petróleos Mexicanos, aunque cabe aclarar que en 1938 cuándo se realizó la expropiación petrolera y se constituyó Petróleos Mexicanos, se creó el Departamento Médico de PEMEX, siendo hasta 1985 cuándo se organizó plenamente éste servicio médico que es el que opera actualmente. (21)

Los servicios de Sanidad del Ejército y Fuerza Aéreas Mexicanos, tuvieron su origen desde el 1o. de enero de 1917, en 1962 fue promulgada la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, quedándo instituido legalmente apartir del 26 de diciembre de 1986 el sistema que da servicios a los miembros de las fuerzas armadas, brindando servicios de seguridad social incluyendo la atención médica en Hospitales militares y secciones sanitarias.

(20) Bustamante, Op. Cit, págs. 41 y 42

(21) -Soberón Acevedo G./ Kumate Jesús: "La Salud en México Testimonios de 1988", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1988, 1/a edición, págs. 23 a 149.

Como vemos, la medicina institucional y social "entendida como la entrega de la asistencia médica al servicio del hombre, como integrante de una colectividad" (22), fueron separadas de la medicina privada; es palpable que en el transcurso del siglo XX el Estado tuvo una intervención cada vez mas activa en el cuidado y desarrollo de la salud.

Conforme se fue modernizando el país, fueron diversificandose las disciplinas relacionadas con la salud, extendiéndose los campos de acción y los objetivos de ésta, enfocandose mas a la prevención del daño y al fomento de la salud, enfrentando también el reto que constituye la existencia de grandes grupos que no tienen acceso a los servicios de salud, por causa de barreras geográficas, culturales y económicas.

Con la aparición de los sistemas de seguridad social fue notable el cambio del ejercicio profesional en México, se pretendió con esto organizar y regionalizar los sistemas de atención médica.(23)

En el período que va desde 1940 a la década de los noventa, las acciones básicas en el área de salud se vincularon con el proceso de industrialización del país, que trajo consigo desigualdad social, debido en gran parte a fenómenos económicos que se han acentuado cada día mas.

Respecto del IMSS, puede decirse que después de la Constitución de 1917, en su artículo 123 se produjeron una serie de disposiciones relativas al capítulo del trabajo y de la seguridad social, y no fue sino hasta el 19 de enero de 1943 que estando en la Presidencia de la República Manuel Avila Camacho fue promulgada la Ley que creaba el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

La atención de seguridad social y médica proporcionada por el IMSS fue extendiéndose, en 1951 el número de derechohabientes era de 1000164, de los cuáles 382 000 eran trabajadores y los demás eran familiares de éstos con derecho a recibir los beneficios. (24)

En 1960 se estableció una coordinación entre el IMSS y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para conformar un plan de medicina preventiva manteniendo acciones profilácticas, en ese mismo año fueron inauguradas clínicas médico familiares y de especialidades para atender a una población de 50 mil derechohabientes.

Cabe destacar que dentro de las actividades del IMSS, por acuerdo presidencial del 17 de enero de 1977 fue creada la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados "COPLAMAR", derivado esto, de que el IMSS de acuerdo a su ley tiene facultades para organizar, establecer y operar unidades médicas de solidaridad social, en favor de núcleos de población con profunda marginación social, rural, suburbana ó urbana, los beneficiarios de éstos servicios contribuirían con aportaciones en efectivo ó con la realización de trabajos personales en beneficio de sus comunidades.

(22) Somolinos, Op. Cit, pág. 278.

(23) Narro Robles José: " La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/a edición, pág. 61.

(24) Solidaría, Revista del IMSS: " 50 años de la historia de México", artículo escrito por: Alma Cruz Mendoza, Abril-Junio de 1993, pág. 15.

La prestación de servicios médicos en las áreas rurales, ya tenía antecedentes, cuando en 1949 se creó la Dirección General de Servicios Médicos Ejidales, ejerciendo la medicina preventiva y curativa con base en el sistema cooperativo, constituyendo así servicios de higiene rural y medicina social; en 1950 se construyó un nuevo tipo de hospitales rurales, que incluían servicios de salubridad y asistencia para la atención a las comunidades rurales en aspectos preventivos y curativos.

Los primeros hospitales rurales estuvieron asentados en Coatzacoalcos Veracruz, Tuxtepec Oaxaca, Ocotlan Jalisco, Uruapan Michoacán y Jalapa Veracruz; esta red hospitalaria fue extendida a algunas localidades del D.F y en los Estados.

En 1954 se implantó el régimen del seguro social al campo, iniciándose en los estados de Sonora, Baja California y Sinaloa, fijándose las cotizaciones de acuerdo con el número de hectáreas laboradas. En 1959 se modificó la ley, haciendo obligatorio a los patrones la inscripción de los trabajadores rurales en el seguro social, aportando los primeros el 50% de la cuota y quedando el resto a cargo del Estado.

En 1963 se incorporaron al seguro social los productores de caña de azúcar, fijándose la cotización dependiendo de los kilos de azúcar producidos, y correspondiendo el 50% a la empresa, 25% al trabajador y 25 % al Gobierno Federal.

El Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1959 y 1964, tuvo un amplio crecimiento en sus servicios médicos creando el Centro Médico Nacional y el Centro

Médico La Raza, así como también se fundaron otros hospitales en las principales ciudades del país, se puso énfasis en la medicina preventiva, expandió su cobertura incorporando a trabajadores eventuales, productores de cañeros y ejidatarios.

El grupo de campesinos productores de henequén de 58 Municipios del Estado de Yucatán fue incorporado en 1972 al seguro social mientras que ya en 1965 habían sido incluidos los pequeños propietarios.

Fue el 12 de marzo de 1973, cuando el Congreso de la Unión aprobó la Ley del Seguro Social que se encuentra vigente en nuestros días y que permitió la incorporación de nuevos grupos de campesinos y del medio urbano, estableciendo así un medio por el cual pueden recibir atención médica los trabajadores del campo sin capacidad de cotización, contribuyendo los beneficiarios con jornadas laborales en trabajos que benefician a sus comunidades, en servicios de infraestructura sanitaria, drenaje, agua potable y letrinas, de acuerdo a las posibilidades y necesidades locales.

En cuanto al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), puede decirse que tuvo como antecedente la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro fundada en 1925. La prestación médica no estaba incluida en los servicios que proporcionaba ésta dirección, por lo que las diferentes dependencias del Estado crearon sus propios servicios ó bien los subrogaban a otras instituciones, prácticamente concentrados en la ciudad de México.

El 31 de diciembre de 1959 la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, abrogó la Ley de Pensiones Civiles de

1947, incluyéndose la protección para el trabajador no sólo en materia de riesgos de trabajo sino también en atención médica, creándose así el ISSSTE como organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Inicialmente los servicios de atención hospitalaria se encontraban en instalaciones privadas y posteriormente fue iniciada la construcción de una red de clínicas y hospitales en toda la república, años mas tarde, específicamente el 28 de diciembre de 1963 fue publicada la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

En 1966 el Instituto ya protegía a 323 000 trabajadores de base; y el 27 de diciembre de 1983 fue publicada la Ley del ISSSTE que actualmente está vigente en la que se modificaba su estructura administrativa y se establecía el modelo de atención médica regionalizada por niveles, en ésta año también las principales ciudades del país, ya contaban con varias unidades periféricas, clínicas y hospitales del ISSSTE; en 1987 el ISSSTE reportó tener una cobertura de poco mas de 7 500 000 derechohabientes. (25)

En cuanto a las instituciones que protegen a la infancia en diversos aspectos asistenciales, incluyendo la atención médica, podemos decir que en 1955 se creó el Instituto Nacional de Bienestar a la Infancia, contribuyendo a abatir la desnutrición y distribuyendo desayunos; 1961 se estableció en Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), organismo público descentralizado, cuyo objetivo inicial consistió en dar servicios asistenciales para la niñez; en 1975 cambió su denominación por la Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia; posteriormente se fusionó con el

instituto Mexicano de Asistencia a la Niftez, dando origen en 1977 al Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Por lo que se refiere a los servicios médicos del Distrito Federal, se tiene como antecedente el año de 1909, cuándo fueron creados en la Ciudad de México, los servicios de atención médica de urgencias y traumatología, en un puesto central de socorro.

Desde la década de los veinte se establecieron algunos programas de medicina preventiva y hospitalarios irregulares; en 1943 se construyó el primer Hospital Central de Traumatología que formó parte de los servicios médicos del D.F; en 1964 se creó la dirección General de Salubridad en el Distrito Federal y la Dirección General de Asistencia Social en el D.F, siendo hasta 1987 expedida la Ley de Salud para el Distrito Federal.

El 29 de diciembre de 1976 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en cuyo artículo 39 se marcaban las atribuciones de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

También fueron creados otros Institutos de atención médica de Gran especialidad con carácter de organismos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propios asentados en la ciudad de México, como son: Instituto Nacional de Pediatría (IMAN), fundado en 1970; Instituto Mexicano de Psiquiatría, en 1979; Instituto Nacional de la Senectud, en 1979; Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias, en 1982; Instituto Nacional de Perinatología, en 1983; y el Instituto Nacional de Salud Pública, en 1987.

Con el objeto de coordinar los servicios de salud, mejorar el aprovechamiento de los recursos y de evitar duplicidades, fué creada en 1965 una comisión mixta coordinadora de actividades en salud pública, asistencia y seguridad social; estableciéndose la coordinación entre instituciones como el: IMSS, ISSSTE, SEDENA para el caso de catástrofes y campañas sanitarias, así como con la secretaria de Recursos Hidráulicos, Petróleos Mexicanos, CONASUPO, Departamento del Distrito Federal, desapareciendo así las graves epidemias que en tiempos pasados azotaban al país.

En 1977 se estableció el Sector Salud, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido éste como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la SSA, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1981 se creó por acuerdo presidencial la "Coordinación de los Servicios de Salud", determinándose así, las bases administrativas, técnicas y financieras para integrar el Sistema Nacional de Salud; para cumplir con su cometido, ésta coordinación se integró como una unidad de asesoría y apoyo de la Presidencia de la República, de acuerdo a lo establecido por el artículo 8 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. (26)

(25) Rocha Bandala Juan, Cif, Pos, Soberón Acevedo G: "Derecho Constitucional a la Protección de la Salud", Editorial Porrúa, México 1983, 1/a edición, págs. 119, 120.

(26) Soberón Acevedo G./ Ruiz C. Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1983, 1/a edición, pág. 60.

Este proyecto fue apoyado con la expedición del decreto del 15 de abril de 1980, mediante el cuál se aprobaba el Plan Global de Desarrollo 1980-1988, en el que se definió la estrategia de salud, que consistía en la integración de los niveles de atención, coordinación institucional a nivel regional através de convenios entre las instituciones de salud y seguridad social.

Consideramos que lo mas importante en épocas recientes, con respecto al derecho a la protección de la salud, fue la adición hecha al artículo 4/o. de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, según decreto que salió a la luz el 3 de febrero de 1983 y que 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 Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución"

Esto a nuestro juicio significó una declaración de respeto a los derechos del hombre y de principios sociales, que para su realización requirió de acciones subsecuentes como son:

La publicación de la Ley General de Salud en el D.O.F, el día 7 de febrero de 1984, la cuál reglamenta el artículo 4/o Constitucional; ésta ley fue modificada por última vez el 14 de junio de 1991, derogando el Código Sanitario de 1973, excepto en lo relativo a disposiciones de salubridad local, hasta la expedición de las leyes correspondientes en cada estado, abrogando de esta manera la Ley de Coordinación

y Cooperación de Servicios Sanitarios de la República de 1934, así como otras disposiciones de menor importancia.

Asimismo fue modificado el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal del 28 de diciembre de 1982, fijándose así las bases de lo que actualmente es el nuevo derecho social y cometido social del estado: "la protección de la salud de todos los Mexicanos".

También el 5 de enero de 1983 ,quedó integrado un gabinete de salud, compuesto por los Titulares de la secretaria de Salubridad y Asistencia, Programación y Presupuesto, Secretaría de la contraloría, IMSS, ISSSTE, y DIF, realizandose trabajos tendientes a tener una visión más real de la situación de salud del país, trayendo como consecuencia una serie de documentos y reformas jurídicas, que vinieron a reglamentar las funciones y coordinación del sector salud y en general del Sistema Nacional de Salud.(27)

No podemos dejar de mencionar, que desde la creación de la actual secretaria de Salud, se han venido realizando campañas sanitarias, actividades preventivas, obras en beneficio de la salud rural, control del agua potable, construcciones hospitalarias, asistencia pública, rehabilitación, vigilancia y control sanitario de alimentos, bebidas y medicamentos, asistencia médica, así como preparación y adiestramiento del personal de los servicios entre otras actividades.

(27) Administración Pública, Revista: " Administración del Sector Salud", Instituto Nacional de Administración Pública, Enero-Junio 1987, pág. 19.

Actualmente en nuestro país, gran parte de la población, dispone dependiendo de su estatus social, de tres esquemas para la atención de la salud:

- 1.-Los servicios proporcionados a la población en general, también conocida como población abierta, en forma de asistencia pública, los cuáles son relativamente gratuitos.**
- 2.-Los servicios financiados por los seguros sociales a sus derechohabientes.**
- 3.-Los servicios del sector privado, a los que tienen acceso aquellas personas que dispongan de la capacidad económica para su uso.**

Resulta importante destacar la importancia de la consulta popular realizada durante 1982 a 1988, por lo cuál el gobierno determinó que el Plan Nacional de Desarrollo diera prioridad a la salud, formando parte del modelo político característico del sexenio correspondiente; iniciándose de ésta manera, el proyecto de descentralización de los servicios de salud, con la finalidad de que toda la población pueda ver garantizado el derecho a la protección de la salud.

Consideramos como importantes los antecedentes que fundamentan la existencia de la seguridad social, en los que se incluyen los servicios de salud. Estos se sustentan en los derechos humanos fundamentales que declaran el principio de universalidad de los derechos de salud y de seguridad social, dentro de éstos tenemos: La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en cuyo artículo 25 manifiesta entre otras cosas "a la salud, asistencia médica y asistencia social.....".

Hacen referencia al mismo tema, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (artículo 11) de 1948; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 9 y 12) de 1966; y la Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 24) de 1989. (28)

C) MARCO JURIDICO DEL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

En la actualidad, el Derecho a la Protección de la Salud se encuentra fundamentado en las siguientes disposiciones:

DISPOSICIONES CONSTITUCIONALES:

La línea que sigue este derecho social, parte del artículo 4/o. Párrafo IV, de la Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, adicionado el día 3 de febrero de 1983 donde se establece que:

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

(28) Narro Robles José: "La Seguridad Social y el Estado Moderno", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1992, 1/a edición, pág. 301.

Además existen otros preceptos Constitucionales, los cuáles se encuentran relacionados de alguna manera con el derecho a la protección de la salud. Dentro de estas disposiciones, tenemos a las siguientes:

Artículo 11.-El cuál refiere que toda persona tiene el derecho para entrar, salir y viajar por el territorio nacional, mencionando dentro de otras cosas, algunas limitaciones que impongan las leyes sobre emigración, inmigración y salubridad general de la República.

Artículo 16. Párrafo II.-Le otorga a la Autoridad Administrativa, la facultad de practicar visitas domiciliarias con el fin de cerciorarse que se han cumplido los reglamentos sanitarios y de policía.

Artículo 73 Fracción XVI.-Aquí se mencionan como parte de las facultades del Congreso: "Dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República".

Destaca en el contenido de éste artículo, la mención de las atribuciones del Consejo de Salubridad General, el cuál depende directamente del Presidente de la República, haciendo énfasis en su actuación en caso de epidemias graves y de la invasión de enfermedades exóticas. Establece también que la autoridad sanitaria es ejecutiva, de tal manera que las disposiciones sanitarias que ésta emita deben ser obedecidas por las autoridades administrativas del país.

Artículo 123 "A" .Fracción II,XII, XV: Se establecen disposiciones laborales, prohibiendo labores insalubres ó peligrosas que pongan en peligro la salud del trabajador; estando obligadas las empresas a proporcionar a sus trabajadores habitaciones cómodas e higiénicas, además de vigilar la higiene y seguridad de sus establecimientos, adoptando las medidas necesarias para prevenir accidentes de trabajo.

Artículo 123 "B". Fracción XI.-Este precepto Constitucional, da las bases mínimas para la organización de la seguridad social, en la cuál se menciona que serán cubiertos los accidentes y enfermedades profesionales, enfermedades no profesionales y la maternidad, jubilación, invalidez, vejez y muerte.

Previene además, que en caso de accidente ó enfermedad el trabajador conservará el trabajo; que las mujeres embarazadas no deben realizar trabajos que pongan en peligro la salud tanto de la madre como del producto de la gestación, dándose también algunas disposiciones sobre períodos de descanso y atención médica de las trabajadoras en esta situación. Dispone también el derecho que tienen los familiares de los trabajadores a recibir atención médica y medicinas.

LEGISLACION ORDINARIA:

1) LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.

Lo establecido en esta ley, específicamente en el artículo 26, da la disponibilidad al Poder Ejecutivo para contar con diversas dependencias, entre las

que se encuentra la "Secretaría de Salud", esto con el fin de estudiar, planear y despachar los asuntos de orden administrativo.

Las atribuciones de cada una de estas Secretarías de Estado, son mencionadas en los artículos que le siguen; estableciendo las bases necesarias para la coordinación entre los principales órganos de la administración, con la finalidad de lograr una acción efectiva. Es así como en el artículo 39 de esta ley, encontramos las atribuciones correspondientes a la Secretaría de Salud, en donde se dispone:

Que la Secretaría de Salud es autoridad Sanitaria, a la que le corresponde vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, así como establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, incluyendo a la beneficencia privada.

Esta Secretaría debe coordinar los programas de servicios de salud de la Administración Pública Federal y de los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen. Así el Sector Salud queda integrado por todas las entidades e instituciones de la Administración Pública Federal que desarrollan funciones en esta materia; organizar los servicios sanitarios en toda la República, dándolos directamente ó en coordinación con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal.

Hace énfasis en las actividades relativas a la creación y administración de establecimientos destinados al apoyo de los programas de los servicios de salud y de asistencia pública, destinando a esta los fondos económicos provenientes de la

Lotería Nacional y Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública, así como de la administración del patrimonio de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal.

Le da a esta dependencia la facultad de planear, dirigir y evaluar el Sistema Nacional de Salud, dictando las normas técnicas y promoviendo la participación de las dependencias y entidades públicas, así como de los sectores social y privado que presten servicios de atención médica, salud pública y asistencia social.

Se dispone en este artículo además, las facultades que tiene esta dependencia para dictar medidas de control de la higiene, salubridad general, toxicomanías, alcoholismo, control de medicamentos; lucha contra las enfermedades transmisibles; medidas para la preservación de la salud de los trabajadores; así como la realización de actividades de investigación y de enseñanza.

2) LEY GENERAL DE SALUD.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 4/o. Constitucional, el 7 de febrero de 1984 se promulgó la Ley General de Salud, reglamentaria del derecho a la protección de la salud, el cuál constituye un instrumento básico para poder dar eficacia a esta garantía social; esta ley entró en vigor el 1/o. de julio de 1984.

Como ya hemos visto, las últimas modificaciones realizadas a este ordenamiento, fueron publicadas en 1991, el organismo encargado de la tarea de formular esta ley fue la Secretaría de Salud.

Consta de 18 títulos con sus respectivos capítulos; está organizada en dos partes sustantivas: la que reglamenta específicamente el derecho a la protección de la salud y la que desarrolla el contenido normativo de las materias de salubridad general. En este documento jurídico se considera a la salud no solo como "la ausencia de enfermedad sino como un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico y social propicio para su sustento y desarrollo. La salud es un elemento imprescindible del desarrollo y en una sociedad que tiene como principio la justicia y la igualdad sociales, es un derecho esencial de todos".

El objetivo general de esta ley, expresado en el título primero, es:

"Reglamentar el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4/o. Constitucional; así mismo, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general".

Podemos agregar que además esta ley encierra otros objetivos fundamentales, los cuales son:

- Definir el contenido y finalidades del derecho a la protección de la salud.
- Establecer las bases jurídicas para el efectivo ejercicio del derecho a la protección de la salud.
- Definir la participación y responsabilidades de los sectores público, social y privado.
- Establecer las base para la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.
- Reglamentar la prestación de los servicios de salud.
- Reforzar las acciones complementarias (recursos humanos, investigación e información).

-Establecer la distribución de competencias, en materia de salud.

Las finalidades del derecho a la protección de la salud, son enumeradas en el artículo 2/o. de la Ley General de Salud, concentrándose en: el bienestar físico y mental del hombre; prolongación y mejoramiento de la calidad de vida; protección, creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud indispensables en el desarrollo humano; extensión de actitudes responsables de la población, para la prevención y conservación de la salud; disfrute de servicios de salud y de asistencia social por parte de la población; así como el desarrollo de la enseñanza e investigación científica y tecnológica para la salud.

Cabe aclarar que la Ley General de Salud contiene en si misma tres estrategias básicas, en torno a las cuáles fue elaborada: descentralización, sectorización y modernización, las cuales al interactuar armónicamente, dan paso a la formación del Sistema Nacional de Salud con el fin de que la prestación de servicios de salud responda a las demandas de la población.

Así mismo se define la naturaleza, composición y propósitos del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se atribuye a la secretaria en su carácter de coordinadora de dicho sistema, con el fin de propiciar que las instituciones de salud que atienden a la población abierta y las de seguridad social, sumen esfuerzos para la integración del sector, ampliando la cobertura de los servicios a toda la población, aumentando y unificando la calidad de los mismos.

Son definidos también los campos de salubridad general, los cuáles son: atención médica, salud pública y asistencia social; como uno de los puntos mas

importantes contemplados en esta ley, tenemos la descentralización de los servicios de salud, la cual tiene sus cimientos en la distribución de competencias entre la Federación y los estados, instrumentando la concurrencia en materia de salubridad general, como lo dispone el artículo 73 fracción XVI de la Constitución.

Es conveniente destacar que son objeto de regulación por parte de la Ley General de Salud, todos los servicios de salud que son proporcionados en el país; cualquiera que sea el carácter de los prestadores, sin perjuicio de los ordenamientos legales que rigen la organización y funcionamiento de las instituciones de salud respectivas.

En cuanto a las modalidades de acceso se refiere, establece principios generales que rigen la prestación de los servicios de salud, destacando aquellos que son gratuitos para la población abierta, fundados en las condiciones económicas de los usuarios.

La ley establece que servicios están considerados como básicos para la salud, es decir, aquéllos que resultan imprescindibles para hacer efectiva esta garantía social, comprendiendo entre otras actividades: la atención médica, salud pública, asistencia social y disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.

El título noveno de la Ley General de Salud, establece en su único capítulo las bases legales para la asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos

Considera también el cuadro básico de insumos del sector salud, facultando a la Secretaría de Salud y al Consejo de Salubridad General para determinar la lista de medicamentos esenciales para la población, respecto de los cuáles el Estado adoptará medidas en materia de abastecimiento y precios.

Por último, son contemplados aspectos relativos a los procedimientos administrativos de la actividad sanitaria, tales como medidas de seguridad, autorizaciones, vigilancia, sanciones y delitos.

A su vez, la Ley General de Salud para el logro de sus objetivos, contiene seis reglamentos, los cuáles son:

- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986). Reafirmandose la función coordinadora de ésta Secretaría, en las actividades de salud que involucran a los sectores público, social y privado.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios. (Publicado en el Diario oficial de la Federación el 18 de enero de 1988).ç
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la publicidad. (Publicado en el diario Oficial de la Federación el 26 de Septiembre de 1986 y modificado por decreto publicado el 10 de junio de 1993).
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987).
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. (Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985).

**-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional.
(Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de febrero de 1985).**

3) LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL.

Los objetivos del derecho a la protección de la salud, tienen correspondencia con el derecho a la asistencia social, pues integran un todo jurídico, social y político.

Tal y como expresamos en líneas anteriores, el artículo 3/o. de la Ley General de Salud, clasifica a los servicios de salud en tres tipos: atención médica, salud pública, y asistencia social. En relación con este punto el título noveno de la misma ley establece las bases legales para la asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos.

En concordancia con los propósitos expresos del derecho a la protección de la salud y a fin de determinar con mayor precisión las bases legales de la asistencia, fue aprobada la "Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social", el día 9 de enero de 1986, mediante la cual se crea un subsector dentro de la estructura del gobierno Federal, para atender a los individuos y grupos mas desprotegidos de la sociedad.

Esta ley da sustento al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, al cuál se le asignan funciones de coordinación en la materia asistencial, así como prestación y promoción de servicios.

Conjuntamente, el artículo 167 de la Ley General de Salud y 3 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, definen la asistencia social como todas

aquellas actividades tendientes a favorecer el desarrollo integral de los individuos; la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, desprotección ó desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Las actividades asistenciales están encaminadas prioritariamente a impulsar el desarrollo integral de la familia, y a apoyar en su formación y subsistencia, a las personas con carencias familiares, las cuáles no son superables por el mismo individuo. Las tareas asistenciales dirigidas a los grupos marginados, son consideradas como un servicio básico de salud, según lo dispuesto por el artículo 27 fracción X, de la Ley General de Salud .

La Ley General de Salud y la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, en sus artículos 168 y 12 respectivamente, determinan que los servicios básicos de salud en materia de asistencia social son: atención a personas con problemas socioeconómicos; a niños y ancianos en estado de desamparo, e inválidos sin recursos; capacitación para la senectud; prevención de invalidez y rehabilitación; orientación nutricional y suministro de alimentos a personas con escasos recursos y de zonas marginadas; promoción e impulso del sano crecimiento físico, mental y social de la niñez.

4) LEY DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA PARA EL DISTRITO FEDERAL.

Consideramos que resulta importante para el presente trabajo de investigación referir ésta ley, ya que si bien es cierto que éstas instituciones no están establecidas

por el Estado, si son de ayuda para la realización del cometido objeto de este estudio, ya que proporcionan servicios de protección de la salud con un criterio de solidaridad hacia la población en general.

Esta ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de enero de 1943, reformada y adicionada mediante decreto publicado el 1/o. de diciembre de 1986. Define a las instituciones de asistencia privada como entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular realizan actos con fines humanitarios de asistencia, sin el propósito de lucro y sin designar individualmente a quiénes reciben los beneficios.

Tienen capacidad para tener un patrimonio propio destinado a la realización de sus fines, pudiendo ser fundaciones ó asociaciones; denominándose "juntas de socorro ó de asistencia" cuándo presten sus servicios, en casos de epidemias, guerras, terremotos, inundaciones u otras catástrofes.

5) LEY DEL SEGURO SOCIAL Y LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Constituyen éstas dos leyes, el marco legal para el acceso a los servicios de salud de todas aquellas personas protegidas por los sistemas de seguridad social, es decir los derechohabientes y sus familiares afiliados al IMSS e ISSSTE.

Agregamos como dato importante que el artículo 252 de la Ley del Seguro Social, menciona que el titular de la Secretaría de Salud y el Director General del IMSS, serán siempre consejeros del Estado; mientras que el artículo 152 de la Ley

del ISSSTE, menciona que los integrantes de la junta directiva son: los Titulares de las secretarías de Programación y Presupuesto, Hacienda, Salud, Desarrollo Urbano y Ecología, Trabajo y Previsión social; así como el director general del Instituto que será quién designe el Presidente de la República; y aquellos designados por la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado.

6) LEY DE PLANEACION.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 5 de enero de 1983. Esta Ley manifiesta que la planeación es llevada a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del país, tendiendo a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en nuestra Constitución Política; teniendo como uno de sus principios el respeto irrestricto de las garantías individuales, de las libertades, derechos sociales y políticos.

Es así como las dependencias de la administración pública centralizada y las entidades de la administración pública paraestatal, encontrándose en éste caso aquellas que proporcionan servicios de salud, deben planear y conducir sus actividades sujetándose a los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo, contenidas en el Sistema Nacional de Planeación Democrática.

Por otra parte, derivadas de la Ley General de Salud, existen un gran número de disposiciones reglamentarias, decretos, acuerdos presidenciales y secretariales, así como un sinnúmero de normas técnicas; en las que se establecen normas de organización y funcionamiento, así como disposiciones sanitarias.

DECRETOS:

Dentro de los decretos que consideramos de mayor trascendencia, tenemos el expedido el 30 de agosto de 1983, mediante el cuál el ejecutivo establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la actual Secretaria de Salud; con base en este decreto en febrero de 1984, los Gobiernos Federal y Estatales, en el marco del convenio único de desarrollo convinieron en promover la descentralización, llevando acabo las acciones necesarias para integrar programáticamente los servicios de salud en las entidades Federativas y posteriormente la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta, a cargo de la Secretaria de Salud y del programa IMSS-COPLAMAR (actualmente IMSS-SOLIDARIDAD), así como de la propia entidad.

Es así como el 8 de marzo de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto por el que se descentralizan a las entidades Federativas los servicios que presta la Secretaria en los estados, y los que proporciona el IMSS por solidaridad social, integrandolos a los sistemas Estatales de Salud de cada entidad Federativa. (29)

(29) De La Madrid Hurtado Miguel: " La Descentralización de los Servicios de Salud (El caso de México)", Editorial Porrúa, México 1986, 1/ª edición, pág. 252.

D) EL ESTADO DE DERECHO Y EL DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD.

Pretendemos resaltar la importancia que tiene el Estado de derecho y lo que implica dentro de éste el derecho a la protección de la salud. Resulta conveniente iniciar la exposición de esta investigación, mencionando que dentro del desarrollo de las sociedades han ocurrido hechos de vital trascendencia para el hombre; por un lado la Declaración Universal de los Derechos del Hombre ha plasmado las prerrogativas que se le deben reconocer a toda persona por el solo hecho de serlo; por otra parte, es indudable que los progresos científicos y tecnológicos de éste siglo, han proporcionado la oportunidad de tener un mayor bienestar al hombre, provocando la creación de nuevos y mayores bienes y servicios; sin embargo en otro caso extremo, se han acentuado desigualdades e injusticias, haciendo a muchos pueblos e individuos, dependientes de otros.

El orden y situación natural de las cosas y de los individuos, hace necesario que estos elementos convivan en sociedad, de tal manera que ésta convivencia se da como un hecho que nadie puede evadir, ajeno a la voluntad de las personas. Al aumentar el número de miembros de la sociedad, se hace necesario organizarla, implementando reglas para señalar la posición y funciones que cada individuo debe ocupar en dicha sociedad; así es como unos cuantos dirigen al resto de las personas, sujetándose éstas para obedecer a quiénes dirigen.

Es en este momento cuándo aparece el Estado: "que suele definirse como la organización jurídica de una sociedad, bajo un poder de dominación que se ejerce en determinado territorio e integrándose por: población, territorio y poder" .(30)

Así vemos que los grupos de seres humanos se encuentran unidos por sus costumbres, identificados por una cultura integrada por modos de pensamiento y de acción semejante. Los individuos que pertenecen a un Estado componen la población de éste, los cuáles se encuentran sometidos a la autoridad política, participan en la formación de la voluntad general, y por lo tanto se encuentran sujetos a la autoridad del Estado.

Es así como cada uno de los integrantes de la sociedad, se da cuenta de que tanto ellos como las demás personas, son por sí solos insuficientes y que necesitan de los demás para sobrevivir. El Estado nace consecuentemente, por la necesidad natural de los seres humanos de contar con las condiciones propicias para su pleno desarrollo y conforme a las exigencias específicas de cada pueblo. Es función de los gobernantes dirigir todas sus acciones para conseguir el bien común, lo cuál es diferente de acuerdo al respectivo grado de evolución de cada pueblo; se debe velar por el orden y para ello es indispensable alcanzar la justicia, es decir, dar a cada quién lo que le corresponde.

Es imprescindible que quiénes gobiernan un Estado, estén dotados de autoridad y de poder, ya que esto les permite dirigir al resto del pueblo y administrar las cosas, haciendo respetar sus determinaciones coactivamente. Esa autoridad es el reflejo de la soberanía nacional "poder que tiene el Estado y que no admite ningún

otro igual, ya que todos deben subordinarse en el interior del Estado, y en el exterior rechaza poderes superiores que puedan disminuir ó suprimir la independencia" .(31)

Es entonces cuándo aparece la seguridad jurídica, que da a todas las personas la confianza de que su situación no será violentamente alterada, afectandosele en su persona, derechos, posesiones, etc. Así es como resulta necesario establecer medios de represión, corrección y readaptación respecto a quiénes rehúsen cumplir con sus deberes jurídicos.

Todo lo antes expuesto constituye un proceso dialéctico, es decir, cambiante, de renovación, lo que ayer fue una meta hoy se convierte en la etapa de una meta superior, lo que en épocas pasadas tenía calidad de bien reservado a unas cuantas personas privilegiadas, en la actualidad se convierte en necesario para todos. Bienes y servicios de que gozaba en exclusiva una élite hoy son una aspiración común.

De esta manera, quiénes dirigen a los pueblos tienen el desafío de adoptar medidas para hacer posible la satisfacción de esas necesidades; sabemos que ese compromiso no es nada sencillo como mas adelante veremos ya que el Estado tiene que enfrentarse a múltiples obstáculos. "Mariano Azuela refiriéndose a este tema, dice que los gobernantes, sus legisladores, consejeros y sus administradores, no aciertan a solucionar los problemas, y parecen estar dando bandazos hacia un lado y hacia otro, como los buques azotados por tempestades y que han perdido el rumbo".

(32)

(30) García Maynez, *Op. Cit.*, pág. 99.

(31) Narro Robles José: " *La Seguridad Social y el Estado Moderno*", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1992, 1ª edición, pág. 40.

(32) *Ibid.*, pág. 41.

"El conjunto de derechos que el individuo puede hacer valer frente al Estado constituye lo que en la terminología jurídica recibe la denominación de estatus personal. Las facultades que lo integran son de tres clases: Derechos de libertad, derechos que se traducen en la facultad de pedir la intervención del Estado en favor de intereses individuales, y derechos políticos. La calidad de la personas como miembros de una comunidad jurídicamente organizada, lleva consigo una serie de derechos subjetivos públicos". (33)

De esta manera el Estado de derecho está dotado de una lógica irrefutable; al someterse el pueblo y el gobierno al derecho, quedan garantizados los derechos de los gobernados y se evitan abusos de los gobernantes, creándose así las condiciones idóneas para lograr, mediante la organización jurídica política del pueblo, el desarrollo necesario para alcanzar una armónica convivencia. Sin embargo aún con esto la humanidad sigue viviendo problemas preocupantes.

El Estado social derecho implica en sí mismo, aprovechar las ideas y creatividad humana, desechando las que han fracasado, adoptándolas con realismo a las circunstancias, para alcanzar así dentro de un marco jurídico una estabilidad social que facilite la creación de condiciones que permitan a los miembros de la comunidad satisfacer sus necesidades básicas y lograr su estabilidad y mejoría social y cultural, introduciendo sistemas que disminuyan las desigualdades sociales e involucren a todos en la solución de los problemas.

(33) *García Maynez, Op. Cit, págs. 3 y 101.*

Héctor González Uribe, piensa que "el estado de bienestar se basa en el principio de que todo miembro de la comunidad por el solo hecho de ser un ser humano, tiene derecho a participar de los beneficios del bien común. El bienestar, que supone que existe un nivel mínimo de vida debajo del cuál no debe de estar ningún ser humano debe de extenderse a toda la población, sin discriminación alguna". (34)

Agrega que el Estado social de derecho surge como una reacción en contra de las injusticias y desigualdades a que condujo el estado liberal, conserva aspectos muy importantes de éste y los completa con otros de contenido social, y el Estado representado por los gobernantes, se convierte en un factor esencial de desarrollo.

El Estado social de derecho considera al hombre como un ser digno y libre, la principal preocupación del Estado es el hombre y su realización, todos los hombres tienen igualdad fundamental, lo que obliga a combatir las situaciones de desigualdad, que impiden a alguien vivir decorosamente de acuerdo con su dignidad; los seres humanos están dotados de capacidad que debe protegerse, lo que supone la existencia de condiciones que la hagan realmente efectiva para todos, así como un amplio cuadro de derechos humanos que se deben respetar; el derecho debe evitar abusos, el gobernante debe guiar y dirigir al gobernado en su conducta hacia otros y señalar los riesgos que corre si actúa de diferente manera; al gobernante deben señalarse límites en el uso de su autoridad, por lo que siempre debe encaminar sus acciones en beneficio de la comunidad, así pues el hombre debe actuar por convencimiento sin esperar premios y sin tener castigos.

(34) Héctor González Uribe: "Teoría Política", Editorial Porrúa, México 1984, 1ª edición, pág. 592.

El Estado social de derecho debe garantizar a la población seguridad frente a los riesgos que toda sociedad no está exenta de sufrir; debe planear la forma en que hará llegar a la población de manera mas oportuna los derechos sociales respaldados por la Constitución relativas al salario, educación y salud entre otros. Para Felipe Tena Ramírez, es necesario seguir introduciendo reformas en la Constitución para lograr el desarrollo del Estado social de derecho, de tal manera que sea garantizado plenamente su cumplimiento.

Podemos resumir que las características del Estado social de derecho, se concretan en tres aspectos: el respeto y la protección del hombre, el control del gobernante por medio del derecho, y la justicia social como parte de un sistema que permite superar las diferencias sociales.

La salud forma parte fundamental del desarrollo integral del país y de la calidad de vida, el cuál debe ser accesible a toda la población. Es cierto que hay que someterse al marco jurídico establecido, pero también resulta obvio que entre sus atributos se encuentra la incorporación a la carta magna de los principales derechos fundamentales como presupuestos para fundamentar y motivar los actos de gobierno.

Dentro de estos derechos fundamentales vemos que ya en nuestra Constitución se le da a la población el derecho a la protección de la salud, como una mas de las garantías que se traducen en cometidos para el Estado.

Al respecto Fernando Zertuche hace la distinción entre derechos y garantías, refiriéndose a los primeros como aquellos valores que corresponden al ser humano, es decir a los derechos fundamentales como son :la vida, la igualdad, el

pensamiento, el trabajo, la seguridad jurídica etc. al referirse a las garantías, dice que se trata del mismo concepto, pero se dan como tales cuando los derechos son reconocidos y protegidos por el orden jurídico positivo. (35)

En el caso del Estado Mexicano, que aspira a lograr un Estado social de derecho y por lo que hace al sistema de protección a la salud, en nuestros días, el sistema que más se acerca a tratar de cumplir con la garantía social de que todos deben tener acceso a dichos servicios es el derivado del "sistema de solidaridad social"; sin embargo nos damos cuenta que en la realidad son los asalariados quienes tienen acceso a la mejor atención médica que se proporciona en el país; lo cual contraviene los principios de un Estado social de derecho, por lo que resulta necesario extender esta garantía a la totalidad de los Mexicanos.

Para esto es necesario que el Estado reciba las expresiones de necesidades, expectativas, demandas, recursos, y posibilidades de realización respecto de la atención y satisfacción de los requerimientos de salud. También debe reconocer, calificar, seleccionar y jerarquizar dichas necesidades; así mismo asigna, organiza y usa recursos, por lo general escasos, y produce resultados que se afirman como deseables y benéficos para las necesidades y exigencias.

"La innegable vinculación que existe entre el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población, la distribución del ingreso, el empleo, el disfrute del tiempo libre, el incremento de la productividad y de la producción, es uno de los retos a los que se enfrentan las sociedades que buscan ser cada vez más igualitarias". (36)

(35) Fernando Zertuche Muñoz, Cit. Pos, Soberón Acevedo Guillermo: "Derecho Constitucional e la Protección de la Salud", Editorial Porrúa, México 1983, 1ª edición, pág. 31.

Se desprende así que el derecho a la protección de la salud, es el resultado de un mandato de la Constitución del Estado, como rector del desarrollo y responsable de la planificación democrática, desplegándose así: intervenciones importantes, actividades y objetivos para la satisfacción de las necesidades actuales y vitales de los individuos, grupos e instituciones de la sociedad en su conjunto.

En este contexto, puede observarse que en México la Secretaría de Salud conduce el proceso de desarrollo y establecimiento del Sistema Nacional de Salud, el cual forma parte del Sistema Nacional de Planeación democrática; y la formulación del cumplimiento del Programa Nacional de Salud como parte sectorial del Plan Nacional de Desarrollo.

Miguel de la Madrid Hurtado expresó en una reunión sobre salud y seguridad social, que: "el derecho a la protección de la salud, debía reconocerse como derecho social explícitamente, con el fin de obligar al Estado y a la sociedad a proporcionar un bien que es indispensable para el desarrollo de la personalidad humana y para la subsistencia de una nación vigorosa". (37)

Una sociedad organizada democráticamente, debe tener la obligación ineludible de proporcionar a sus integrantes condiciones adecuadas de salud, promoviendo si es necesario la transformación de la estructura social y la doctrina de los derechos del hombre.

(36) *Exposición de motivos correspondientes a la iniciativa de Ley de edición al artículo 4to Constitucional, (D.O.F. 3 de febrero de 1986)*

(37) *De La Madrid Hurtado Miguel: "Salud: Pensamiento Político 1982-1987", Editorial Porrúa, México 1988, 1/a edición, pág. 12.*

La salud se encuentra relacionada íntimamente con la posibilidad de los individuos a tener acceso a niveles adecuados en materia de alimentación, vivienda, empleo, educación y salud entre otras cosas. Es por esto que el Estado social de derecho, significa ser una sociedad igualitaria en la que el objetivo es tener una forma de vida común, para que sin distinciones todos puedan disfrutar de oportunidades para el desenvolvimiento cultural, económico y social.

El Estado social de derecho busca corregir situaciones de difícil desigualdad, como lo es la desnutrición de millones de niños, y abatir los altos índices de morbi-mortalidad, ya que de no hacerlo se condena a la sociedad a no tener el desarrollo fundamental a que debe aspirar el ser humano.

La medida tomada por el Estado, de garantizar el derecho a la protección de la salud, debe beneficiar también a los comprendidos en los grupos sociales mas desprotegidos, mas pobres económicamente como son los empleados, subempleados, campesinos y habitantes de colonias populares, y habitantes de los cinturones de miseria.

"El Estado social y democrático de derecho" es un esquema de desarrollo y un arreglo de distribución del poder público, así como un mecanismo para la participación de la sociedad en asuntos públicos y para la intervención del Estado en la economía y en los derechos sociales".(38)

(38) Ruiz Massieu José F, Cit, Pos, Soberón Acevedo G: "Derecho Constitucional a la Protección de la Salud", Editorial Porrúa, México 1993, 1/a edición, pág. 13.

CAPITULO II

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE PROTECCION A LA SALUD EN MEXICO

A) RECTORIA Y COMETIDO SOCIAL DEL ESTADO EN MATERIA DE SALUD.

La necesidad de que el Estado dé satisfacción a una serie de intereses colectivos, ha hecho posible que éste se avoque a la tarea de crear autoridades que concreten ó materialicen dichos intereses, que son efectuados por servidores públicos en el ámbito de la función ejecutiva.

Hemos dicho ya que el Estado es la organización política y soberana de una población establecida en un territorio determinado, regido por un marco jurídico plenamente establecido, el cuál cuenta con independencia, autodeterminación, órganos de gobierno y administración, y con lo cuál se persiguen determinados fines mediante actividades concretas.(39)

Acosta Romero reflexionando sobre este punto, agrega que siendo esto una realidad social, el Estado tiene también una realidad jurídica, la cuál se refleja en su capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones tales como la defensa de la soberanía, establecimiento de una estructura administrativa adecuada a las necesidades del país, de un sistema monetario y tributario, de un marco jurídico para

mantener un Estado de derecho, así como mecanismos y bases para el desarrollo, entre otras muchas actividades.

Es en este contexto, en el que podemos decir que el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4/o. Constitucional, y entendido como una de las garantías sociales, constituye un derecho de los ciudadanos y una obligación por parte del Estado, sumandose así al conjunto de cometidos del Estado.

Esta garantía social forma parte de las actividades que el Estado tiene encomendadas en la Constitución Política, tiene como característica el ser una acción continúa y permanente, organizada jerárquicamente; cuenta con elementos materiales, patrimonio y recursos humanos con los que puede realizar los cometidos encomendados por la Constitución, persiguiendo en todo momento el interés público.

León Cortíñez Peláez, señala que los "cometidos sociales son un imperativo Constitucional del Estado democrático y social de derecho"; entendidos éstos como "aquellas tareas concretas en función administrativa ,asumidos directamente por el poder público ó previa autorización y concurrentemente por los particulares, en un régimen jurídico mixto que entrelaza regimenes de los derechos público, privado y social, y cuyos destinatarios se encuentran en calidad de beneficiarios".(40)

(39) Acosta Romero, Op. Cit, pág. 78.

(40) "Revista de ciencias jurídicas", artículo escrito por: León Cortíñez Peláez, publicación de la división de ciencias jurídicas de la ENEP-ACATLAN, 1992, pág. 69.

En base a lo expuesto anteriormente, se desprende que el Estado tiene que realizar acciones dirigidas a proteger a la población de riesgos y daños que puedan afectar a la salud. Para llevar a cabo esto es necesario que el estado organice sistemas y recursos para detectar, ordenar, vigilar y controlar situaciones, hechos ó actividades que puedan afectar la salud; también debe vigilar y controlar establecimientos, obras y servicios que puedan tener efecto directo sobre las condiciones de salud de toda la población, ó bien que a través de modificaciones ambientales alteren su salud y bienestar.

El "derecho a la protección de la salud", es entonces, un cometido social encomendado originariamente al Estado; el cuál es llevado a cabo a través de una unidad administrativa que realiza una parte de la actividad del estado, con responsabilidad directa ante el poder ejecutivo y a la que en este caso se le denomina "Secretaría de Salud".

El Estado tiene un papel estratégico y rector en la promoción y administración de los intereses colectivos y en el impulso y regulación del progreso nacional. Es por esto que la ley faculta al ejecutivo federal para establecer los procedimientos de participación y consulta popular en el sistema Nacional de Planeación Democrática; para establecer los criterios de formulación, instrumentación, control y evaluación de los planes, programas y proyectos; para establecer órganos que se responsabilicen de dicha planeación; además se han establecido bases para la coordinación de los convenios entre el poder central con los gobiernos estatales, así como para la inducción y concertación de acciones planeadoras con los particulares.

El derecho a la protección de la salud se configura como un mandato de la Constitución al Estado, toda vez que éste se erige como rector del desarrollo y responsable de la planificación democrática y garantizante del derecho a la protección de la salud. Todo esto se da en congruencia con el contenido del programa contenido en la constitución, que en síntesis es un proyecto nacional.

El cumplimiento de éste cometido del poder público es una responsabilidad y obligación prestacional ineludible de la institución administrativa competente, se da en las tres dimensiones espaciales: Federal, Estatal y Municipal; y aún podemos agregar que de acuerdo a las diversas funciones, la ley le ha dado diversos matices a éste cometido en el cuál: lo institucionaliza, legitima, le da legalidad, implica una organización colectiva, política y socioeconómica, le da derecho a coaccionar a quién infringe sus disposiciones, y al mismo tiempo se encuentra integrado a las relaciones internacionales.

La rectoría del Estado en materia de salud, se encuentra fundamentada de principio, en nuestra Constitución Política, en la cuál se ha definido el significado y alcance de la rectoría política del Estado, así como sus atribuciones como son la planeación, conducción, coordinación y orientación de la actividad económica nacional dentro de las libertades y garantías consignadas por nuestra ley fundamental.

**Los artículos Constitucionales a que nos referimos son los siguientes:
Artículo 25.-"Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional para garantizar que éste sea integral, que fortalezca la soberanía de la nación y su régimen democrático.....".**

Artículo 26.-"El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional.....".

Artículo 28.-"....El Estado contará con los organismos y empresas que requiera para el eficaz manejo de la áreas estratégicas a su cargo y en las actividades de carácter prioritario donde, de acuerdo con la leyes, participa por sí o con los sectores social y privado.....".

Por lo que se refiere a la fundamentación legal, tenemos que el 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política Nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; administrar los bienes y fondos que el Gobierno Federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública; planear, normar, coordinar y evaluar el sistema Nacional de Salud; organizar y administrar los servicios sanitarios generales en toda la República; así como promover la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Reforzando este concepto el artículo 7/o. de la Ley General de Salud establece que "la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta establecer y conducir la política nacional en materia de salud..."; es así como queda establecido que esta secretaría forma parte del conjunto de secretarías de Estado que auxilian al poder ejecutivo en la administración pública centralizada.

También puede observarse que tanto la ley del IMSS como la ley del ISSSTE, respetando la rectoría del Estado en materia de salud, incluyen a la Secretaría de Salud dentro de sus órganos de gobierno. De tal manera que el Secretario de Salud es consejero por parte del estado ante el consejo técnico del IMSS y es presidente de la junta de gobierno del ISSSTE por designación del presidente de la República.

Es así como se estableció el Sector Salud, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud. Por su parte, las principales funciones de la rectoría del Estado en materia de salud pueden ser identificadas en los siguientes aspectos:

- 1.-Regulación de los servicios de salud y regulación, control y fomento sanitario.**
- 2.-Función reglamentaria y de normas técnicas.**
- 3.-Planeación y gestión financiera.**
- 4.-Proveedor de servicios de salud.**
- 5.-Formación de recursos humanos.**
- 6.-Investigación para la salud.**
- 7.-Información para la salud.**

En relación a la justificación de la existencia de la Secretaría de Salud, la Constitución Mexicana previene lo siguiente: el artículo 89, fracción II faculta al presidente de la República a nombrar y remover libremente a los Secretarios de Estado; el artículo 90 confiere a las secretarías de Estado y departamentos administrativos tener a su cargo la administración pública Federal, la cual será centralizada y paraestatal; y el artículo 93 impone a las secretarías de Estado la obligación de comparecer ante el Congreso de la Unión para dar cuenta del estado que guarden sus respectivos ramos.

De acuerdo con el marco jurídico administrativo que norma la organización y funcionamiento de la administración pública en México, el Estado tiene la responsabilidad de dictar leyes y demás disposiciones conducentes para regular las acciones de salud en general, de tal manera que en materia de salud, las disposiciones que establecen las facultades de regulación y control se encuentran manifestadas en las leyes, reglamentos, decretos y acuerdos respectivos.

Las actividades encomendadas por la ley a la Secretaría de Salud, forman parte del conjunto de actividades del Estado en un sentido genérico, estas se traducen en actividades concretas mediante las cuáles se ejercitan las funciones de su competencia y en las que se ve beneficiada la población directamente mediante las operaciones materiales y los actos jurídicos, con la finalidad de cumplir con los cometidos del Estado.

Analizando la clasificación que de los cometidos del Estado hacen los tratadistas del Derecho Administrativo: (esenciales, de servicio público, sociales y privados), diremos que a nuestro juicio la protección de la salud es un cometido de servicio público y social "toda vez que en principio es estatal, pero susceptible de otorgarse a los particulares y están destinados a satisfacer las necesidades sociales básicas de la población, encontrándose en este caso la salubridad, asistencia y seguridad social en todas las áreas".(41).

(41) Acosta Romero, Op. Cit, pág. 699.

Las actividades de salud pueden ser proporcionadas tanto por instituciones públicas, como sociales o privadas; el área de trabajo está clasificada como prioritaria porque no está restringida sólo al Estado, sino que también participan los particulares; el régimen jurídico que posee es mixto (derecho público en igual proporción, mayor influencia del derecho social y menos influencia del derecho privado); esto quiere decir que la salud es un área asumida directamente por el Estado e indirectamente por particulares; los órganos de la administración pública que llevan a cabo esta actividad son dependencias y entidades paraestatales, así como instituciones privadas ó sociales.

Las funciones concretas que lleva a cabo el Estado en el cumplimiento de este cometido, se basan en la estratificación de la atención médica por niveles de atención, según la complejidad de los requerimientos. Esto implica una serie de acciones emprendidas con el fin de promover el bienestar, abatir riesgos y disminuir los daños causados por la enfermedad. Implica también la distribución de responsabilidades y recursos en los tres niveles de gobierno para tratar de dar cumplimiento a ese compromiso, y se han ordenado esas responsabilidades y recursos, siempre bajo la rectoría del Estado y bajo la acción coordinadora de la Secretaría de Salud, a fin de integrar el Sistema Nacional de Salud que es el instrumento del Estado para dar cumplimiento a este cometido social.

Para llevar a cabo este cometido, el Estado se traza metas tendientes a mejorar la calidad de vida de todo ser humano; así tenemos como un ejemplo de esos principios: El programa de salud para todos en el año 2000", dado a conocer por la Organización Mundial de la Salud, suscrito en 157 países, entre ellos México, donde se establece que es posible alcanzar esta aspiración, si como "salud para todos"

entendemos un estado razonable que haga posible una vida digna y adecuada, lo que traducido en indicadores de salud significa lo siguiente:

- Aumentar a 70 años ó más la esperanza de vida al nacer.**
- Disminuir la mortalidad infantil a menos de 30 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.**
- Disminuir la mortalidad preescolar a menos de 2.4 defunciones por cada 1000 niños.**
- Proporcionar servicios de inmunización al 100% de los niños contra: difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión etc.**
- Proporcionar inmunización antitetánica al 100% de las embarazadas.**
- Garantizar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.(42)**

Puede decirse además que la Ley General de Salud tiene como una de sus finalidades principales hacer esfuerzos por dirigir los servicios de salud en mayor grado a los marginados económicamente, estableciendo que los servicios que proporciona ésta secretaría sean no lucrativos y subsidiables. Es así como al ejecutar el Estado acciones tendientes a proteger la salud de la población en general, se está llevando a cabo la voluntad general plasmada en la ley.

Para el pleno ejercicio de sus funciones, la Secretaría de Salud está investida legalmente de autoridad (artículo 4/o. de la Ley General de Salud) ya que tiene facultades de decisión y ejecución, puede entonces decirse que es una autoridad administrativa, que de acuerdo con las finalidades del Estado debe seguir el interés general y que en este caso es el de tener acceso a servicios de salud apropiados y suficientes; lo cuál constituye un bien común y uno de los fines supremos del Estado, que es el bienestar general.

Al consagrarse en la Constitución el derecho a la protección de la salud del pueblo Mexicano, como un mínimo de bienestar, el Estado se comprometió a diseñar fórmulas que facilitaran a la población el acceso a los servicios de salud, la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y la definición de mecanismos técnicos y administrativos que condujeran al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, teniendo el Estado de esta manera un papel estratégico y rector en la promoción y administración de los intereses colectivos, y en el impulso y regulación del progreso nacional.

En la medida en que el Estado Mexicano ha asumido su función Constitucional como rector, promotor y gestor del desarrollo social, el poder ejecutivo ha tenido que fortalecer y ampliar los organismos y los procesos de la administración pública; con el paso del tiempo el capítulo de la salud ha sido motivo de un mayor acuerdo en el sentido de que es responsabilidad del Estado vigilar y cuidar la salud de su población. "El derecho a la protección de la salud" es una nueva garantía social que ha renovado la esperanza del paso a una sociedad más justa e igualitaria". (43)

El derecho a la protección de la salud y el resto de las disposiciones legales correlativas, son auxiliares del Estado Mexicano para la consecución de sus objetivos en el campo de la salud y por lo tanto a la realización de su cometido. Sin embargo siguen presentes las profundas desigualdades sociales entre los hombres, que sólo pueden disminuirse mediante la acción del Estado.

(42) Soberón Acevedo Guillermo: "La Protección de la Salud en México", Editorial Porrúa, México 1987, 1/a edición, pág. 71.

(43) *Ibid*, pág. 43.

El Doctor Guillermo Soberón Acevedo afirma "que ahora lo que al Estado le corresponde, una vez aceptado el compromiso de proteger la salud de su población, y que se impuso a sí mismo como consecuencia de recoger y dar satisfacción a un reclamo popular, es instrumentar acciones programadas para que todos los mexicanos puedan tener acceso a los servicios de salud; reconoce con toda razón, que ningún país, ni aún los más desarrollados, están en posibilidades de brindar a todos los beneficios de la medicina actual a la totalidad de sus nacionales.(44)

B) EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La actual etapa de desarrollo de los servicios de salud se caracteriza por el propósito del Estado de establecer y consolidar un Sistema Nacional de Salud. Hemos dicho ya que el 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la federación la Ley General de Salud, en el cuál se definía la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se le atribuyen a la Secretaría de Salud en su carácter de coordinadora del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud es un componente del Sistema Nacional de Planeación Democrática. Cabe aquí mencionar que el artículo 26 Constitucional establece las facultades del Estado para planear el desarrollo Nacional, señalando así que: "El Estado organizará un Sistema Nacional de Planeación Democrática, fijándose así los principios normativos del Estado como rector del desarrollo económico y social de la Nación".

(44) Ibid, pág. 67.

Es responsabilidad del ejecutivo Federal, conducir la planeación Nacional del desarrollo, y por tanto elaborar, aprobar y publicar en el ámbito del Sistema Nacional de Planeación democrática el Plan Nacional de Desarrollo, que ha sido estatuido con el objeto de fijar los principios normativos del Estado como rector del desarrollo económico y social de la Nación, y que entre otras cosas regirá el contenido de los programas que se genéren en el Sistema Nacional de Planeación Democrática cuyas bases se encuentran reglamentadas en el artículo 12 de la Ley de Planeación.(45)

Dentro del acuerdo Nacional para el mejoramiento productivo del nivel de vida, el Plan Nacional de Desarrollo establece como una de sus finalidades hacer mas amplia la política de salud, asistencia y seguridad social. El Sistema Nacional de Salud se conformó dentro del Plan Nacional de Desarrollo apartir de 1983, derivandose de esto el Programa Nacional de Salud, en cuyas acciones se ven reflejados los objetivos del Sistema Nacional de Salud, "de tal manera que se trata de integrar funcional y programáticamente a las instituciones que componen este sistema, para que actúen como un todo coherente, armónico y flexible, superando la calidad de los servicios y los ancestrales problemas sanitarios que aquejan todavía a millones de Mexicanos".(46)

Cabe destacar que el objetivo general del Programa Nacional de Salud 1990-1994 está en concordancia con los objetivos del Sistema Nacional de Salud, siendo este: "impulsar la protección a todos los mexicanos, brindando servicios y prestación oportunos eficaces, equitativos y humanitarios que coadyuven efectivamente al mejoramiento de sus condiciones de bienestar social, con el concurso de las comunidades y de los tres niveles de gobierno como medio para conseguir los recursos necesarios....".(47)

Al Plan Nacional de Desarrollo se le ha concedido un carácter social en virtud de que trata de ordenar los esfuerzos colectivos y los escasos recursos frente a las grandes necesidades sociales. Es por esto que la Administración Pública Federal decidió delinear los propósitos y estrategias nacionales para el desenvolvimiento y desarrollo de nuestra sociedad através de la formulación del citado plan.

Es así como el Sistema Nacional de Salud, se establece como una instancia responsable de armonizar los programas y servicios de salud que realizan las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federales como estatales, así como de las personas físicas ó morales de los sectores social y privado, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 4/o. Constitucional.(48)

"El Sistema Nacional de Salud es la expresión de la toma de consciencia del Estado y la sociedad en general, de que la salud es un valor y su protección un derecho social."(49).

Podemos agregar que también representa la función por parte del Estado, de su papel protagonista en la creación y conservación de las condiciones deseables de salud para toda la población, promoviendo el concurso de todos los sectores.

(45) Wilker V. Jorge: "Derecho Económico", Editorial Harla, México 1985, pág. 61.

(46) Soberón Acevedo Guillermo: "La Protección de la Salud en México", Editorial Porrúa, México 1987, 1a edición, pág. 46.

(47) Programa Nacional de Salud 1990-1994, Secretaría de Salud, pág. 25.

(48) *Ibid.*, pág. 16.

(49) Soberón Acevedo Guillermo: "La Protección de la Salud en México", Editorial Porrúa, México 1987, 1a edición, pág. 135.

FUNDAMENTO LEGAL:

El Sistema Nacional de Salud se encuentra fundamentado legalmente en el artículo 39 fracción VI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, donde se establece que a la Secretaría de Salud corresponde "planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud y promover la adecuada participación de las dependencias y entidades públicas que presten servicios de salud, a fin de asegurar el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Propiciando y coordinando la participación de los sectores social y privado en dicho Sistema Nacional de Salud ,determinando las políticas y acciones de inducción y concertación correspondientes.....".

Por su parte el título segundo de la Ley General de Salud, reglamenta el Sistema Nacional de Salud, estableciendo la forma en que estará constituido así como sus objetivos. Asimismo, el artículo 7º de ésta ley establece que la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud.

CARACTERISTICAS:

Tiene como características principales, el garantizar el acceso y cobertura a los servicios de salud; es decir, que el Sistema Nacional de Salud pretende hacer factible que en un mediano plazo todos los mexicanos tengan acceso a los servicios institucionales que contribuyen a la protección, restauración y mejoramiento de los niveles de salud. También pretende lograr la mayor cobertura a través de facilitar el acceso a toda persona a los servicios de salud.

Para tratar de dar efectividad al derecho a la protección de la salud, el Sistema Nacional de Salud adopta una estructura sectorial, es decir que bajo la responsabilidad de un coordinador, en este caso la secretaría del ramo, se integran las instituciones que prestan servicios de salud, sin perjuicio de su personalidad jurídica, patrimonios propios y de su autonomía paraestatal, integrándose y coordinándose funcionalmente para tratar de evitar duplicidades y contradicciones, pretendiendo con esto dar un uso eficiente a los recursos destinados a la salud.

El Sistema Nacional de Salud ha adoptado como una de sus estrategias la descentralización. Entendiéndose en éste caso el deslinde de la responsabilidad entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, bajo criterios de gradualidad y tomando en cuenta las características de cada Entidad Federativa. (50)

La descentralización da así la oportunidad a las Entidades Federativas y a los Municipios de integrarse al Sistema Nacional de Salud, por la vía de la coordinación entre los sectores público, social y privados a través de la concertación, previsto por los artículos 10 y 11 de la Ley General de Salud que dice:

Artículo 10.- "La Secretaría de Salud promoverá la participación en el Sistema Nacional de Salud de los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado, así como de sus trabajadores y de los usuarios de los mismos....".

Artículo 11.- "La concertación de acciones entre la Secretaría de salud y los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos....".

(50) Soberón Acevedo G, Cit, Pos, Administración Pública, Revista: "Administración del Sector Salud", Instituto Nacional de Administración Pública, Enero-Junio 1987, pág. 24.

Cabe mencionar que estos convenios y contratos referidos, de acuerdo a la ley deben definir las responsabilidades que asumen los integrantes de los sectores social y privado, especificando el carácter operativo de la concertación de acciones y expresando las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.

OBJETIVOS:

Los objetivos del Sistema Nacional de Salud se encuentran legalmente estatuidos por el artículo 6/o de la Ley General de Salud, de tal manera que este sistema pretende proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo los problemas sanitarios prioritarios así como los factores condicionantes que causen daños a la salud,poniendo especial interés a las acciones preventivas.

Por otra parte este sistema tiene como objetivo, contribuir con la armonización del desarrollo demográfico del país; colaborar con los servicios de asistencia social con acciones dirigidas principalmente a las personas mas necesitadas; impulsar y apoyar a la familia, a la comunidad y al desarrollo de la niñez; apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente; impulsar el sistema nacional de administración y desarrollo de recursos humanos para mejorar la salud;ayudar a la modificación de los patrones socioculturales relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección y promover un sistema de fomento sanitario que contribuya con el desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.Podemos decir además el Sistema Nacional de Salud, propone un modelo de atención a la salud basado en la atención de la salud en tres niveles; en el escalonamiento y la regionalización de los servicios; en hacer el mejor uso posible

de los recursos dentro de una administración descentralizada; en la organización de la medicina familiar y en la participación de la comunidad para la solución de sus problemas.

COMPONENTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Este sistema está integrado por las entidades del sector salud que proporcionan tanto servicios de salud como asistencia social, para las cuáles se entiende que es aplicable la obligatoriedad; por los servicios de salud y de asistencia social de los Gobiernos Estatales y Municipales, que se vinculan a este sistema a través de la coordinación con el Gobierno Federal; y por el sector social y privado. "Por disposición legal la Secretaría de Salud, es la coordinadora del sistema Nacional de Salud y asume funciones normativas, de asesoría y de evaluación".(51)

FUNCIONAMIENTO ACTUAL Y PERSPECTIVAS:

Para hacer funcionar el Sistema Nacional de Salud, sus acciones se basan sobre la línea de algunas estrategias básicas, las cuáles fueron mencionadas brevemente dentro de las características de este sistema, siendo éstas:

1.-Sectorización.- "La Sectorización en este caso, significa el agrupamiento de todo servicio público de salud bajo la coordinación de la Secretaría del ramo. Es una forma de organización de la administración pública Federal para que las facultades del poder ejecutivo puedan ser llevadas a cabo, en lo que se refiere a la orientación del trabajo de las instituciones para alcanzar objetivos comunes en aspectos específicos de la actividad del Estado. De tal manera que una Secretaría de Estado es

responsable de emitir las normas y coordinar las actividades de cada sector, al planear, evaluar y vigilar las entidades paraestatales adscritas al sector".(52)

Podemos decir en este punto, que al configurarse los sectores administrativos, se constituyó el sector "Salubridad y Asistencia" ahora "Sector Salud" según acuerdo de sectorización del 3 de septiembre de 1982, en el cual se establece que la Secretaría de Salud ejerce las funciones de coordinadora del Sector Salud.(53)

De tal manera que la Ley de Planeación, los acuerdos de sectorización, así como la Ley de Entidades Paraestatales encomiendan a las entidades de la administración pública Federal, que tienen el carácter de coordinadoras de sector, la planeación, coordinación, evaluación y vigilancia de las entidades de la administración paraestatal adscritas a su sector.

Es importante mencionar aquí que la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal introdujo el agrupamiento por programas, funciones y servicios de las instituciones de seguridad social, así como de otras entidades que cuentan con servicios de salud. De esta manera el Sector Salud está coordinado por la Secretaría de Salud y se integra por: los servicios de salud de la propia Secretaría de Salud; el subsector de los Institutos Nacionales de Salud como organismos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonios propios (Hospital Infantil de México, Institutos Nacionales de cardiología, Neurología y Neurocirugía, Nutrición, Cancerología, Psiquiatría, Enfermedades Respiratorias, Pediatría y Perinatología); y el subsector de asistencia social conformado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), y los Centros de Integración Juvenil.

Además este sector comprende los programas de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en virtud del agrupamiento por programas y funciones previstos por el artículo 39 fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y en general por las dependencias y entidades de la administración pública Federal.(54)

2.-Descentralización.- Este proceso será explicado con mayor amplitud en el siguiente subcapítulo, pero diremos por ahora no ha concluido, y que concluirá cuando el Distrito Federal y las entidades Federativas se responsabilicen totalmente de la operación de los servicios de salud destinados a la atención de la población abierta, conservando la Secretaría de Salud las facultades de normar, planear y evaluar dichos servicio.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud tiene como uno de sus propósitos, que en cada entidad Federativa los servicios de salud a cargo de las instituciones de seguridad social y los que atienden a la población abierta operados por los gobiernos Estatales y del Distrito Federal, puedan integrar programáticamente sistemas locales de salud, las bases legales y técnicas ya existen y puede decirse que en todos los Estados de la República ya está en proceso de formación este proyecto.

(51) *Ibid*, pág. 59.

(52) Soberón Acevedo G, *Cit,Pos, De La Madrid Hurtado Miguel. "La Descentralización de los Servicios de Salud (El caso de México) "*, Editorial Porrúa, México 1986, 1/ª edición, pág. 47.

(53) Soberón Acevedo G/ Ruiz C, Leobardo: " *Hacia un Sistema Nacional de Salud*", Editado por Intersistemas, México 1983, 1/ª edición, pág. 246.

(54) *Revista de Administración Pública, Op, Cit, pág. 20.*

Reiterando lo dicho anteriormente la Secretaría de Salud coordinará este proceso para darle coherencia, sin perjuicio de que en cada caso, se recojan las peculiaridades de la problemática de la salud y sus posibilidades.

3.-Modernización.- El Estado pretende modernizar a la Secretaría de Salud para que pueda asumir plenamente su función coordinadora del sector salud.

C) COMPETENCIA DE LA FEDERACION Y ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA SALUD.

Hablar de la competencia de la Federación y Entidades Federativas, implica forzosamente conocer el proceso de descentralización que han tenido los servicios de salud, apartir del reconocimiento del derecho a la protección de la salud como una garantía Constitucional. Dentro de los acontecimientos mas importantes en materia de salud, sobre todo apartir de la creación y conformación del Sistema Nacional de Salud, están aquellos referidos a la integración orgánica y a la descentralización de recursos y responsabilidades

El Lic.Miguel de la Madrid, justifica la descentralización en este ámbito al decir que "descentralizar los servicios de salud es una decisión que deben tomar los gobiernos, con el fin de buscar equilibrar las relaciones Federación-Estados, tendiendo a la integración de sistemas locales de salud eficientes que atiendan mejor las necesidades de la sociedad".(55)

Vemos entonces que la descentralización de los servicios de salud que se ofrecen a la población abierta, se encuentra enmarcada en un amplio propósito de descentralizar la vida nacional, correspondiendo esto a una estrategia administrativa y a una política de Estado.

BASE CONSTITUCIONAL Y LEGAL:

La descentralización de toda la actividad de la Nación es una estrategia política que se establece en la Ley de Planeación para agilizar los procesos administrativos, la toma de decisiones y mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios. Asimismo esta descentralización, constituye una de las estrategias rectoras a partir del Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, en el cuál se incluye que la descentralización de los servicios de salud, como una de las acciones prioritarias del Gobierno Federal en el marco del Sistema Nacional de Salud.(56)

La Federación y los Estados, en los términos del artículo 26 Constitucional, pueden convenir la asunción por parte de los Estados sobre el ejercicio de sus funciones, la ejecución y operación de obras y la prestación de servicios públicos cuando el desarrollo económico y social lo haga necesario; es así como las Entidades Federativas están facultadas para celebrar esos convenios con sus Municipios a efecto de que estos asuman la prestación de los servicios ó la atención de las funciones a las que nos hemos referido.

(55) *De La Madrid, Op.Cit, pág. 58.*

(56) *Revista de Administración Pública, Op.Cit, pág. 18.*

Los "Convenios de coordinación que celebran el ejecutivo Federal y los gobernadores de los Estados", constituyen una de las vías de la descentralización, lo cual es base Constitucional del artículo 22 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal en el que se establece que:

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

Como consecuencia de esto y apartir del Convenio Unico de Coordinación, hoy transformado en Convenio Unico de Desarrollo, instituido el 5 de febrero de 1977, la vía convencional se constituyó como un instrumento para impulsar la descentralización en un corto plazo.(57)

Por su parte la Ley de Planeación (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de enero de 1985), señala en su artículo 1/o y 14/o fracción II la participación de los gobiernos de las Entidades Federativas en el Sistema Nacional de Planeación Democrática, de tal manera que su relación con el Sistema Nacional de Salud, se establece con la planeación, organización y desarrollo de los Sistemas Estatales de Salud, conforme lo establecen los acuerdos de coordinación entre los gobiernos de las Entidades Federativas con el ejecutivo Federal, através de la Secretaría de Salud.

(57) *Ibid*, pág. 69.

Es en base a lo antes mencionado como nuestra legislación dispone la descentralización de los servicios de salud; de tal manera que en la adición hecha al artículo 4/o Constitucional párrafo cuarto, se establece que ".....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".

En relación a esto, el artículo 73 fracción XVI de la Constitución Mexicana, establece que el Congreso de la Unión tiene entre otras facultades: ".....dictar leyes sobre salubridad general de la República....". Además refiere que:

- 1.- "El Consejo Superior de Salubridad depende directamente del presidente de la República y sus disposiciones generales son obligatorias en todo el país;
- 2.-En caso de epidemias de carácter grave ó peligro de invasión de enfermedades exóticas al país, el Departamento de Salubridad tendrá la obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables.....;
- 3.-La autoridad Sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país;
- 4.-Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y otras sustancias que envenenan al individuo ó degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan....."

Encuanto a la Ley General de Salud, podemos decir que tiene entre sus objetivos, dar impulso a la descentralización a través de la distribución de

competencias entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, (contenido del los títulos I y II); reconociendo así una mayor jerarquía a los Estados en el terreno de la legislación de la salud; si en los anteriores códigos sanitarios se les tenía a los Estados como auxiliares de las autoridades Federales, el nuevo ordenamiento los reconoce como autoridades sanitarias, dispuesto en el artículo 4/o. de la Ley General de Salud que dice: "son autoridades sanitarias:

"I.- El presidente de la República; II.- El Consejo de Salubridad General; III.- La Secretaría de Salud; y IV.- Los gobiernos de las Entidades Federativas, incluyendo el del Departamento del Distrito Federal."

Recordemos también que la Ley General de Salud establece en sus artículos 5/o, 9/o,10/o y 11/o que el Sistema Nacional de Salud se establece como la instancia responsable de armonizar los programas y servicios de salud que realizan las dependencias y entidades de la administración pública tanto Federal como Estatales, sus acciones se desarrollan dentro de la vertiente obligatoria de la Ley de Planeación, los servicios de salud y asistencia social de los gobiernos Estatales y municipales que se vinculan através de la coordinación del gobierno Federal y los que proporcionan los sectores social y privado.

La Ley General de Salud en cumplimiento con el mandato Constitucional, establece un sistema de competencias entre la Federación y Entidades Federativas en materia de Salubridad General en el que se prevé también la participación de los Municipios en los términos que convengan con los respectivos gobiernos Estatales.

Cabe destacar aquí, que con el propósito de que el reparto de competencias que contiene la ley no desarticule técnicamente a los servicios de salud, se previene que la Secretaría de Salud, retenga el establecimiento de normas técnicas a las que se sujetarán las acciones de salubridad general que se lleven a cabo en las jurisdicciones Federal y local, y que con las adecuaciones que convengan serán aplicadas tanto al sector público como al sector social y privado.

Para estar en condiciones de distribuir competencias entre los niveles de gobierno, las Constituciones locales han sido reformadas y los gobiernos de las entidades han expedido sus respectivas leyes Estatales de salud, con la finalidad de expresar la facultad concurrente de cada Estado en materia de salubridad general y establecer la salubridad local de la entidad además las leyes Estatales de salud, tienden al establecimiento e instrumentación de sus propios sistemas Estatales de salud.

Asimismo para que pudiera ser llevada a cabo la descentralización de los servicios de salud, ha sido de vital importancia la expedición de varios decretos presidenciales, entre los que destacan:(58)

-"Decreto por el que el ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia" (publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 1983); en este decreto se estableció que serían identificadas las facultades que se descentralizarían a los gobiernos de los Estados, y las facultades que se desconcentrarían a los Servicios Coordinados de Salud Pública, así como la asignación de recursos, definiéndose las directrices de los gobiernos de los Estados

a los Municipios y las de desconcentración de los servicios Coordinados a las jurisdicciones sanitarias. También se estableció que los Servicios Coordinados de Salud Pública, es decir, los servicios de los Estados, serán órganos desconcentrados por región con autonomía técnica y funciones operativas y cuyo consejo interno estará presidido por los gobernadores de los Estados; además se planteó la reestructuración de la Secretaría de Salud. En relación a estos Servicios Coordinados de Salud, el 29 de agosto de 1984, fue publicado el acuerdo No.33, por el que se desconcentraron facultades a los Servicios Coordinados de Salud Pública de las Entidades Federativas, con el propósito de darles autonomía.

-Decreto por el que se descentralizan a los gobiernos Estatales los servicios de salud que presta la Secretaría de Salud en los Estados, y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por Participación Comunitaria denominado IMSS-COPLAMAR proporciona el IMSS".(publicado en el D.O.F el 8 de marzo de 1984). Este proceso fue llevado a cabo de manera gradual en 2 fases: en 1984 los gobiernos de los Estados hicieron la coordinación programática de los sistemas mencionados, y en 1985 y 1986 se hizo la entrega de la operación de esos servicios a los gobiernos locales, creando así los "Servicios Estatales de salud".

-Decreto por el que se establecen las bases para la integración y descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud y del Departamento del Distrito Federal" (publicado en el D.O.F el 16 de agosto de 1984);

-Decreto por el que se crea el programa de descentralización de los servicios de salud para la población abierta IMSS-COPLAMAR" (publicado en el D.O.F el 24 de junio de 1985).

Al hacer la distribución de competencias, la Ley General de Salud, establece tres tipos de modalidades normativas en el campo de la salud:(59)

1.-La salubridad general (Federal), que es competencia exclusiva de la Federación, pero que a través de acuerdos y convenios pueden ser operadas por las Entidades Federativas a nombre y cuenta de la Federación;

2.-La salubridad concurrente es aquella en donde la Federación y las Entidades Federativas, manejan determinados ámbitos de la salubridad general, que son de interés común, y que la ley deslinda para dar atribuciones tanto a los Estados como a la Federación.

3.-La salubridad local, que no está contemplada dentro de la salubridad general, y en virtud de la regla de separación de competencias del artículo 124 Constitucional, se atribuye a los Estados y a los Municipios ejercerla en las materias que el mismo ordenamiento señala en el artículo 115.

COMPETENCIA DE LA FEDERACION:

La Ley General de Salud precisa en su artículo 3/o 27 ámbitos de la Salubridad General, estableciéndose en el artículo 13 cuáles serán responsabilidad de los Estados y cuáles retendrá la Secretaría de Salud, distribuyéndose así la competencia de la Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general y así lograr la unificación científica y técnica de la salud.

(58) De La Madrid, *Op. Cit.*, págs. 251, 252, 253.

(59) De La Madrid, *Op. Cit.*, pág. 77.

Por lo que se refiere a la Federación, la ley dice que: corresponde al ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Salud:

-Dictar las normas técnicas a que se sujetarán los servicios de salud en todo el territorio Nacional y verificar su cumplimiento;

-Vigilar y controlar la prestación de servicios médicos, atención médica, programas contra la farmacodependencia productos y servicios de importación y exportación; control sanitario de equipo médico así como de establecimientos que producen bienes y servicios médicos; control sanitario de la publicidad de las actividades productos y servicios médicos; control sanitario de la disposición de órganos y cadáveres humanos; así como restablecer, operar y vigilar la sanidad internacional, así como promover la enseñanza e investigación en materia de salud.

-Organizar y operar servicios de salud a su cargo, desarrollando temporalmente acciones en las Entidades Federativas, apoyando a estas en las acciones que emprendan.

-Coordinar, promover y desarrollar acciones para consolidar el Sistema Nacional de Salud.

-Evaluar la prestación de los servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio Nacional.

-Coordinar y vigilar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley General de Salud y demás normas aplicables en materia de salubridad general".

Hablando de otra autoridad sanitaria cuya actuación tiene que ver con el ámbito de la competencia Federal, tenemos el caso del Consejo de Salubridad General, el cual como ya hemos visto fue creado en la Constitución de 1917 supliendo al antiguo Consejo Superior de Salubridad, extendiendo su competencia al ámbito Nacional, bajo la dependencia del titular del poder ejecutivo y sin intervención de ninguna secretaría

de Estado. Actualmente el Consejo de Salubridad General depende directamente del presidente de la República y sus disposiciones generales son obligatorias en todo el país. Su existencia está prevista en la Constitución, específicamente en el artículo 73 fracción XVI, y sus funciones están definidas en la Ley General de Salud en los artículos 15, 16 y 17; es una autoridad sanitaria en los términos del artículo 4/o de la Ley General de Salud; está integrado por: el secretario de salud, quién lo preside, un secretario y doce vocales en donde se incluyen representantes de las instituciones educativas como la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, así como por representantes de las instituciones de seguridad social, Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología, Secretaría de la Defensa Nacional y el presidente de la Academia Nacional de Medicina.

En cuanto a sus atribuciones, mencionadas en el artículo 17, se refieren básicamente a dictar medidas contra el alcoholismo; venta y producción de sustancias tóxicas; medidas para prevenir y combatir los efectos nocivos de la contaminación ambiental; opinar sobre programas y proyectos de investigación; elaborar el cuadro básico de insumos del sector salud; participar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud; y analizar las disposiciones legales en materia de salud formulando propuestas de reformas ó adiciones a las mismas.

COMPETENCIA DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

En el mismo artículo 13 de la Ley General de Salud y en el apartado B, se establece que a los gobiernos de las entidades Federativas les corresponde en materia de salubridad general, como autoridades sanitarias locales dentro de sus jurisdicciones, entre otros lo siguiente:

-Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general en lo que se refiere a la atención médica, atención materno infantil, planificación familiar, salud mental.

-Organización, control y vigilancia del ejercicio profesional; así como la promoción de la formación de recursos humanos para la salud; coordinación de la investigación para la salud, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre, la salud ocupacional, y la educación para la salud; prevención y control de enfermedades transmisibles y accidentes; asistencia social y aplicación de programas contra las adicciones.

-Contribuir a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

-Planear, organizar y desarrollar los Sistemas Estatales de Salud de tal manera que se implemente la formulación y desarrollo de programas de salud en cada Estado, de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo para el respeto de la soberanía de los Estados, con lo que se pretende la unificación de planes, programas y acciones.

Es sobre estas bases, como la Federación y las Entidades Federativas convinieron en que los gobiernos de los Estado adquirirían el compromiso de constituir legal y operativamente, estructuras administrativas que operaran tanto los servicios Federales como Estatales; entregándose a su responsabilidad adoptando la forma jurídica que convenga al gobierno del Estado y conforme a la Ley General de Salud y Ley Estatal de Salud respectiva, pudiendo así tener personalidad jurídica y patrimonio propios, así como facultades de autoridad denominándose genéricamente "Servicios Estatales de Salud".

Estas estructuras administrativas denominadas "Servicios Estatales de Salud", prestan atención a la población "abierta", es decir, aquella que no está protegida por la seguridad social, pudiendo hacerse cargo de las facultades de que como autoridad sanitaria la Ley le confiere. Además de acuerdo al artículo 19 de la Ley General de Salud, se instituyen los Sistemas Estatales de Salud, como mecanismos de coordinación de los gobiernos locales, de los Servicios Estatales de Salud y de los servicios de salud que prestan otras entidades Federales ó locales como el IMSS y el ISSSTE, los cuáles son parte del Sistema Nacional de Salud coordinados por la Secretaría de Salud.

En este proceso de descentralización y a partir de 1985 se integraron los servicios de la Secretaría de Salud, los del programa IMSS-SOLIDARIDAD y los propios de los gobiernos Estatales y Municipales, incluidos también los recursos físicos y financieros, de acuerdo con la normatividad y la asesoría de la propia Secretaría de Salud.

OBJETIVOS:

La distribución de competencias en materia de salud, tiene como finalidad: evitar deterioros en la calidad de los servicios y procurar su mejoramiento y la ampliación de la cobertura; consolidar a la Secretaría de Salud como coordinadora del Sistema Nacional de Salud; operar los servicios bajo un solo modelo de atención a la salud con características técnicas y recursos uniformes; respeto total a los derechos individuales y colectivos de los trabajadores; aprovechar la capacidad técnica del IMSS; reforzamiento del nivel normativo de la Secretaría de Salud; brindar apoyo logístico a los Servicios Estatales de Salud por parte de la Secretaría de Salud

del IMSS y del propio gobierno del Estado, para lo cuál es responsabilidad de los gobiernos de los estados la operación de los servicios, así como la celebración de acuerdos y convenios específicos que se requieran para la realización plena de la descentralización tal y como lo establece el artículo 9 de la Ley General de Salud".(60)

CARACTERISTICAS:

Conviene aclarar que la Ley General de Salud, señala en sus artículos 18 y 19, que las bases y modalidades para la coordinación de atribuciones entre la Federación y Entidades Federativas para la prestación de servicios de salubridad general, se establecen en los acuerdos de coordinación que suscriba la Secretaría de Salud con los gobiernos de las Entidades Federativas, en el marco del Convenio Unico de Desarrollo aportando los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para operar los servicios de salubridad general que queden comprendidos en los acuerdos de coordinación que para el efecto se celebren.

Es por ello que los Servicios Estatales de Salud reciben de las diferentes instancias de gobierno los recursos financieros, distribuyendolos internamente de acuerdo a los programas y proyectos preestablecidos, teniendo la obligación de informar periódicamente sobre los avances y resultados alcanzados en el ejercicio presupuestal.

Existen acuerdos y convenios de coordinación en materias específicas, como son: para la descentralización del control y la regulación sanitaria, para definir apoyos logísticos, para la formación de recursos humanos para la salud, para definir el

sistema de cuotas de recuperación ó contraprestación de servicios; instrumentación de programas específicos de salud como el de la lucha contra la farmacodependencia, el alcoholismo y tabaquismo entre otros.(61)

Por su parte el artículo 20 y 21 de la ley referida, establece las bases con las que se regirán las estructuras administrativas que gestionen los acuerdos de coordinación expresados anteriormente, así como las bases de los acuerdos de coordinación que se celebren.

Es necesario destacar, que para que pudiera ser ejecutado este proceso de descentralización en los servicios de salud, la Secretaría de Salud puso a disposición de los gobiernos de los Estados, en uso gratuito, los bienes muebles e inmuebles con que cuentan las unidades administrativas y aplicativas de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-SOLIDARIDAD en la entidad correspondiente, sujetándose a la Ley de Bienes Nacionales y demás disposiciones aplicables.

A manera de ejemplo de la estructuración de los "Sistemas Estatales de Salud", mencionaremos que en el Distrito Federal, los servicios de salud de éste y de la Secretaría de Salud se descentralizaron, confiándose a un organismo público que actuaría en la capital de la República y al cuál se le denomina "Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal", como un órgano desconcentrado del D.D.F.

Por su parte, el sistema de Salud del Distrito Federal está constituido por las unidades administrativas y órganos desconcentrados del D.D.F, así como por las personas físicas ó morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud; estando a cargo la coordinación de este sistema el Jefe del Departamento del

Distrito Federal. Todo ello establecido en la Ley de Salud para el distrito Federal publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1987.

Otro ejemplo, lo constituye el Estado de Aguascalientes, en donde el Sistema Estatal de Salud recibe el nombre de Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA); el cuál norma, coordina y evalúa toda acción de prestación de servicios de salud en ese Estado. Tiene como objetivo "fomentar, proteger y restituir la salud motivando acciones responsables por parte de los sectores público, social y privado, mejorando con esto la calidad de la vida humana. Ofrece a la población abierta un servicio de salud en los tres niveles de atención, apoyando en especial a las localidades más desprotegidas".(62)

Con el mismo objetivo, algunas Entidades Federativas trabajan en la descentralización de los servicios de salud hacia los Municipios. Como uno de éstos casos tenemos la creación de la "Dirección Municipal de Servicios de Salud de Acapulco", el cuál opera un programa derivado de la firma de convenios de concertación de acciones que suscribió el gobierno Estatal, a través de los Servicios Estatales de Salud y el Gobierno Municipal.

La actual Dirección de Salud del Municipio de Acapulco, se ha desarrollado dentro del proceso de descentralización de los servicios de salud que se lleva a cabo en el Estado de Guerrero. Acapulco fue el primer Municipio de esa entidad en descentralizar sus servicios de salud a nivel Municipal, siguiendo el proceso descentralizador Federación-Estado, en el que se faculta a éste nivel de gobierno transferir la operación de los servicios locales a los Municipios.

José Francisco Ruiz Massieu, refiriéndose a la descentralización de los servicios de salud, dice que: "El Sistema Municipal de Salud está constituido por el conjunto de normas, políticas y programas, estructuras, recursos mecanismos y procedimientos relacionados con la regulación con la organización y funcionamiento de los servicios de salud. Se considera funcionalmente como el conjunto de mecanismos de enlace y de ordenamiento, en función de los cuáles los recursos de infraestructura y humanos se estratifican por niveles de atención y complejidad".(63)

El objetivo general del Sistema Municipal de Salud, es mejorar el nivel de salud de la población abierta de su responsabilidad, tendiendo a la cobertura total; con servicios de calidad básica, homogénea así como fortalecer en especial las acciones dirigidas a los grupos mas desfavorecidos.(64)

(60) Roberto Ortega Lomelin, Cit, Pos: "Revista de Administración Pública", Op, Cit, pág. 52.

(61) De La Madrid, Op, cit, pág. 73.

(62) "Programa de Trabajo y Desarrollo 1992-1998", Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, Gobierno del Estado de Aguascalientes, 1993, pág. 19.

(63) Descentralización Municipal de los Servicios de Salud: "El caso de Acapulco", Gobierno del Estado de Guerrero, Acapulco Guerrero 1987, págs. 15 y 16.

(64) Ibid, pág. 3.

CAPITULO III

PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La prestación de servicios de salud, está fundamentada de principio en el artículo 4/o. parrafo IV de nuestra carta magna, en dónde se establece que "toda persona tiene el derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud".

El derecho a la protección de la salud, implica la prestación de servicios de salud a toda la población en general, de tal manera que el artículo 23 de la Ley General de Salud define a estos servicios como "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".

La clasificación de los servicios de salud, se encuentran contenidos en el artículo 24 de ésta ley, siendo de tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social. En éste capítulo, analizaremos con mayor énfasis la prestación de los servicios de salud dedicados a la "atención médica", por ser un aspecto que refleja de manera directa a que grado está garantizado el mandato Constitucional de proteger la salud de todos los Mexicanos.

La atención médica, es definida por la Ley General de Salud como "el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y

restaurar la salud", y se encuentra reglamentada por el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica" (publicada en el D.O.F el 14 de mayo de 1986).

Específicamente las actividades de atención médica contempladas en el artículo 33 de la Ley General de Salud, son: 1.-Preventivas (promoción de la salud, en el que se incluyen las actividades derivadas de ciertos programas de salud pública dirigidos a la colectividad como son: los programas de vacunación, atención materno-infantil, planificación familiar ó contra las drogas y las toxicomanía; también están incluidas las actividades de protección específica); 2.-Curativas (diagnóstico temprano y tratamiento oportuno); y 3.-De rehabilitación (acciones tendientes a la corrección de invalidez física ó mental).

Es conveniente mencionar que las diversas instituciones que prestan atención médica a la población abierta ó a la población asegurada, han definido y puesto en práctica, con grados diversos de avance y extensión; así mismo han organizado los servicios que prestan en tres niveles de atención, dependiendo básicamente del tipo de unidad donde se proporcionan los servicios, así como del tamaño y los recursos con que cuentan, siendo éstos niveles los siguientes:(65)

1.-Atención primaria: ésta se enfoca a la atención de los problemas mas comunes de salud, que no requieren el uso de tecnología compleja ni de hospitalización; ocurre en el hogar, en consultorios, clínicas ó centros de salud localizados cerca del sitio donde viven ó trabajan las personas, e incluso, por razones de emergencia en la vía pública ó en el medio rural.

2.-Atención secundaria.-basada en la consulta externa ó la hospitalización a cargo de los especialistas clínicos básicos (pediatras, gineco-obstétricas, internistas y cirujanos

generales), así como los especialistas de apoyo (anestesiólogos patólogos, radiólogos y laboratoristas). Presta sus servicios a grupos referidos de una zona de influencia mas amplia, impartíendose en hospitales regionales con recursos mas especializados.

3.-Atención terciaria: sólo se presta en las grandes ciudades, en centros médicos ó bien por los institutos de alta especialidad, sirviendo a su vez de apoyo a la investigación y enseñanza.

Por lo que se refiere a los prestadores de servicios de salud, contemplados por el artículo 34 de citada ley se clasifican en:

- I.-Servicios públicos a la población en general;
- II.-Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social ó los que con sus propios recursos ó por encargo del poder ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.
- III.-Servicios sociales y privados.
- IV.-Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Cabe aquí recordar que el artículo 25 Constitucional, como ya hemos visto, constituye el respaldo de la rectoría del Estado en materia de salud y convoca la participación de los sectores público, social y privado para que participen en las actividades que tienen que ver con el desarrollo nacional al decir que: "en el desarrollo económico Nacional, concurrirán con responsabilidad social: el sector público, el sector social y el sector privado, sin menoscabo de otras formas de actividad económica que contribuyan al desarrollo nacional. Así mismo puede participar el Estado por sí ó con los sectores social y privado, de acuerdo con la ley, para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.....".

A) SERVICIOS PUBLICOS A LA POBLACION EN GENERAL.

El artículo 35 de la Ley General de Salud, especifica que los servicios públicos a la población en general son aquellos que "se proporcionan en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios"

El sistema de financiamiento de los servicios de salud para población abierta es unipartita, es decir que la mayor parte de sus ingresos proviene de la aportación única del Estado, através del presupuesto Federal. Por otra parte, la ley prevé la "recaudación de cuotas de recuperación por la prestación de éstos servicios de salud, las cuáles se determinarán tomando en cuenta el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario; fundandose en los principios de solidaridad social y guardando relación con los ingresos de los usuarios,debiéndose eximir el cobro cuándo el usuario carezca de recursos para cubrirlas, ó en las zonas de menor desarrollo económico y social conforme a las disposiciones de la Secretaría de Salud".

Se estipula además, que cuándo extranjeros ingresen al país con el único propósito de hacer uso de los servicios de salud en forma gratuita, se les cobrará íntegramente el costo de los mismos, exceptuando los casos de urgencias.

Las instituciones que fundamentalmente prestan atención médica a la población en general, conocidos también como "servicios públicos" ó "servicios a población abierta", son las siguientes:Secretaria de Salud;el Instituto Mexicano del Seguro

Social a través del programa IMSS-SOLIDARIDAD; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia considerándose tanto a nivel Federal como Estatal; los organismos pertenecientes a los Sistemas Estatales de Salud en las Entidades Federativas; y los servicios médicos del Distrito Federal.(66)

Los servicios públicos tienen como característica peculiar, el que el nivel socioeconómico y cultural de la población y el marginalismo rural ó urbano, influyen considerablemente en la utilización real ó potencial de estos servicios.

A continuación destacaremos las características mas importantes, de las instituciones que proporcionan servicios de salud a la población abierta:

SERVICIOS QUE PROPORCIONA LA SECRETARIA DE SALUD:

El Estado a través de la Secretaría de Salud, ha instaurado una red de hospitales en todo el país, comprendiendo tanto hospitales asistenciales como los descentralizados; figurando dentro de ellos hospitales Generales, Hospitales de especialización, centros de salud urbanos y rurales así como granjas para enfermos mentales. La Secretaría de Salud proporciona atención bajo el esquema de los tres niveles de atención a la salud a los que ya nos referimos anteriormente. Actualmente ésta secretaría tiene responsabilidades directas de atención médica en el Distrito Federal en coordinación con los Servicios de Salud del Distrito Federal, y en las Entidades Federativas en coordinación con los Servicios Estatales de Salud.

(65) Soberón Acevedo G/ Ruiz C, Leobardo: "Hacia un sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1983, 1ª edición, pág. 53.

(66) *Ibid*, pág. 48.

Se caracteriza principalmente, por ser el eje del sistema de coordinación de las instituciones de salud, a través de los acuerdos con los Estados para establecer y operar los Servicios Estatales de Salud, de tal manera que dispone de una estructura de cobertura nacional para la prestación de servicios personales, de regulación, control, y vigilancia así como de promoción de la salud.

Los programas que comúnmente proporciona la Secretaría de Salud a la población urbana se realizan en los centros de salud denominados "A" y "B", mientras que en las comunidades rurales se proporciona la atención en los centros de salud "C" en donde no se asegura la atención de segundo nivel y mucho menos de tercer nivel.(67)

La Secretaría de Salud cuenta con una infraestructura de salud creada con el propósito de ampliar su cobertura tanto en el medio urbano como rural, aunque puede decirse que básicamente la prestación de servicios de salud que proporciona, se concentran en el medio urbano en cada entidad Federativa mediante el establecimiento de los servicios Coordinados de Salud. Así mismo la asistencia social que proporciona se lleva a cabo fundamentalmente en el Distrito Federal.

Dentro del funcionamiento de éstos servicios, existen órganos desconcentrados por función, subordinados a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa, dentro de los que se encuentran el Instituto Nacional de Ortopedia, el Hospital General de México, los cuales tienen como característica el que se proporciona atención de segundo y tercer nivel.

(67) Soberón Acevedo G./Kumate Jesús: "La Salud en México, Testimonios de 1988", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1988, 1/a edición, pág. 50.

En el medio rural se han construido casas de salud en las zonas rurales, las cuales son atendidas por pasantes de medicina, auxiliados por una partera empírica ó auxiliar de la comunidad. Actualmente con el desarrollo del programa IMSS-SOLIDARIDAD la participación de la Secretaría de Salud en el medio rural se redujo, y en algunas regiones se detuvo la ampliación de servicios al medio rural.(68)

Puede decirse también que funge como coordinadora de los organismos descentralizados, los cuales tienen personalidad jurídica y patrimonio propio con domicilio en la Ciudad de México y que constituyen apartir de 1983 el subsector de los Institutos Nacionales dentro de los que se encuentran: Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Nacional de Pediatría y Perinatología, Instituto Nacional de Salud Pública Hospital Infantil de México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Centro Materno Infantil "Maximiliano Avila Camacho", entre otros.

Apartir de 1983 estos Institutos prestan servicios de salud en materia de atención médica de alta especialidad, proporcionando consulta externa y hospitalización a las personas que lo requieran en base a los criterios de gratuidad ya mencionados. El requisito para ingresar es que el problema sea grave y que exista en el momento la capacidad para la atención; "los Institutos Nacionales de Salud constituyen el tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud y son unos de los ámbitos de excelencia para el desarrollo de la medicina Mexicana".(69)

(68) Aceves Seinos Dionisio/ y otros: " Salud y Enfermedad en el Medio Rural de México", Secretaría de Salud, México 1991, 1/ a edición, pág. 415

(69) Soberón Acevedo G/ Kumate Jesús: " La Salud en México, Testimonios de 1988", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1988, 1/ a edición, pág11

El presupuesto anual que manejan éstos institutos proviene del subsidio Federal, cuotas de recuperación, ingresos por atención de pacientes atendidos inicialmente en instituciones privadas, servicios médicos subrogados de otras instituciones del sector salud, de actividades docentes así como de donativos.

Los estudios realizados por el departamento de servicio social en éstos Institutos, revelan que el tipo de población atendida en mas del 60% son campesinos, comerciantes, obreros ó se encuentran subempleados; mas de la mitad tienen ingresos inferiores al salario mínimo y no disponen de casa propia; un 38% provienen de zonas fuera del Distrito Federal, 62% son capitalinos, de los cuáles el 75 % son derechohabientes de algún sistema de seguridad social.

Por el manejo de alta tecnología y la labor de investigación científica que realizan éstos Institutos Nacionales, algunas instituciones realizan convenios de subrogación con éstos Institutos, tal es el caso de empresas del ramo bancario, comercial ó industrial, así como de las instituciones de seguridad social.

Por lo que se refiere a la Entidades Federativas, los Servicios Coordinados de Salud a cargo de la Secretaría de Salud, proporcionan sus servicios enfocados principalmente en actividades de prevención y promoción de la salud, es decir de primer nivel de atención.

La Secretaría de Salud opera mediante la existencia de jurisdicciones sanitarias, que son estructuras administrativas, las cuáles atienden los problemas correspondientes a un área geográfica determinada. "La jurisdicción Sanitaria" es definida, como una extensión geográfica dónde existe un conjunto de servicios

operativos de primer y segundo nivel, para la atención de la salud y para la atención de un volumen determinado de población".(70)

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Su régimen legal, atribuciones y competencia se encuentran contenidos en la "Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social" (publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 9 de enero de 1986).

Esta ley rige en toda la República y tiene por objeto establecer las bases y procedimientos de un Sistema Nacional de Asistencia social que promueva la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud en sus artículos 3/o fracción XVIII y 172, teniendo también como finalidad coordinar el acceso de los mismos, garantizando así la concurrencia y colaboración de la Federación, Entidades Federativas y los sectores social y privado.

Esta ley conceptúa a la asistencia social, como el "conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección ó desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva".

En el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, se ha realizado una descentralización de manera gradual, que tiene por objetivo transferir

facultades, funciones programas y recursos a las Entidades Federativas, apoyadas en convenios de coordinación y cooperación celebrados con cada uno de los gobiernos Estatales. De tal manera que los servicios de salud pueden ser proporcionados por la Federación, los Estados y Municipios, así como por los sectores social y privado, mediante la celebración de acuerdos y concertación de acciones, integrándose así al Sistema Nacional de Salud.

Los servicios de asistencia social que se presten en los Estados por los gobiernos locales y por los sectores social y privado, forman también parte de los Sistemas Estatales de Salud; rigiéndose en todos los casos por los ordenamientos específicos que les son aplicables y debiéndose subordinar también a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.

Dentro de las múltiples actividades de éste organismo, se encuentra la prestación de atención médica a población infantil abierta, la cuál se lleva a cabo en centros hospitalarios que prestan servicios de segundo y tercer nivel, en los Institutos Nacionales de Pediatría y Perinatología, así como en el Instituto Nacional de Salud Mental y en el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud del Niño en dónde se realizan investigaciones sobre problemas de salud de su área.

Por lo que se refiere a las acciones de atención médica a la población abierta del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en las Entidades Federativas, éstas se enfocan principalmente a la atención de primer nivel (consultas, intervenciones quirúrgicas menores y tratamientos de rehabilitación).

(70) Soberón Acevedo G/ Ruiz C, Leobardo "Hacia un Sistema Nacional de Salud". Editado por Intersistemas, México 1983, 1ª edición, pág. 56.

Otras actividades del DIF en el campo de la salud son: educación para la salud, asuntos de higiene materno-infantil, planificación familiar, rehabilitación en general. Entre otras actividades, también lleva a cabo actividades de educación pre-escolar, alfabetización, educación física y deportes, actividades de integración social y familiar desarrollo de la comunidad, mejoramiento ambiental y de la vivienda, distribución de alimentos, producción de alimentos para autoconsumo y capacitación nutricional.(71)

SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL.

El artículo 3/o de la Ley de Salud para el Distrito Federal (publicada en el D.O.F el 19 de enero de 1987), establece que el Jefe del Departamento del Distrito Federal es una de las autoridades sanitarias en la capital de la República; se dispone además que en materia de salubridad general (referida también en el artículo 13 apartado B de la Ley General de Salud), en el Distrito Federal corresponde al Departamento del distrito Federal realizar las actividades establecidas en dicha ley, estando dentro de sus atribuciones la prestación de los servicios de atención médica en sus formas preventiva, curativa y de rehabilitación.

Para llevar a cabo las actividades de salubridad general en el Distrito Federal fue creado el sistema de Salud del Distrito Federal, el cuál es coordinado por el Jefe del Departamento del Distrito Federal, que como ya hemos visto involucra a todos los sectores que presten servicios de salud. Concretamente es el "Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal como órgano desconcentrado del Departamento del Distrito Federal, quién tiene a su cargo proporcionar los servicios médicos a la población abierta".

Estos servicios son proporcionados en lo que se refiere al primer nivel en algunos consultorios de centros sociales, culturales y deportivos, así como en consultorios de atención de urgencias a la comunidad; cuenta además con algunas unidades móviles atendidas por personal médico y paramédico.

En cuanto al segundo nivel de atención operan algunos hospitales de atención de urgencias traumatológicas, una unidad psiquiátrica y una unidad de atención de urgencias obstétricas; también operan éstos servicios en el Sistema Médico Penitenciario con cinco unidades de hospitalización para especialidades básicas. Se cuenta además en éste nivel con consultorios distribuidos en los hospitales infantiles, laboratorios de análisis clínicos, gabinetes de radiología, quirófanos, salas de expulsión y bancos de sangre. Estos servicios son atendidos por médicos, incluyendo becarios y empleados paramédicos.(72)

SERVICIOS DE ATENCION MEDICA EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS.

Como ya hemos mencionado, en las entidades federativas han sido creados los Sistemas Estatales de Salud, los cuáles tienen la capacidad de organizar sus servicios de acuerdo a las necesidades y peculiaridades de cada región; fundados en todo momento en los criterios de gratuidad para el apoyo a la población de escasos recursos.

(71) Programa Nacional de Salud 1990- 1994, Secretaría de Salud, pág. 54.

(72) Soberón Acevedo G./Ruiz C.Leobardo."Hacia un Sistema Nacional de Salud", Interistemas, México 1983, 1/a edición, pág.55.

Para la prestación de servicios médicos a la población abierta en los Estados, se han integrado la Secretaría de Salud y el programa IMSS-SOLIDARIDAD; en algunos estados se crearon juntas de asistencia Estatal ó Municipal ó bien patronatos para el funcionamiento de las instituciones que son operados por los Sistemas Estatales de Salud y que por lo tanto dependen del Estado.

Como un ejemplo de esto, tenemos que en el Estado de Aguascalientes se implementaron servicios de salud para atención a la población abierta; mediante la creación en el año de 1993 del "Sistema Estatal de Urgencias en Red"; en 1994 se implementaron servicios de hospitalización general, creándose hospitales como el de Ciudad Satélite, Morelos y Cañillo.(73)

SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICA A POBLACION ABIERTA PROPORCIONADOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.(PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD)

Como ya hemos mencionado en 1973 al promulgarse la nueva Ley del Seguro Social, se sentaron las bases para la extensión de la seguridad social incluyendo la prestación de servicios de salud a población abierta mediante la forma de solidaridad social.

Es así como la vigente Ley del Seguro Social contempla en sus artículos 232, 236, 237, 238 y 239, "la facultad del Instituto Mexicano del Seguro Social para organizar, establecer y operar unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, y para proporcionar los servicios de asistencia médica farmacéutica e incluso hospitalaria en favor de los núcleos de la población que

constituyan polos de marginación rural, suburbana y urbana y que el poder ejecutivo Federal determine como sujetos de solidaridad social.

Es de ésta manera como el IMSS quedó facultado para dictar las bases e instructivos a que se sujetarán estos servicios, coordinándose con la Secretaría de Salud y demás instituciones de salud y seguridad social*.

El financiamiento de éstos servicios denominado "PROGRAMA IMSS-SOLIDARIDAD" y de acuerdo a lo establecido por el artículo 239 de la ley del Seguro Social, en el cuál se estipula que "los servicios de solidaridad social serán financiados por la Federación, el IMSS y los propios beneficiarios, quiénes contribuirán con aportaciones en efectivo ó con la aportación de trabajos personales en beneficio de las comunidades que habitan através de la incorporación en las actividades que se realizan en la población para fomentar la salud, prevenir las enfermedades ó mejorar el ambiente".

En la práctica, el Gobierno Federal cubre la totalidad del presupuesto del programa, mismo que para 1993 ascendió a casi 975 millones de nuevos pesos, ya que através del convenio IMSS-SOLIDARIDAD el gobierno Federal aportó el 100 % de los costos del programa.(74)

Se le denomina IMSS-SOLIDARIDAD apartir de 1989 y surgió en 1974 como consecuencia de las modificaciones introducidas al IMSS en 1973. Desde sus inicios, cuándo se le denominaba IMSS-COPLAMAR la ley determinaba que su extensión se destinara a llevar servicios médicos y de salud a los grupos no asalariados en condiciones de pobreza; se incorporaron también algunos grupos de

trabajadores del campo, que mediante éste programa reciben atención médica de primer nivel. En 1983 al desaparecer el órgano COPLAMAR, el gobierno Federal otorgó la responsabilidad operativa sólo al IMSS; cabe decir que durante el proceso de descentralización de los servicios de salud emprendido entre 1985 y 1987 el programa se integró a 17 Entidades Federativas, y a partir de 1989 pasó a formar parte presupuestalmente hablando del Programa Nacional de Solidaridad, mientras que el IMSS mantuvo la responsabilidad operativa, logística y de administración del mismo, es decir aportando su capacidad administrativa, de gestión, de abasto, de capacitación, de evaluación y supervisión.(75)

En la actualidad el IMSS-SOLIDARIDAD atiende la salud de 10.4 millones de pobladores, (de los cuáles 28 % son indígenas, miembros de 48 etnias, refugiados Guatemaltecos asentados en los estados de Chiapas y Campeche, así como colonos del Centro Penal Federal de Islas Marias). Este programa está dirigido principalmente a pobladores carentes de empleo permanente y capacidad contributiva para integrarse a los sistemas de seguridad social vigentes en México, se sostiene por recursos financiados por la Federación y es administrado por el IMSS.(76)

Sólo se otorga atención de primer y segundo nivel, con un modelo de atención integral orientados a la prevención y fomento de la salud y no a la reparación del daño, y en cuya conceptualización se aplica el involucramiento de la gente en las acciones que contribuyan a mejorar sus condiciones de salud esencial.

(73) " Programa de Trabajo y Desarrollo 1992-1998", Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes, Gobierno del Estado de Aguascalientes, 1993, pág. 34.

(74) Narro Robles José: "La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/a edición, pág. 101.

(75) *Ibid.*, pág. 99.

(76) Revista Mexicana de Seguridad Social, Cuestión Social, " Experiencia en IMSS-Solidaridad", artículo escrito por: María Montero Hernández, IMSS, Abril- Junio 1994, No. 33, pág.62.

Para el primer nivel opera con una red escalonada de 3348 Unidades Médicas Rurales y para el segundo nivel opera con 57 hospitales en 17 entidades Federativas. Las unidades Médicas Rurales se localizan en comunidades dispersas que cuentan con una población de entre 3000 y 5000 habitantes, cuentan cada una de ellas con un médico pasante de medicina y dos auxiliares del área médica frecuentemente bilingües ya que manejan el español y el dialecto de la región, las cuáles reciben capacitación de 6 meses; se dispone además en éstas unidades de un cuadro básico de medicamentos de 91 productos, así como de equipo y material para atención primaria (un consultorio, archivo y farmacia; área para curaciones, 2 camas de tránsito, sala de espera y sanitarios).

Por su parte los hospitales se han construido en localidades que cuentan con mas de 10,000 habitantes, su área de influencia varía de 150,000 a 200,000 habitantes, los cuáles actúan como centros de atención médica para una región. En los hospitales se otorgan consultas de medicina familiar, odontológicas y de especialidades básicas, al mismo tiempo se prestan servicios de hospitalización, cuentan con servicios de atención de urgencias, laboratorio así como radiología, además éstas actividades son cubiertas por médicos residentes del IMSS. Actualmente 48 de los hospitales disponen de un albergue administrado por el personal voluntario y da alojamiento a familiares de los pacientes que se han trasladado desde alguna comunidad alejada.(77)

Este programa tiene también dentro de sus características, el que actúa en coordinación con otras instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, respeta los aspectos culturales de la comunidad y trata de colaborar con los distintos

médicos tradicionales que habitan en las mismas comunidades, así como también se apoya en personal local.

PROGRAMA DE EXTENSIÓN COMUNITARIA DEL ISSSTE.

Apartir de 1981 el ISSSTE y la federación de sindicatos de trabajadores al servicio del Estado iniciaron el "Programa Nacional de Extensión Comunitaria para Población no Derechohabiente" de los sectores marginados en áreas urbanas. Este programa se desarrolla en 7 clínicas que se encuentran en la ciudad de México, funcionando únicamente los sábados y domingos y en la que se otorga consultas externas de primer nivel, incluyendo atención odontológica y dotación de algunos medicamentos. También se llevan a cabo algunas actividades extramuros de promoción de la salud de miércoles a domingo.(78)

ATENCIÓN A LA SALUD POR PARTE DEL INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA.

El Instituto Nacional Indigenista (INI) es sólo una institución de gestión y no de salud, cuya preocupación consiste en tratar que diversas instancias que tienen a su cargo proporcionen los servicios indispensables a las poblaciones indígenas y que extiendan su cobertura a éstas comunidades. Sin embargo aún cuando no es una institución de salud, se ha visto obligada a llevar servicios médicos a regiones que presentan carencias extremas con recursos muy limitados y con una infraestructura sumamente modesta.

(77) Programa IMSS- SOLIDARIDAD, documento mimeografiado, 19 de enero de 1993.

(78) Soberón Acevedo Guillermo/ Ruiz C, Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1993, 1/a edición, pág. 69.

Su actividad sólo ha podido realizarse en la atención de primer nivel, y es así como en 1991 el INI reportó haber realizado su labor en 22 estados de la República Mexicana, en donde se asientan 90 Centros Coordinadores Indigenistas, cada uno de ellos con un equipo de salud y bienestar social; cuenta además con un hospital de campo en la Sierra Norte de Puebla y con 8 unidades médicas móviles que recorren zonas de la península de Yucatán, península de Baja California y de los Estados de Durango e Hidalgo.

La atención médica y odontológica es proporcionada por personal médico y odontológico del propio INI, así como de la Secretaría de Salud y del IMSS-SOLIDARIDAD, sin embargo el 30% de los albergues que tienen establecidos no reciben atención médica.(79)

El INI ha establecido algunos convenios con la Secretaría de Salud, IMSS-SOLIDARIDAD, así como con el Instituto Nacional de Nutrición, por lo que se sujeta operativamente a las disposiciones de éstas instituciones en materia de presentación de servicios médicos. Quizá uno de los servicios más activos que realiza la Subdirección de Salud y Bienestar Social del INI, es el traslado y canalización de pacientes al tercer nivel, en coordinación con el Hospital General de México. También ha establecido contacto con terapeutas de la medicina tradicional, y en los últimos años ha apoyado los procesos organizativos de los médicos indigenistas, tal es el caso de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), Organización de los Médicos Indígenas de la Mixteca alta del Estado de Oaxaca y de la Organización de Médicos Indígenas Mayas.

(79) *Acciones*, Op.Cit, pág. 423.

B) SERVICIOS A DERECHOHABIENTES DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

El artículo 37 de la Ley General de Salud, establece que "son servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, los prestados por éstas a las personas que cotizan ó a las que hubieren cotizado en las mismas, conforme a las leyes y a sus beneficiarios, los que con sus propios recursos ó por encargo del ejecutivo federal presten tales instituciones a otros grupos de usuarios".

Estos servicios se rigen por las disposiciones legales de sus propios estatutos, así como por las contenidas en la Ley General de Salud y comprenden: atención médica, atención materno-infantil, planificación familiar, salud mental, promoción de la formación de recursos humanos, salud ocupacional, prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

Las Instituciones de seguridad social que en la actualidad proporcionan entre otras prestaciones servicios de salud a sus derechohabientes son: Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), así como empresas cuya acción sustancial no es la atención médica, pero que incluyen dicha atención como una prestación a sus trabajadores, tal es el caso de PEMEX, Nacional Financiera, Sistema de Transporte Colectivo de la Ciudad de México, Comisión Nacional Bancaria, Lotería Nacional para la Asistencia Pública.(80)

(80) Soberón Acevedo G/ Ruiz C,Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1983, 1ª edición, pág.78.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

El Instituto Mexicano del Seguro social(IMSS), es un organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene como objeto básico brindar salud, seguridad social y algunos aspectos de bienestar a sus trabajadores y sus familias, así como demás derechohabientes, mediante la prestación de servicios médicos, otorgamiento de subsidios y pensiones entre otros. .

La base legal de éste organismo se encuentra sustentada en la Ley del Seguro Social vigente (publicada en el D.O.F el 12 de marzo de 1973); su aplicación es de observancia general en toda la República. El artículo 4/o de ésta ley, establece que el "seguro social es el instrumento básico de la seguridad social, entendido éste como un servicio público de carácter nacional, sin perjuicio de los sistemas instituido por otros ordenamientos".

La organización y administración del Seguro Social en éste caso concreto, está a cargo del organismo público descentralizado con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para la prestación de sus servicios, existen dos tipos de regímenes: régimen obligatorio y régimen voluntario. Es así como el título segundo, capitulo primero de la Ley del Seguro Social, establece que son sujetos del aseguramiento del régimen obligatorio:

"Las personas que se encuentran vinculadas a otras por una relación de trabajo; los miembros de sociedades cooperativas de producción y de

administraciones obreras ó mixtas; los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios organizados en grupo solidario, sociedad local ó unión de crédito, comprendidos en la Ley de Crédito Agrícola

También quedan comprendidos dentro de éste régimen, los trabajadores de industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; los ejidatarios y comuneros organizados para aprovechamientos forestales, industriales ó comerciales en razón de fideicomisos; los pequeños propietarios con más de 20 hectáreas de riego aún cuándo no estén organizados crediticiamente; ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios no comprendidos anteriormente; vendedores ambulantes de billetes de lotería nacional para la asistencia pública; los patrones personas físicas con trabajadores a su servicio que no se encuentren asegurados así como también los productores de henequén y desde 1995 los productores y sus trabajadores de caña de azúcar.

Por su parte, el régimen voluntario del seguro social se encuentra legalizado en el título tercero capítulo único de la ley del seguro social, en el que se dispone que el Instituto puede contratar individual ó colectivamente seguros facultativos, para proporcionar prestaciones en especie del ramo de enfermedades y maternidad, a familiares del asegurado que no estén protegidos por la ley del seguro social ó bien para proporcionar dichas prestaciones a las personas no comprendidas en el régimen obligatorio. Así mismo se establece que se incorporan al régimen voluntario del seguro social los trabajadores domésticos.

Cabe mencionar que por acuerdo presidencial del 9 de junio de 1987, se incorporó al seguro facultativo del régimen del seguro social, todas las personas que cursan estudios de nivel medio superior en planteles públicos oficiales del sistema educativo nacional y que no cuentan con la misma ó similar protección por parte de cualquier otra institución de seguridad social.

Tanto en el régimen obligatorio como el régimen voluntario del Seguro Social se proporcionan, dentro de otras prestaciones el "seguro de enfermedades y maternidad". De tal manera que el artículo 92 de ésta ley establece que : "Quedan amparados por éste ramo del seguro social: I.-El asegurado; II.El pensionado por: incapacidad permanente, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, así como viudez, orfandad ó ascendencia; III.-La esposa del asegurado ó concubina; IV.-El esposo ó concubino del asegurado; V.-La esposa ó concubina del pensionado; VI.- Los hijos menores de 16 años del asegurado y del pensionado; VII.-Los hijos del asegurado hasta la edad de 25 años cuándo estén realizando estudios en planteles del sistema educativo nacional ó se encuentren impedidos por algún defecto físico ó psíquico para trabajar; VIII.-Los hijos mayores de 16 años de los pensionados por invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares y IX.-El padre y la madre del pensionado .

Encuanto a la estructura del IMSS, podemos decir que es una organización que en su origen y estructura tiene una composición tripartita; es decir que existe una conjunción de esfuerzos de los sectores de trabajadores, empresarial y gubernamental en la conducción del instituto. Esta estructura tripartita se hace presente de manera sistemática en los trabajos que llevan a efecto los órganos

superiores de la institución: la asamblea general, el consejo técnico, la comisión de vigilancia y el comité técnico del sistema de ahorro para el retiro

El financiamiento de los seguros y prestaciones que fija la ley del Seguro Social, se da a través de las contribuciones que de manera tripartita aportan los trabajadores, los patrones y el Estado. Los artículos 113,114 y 115 de la Ley del Seguro Social establecen las cuotas sobre el salario diario base de cotización que deben ser cubiertas para el seguro de enfermedades y maternidad; correspondiendo así cubrir a los patrones el 8.750%; a los trabajadores el 3.125% y al Estado el 7.134 % del total de las cuotas patronales.

Encuanto al régimen financiero de las sociedades cooperativas de producción, las administraciones obreras ó mixtas, las sociedades locales, grupos solidarios ó uniones de crédito, la ley establece que cubrirán el 50% de las primas totales y el gobierno Federal cubrirá el otro 50%.

El seguro de enfermedades y maternidad da derecho a servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica, de hospitalización y obstétrica entre otras prestaciones para el asegurado y sus beneficiarios.

Cabe destacar aquí que la implantación del régimen obligatorio del Seguro Social tomó 14 años en realizarse, iniciando en 1945 en el Distrito Federal, y fue avanzando paulatinamente hasta que en 1958 cubrió a la totalidad de las Entidades Federativas del País. En la actualidad el IMSS tiene programas y servicios en todas las entidades del territorio Nacional e incorpora asegurados y derechohabientes en muchos municipios del país.

Los informes más recientes del IMSS reportan que existen estados en dónde la incorporación del Municipio alcanza el 100% como Nuevo León, Colima y Aguascalientes entre otros, mientras que los estados de menor porcentaje de Municipios incorporados son: Chiapas, Durango, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Sonora. Para 1993, el IMSS operaba ya en 2059 Municipios los cuáles representan el 86% de la superficie total del país, operando como ya mencionamos anteriormente por delegaciones regionales, estatales y locales.

Para el otorgamiento de sus servicios en todo el país el IMSS está organizado en 36 delegaciones, de las cuáles 32 son de orden regional, cuyo ámbito de competencia equivale al territorio de los Estados de la República y 4 en el Distrito Federal.

Las delegaciones regionales comprenden dentro de su jurisdicción dos ó mas Entidades Federativas; las delegaciones estatales abarcan una circunscripción territorial localizada en un sólo estado de la Federación y las locales fueron sustituidas por subdelegaciones. Cabe aquí mencionar que las delegaciones y subdelegaciones se dividen en categorías y oficinas administrativas; y es así que con base a éste orden el IMSS distribuye sus servicios humanos, económicos y materiales en todo el territorio Nacional.

Bajo ésta distribución el IMSS cuenta con 25 delegaciones estatales distribuidas de la siguiente manera: Aguascalientes Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo Jalisco, Michoacán Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán Zacatecas y 7 delegaciones

regionales distribuidas en Baja California Norte, Colima, México, Nuevo León, Tamaulipas Veracruz y Distrito Federal.(81)

Dentro de sus recursos materiales destacan el Centro Médico Nacional siglo XXI; Centro Médico la Raza; Centro Médico de Occidente en Guadalajara Jalisco; Centro Médico de Monterrey Nuevo León; Centro Médico de Puebla; Centro Médico de Mérida Yucatán; Centro Médico de Torreón Coahuila; Centro Médico de Ciudad Obregón Sonora; Centro Médico de León Guanajuato y Centro Médico de Veracruz. También cuenta con el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes en el estado de México; Hospital de Traumatología y Ortopedia de Magdalena las Salinas; todos éstos considerados como de alta especialidad.

Por lo que se refiere a los niveles de atención proporcionados por ésta institución, podemos decir que el primer nivel se da en unidades de medicina familiar, unidades de medicina familiar con hospitalización así como en los puestos de fábrica ó bien en el hogar a través de la visita domiciliaria.

El nivel de atención médica para el sector productivo temporal se atiende en la unidad médica rural; el segundo nivel de atención se proporciona en los Hospitales Generales de Zona con medicina familiar, siendo éstos clínicas-hospitales con consulta externa y el tercer nivel de atención sólo se proporciona a los derechohabientes del régimen ordinario urbano, en consulta externa de alta especialización

(81) *Revista Mexicana de Seguridad Social, Cuestión Social, "Las delegaciones del IMSS", Instituto Mexicano del Seguro Social, Abril-Junio 1994, No. 33, pág. 45.*

Puede observarse que el crecimiento que se ha dado en ésta institución es considerable, ya que el número de derechohabientes en 1944 era de 356,000; en 1966 de 7,175,000 y en 1994 de 11,300,000.(82)

Así mismo la población derechohabiente del IMSS está integrada aproximadamente por el 26% de los asegurados permanentes; 64% por sus familiares y el 10% restante por los asegurados eventuales, los pensionados y sus familiares.

Es importante mencionar que han sido integrados al Seguro social otros servicios médicos como los de la Comisión Federal de electricidad en 1978 y los de Ferrocarriles Nacionales de México en 1981.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, con domicilio en la ciudad de México. Tiene la característica de que a través de una sóla institución presta los servicios médicos, correspondientes a los seguros de enfermedades no profesionales, accidentes de trabajo y enfermedades no profesionales; jubilaciones; invalidez, vejez y muerte. Así mismo ofrece servicios de rehabilitación y reeducación de inválidos, entre otras prestaciones.

(82) Narro Robles José: "La Seguridad Social en los albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/a edición, pág. 73.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 4/o de la ley del ISSSTE, la administración y prestación de los servicios médicos están a cargo de éste instituto, de tal manera que el ISSSTE es un organismo público, que tiene el encargo de otorgar los servicios de la seguridad social a los trabajadores al servicio del estado. Esto incluye de acuerdo a lo establecido por el artículo 1/o de la citada ley, a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la Administración Pública Federal que por ley ó acuerdo del ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros; a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de los Poderes de la Unión; a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública en los Municipios y a sus trabajadores; a los diputados y senadores que durante su mandato se incorporen individual y voluntariamente al régimen de ésta ley así como a agrupaciones ó entidades que de acuerdo de la junta directiva se incorporen al régimen de dicha ley.

Dentro de éste universo, la ley del ISSSTE establece quiénes son los sujetos legalmente amparados por esta institución, siendo éstos: el trabajador, el pensionista, los familiares derechohabientes, comunmente el cónyuge ó concubina, los hijos menores de 18 años y los ascendientes que dependan económicamente del trabajador pensionista. La seguridad social que otorga éste organismo, también comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario.

El artículo 3/o de la Ley del ISSSTE enumera el conjunto de seguros prestaciones y servicios que tienen el carácter de obligatorio y dentro de los que se encuentran: la medicina preventiva, seguro de enfermedades y maternidad así como el servicio de rehabilitación física y mental.

El régimen de financiamiento de el ISSSTE es bipartita, en el cuál los trabajadores aportan al instituto una cuota equivalente al 8% del sueldo básico de cotización, el cuál se distribuye de la siguiente manera: 2.50% para el seguro de enfermedades y maternidad y el restante para las demás prestaciones.

Por su parte las dependencias y entidades públicas incluidas en la ley, están obligadas a efectuar una aportaciones equivalente al 17.75% del sueldo básico de cotización, del cuál corresponde el 6.75% para el seguro de enfermedades y maternidad, así como para los servicios correlativos.

Para el cumplimiento de sus fines, el ISSSTE cuenta con delegaciones, en 1983 se crearon las subdelegaciones médicas con la consecuente delegación de funciones y facultades, las cuáles actúan como unidades desconcentradas, jerárquicamente subordinadas a la administración central y tienen las facultades específicas para resolver sobre la materia y la competencia territorial que se determine en su caso. De acuerdo a los datos obtenidos, se dispone de una red de servicios médico-asistenciales que llega a 1261 establecimientos; de los cuáles 165 corresponden a los servicios de segundo nivel y 11 son hospitales regionales, y el resto otorga únicamente servicios de atención médica primaria.

En el área metropolitana se cuenta con el Hospital 20 de Noviembre, en dónde se da atención de tercer nivel incluyendo alta especialidad; clínicas de medicina general (San Antonio Abad, Guerrero, Juárez, 5 de Febrero, Hospital 1o. de Octubre y el Hospital Ignacio Zaragoza entre otros).

En las entidades Federativas el esquema de atención a la salud que aplica el ISSSTE, consiste en la operación de puestos periféricos que son unidades de primer nivel que tiene la capacidad para cubrir hasta 200,000 derechohabientes, y consultorios de medicina general también para atender el primer nivel con una capacidad de atención hasta de 3000 derechohabientes. De la misma manera existen clínicas de especialidades y clínicas-hospitales foráneos que dan atención hasta del segundo nivel de la misma manera que en el área metropolitana. En el área foránea sólo existen dos hospitales de tercer nivel, los cuáles se encuentran en Guadalajara y Monterrey, aunque en algunos hospitales de segundo nivel existen ciertos servicios de alta especialidad.

Como algunos datos importantes tenemos que considerar que en 1992 la población del ISSSTE llegó a ser de 8,614,054, de los cuáles un poco más de 2,168,000 son trabajadores asegurados; en total existen 240 dependencias y entidades que están incluidas en este sistema; el 30% de la población derechohabiente se encuentra concentrada en el Distrito Federal. (83)

LA SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DE LOS GOBIERNOS ESTATALES.

Resulta difícil analizar la situación actual de los Estados por falta de información estadística sobre los servicios otorgados a este respecto. Sin embargo, como ya hemos visto los gobiernos de los Estados de la Federación tienen la capacidad de implantar sus propios esquemas de seguridad social, en el que se incluyen algunas prestaciones sociales.

(83) *Ibid.*, pág. 79.

Los Estados en los que existe una institución Estatal de seguridad social que se encarga de proporcionar servicios de salud y otras prestaciones son: Baja California Norte, Chihuahua, Jalisco, Estado de México y Sonora.

En el caso del Estado de México, ha sido creado el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), encargado entre otras cosas de proteger la salud de los servidores públicos y de sus familiares ó dependientes económicos.

Otros Estados subrogan los servicios de salud al IMSS, dentro de los que se encuentran: Aguascalientes, Campeche Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Existen también estados que subrogan sus servicios de salud al ISSSTE, como lo son: Baja California Sur, Colima Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos Nayarit, Quintana Roo, Tamaulipas y Zacatecas.(84)

INSTITUCIONES QUE PRESTAN ATENCION MEDICA A SU PERSONAL.

La Secretaría de Salud reporta dentro de las instituciones que prestan atención médica a su personal, a aquellas instituciones que ofrecen servicios de atención médica con recursos propios a sus empleados, y en algunos casos a sus a sus familiares; a la fecha dentro de éste caso se encuentran: Petróleos Mexicanos, el sistema de Transporte Colectivo, la Comisión Nacional Bancaria y de Seguros, la Lotería Nacional, así como Nacional Financiera, y los Servicios Médicos de la Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.(85)

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Y SECRETARIA DE MARINA.

Ha sido creado para proporcionar servicios de seguridad social a los miembros de las fuerzas Armadas de México el "Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas" (ISSSFAM); en cuya ley (publicada en el D.O.F el 29 de junio de 1976) se establecen entre otras prestaciones el proporcionar servicios de salud a los integrantes del Ejército, Fuerza Aérea y Armada de México, a través del Servicio de Sanidad Militar y del Servicio de Sanidad Naval.

Para la operación de los servicios médicos, éstas Secretarías cuentan con Hospitales Militares y Navales en algunos estados de la República, en dónde se proporciona atención hasta del tercer nivel a los miembros de las fuerzas armadas y sus derechohabientes; contando además con el Hospital Central Militar con domicilio de la ciudad de México en dónde incluso se proporciona atención de alta especialidad. Cuenta además en cada dependencia y e instalación militar con una sección sanitaria en dónde se proporciona atención médica de primer nivel.

PETROLEOS MEXICANOS.

Petróleos Mexicanos presta servicios de atención médica y odontológica, a los trabajadores de planta que laboran en PEMEX, trabajadores transitorios, a los jubilados y sus familiares. Los servicios médicos de Petróleos Mexicanos, corresponden a los de mayor magnitud fuera del sistema de seguridad social, que opera con costos comparativos mas altos, pudiendo deberse esto posiblemente a que los riesgos de accidentes y emergencias es muy alto y a que los servicios son proporcionados las 24 horas del día a grupos de población muy reducida.

SISTEMA DE TRANSPORTE COLECTIVO.

Existen mas de 5000 trabajadores, los cuáles junto con sus familiares cuentan con servicio médico para consultas y visitas domiciliarias, subrogando la hospitalización a instituciones privadas.

COMISION NACIONAL BANCARIA.

Esta institución subroga a diversas instituciones tanto de seguridad social como privadas, para atender a todos sus trabajadores y a sus familiares.

LOTERIA NACIONAL PARA LA ASISTENCIA PUBLICA.

Cuenta con un servicio médico propio, encargado de la atención de consulta externa y subroga la hospitalización al IMSS e instituciones privadas.

NACIONAL FINANCIERA.

Esta institución dispone de servicios propios de atención médica para consulta externa, y subroga a hospitales privados los servicios para pacientes no ambulatorios.

(84) Narro Robles José: " La Seguridad Social y el Estado Moderno", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1992, 1/a edición, pág. 90.

(85) Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística " Recursos y Servicios", No. 13, Volumen I, Año 1993

C) SERVICIOS PRIVADOS

Este sector tiene su fundamento legal en el artículo 38 de la Ley General de Salud, en el cuál se establece que "son servicios de salud privados: "los que prestan personas físicas ó morales en las condiciones que convengan con los usuarios y sujetos de los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materia de tarifas se aplicará lo dispuesto por la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud".

La medicina privada fue una de las formas habituales de atención médica hasta la cuarta década de nuestro siglo, y aún en nuestros días se observa en algunos sectores la recurren con mucha frecuencia a éste tipo de servicios, pudiéndose observar así, que en el medio rural, una variante de la actividad privada de prestación de servicios de salud, lo constituye la medicina tradicional, empírica y popular.

Las principales características de la prestación de servicios de salud privados se resumen de la siguiente manera:

- La medicina privada participa poco de las tareas habituales de la medicina otorgada por los servicios públicos ó de seguridad social.
- Es predominantemente vespertina, ya que prácticamente todos los profesionistas que laboran en estas instituciones (médicos, enfermeras y paramédicos) laboran al mismo tiempo en instituciones ya sea del sector público ó del sector privado.
- Existen servicios médicos, hospitales y clínicas privadas que son contratados por diversos organismos correspondientes a la banca, la industria, cooperativas y seguros públicos ó privados en base a pagos directos.

A éste respecto el artículo 41 de la Ley General de Salud, menciona que "pueden ser prestados servicios de salud a los empleados y beneficiarios de los mismos, por parte de las empresas privadas y públicas, con recursos propios ó mediante contratación de seguros individuales ó colectivos, los cuáles se regirán por los convenios celebrados entre los prestadores y usuarios, aplicando siempre las disposiciones de la Secretaría de Salud". Es contemplada por la ley también, la existencia de seguros personales de gastos médicos y hospitalización, en los que la Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda las normas técnicas de salud para éstos servicios.

-En los servicios de salud privados se atienden a los individuos que tienen capacidad de pago suficiente, así como también a los derechohabientes de las instituciones de la seguridad social, que por diversas razones acuden a sus servicios e incluso a personas de escasos recursos, que a costa de grandes esfuerzos económicos buscan tener atención en el sector privado.

-Constituyen también parte de la medicina privada, aquéllas actividades dependientes de la medicina tradicional y de algunas formas de asistencia privada y beneficencia.

-Este sector se encuentra apoyado por innumerables organizaciones que participan en el análisis de los reglamentos en vigor en relación de las actividades de salud: Cámara Nacional de Hospitales, Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica, Asociación Mexicana de Hospitales Academia Nacional de Medicina, Academia Nacional de Cirugía Consejos de las diversas Especialidades, así como asociaciones y colegios Médicos y de Profesionales relacionados con la práctica de la medicina.

-La prestación de servicios de salud por parte de instituciones privadas, constituye un complejo de lucro, en el que se ven involucrados: recursos humanos, consultorios, grupos médicos clínicas, hospitales, la industria químico-farmacéutica farmacias,

servicios de ambulancia, servicios de oxígeno, renta de equipos médicos, alquiler de ropa para hospitales, agencias de contratación de servicios profesionales, seguros médicos fabricantes de muebles y equipos para hospitales y en general todas las empresas que proporcionan bienes y servicios que tienen que ver con la salud.

Como un indicador de la importancia que tiene en la población éste tipo de servicios, es que la industria químico-farmacéutica en 1981 reportó que el 35% de los medicamentos vendidos se canalizaron al sector público y de seguridad social, mientras que el 65% restante se derivó de las actividades del sector privado.(86)

Esto confirma la demanda que tiene la medicina privada organizada como una forma derivada de acciones de medicina tradicional, consultas con boticarios y automedicación. Cabe aquí mencionar también, que la Ley General de Salud así como el Reglamento de ésta ley en materia de prestación de servicios médicos, regulan las actividades relacionadas con la práctica médica, la construcción de hospitales e instalaciones de servicios de salud, así como la elaboración y venta de medicamentos entre otras actividades.

En cuanto al acceso de los servicios de salud privados ,la citada ley establece en su artículo 40 que "se regirá por lo que convengan prestadores y usuarios sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca la ley y demás disposiciones aplicables".

(86) Soberón Acevedo G/ Ruiz C. Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1983, 1/a edición, pág. 91.

Dentro del ámbito de los prestadores de servicios de salud privados, se encuentran también consideradas por la Ley General de Salud las Instituciones de Asistencia Privada, las cuáles tienen que sujetarse a lo establecido en la Ley Reglamentaria de la Ley General de salud en materia de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal" (publicada en el D.O.F el 2 de enero de 1943 y reformada por decreto el 14 de noviembre de 1986).

De ésta manera queda establecido que las instituciones de asistencia privada son entidades jurídicas que con bienes de propiedad particular ejecutan actos con fines humanitarios, de asistencia y sin propósito de lucro, sin designar individualmente a los beneficiarios. Se les reconoce además la capacidad jurídica y la capacidad para tener un patrimonio propio, así como también se establece que pueden constituirse en dos modalidades:

- 1.-Fundaciones: son las personas morales que se constituyen mediante la afectación de bienes de propiedad privada destinados a la realización de actos de asistencia.**
- 2.-Asociaciones: son las personas morales que por voluntad de los particulares se constituyen en los términos de la ley y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que pueda pactarse que los asociados contribuyan además con servicios personales.**

Debemos agregar también, que ésta ley reglamentaria considera en su artículo 17, que cuándo ocurran epidemias, guerras, terremotos, inundaciones ó cualquier otra emergencia por causas naturales, sociales ó económicas afecten al País, se organizarán asociaciones transitorias a las que se les denominará "Juntas de Socorro ó de Asistencia"

CAPITULO IV

SITUACION Y PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA SALUD EN MEXICO

A) COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El derecho que se nos ha reconocido a todos los Mexicanos recientemente por parte de la Constitución y al que nos hemos referido a lo largo de ésta investigación, implica que el Estado debe llevar a cabo acciones concretas tendientes a proporcionar la total cobertura así como la adecuada calidad de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

Sin embargo la realidad social, económica y cultural de nuestro país, como veremos en éste capítulo, dificultan al Estado cumplir no sólo con éste cometido sino con todos los objetivos que una sociedad quiere alcanzar, y que son indispensables para su adecuado desarrollo y para el logro de una mejor justicia para todos .

Al hablar de la cobertura de los servicios de salud, tenemos que referimos a la disponibilidad, accesibilidad continuidad y suficiencia de éstos. En cuanto a la cobertura se refiere, la Ley General de Salud hace referencia sobre algunos puntos que establecen los criterios que deben de utilizarse para la distribución de servicios y de usuarios, y es así como en el artículo 8/o menciona que "con propósitos de

complementación y apoyo recíprocos, se delimitarán los universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo acciones de subrogación de servicios".

Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos, hace énfasis en que para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica, la Secretaría de Salud tomando en cuenta la opinión de los prestadores de servicios públicos, sociales ó privados, establecerá los criterios de distribución del universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.

También se prevé que los criterios de distribución del universo de usuarios deben considerar entre otros factores, la población que no pertenece a ningún régimen de seguridad social, la población que goza de seguridad social así como a la capacidad instalada del sector salud.

En lo referente a la regionalización de servicios médicos, se tomará en cuenta: el diagnóstico de salud, la accesibilidad geográfica, otras unidades médicas instaladas así como la aceptación de los usuarios, considerando los dictámenes que de la Secretaría, con el fin de instalar unidades tendientes a la autosuficiencia regional, así como el desarrollo del Municipio.

Debe ser tomado en cuenta también, que la atención médica se da en tres niveles y que por lo tanto los usuarios de los servicios de salud, deben distribuirse conforme a éste escalonamiento, esto de acuerdo a lo estipulado por el artículo 16 del citado reglamento.

Como una forma de apoyo y para beneficiar a grupos de población desprotegidos, el artículo 47 del reglamento al que nos referimos, indica que las dependencias y entidades del sector salud, el Departamento del Distrito Federal y los gobiernos de las Entidades Federativas "promoverán y apoyarán la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de mejoramiento de la salud individual y colectiva, así como en los de prevención de enfermedades, accidentes y rehabilitación.

A continuación presentaremos algunos de los datos más recientes que han sido presentados por el poder Ejecutivo Federal y por la propia Secretaría de Salud, en relación a la cobertura de los servicios de salud en toda la República.

En el VI informe de gobierno dado a conocer por el Lic. Carlos Salinas de Gortári en 1994, manifestó que de acuerdo a la información que le había sido proporcionada por el entonces Secretario de Salud Jesús Kumate Rodríguez, los logros en cuanto a cobertura de los servicios de salud y de acuerdo al programa de solidaridad, habían sido los siguientes:

- Se extendió la cobertura asistencial a un mayor número de Mexicanos, no sólo al aumento demográfico sino a personas antes desprotegidas, de tal manera que al término de 1993 el 94.4% de las defunciones eran certificadas por médicos.
- Se efectuaron acciones extraordinarias de: días nacionales de vacunación y jornadas médico-asistenciales sabatinas y dominicales.
- Con el programa cirugía-extramuros, cientos de los mejores cirujanos de México habían realizado más de 30 mil intervenciones quirúrgicas, fuera de su horario de trabajo, en estados con menor desarrollo.

- Se anunció que se habían construido 120 hospitales, destacando dentro de ellos 2 Centros Médicos Nacionales y el Instituto Nacional de Salud Pública
- En las Entidades Federativas se construyeron 13 unidades de cancerología, centros de hemoterapia, 4 laboratorios regionales y el centro de investigación de paludismo.
- Se construyeron 2,428 unidades médicas rurales del IMSS-SOLIDARIDAD, centros de salud, así como unidades médicas familiares del IMSS.
- Se ampliaron, rehabilitaron y se modernizaron con equipo nuevo 2,842 instalaciones de primero y segundo nivel.
- Aumentó el número de médicos a 194,790, por lo que señaló el gobierno que se cumplió con la recomendación de la OMS, en el sentido de que debe existir por lo menos un médico por cada 100 habitantes.
- A los Estados más pobres del país (Chiapas, Oaxaca, Guerrero e Hidalgo), se les dio atención especial desde 1991 mediante el programa IMSS-SOLIDARIDAD.
- Con el programa de vacunación universal, se logró la cobertura del 93% en niños menores de cinco años y el DIF otorgó atención a 10 millones de habitantes de escasos recursos, especialmente menores, adolescentes, mujeres embarazadas, ancianos desamparados y minusválidos.

Es conveniente analizar también, algunos datos que proporcionan otras fuentes de estadística e información. De ésta manera y en cuanto a la cobertura de cada una de las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud se refiere, tenemos que los datos aportados por la Secretaría de Salud y por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en 1993 son los siguientes:(87)

(87) *Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística "Recursos y Servicios", No. 13, Volumen 1, Año 1993, págs. 7 a 22.*

1.-POBLACION CUBIERTA:

POBLACION TOTAL.....81,249,645 habts.

POBLACION ABIERTA

SECRETARIA DE SALUD.....67.12%
IMSS-SOLIDARIDAD.....25.13%
DDF.....7.75%
TOTAL.....41,607,224 habts.

POBLACION DERECHOHABIENTE

IMSS.....76.37%
ISSSTE.....18.53%
OTROS (PEMEX, SEDENA Y MAPINA).....5.15%
TOTAL.....40,134,828 habts.

2.-UNIDADES MEDICAS EN SERVICIO:

SECRETARIA DE SALUD.....7,191
IMSS.....5,150
ISSSTE.....1,178
DDF.....173
PEMEX.....15
SEDENA.....249
MARINA.....130
TOTAL.....14,086

3.-RECURSOS HUMANOS:

MEDICOS	107,495
PERSONAL PARAMEDICO	209,948

COBERTURA DE LOS SERVICIOS PUBLICOS.

En un informe reciente a la toma de posesión del actual sexenio, el nuevo Secretario de Salud Juan Ramón de la Fuente, informó que en México hay aproximadamente 40 millones de personas que no tienen acceso a los servicios de salud a través de un seguro, es decir que pertenecen al universo de la población abierta.

De éstos 40 millones, 30 millones si tienen acceso a los servicios de salud para población abierta (Secretaría de Salud e IMSS-SOLIDARIDAD); de los cuáles 15 millones si los utilizan, mientras que los quince millones restantes no utilizan los servicios y básicamente recurren a la medicina tradicional.

La población restante, que viene a ser poco mas de 10 millones de Mexicanos, definitivamente no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud, argumentando que esto se debe a que se necesita descentralizar los servicios de salud y apoyar a los Sistemas Estatales de Salud.(88)

(88) *La Jornada, Diario Nacional del 30 de enero de 1995, Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud. "Informe de la Reunión del Consejo Nacional de Salud".*

En relación al programa IMSS-SOLIDARIDAD, como anteriormente ya mencionamos, da cobertura a una población de 11 millones de habitantes, ubicados en 12,000 localidades marginadas de baja densidad de población los cuales pertenecen a 17 Entidades Federativas, en donde diariamente son atendidos en los consultorios 328,000 personas, se atienden mas de 2000 partos y se realizan 5000 Intervenciones quirúrgicas.(89)

Como un fenómeno que habitualmente se presenta en nuestro país, José Narro Robles explica que en base a estudios realizados por la Secretaría de Salud, un 22% de la población atendida por los Institutos Nacionales de Salud, tienen derecho a algún esquema de seguridad social y que de la cobertura que da la Secretaría de Salud se ha observado que en doce entidades Federativas la utilización de los servicios a población abierta fue de menos de 50%, siendo Campeche la mas baja con un 16.3%, en tanto que en sólo tres entidades Federativas la proporción fue superior a 75%: Querétaro 94.6%, Oaxaca 90.1% e Hidalgo 83.8%.(90)

Encuanto a la población del Distrito Federal, se calcula que la población abierta que no está adscrita al régimen de seguridad social, es de aproximadamente 3,171,000 habitantes y hasta 1992 sólo existían 220 unidades médicas de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal.(91)

(89) " Informe Bimestral del IMSS", Subjefatura de Planeación Financiera, Departamento de Información, Diciembre de 1992.

(90) " Recursos para la Salud", Registro Nacional de Infraestructura para la Salud, Sistema Estatal de Información Básica, Secretaría de Salud, México 1990, pág. 1.

(91) " Generalidades del modelo de atención a la salud para población abierta en el Distrito Federal", Dirección General de Servicios de Salud en el D.F., Secretaría de Salud, Noviembre de 1993, pág. 12.

Como un balance general de la atención proporcionada, la Secretaría de Salud informa que en promedio de cada día hábil, se proporcionan por parte del Sistema Nacional de Salud 410,000 consultas, egresan 9250 pacientes hospitalizados y se efectúan 5500 intervenciones quirúrgicas.(92)

Un elemento importante para el funcionamiento de los servicios de salud, es la prestación de servicios social a la comunidad por parte de los futuros profesionistas de la medicina, por lo que se puede observar que el número de plazas cubiertas durante 1990, en el sector rural fue de 72.6%, en el área urbana 5.53% quedando sin cobertura el 21% del total de plazas disponibles.(93)

COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

Por lo que se refiere al universo de la población que se encuentra bajo el amparo de la instituciones de seguridad social, es decir: IMSS, ISSSTE, ISSFAM Y PEMEX podemos decir que en 1994 la cobertura de éstas instituciones alcanzó los 42 millones de derechohabientes.

Hay que agregar que la capacidad instalada de unidades de atención de éstas instituciones es de poco mas de 7000 unidades médico asistenciales, de las cuáles 5491 corresponden al primer nivel de atención; cabe aclarar que aquí también se incluyen 3075 unidades médicas rurales del programa IMSS-SOLIDARIDAD, existen también 346 hospitales generales que con diversas denominaciones funcionan como unidades de segundo nivel,50 hospitales son de especialidades regionales ó nacionales los cuáles realizan labores de tercer nivel.

La demanda de servicios de atención primaria de las instituciones de seguridad social se ha incrementado en los últimos años, José Narro robles aporta como dato interesante el que en 1970 la población derechohabiente de la seguridad social representaba tan sólo el 25% de la población, en tanto que en 1990 ascendió a casi 50%, apesar de el crecimiento poblacional que se presentó en ese lapso de tiempo, de tal manera que la población abierta pudo descender de los niveles en que se encontraba.(94)

Agrega que en cuanto a la composición de la población derechohabiente, de cada 100 de ellos 289 son asegurados,656 corresponden a familiares de los trabajadores y los 55 restantes son pensionados ó familiares de ellos. En 1994 la cantidad de asegurados permanentes registrados fue de 10,264,83 y 32 millones son asegurados por ser familiares de los derechohabientes.

Cabe aquí mencionar como dato interesante, que de acuerdo a la información proporcionada por la Consulta Popular realizada durante 1982, la utilización de los servicios de salud en algunas áreas urbanas fue de sólo el 65% por parte de las personas con derechos a la seguridad social. Sin embargo, apesar de esto los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, se encuentran funcionando casi a su máxima capacidad y con largas listas de espera para especialidad y cirugía.

(92) Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud, México 1991.

(93) Aceves, Op, Cit, pág. 204.

(94) Narro Robles José "La Seguridad social Mexicana en los Albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/a edición, pág. 51.

También reportó ésta Consulta Popular, que en Monterrey y en el Distrito Federal, una proporción no inferior al 40% de los demandantes de atención en los servicios de la Secretaría de Salud para áreas marginadas urbanas son derechohabientes del IMSS.(95)

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

El concepto de calidad de atención médica implica la interacción de varios elementos:excelente nivel técnico, oportunidad así como proyección humanística hacia el receptor de servicios.

A éste respecto, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 9/o, dispone que "La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan a la práctica médica". Se dispone además que en cada establecimiento médico se debe contar con un responsable,el cuál "establecerá y vigilará el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la ley, sin perjuicio de que la prestación de éstos servicios sean evaluados por la Secretaría de Salud".

(95) Soberón Acevedo Guillermo/ Ruiz C, Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Editado por Intersistemas, México 1963, 1/a edición, pág. 156.

También se establece en el artículo 48 de éste reglamento, que todo establecimiento de salud deben contar con los recursos humanos y materiales suficientes e idóneos, y hace hincapié en que los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de por parte de todo el equipo de salud.

En relación a éste punto, en el informe de gobierno al que ya nos hemos referido, se informó que era una meta elevar la calidad del trabajo médico por medio de la certificación por exámenes de especialistas, así como por el comité de acreditación de hospitales, el control de calidad de los laboratorios clínicos, los comités de bioética y las mayores exigencias en las residencias quirúrgicas. Se informó además que se mejoró la calidad al reducir los días de estancia hospitalaria, aumento del número de consultorios médicos, se introdujo la cirugía de corta estancia, acortando el puerperio, práctica de la vasectomía sin bisturí, así como la cirugía laparoscópica; así mismo a una de cada cinco personas que acuden a consulta se le realizan estudios de laboratorio.

Sin embargo, de acuerdo a informes proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, puede observarse que los hospitales de mayor tamaño proporcionan mejor atención en términos técnicos, esto quiere decir que desafortunadamente influyen en gran medida las habilidades y recursos que se asocian con el tamaño de un establecimiento médico.(96)

Otros datos aportados por esta encuesta son: los problemas de salud que han quedado resagados en México, son los que resultan más difíciles de resolver; la

enorme demanda de los servicios de salud trae como resultado, que éstos en ocasiones no satisfagan los requisitos cuantitativos y cualitativos a los que la población aspira individualmente; en problemas de salud agudos se da un alto índice de autoatención por parte de las personas, mientras que las enfermedades crónicas y los problemas de invalidez tienen una frecuencia mas alta de demanda de servicios profesionales, inclusive puede observarse que en un 30% de los embarazos se recurre a la medicina tradicional.(97)

Manifiesta ésta encuesta que dentro de las causas por las que no se acude a los servicios de salud, puede deberse a que no se cree necesario solicitar la atención profesional, a que los servicios se consideran caros, a que los servicios se encuentran lejos de sus comunidades y a que no tienen confianza en ellos. La población que declaró haber demandado servicios profesionales, en su mayoría pertenecen al sistema de seguridad social.

También se comprobó que la no accesibilidad a los servicios de salud por cuestión de la lejanía de éstos, se presenta cuándo se lleva mas de una hora el traslado hacia los establecimientos, seleccionando también de manera prioritaria los servicios por su bajo costo. Destacan también situaciones de insatisfacción por la calidad de los servicios, es decir la atención inadecuada, lentitud en la atención ó por no haber resuelto el problema por el que acudieron a solicitar atención médica.

(96) Frenk Julio: " Salud de la investigación a la acción", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1990, 1/a edición, pág. 35.

(97) Kumate Jesús/ Sepúlveda Jaime: " Información en Salud: Salud en cifras", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/ a edición, pág. 233.

B) NIVEL DE SALUD DE LA POBLACION EN MEXICO.

El Diagnóstico de la salud de la población Mexicana, es llevada a cabo por la Encuesta Nacional de Salud, tomando como universo de referencia a toda la población Mexicana derechohabiente ó no, de tal manera que con éste diagnóstico se comprueban las diferencias regionales y Estatales en el País, y los fuertes desequilibrios que presentan los distintos grupos socioeconómicos y demográficos. Todo ello da cuenta de un desarrollo desigual tanto en el país como en las entidades Federativas y de que el derecho a la protección a la salud en la realidad no se da para todos de manera equitativa.

En el sexto informe de gobierno presentado por el Lic. Carlos Salinas de Gortari, se puso de manifiesto algunos indicadores de salud como son los siguientes: (98)

-Que la población Mexicana había aumentado su promedio de vida a 68.7 años para el hombre y a 74.6 años para la mujer; mientras que en 1988 ésta cifra era de 70 años para la mujer.

-Como indicador extremo de los daños, la mortalidad nos permite conocer en forma general el nivel de salud alcanzado, y en éste informe de gobierno se dijo que la tasa de mortalidad general se redujo de 23.3 en 1940 a 4.7 defunciones por cada mil habitantes.

-La tasa de mortalidad infantil se redujo de 23.6 en 1988 a 17.5 por cada mil nacidos vivos en 1993

-Mediante el programa de vacunación universal se logró cubrir hasta el 93% de los niños menores de 5 años, de tal manera que no se registraron casos de poliomielitis desde hace 5 años, de difteria desde hace 4 años.

-Otras enfermedades también se han visto reducidas a niveles más bajos, tal es el caso del paludismo que se redujo en un 95%, disminuyéndose también en un 67% las muertes por enfermedades diarreicas en menos de cinco años en relación con 1988, y por lo que se refiere al cólera éste se ha visto incrementado en 1995.

-La mortalidad preescolar se redujo de 2.1 en 1988 a 1.4 por cada mil nacidos vivos en 1993.

Algunos investigadores, hacen también la presentación de datos y estadísticas referentes al diagnóstico de salud en México, y así tenemos que José Narro Robles nos presenta los siguientes datos obtenidos de la Dirección General de Epidemiología:(99)

-La tasa de natalidad ha tenido una variación a la baja, puesto que la tasa de natalidad por cada mil habitantes era en 1940 de 44.5, mientras que para 1990 se redujo a 33.70

-La fertilidad ha sido más controlada, ya que el promedio de hijos por cada mujer en 1990 es de 3.2, mientras que en 1960 era de 6.9, es decir más del doble.

-Puede decirse que la mortalidad en niños menores de cinco años todavía es muy alta, y que los fallecimientos que acontecen en el grupo de edad avanzada ha aumentado al doble.

-Aún cuándo se han visto disminuidas las enfermedades transmisibles, puede decirse que todavía afectan a muchos ciudadanos y actualmente México cursa por un fenómeno conocido como "proceso de transición epidemiológica", esto quiere decir que coexisten las enfermedades infectocontagiosas en moderada declinación con las

patologías del desarrollo, es decir, accidentes, enfermedades crónicas y degenerativas, adicciones y cardiopatías que cada vez están en mayor ascenso.

-Ha constituido una verdadera tragedia el hecho de que en 1990 todavía más de 12000 personas fallecieron a causa de enfermedades prevenibles por vacunación como lo son la tuberculosis y el sarampión.

-La "patología de la pobreza" constituida por ciertas enfermedades, como las intestinales y respiratorias, todavía en 1990 fueron las causantes de 44500 muertes, aunque hay que considerar que han disminuido ya que en 1930 fue cuatro veces mayor.

-Las muertes violentas han ido en aumento, ya que en 1922 la tasa por 100 habitantes era de 64.1 y en 1990 llegó a 66.4%.

-También cada vez son mayores las muertes causadas por desastres naturales y catástrofes de otro tipo.

Otro de los cambios que ha experimentado nuestro País, es el hecho de que hace 40 años las enfermedades intestinales eran la causa de una de cada tres muertes en el país, mientras que en la actualidad se relacionan con una de cada nueve muertes. Cabe mencionar que dentro del grupo de enfermedades que son causa de la mayor parte de defunciones en México están: accidentes, envenenamientos y violencias en un porcentaje de 15.8%, enfermedades crónicas degenerativas en 36.1%, enfermedades infecciosas y parasitarias en un 11%, y el resto agrupan el 37.2%. (100)

(98) Sexto informe de gobierno, 1/o de diciembre de 1994.

(99) Narro Robles José "La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1/a edición, pág.31.

(100) Id. "La Seguridad social y el Estado Moderno", pág.160.

Como vemos las mejoras en materia de salud han sido importantes durante los últimos años, seis décadas atrás el paludismo, la viruela y la tosferina se sumaban a las enfermedades diarreicas y respiratorias que eran las causantes de mas del 60% de las defunciones en México. En nuestros días la viruela está erradicada, la viruela sólo causó 76 muertes en 1991, aunque aún así se considera que la morbilidad está elevada.

Sin embargo como ya mencionamos siguen persistiendo las enfermedades respiratorias y diarreicas así como también otras enfermedades van en aumento como son los accidentes, muertes violentas, enfermedades del corazón y enfermedades crónico degenerativas (tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares). A éste cuadro se suma también la aparición del SIDA y la reactivación del cólera.

Sobre el SIDA se tiene el dato de que hasta 1993 se han reportado mas de 15 000 casos y desde la llegada a México del Cólera se han visto afectadas mas de 211 000 individuos.(101)

En relación a la planificación familiar el Boletín de Información Estadística 1990 emitido por el Sistema Nacional de Salud, informa que cerca del 60% de las mujeres en México utilizan algún método anticonceptivo y que se cuenta con 9.4 millones de usuarias, así como también se ha incrementando el uso de métodos definitivos.

Dentro de las estadísticas presentadas por la Secretaría de Salud puede observarse un fenómeno sobre el que realmente hay que reflexionar, el cual consiste en que si bien es cierto que el promedio nacional de esperanza de vida al nacimiento

alcanza mas de 70 años ésta cifra no representa las dolorosas diferencias que existen en las entidades federativas, tal es el caso de Nuevo León que tiene casi 74 años de esperanza de vida al nacimiento mientras que Oaxaca sólo alcanza los 62 años, éstas son cifras extremas ya que la cifra que alcanza Oaxaca en 1990 fue la alcanzada por Nuevo León en 1950.(102)

El Programa Nacional de Salud y el anuario estadístico de 1991 emitido por la Secretaría de Salud, reportan que como un indicador del nivel de bienestar social alcanzado por la población, la mortalidad materna ha disminuido su tasa a 6.4 defunciones por cada mil nacidos vivos, aunque ésta continúa siendo elevada si se considera que algunos de sus componentes son susceptibles de prevención y control, también hay que tomar en cuenta que 30% de los partos no son atendidos por personal preparado, por lo que ésta mortalidad es evitable en parte através de la extensión y el mejoramiento de los servicios de salud.(103)

Estos documentos también hacen ver que existen enfermedades que se presentan con mayor incidencia en entidades Federativas mas pobres en relación a las mas desarrolladas, es el caso de la tuberculosis que afectó con mas fuerza a entidades como Oaxaca Baja California Norte y Nayarit; el SIDA se concentra con mayor fuerza en el Distrito Federal, teniendo una incidencia de 37.6 casos por cada millón de habitantes; la rabia humana tiene una tendencia a presentarse en las áreas rurales concentradas y urbanas marginadas; la lepra todavía persiste en algunas zonas rurales marginadas.

(101) Frenk, *Op.Cit.*, pág. 39

(102) "La situación de la salud en los estados de Nuevo León y Oaxaca", Dirección General de Estadística e Informática y Evaluación, Secretaría de Salud, México 1991, pág. 13.

(103) "Programa Nacional de Salud 1990-1994", pág. 10

Encuanto a las enfermedades crónico degenerativas, existe un promedio de seis millones de personas que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa ó algún grado de invalidez, y se presenta una tasa de mortalidad de 45.1 defunciones por cada 1000 habitantes a causa tan sólo de los tumores malignos.(104)

En 1991 todavía se reportaron 2.6 millones de niños menores de cinco años que presentaban algún caso de desnutrición, y también mas de tres millones de mujeres en edad fértil presentan obesidad predominando en la región sureste de la República Mexicana.

Por lo que se refiere a las adicciones, según los datos aportados por el Programa Nacional de Salud 1990-1994 el 4.3% del universo de población Mexicana ha consumido drogas cuándo menos una vez, el empleo de marihuana por adictos es de 14.9 de usuarios por cada mil habitantes; un 22.8% de la población consume tabaco y el 12.7% de la población ingiere algún tipo de bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana. Hay que considerar que las adicciones representan no sólo un problema de salud individual, ya que repercuten sobre la familia, el trabajo, la economía sobre la incidencia de accidentes y violencias por lo que afectan a la sociedad en su conjunto y es necesaria la atención prioritaria de éste problema requiriendo de un enfoque y atención integral para su control.

Encuanto a las enfermedades mentales, el Programa Nacional de Salud 1990-1994 informa que un 10% de la población por lo menos está afectada de algún tipo de problema psíquico; se estima que la frecuencia de las grandes psicosis funcionales como la esquizofrenia y la psicosis afectiva es de el 1% de la población, mientras que la de retraso mental es de 2% similar a la de enfermos de epilepsia; considera que

éstas enfermedades van en aumento debido entre otros factores al incremento de la urbanización, el desempleo, la pobreza y las tensiones crecientes en la vida cotidiana.

Por último, algunas investigaciones realizadas por Julio Frenk y Jesús Kumate, indican que como factores que condicionan los daños a la salud observados en la población de la ciudad de México existe una mezcla entre las enfermedades crónico degenerativas infecto contagiosas, accidentes y violencias (105)

Mientras tanto en el medio rural Mexicano, las causas de morbilidad mas comunes son: diarreas, parasitosis intestinales, infecciones respiratorias agudas, enfermedades evitables por vacunación, paludismo, tuberculosis, lepra, rabia, enfermedades causadas por hongos, alacranismo, desnutrición enfermedades de la mujeres embarazadas y durante el parto, así como problemas comunes por el aumento de la demografía por falta de la cobertura de la planificación familiar.(106)

C) ANALISIS DE ALGUNOS FACTORES QUE LIMITAN EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD.

Apesar de los esfuerzos que el Estado realiza para proporcionar a la población servicios de salud satisfactorios, aún persisten rezagos y políticas mal aplicadas que afectan a gran parte de la sociedad, han aparecido problemas nuevos y otros se han agravado, sin embargo ésta situación tiene su origen en diversos factores, que a continuación analizaremos.

El Programa Nacional de Salud 1990-1994 considera algunos factores que inciden negativamente en la estructura y funcionamiento de los servicios de salud, encontrándose los siguientes:

Los crecientes movimientos migratorios de las zonas rurales hacia el medio urbano, los cuáles se han visto favorecidos por el proceso de industrialización y el desempleo creciente que es mas agudo en el medio rural, aunado al bajo poder adquisitivo que padece gran parte de la población en México, ha originado que la demanda de servicios de salud sature la capacidad de las instituciones.

Paralelo a éste proceso de industrialización, en las grandes urbes se ha agravado el problema de la contaminación del aire y del medio ambiente en general, por lo que se agudizan las enfermedades ocasionadas por éste factor.

El crecimiento demográfico sigue demandando mayores necesidades en materia de salud, por lo que resulta evidente que al contar con altas tasas de natalidad y al aumentar la esperanza de vida en un futuro muy cercano aumentarán tanto los grupos de personas ancianas como los de personas en edad fértil y de niños, cuya atención requerirá de una mayor cantidad de recursos.

Se reconoce además, que existen en México problemas de salud pública y de atención médica como son: la persistencia de hábitos nocivos a la salud, a pesar de la realización de diversas acciones educativas, sumandose a esto la poca participación de la población y que la atención médica se inclina mayormente a la atención de las enfermedades consecuentes.

También los servicios de salud siguen siendo eminentemente curativos, mientras que las medidas preventivas son limitadas, sobre todo las relacionadas con los padecimientos crónico-degenerativos, los accidentes y las farmaco-dependencias.

El avance alarmante del deterioro del medio ambiente es preocupante, ya que existen deficiencias en el saneamiento básico de todo ser humano, de la higiene de la vivienda, el abastecimiento del agua potable, la eliminación de excretas y basura así como en el control de la fauna nociva y transmisora de enfermedades.

La Secretaría de Salud considera que la vigilancia y el control sanitarios han avanzado lentamente en sus procedimientos y tecnología, la infraestructura es insuficiente para cubrir las necesidades de toda la población, tanto en lo que se refiere a productos como a recursos humanos, servicios y establecimientos.(107)

Estudios realizados en investigaciones sobre la salud en América Latina, demuestran que por lo que se refiere a los problemas de atención médica en México se encuentran los siguientes:(108)

No existe adecuada disposición de la población, por lo que esto constituye un obstáculo para la atención médica y para la organización y prestación de cualquier tipo de servicio.

(104) Kumate, Op, Cit, pág. 187.

(105) Ibid, págs., 177 a 375.

(106) Frank Op, Cit, pág. 112.

(107) "Programa Nacional de Salud 1990-1994", pág. 19 a 21.

(108) Katz, Op, Cit, pág. 56.

Existen barreras para la realización de los programas de extensión de cobertura y el crecimiento acelerado de la población en las zonas urbanas, principalmente en las grandes metrópolis, hacen difícil la cobertura total; es cierto que se han logrado avances notables en cuanto a la extensión de cobertura pero las restricciones financieras y las dificultades administrativas impiden alcanzar la calidad necesaria.

Se agrega a esto que los servicios de atención de alta especialidad para la población abierta se han concentrado en la ciudad de México, haciendo difícil con esto, el acceso de población que se encuentra en las Entidades Federativas y que requieren de dichos servicios; se presenta también el problema de los atrasos en la conservación y mantenimiento de las unidades de atención para la población abierta, algunas de las cuáles requieren de rehabilitación que permita ampliar su capacidad de operación.

Los recursos destinados a la atención médica resultan insuficientes, y en el caso de los recursos humanos existe una distribución inadecuada; resulta muy difícil la contratación de personal profesional capacitado en las áreas rurales, no obstante el subempleo que impera en las zonas urbanas. También hay que agregar que existe una notable desproporción de trabajadores de la salud y existe además un porcentaje extraordinariamente elevado de personal administrativo.

Resulta interesante considerar el caso de los profesionales de la medicina, de los más de 160,000 médicos con que cuenta el país, se sabe que la gran mayoría reside en las ciudades de mayor número de habitantes, dejando así descubiertas

numerosas localidades rurales del país, y al mismo tiempo se presenta un gran desempleo ó subempleo médicos en todo el país.(109)

Por otra parte hace falta la formación de mayor número de personal paramédico, de los cuáles carecen en mayor grado todas las instituciones, se une a éste problema el hecho de que "las instituciones de seguridad social concentran a mas del 50% de los médicos, enfermeras y el demás personal del equipo de salud, mientras que las instituciones que atienden a la población abierta reúne una mínima parte de los recursos humanos disponibles en el país, no obstante las grandes necesidades que tienen para hacer efectivas la cobertura.

En relación a los recursos materiales, uno de los problemas mas significativos es la diferencia entre el campo y la ciudad, ya que al igual que los recursos humanos, los materiales se encuentran concentrados en las ciudades y en las instituciones de seguridad social; también existe una mayor cantidad de camas en los centros de salud que no cuentan con infraestructura para proporcionar atención hospitalaria, esa misma diferencia se traduce en los equipos médicos e instrumental quirúrgico requerido en todos los niveles de atención.

El Programa Nacional de Salud, refiere como una de sus preocupaciones principales las deficiencias en la organización de los servicios de salud, ya que la multiplicidad de instituciones da lugar a realizar esfuerzos adicionales, existiendo además una notable falta de coordinación, ésta situación conduce a graves problemas administrativos en la atención y a la desigual prestación de los servicios.

(109) *Frank, Op.Cit. pág. 33.*

En relación a los servicios de asistencia social, éstos no son suficientes para dar cobertura completa a la población objetivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Se agrega a los problemas en éste ámbito, la desintegración familiar originada por diversas razones que afectan a sus miembros como son el maltrato a los menores, el abandono del hogar, el alcoholismo, la drogadicción, así como acciones que alteran la salud física y mental de las mujeres como son la violencia y el aborto.

Es cierto que se han logrado avances significativos en relación a la protección de las salud, pero también es cierto que se encuentran enmascarados grandes diferencias existentes entre los distintos grupos sociales, sectores y regiones.

Vale la pena mencionar aquí, la situación que presentan dos Entidades Federativas, tan sólo como un ejemplo claro de los problemas que están presentes en nuestro país:

Como ya mencionamos anteriormente, el promedio de vida entre en el Estado de Oaxaca y Nuevo León son notablemente desproporcionados, aunado a esto están presentes muchos otros contrastes en materia de salud que salieron a relucir en el "XI Censo General de Población y Vivienda realizado en 1990", es así como vemos que el número de habitantes en los dos estados es similar; en Nuevo León cerca del 96% cuenta con la protección de los sistemas de seguridad social, en Oaxaca la cifra no alcanza ni siquiera el 25%; la cantidad de servicios que se prestan a la población muestran que en Nuevo León son cuatro veces mayores que en Oaxaca. (110)

(110) "La situación de la salud en los estados de Nuevo León y Oaxaca", Op, Cit, pág. 28

Las diferencias de las causas de mortalidad entre las dos Entidades Federativas, difieren en cuanto a que en Oaxaca la gente muere comúnmente por causa de: tuberculosis, enfermedades diarreicas, deficiencias en la nutrición, cirrosis, úlceras y homicidios, es decir que están presentes las enfermedades de la pobreza; mientras tanto en Nuevo León la gente muere por causa de tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades del corazón y cerebrovasculares, es decir, "enfermedades del desarrollo".

Resulta incongruente que en un país donde la protección a la salud es ya un derecho Constitucional "para todos" se sigan presentando inequidades, tal es el caso de los recursos con que disponen las dos entidades: Nuevo León cuenta con un presupuesto para gasto en salud superior en más de tres veces que el estado de Oaxaca y cuenta además con casi el doble de camas censables, de personal médico, enfermeras y consultorios.

Hemos analizado los factores que influyen negativamente en la realización del cometido motivo de esta investigación, de los cuáles podemos clasificarlos como: demográficos, económicos y socioculturales.

FACTOR DEMOGRAFICO:

En razón de contar con altas tasas de natalidad y bajas de mortalidad, la población total de México muestra una tendencia acelerada de crecimiento, la población en México se ha reproducido rápidamente, tan sólo en 1990 los nacidos vivos registrados fueron 2,735,300 y las defunciones se ubicaron en 422,803; esto explica el aumento de la población, ya que en 1910 existían 15,160,369 habitantes y

para 1990 la cantidad ascendió a 81,249,645 habitantes, por lo que de ser un país eminentemente rural se transformó en urbano.(111)

El Programa Nacional de Salud se ha puesto como una de sus metas el descenso de la fecundidad, sin embargo aún con el descenso que se ha registrado ésta sigue siendo mucho mas elevada que la planeada, y dice que ello se debe en gran medida a que en el área rural el programa de planificación familiar no tiene el efecto deseado por la transmisión insuficiente de mensajes y la baja participación de la población masculina.

Hay que sumar a esto que la población se distribuye de manera muy irregular en el territorio nacional, existe una dispersión significativa ya que existen 156 000 localidades, de las cuáles menos de 2600 tienen 2500 habitantes, mientras en que mas de 108 mil de ellas viven menos de 100 habitantes con lo que se dificulta conocer la situación de salud y como resultado satisfacer las demandas de servicios.(112)

En relación al fenómeno de la migración, José Narro Robles nos dice que cada día mas se incorporan mayores grupos de personas al medio urbano, lo que trae como consecuencia el aumento de la demanda de bienes y servicios. Es así como en la ciudad de México se concentra gran cantidad de población, por lo que hace a la salud representa un reto poder ofrecer una solución a la problemática que en materia de salud presenta la ciudad de México.

(111) Aceves, Op. Cit, pág. 45.

(112) Narro Robles José "La Seguridad Social Mexicana en los Albores del Siglo XXI", Editorial Fondo de Cultura Económica, México 1993, 1ª edición, pág. 22.

FACTOR ECONOMICO:

La repercusión de las condiciones económicas del país se da en dos vertientes, por un lado afectando a los prestadores de servicios de salud y por otro lado a los usuarios de éstos. Dado el incremento general de los precios en materia de servicios de salud, constituye una labor difícil el hecho de que las instituciones públicas proporcionen acceso a los servicios médico-asistenciales a las personas de escasos recursos en forma casi gratuita, lo cuál constituye un fuerte gasto para el gobierno.

En nuestro país nos encontramos con la carencia de una infraestructura científica y tecnológica acorde con los tiempos que estamos viviendo, por lo general tenemos que importar todos aquellos elementos indispensables en las actividades de atención médica: medicamentos y equipo de diagnóstico y tratamiento. La revolución tecnológica, lleva consigo la exigencia de una creciente especialización que, a su vez, impulsa la creación de nuevas tecnologías que absorben mas recursos, provocan modificaciones en los sectores que deben asimilarlas exigiendo con ello la toma de medidas de seguridad adicionales entre otras cosas, de tal manera que los países dependientes como el nuestro, necesitan adquirir productos para tratar de modernizarse y lo hace a precios altísimos, ya que en lo que respecta a salud tiene que importarse casi todo.

Las instituciones Mexicanas de salud, necesitan de una gran capacidad de compra y que de hecho para cubrir sus necesidades totales en materia de abasto recurren a la adquisición en el extranjero. También debemos mencionar que tanto

instalaciones como equipo, presentan problemas relativos a su conservación, lo cuál implica el incremento del uso de recursos financieros.

Se suma a esto el monto de los recursos destinados a la investigación que generalmente son altos, y sin embargo las erogaciones efectuadas por el Estado resultan insuficientes. También se debe considerar que en el campo de la prestación de servicios médicos, mas que en cualquier otra rama de la seguridad social, existen fuertes intereses económicos implicados, en el que se conjugan: escuelas, personal de médicos enfermeras y auxiliares, industria químico-farmacéutica, administradores de hospitales etc.

Además es necesario mencionar que algunos desastres naturales han ocasionado pérdidas importantes en los servicios de salud, tal es el caso del terremoto de 1985 que trajo consigo la pérdida de parte importante de la infraestructura hospitalaria principalmente de tercer nivel, como lo son el Hospital Juárez y en Centro Médico Nacional entre otros.(113)

Como un ejemplo de las fuertes erogaciones de las instituciones de salud, presentamos a continuación los presupuestos de éstas en 1993:(114)

PRESUPUESTOS EN 1993

SSA	NS	5 220 273 20
DDF	NS	416 094 00
IMSS-SOLIDAPIDAD	NS	867 346 00
DIF	NS	808 281 00

IMSS.....	N\$22,112,399.00
ISSSTE.....	N\$ 2,474,548.00
PEMEX.....	N\$ 756,002.00

Como puede observarse el mayor presupuesto lo tiene el IMSS, sin embargo el gobierno Federal ha procurado incrementar los recursos al sistema de atención para población abierta, a través del apoyo de la beneficencia pública (Lotería Nacional y pronósticos deportivos); también hay que considerar que la población realiza esfuerzos directos al proporcionar cuotas de recuperación por la atención recibida en el sector salud.

Sin embargo de los remanentes de la Lotería Nacional y Pronósticos deportivos, sólo se asignan cantidades reducidas al presupuesto de la Secretaría de Salud, canalizando el resto a la tesorería de la Federación, eventualmente se cuenta con el apoyo del exterior, como es el caso de la UNICEF que proporciona ayuda para el financiamiento de programas para el control del paludismo; la FAO por su parte coopera para la investigación y prestación de ayuda alimentaria a través de programas específicos que desarrollan algunas instituciones.(115)

(113) Carrillo Raúl/Kumate Jesús: "El Sistema Nacional de Salud y la Reconstrucción y Reordenamiento de los Servicios de Salud", Editorial Porrúa, México 1995, 1/a edición, pág. 19.

(114) Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística: "Recursos y Servicios", No. 13, Volumen I, Año 1993.

(115) Soberón Acovedo G/Ruiz C. Leobardo: "Hacia un Sistema Nacional de Salud", Intersistemas, México 1983, 1/a edición, pág. 399

La orientación de los servicios financieros se ha dirigido a la creación y operación de los servicios de atención médica tanto en los sistemas de población abierta como en los sistemas para derechohabientes, esto determina la disminución de los servicios de salud pública dirigidos a proteger a la población de los factores epidémicos globales y los de riesgos del medio ambiente. Es por esto que en México, principalmente en las grandes ciudades es excesivamente utilizada la medicina por especialidades, aumentando con esto las necesidades de recursos tanto materiales como humanos en forma mas compleja aumentando con esto los costos.

Por lo que se refiere a la pérdida del poder adquisitivo de la población, es bien sabido que éste se ve disminuido por causa de la inflación, de tal manera que los asalariados y no se diga los desempleados ven disminuida su calidad de vida, y por lo tanto sobreviene un deterioro en la salud. Cabe mencionar aquí que existe una gran desproporción entre las diversas Entidades Federativas del país, por lo que el nivel de vida se ve mas afectado en las zonas con alto nivel de marginación. "Se tiene el dato de que en el país existen mas de cuarenta millones de pobres, de los cuáles poco mas de la mitad viven en la pobreza extrema, ello sin tomar en cuenta que uno de cada dos mexicanos no satisface sus necesidades y que el 50% de la población apenas tiene para "medio vivir". (116)

Existen millones de personas en las que el único medio para atender su salud es através de los servicios proporcionados por el Estado que dispensa la Secretaría de Salud, los cuáles han resentido el aumento de la demanda y como consecuencia de la inflación, la disminución en la proporción que se le asigna como presupuesto, que como hemos visto es inferior al presupuesto de las instituciones de seguridad social.

Es característico que la población que se atiende en éstas instituciones presentan condiciones socioeconómicas diferentes de las del grupo de población abierta. A grandes rasgos la población atendida en el IMSS e ISSSTE está compuesta por las personas y sus familias que cuentan con un empleo relativamente estable y cuya residencia es fundamentalmente urbana, en tanto que la población atendida por la Secretaría de Salud presenta altos índices de desempleo y vive en zonas marginadas tanto del medio rural como urbano. Por otro lado, la pobreza que se presenta en todo nuestro país trae consigo serios problemas de salud, ya sea por hacinamiento, utilización del suelo como medio de desecho de excretas ó por la falta de vivienda adecuada entre otras cosas, lo cuál trae como consecuencia la disminución de la calidad de vida, es por esto que es común ver en la niñez la presencia de enfermedades infecciosas por ser la más afectada.

"Existe una crisis real en el sector salud, toda crisis es una crisis de la sociedad en general, con manifestaciones que se extienden con mayor ó menor intensidad a todos los sectores" (117)

FACTOR SOCIO-CULTURAL

Las características sociales y culturales de nuestro país influyen en gran parte sobre la calidad de la prestación de servicios de salud y también sobre la forma en que éstos son aceptados y utilizados por la comunidad. El nivel cultural forma parte de éste complejo, de tal manera que para poder realizar un plan de acción, el Programa Nacional de Salud contempló la situación en este ámbito, tomando en cuenta los informes recientes del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática en los que se puede observar que existe en nuestro país un rezago de 40 años en materia

educativa por lo que existen millones de analfabetas, uno de cada tres Mexicanos asiste a la escuela, dos de cada tres niños tienen acceso a la enseñanza preescolar; se calcula que existen 4.2 millones del número de analfabetas mayores de 15 años, aproximadamente 20 millones de adultos no han concluido la primaria y cerca de 16 millones mas no ha concluido la secundaria.

Alrededor de 300 mil niños no tienen acceso a la escuela, 880 mil alumnos abandonan la educación primaria y sólo el 50% de los alumnos concluyen sus estudios de primaria observandose también que 6 de cada 10 personas sin educación son mujeres.(118)

Hay que considerar que la educación para la salud debe ser parte esencial para todos, de tal manera que se contribuya a modificar hábitos costumbres y conductas nocivas para la salud, si entendemos que la educación es un proceso de enseñanza-aprendizaje con el que se promueven cambios en la conducta de los individuos y de los grupos.

Encuanto a la población rural, es bien sabido que es la mas afectada, ya que entre otras cosas la mayor parte de las expresiones culturales se imparten en las ciudades, siendo casi nulas en las áreas marginadas, de tal manera que no todos tienen la posibilidad de disfrutar y conocer las bibliotecas, museos y en general tener acceso a la cultura.

(116) López Rosado Diego "Problemas Económicos de México", UNAM, México 1984, 6/a edición, pág. 310.

(117) Katz, Op.Cit. pág. 70.

(118) Programa Nacional de Salud 1992-1994, pág. 15.

Situaciones como el abandono familiar y las condiciones económicas desfavorables así como la limitada infraestructura en los servicios asistenciales, no contribuyen al desarrollo físico, mental y social del ser humano; hay que considerar que un segmento significativo de la población presenta secuelas de deficiencias físicas que aunadas a las condiciones sociales desfavorables contribuyen al abandono, desamparo e indigencia; los minusválidos son así personas con muy pocas posibilidades de vivir dignamente integrados a la sociedad.

Existen también un gran número de inválidos sociales entre los que se encuentran los menores, ancianos, alcohólicos y farmacodependientes los cuáles no tienen los recursos para satisfacer sus necesidades elementales, por lo que dependen de las insuficientes acciones asistenciales del Estado.

De todo lo anteriormente dicho se deduce que la mayor parte de la población no dispone todavía de los conocimientos básicos actuales sobre la protección de la salud.

Por otra parte el sistema de educación médica actual, nos enseña como las escuelas de medicina han estado preparando profesionistas para tratar enfermedades que sólo atenderán ocasionalmente, utilizando equipos de diagnóstico sofisticados y costosos a los que tal vez nunca tendrán acceso en su vida profesional, en nuestro país esto se da como una transferencia cultural que no está acorde con la realidad social de México.

Esto constituye una de las causas por las que los jóvenes que salen al extranjero a buscar capacitación, regresan para importar las ideas, conocimientos y

tecnologías de otros países que no coinciden con nuestro desarrollo científico, cultural, social y económico de nuestro país, generando pobres resultados para un desarrollo propio. Como contraste se observa que existe una deficiencia en la preparación del personal paramédico tanto en la calidad como en la cantidad, haciendo que exista un grave desequilibrio, el cual se traduce en la afectación directa de la población quién finalmente necesita de sus conocimientos para poder preservar su salud.

COMENTARIOS

Hemos pretendido desarrollar este trabajo de investigación en base a que la salud es una necesidad y un derecho fundamental de todo ser humano, y que corresponde al Estado garantizar este derecho a toda la población, haciendo uso de todos los medios a su alcance.

La incorporación del "derecho a la protección de la salud" en nuestra carta magna apartir de 1983 como una de las garantías individuales de que deben disfrutar los ciudadanos, nos ha invitado a la reflexión y al análisis crítico jurídico de este tema; hemos tenido la intención de analizar las normas jurídicas relativas a este derecho humano fundamental, de tal manera que nos permitiera conocer los alcances reales de esta garantía Constitucional.

Hecho lo anterior, estamos en aptitud de presentar los siguientes comentarios personales en torno a esta investigación:

Hemos visto como en el pasado el Estado no incluía dentro de sus funciones el otorgar servicios de salud a la población, muy de vez en cuando se veía obligado a atender situaciones de emergencia que se daban como consecuencia de la presencia de graves epidemias ó pestes con las que se veía amenazado el país, llegando incluso a presentarse situaciones dramáticas de muertes masivas, esto nos lleva a la conclusión de que "cada quién veía por su salud como podía y con lo que podía". Se omitió durante mucho tiempo el reconocimiento de este derecho como un aspecto importante para todo ser humano.

En base a lo anterior podemos decir que el principio que generó la organización sanitaria del presente siglo fue la carencia de un organismo de salubridad Nacional ya que antes de 1917 no existía un órgano encargado de velar por la salud de todos los habitantes de México. Si bien es cierto que el desarrollo económico y tecnológico de aquella época no permitía mas que la utilización de procedimientos mas rudimentarios para la atención de las enfermedades también es cierto que el Estado debe utilizar todos los medios a su alcance para garantizar la existencia de una población sana, lo cuál es finalmente una de las condiciones que deben caracterizar a una sociedad igualitaria.

Con la Constitución de 1917 se estableció una relativa paz social y se impulsó el mejoramiento de la vida de la población encunto a libertad, igualdad, educación, habitación y en general en oportunidades de superación personal, sin embargo a pesar del adelanto político, económico y social que se ha logrado desde esa época a nuestros días no podemos negar que aún persisten graves problemas de salud entre otros tantos problemas sociales.

Una de las metas políticas universales es lograr la "salud para todos", la palabra "todos" es la mas critica, ya que no todos pueden ni podrán en un futuro cercano financiar su propio consumo de servicios de salud, esto significaría posiblemente que a la larga las normas jurídicas pudieran establecer el que algunos que tienen mas recursos deban subsidiar através de algún mecanismo a los mas pobres en sus consumos de servicios de salud, de tal manera que se pudiera tener la oportunidad de alcanzar un determinado nivel de equidad.

La consagración Constitucional del derecho a la protección de la salud ha constituido el inicio de la respuesta a una demanda hecha por el pueblo durante muchos siglos, de tal manera que en la actualidad se ha logrado que la Constitución de un mandato al Estado para que se avoque al cumplimiento de este derecho. Sin embargo el Estado debe seguir encauzando sus esfuerzos en conjunto con la sociedad para poder hacer realidad este derecho.

Ningún ser humano está exento de enfermar ó morir, es por esto que se debe contar con un marco jurídico que garantice el que el Estado implemente sistemas para la obtención de mejores niveles de salud y que favorezcan el desarrollo de las potencialidades de los individuos.

La parte medular del precepto Constitucional al que nos hemos referido, tiene como principios fundamentales: la universalidad en cuanto a su cobertura, significa esto que se debe otorgar a todas las personas sin distinción alguna y que no se determina en la Constitución criterio alguno que lo limite; el acceso a los servicios de salud, encargando a la Ley General de Salud establecer las bases y modalidades para dicho acceso.

Resulta interesante analizar, que al hacer referencia la Constitución a que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud" se sobre entiende que están incluido tanto los Mexicanos como los extranjeros, sin embargo la Ley General de Salud dispone que todos aquellos extranjeros que ingresen al país con el único fin de hacer uso de los servicios que proporciona el Estado, no se les aplicará el criterio de gratuidad que es aplicable en estas instituciones.

Encuanto a la existencia en México de las diferentes formas de acceso a los servicios de salud nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que la primera condición que se establece para tener acceso a éstos, se da de acuerdo con la capacidad económica de los individuos, es decir, que mientras algunas personas disponen de los recursos económicos suficientes para hacer uso de la atención privada otros carecen de la capacidad económica para hacerlo, por lo que sólo les queda la opción de acudir a alguna de las instituciones públicas que proporcionan servicios de salud a la población abierta, ó bien recurrir a la medicina tradicional ó a la autoatención.

También influye el si las personas cuentan con algún empleo ó no, ya que dependerá de esta situación el poder tener la posibilidad de acceso a alguna de las instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc. Sin embargo tenemos que reconocer que de contar con algo a no contar con ninguna opción resulta acertado prever que las personas que no cuenten con un empleo puedan hacer uso de los servicios que otorga el Estado através de la Secretaría de Salud, el programa IMSS-SOLIDARIDAD u otras instituciones que atienden a la población en general.

La situación que acabamos de mencionar es preocupante, ya que estamos ante la presencia de una profunda desigualdad social en algo tan importante como lo es la salud; el principio Constitucional de "proteger la salud de todos" no es llevado acabo entonces por el Estado de manera universal ni equitativa, esto quiere decir que algunas personas tienen mayores oportunidades que otros; imaginemos entonces lo grave que se tomará esta situación ante la presencia de las constantes crisis económicas en las que se ve envuelto nuestro país, por lo que en cuestión de poco tiempo la cantidad de usuarios de las instituciones de salud que atienden a población abierta se verá incrementada dramáticamente, lo cuál se traducirá en una constante

pérdida de calidad de estos servicios y con un mayor riesgo de que las personas recurran a la autoatención ó la medicina empírica lo cuál puede dañar aún mas su salud.

En la actualidad es muy notorio que los servicios de salud proporcionados por el Estado son insuficientes encuanto a cobertura y en muchas ocasiones encuanto a calidad, por un lado no se ha logrado cubrir la totalidad de la población en México y por otro lado es visible que en relación a algunas instituciones privadas ó de seguridad social como el IMSS existen drásticas diferencias encuanto a la calidad de los recursos materiales, humanos ó de otro tipo.

Queremos decir con todo lo anteriormente dicho, que ante la realidad social actual es necesario que el Estado encamine sus mayores esfuerzos a las instituciones que dan servicio a la población abierta, ya que es el recurso que tiene el Estado para no dejar de dar cumplimiento a lo dispuesto por el párrafo cuarto del artículo 4/0 Constitucional.

Tal vez este objetivo pueda ser difícil de alcanzar en un futuro cercano, ya que los factores económicos, demográficos y socioculturales entre otros afectan de manera importante el desempeño de los cometidos del estado.

Independientemente de que la población abierta tiende a crecer, un sector que forma parte importante de nuestra realidad como país, la cuál se ve profundamente afectada es la población rural y sobre todo la población indígena marginada. Consideramos que el marco jurídico del derecho a la protección de la salud debe enfocar su atención de manera muy particular a éste sector tan de por sí

desprotegido desde hace muchos siglos; este sector en la actualidad y aún con las reformas legales hechas en materia de salud, apenas cuenta con los servicios de atención mínima, es decir con la atención de primer nivel ó primaria, la cuál es proporcionada en modestos Centros de Salud Rurales pertenecientes a la Secretaría de Salud ó del programa IMSS-SOLIDARIDAD; en el caso de que se viva en poblaciones mas grandes sólo se puede disponer de Clínicas Hospitales de Campo que sólo alcanzan a proporcionar atención de segundo nivel. Tal parece que no se cuenta con que la población de éste tipo llegue a enfermarse de padecimientos complicados los cuáles requieren de atención y material mas sofisticado, tan sólo hay que ver que aún existen enfermedades que no siendo tan complicadas no pueden ser resueltas en estas instalaciones sólo porque no se cuenta con el material ó personal necesario; es por esto que en la mayor parte de nuestro país muchas personas siguen padeciendo enfermedades que ya deberían estar controladas.

En un extremo contraste, vemos que los grandes Institutos Nacionales en donde se concentra la mas alta calidad encunto a ciencia y tecnologia médica se encuentran concentrados en la ciudad de México, y muy excepcionalmente en alguna de las grandes metrópolis del país. Esto quiere decir que el sector rural marginado e indigena no tiene la oportunidad de asistir a los grandes centros hospitalarios, ya sea por cuestiones de ubicación geográfica pues les quedan muy lejos de sus comunidades, ya sea también por cuestiones de índole económica ó por que el hecho de transportarse desde sus localidades a las grandes ciudades que es dónde se encuentran estos servicios, les resulta altamente costoso en relación a sus precarios ingresos, ó bien porque la información sobre sus derechos encunto a los servicios médicos que proporciona el estado no les llega de manera oportuna ó definitivamente ni siquiera saben que existen. Sería conveniente contar con unidades de alta

especialidad en cada Entidad Federativa, por las razones expuestas, además sería en beneficio para la gran cantidad de médicos que se encuentran desempleados ó subutilizados.

En las áreas marginadas de nuestro país la población muere por falta de atención médica oportuna y adecuada, consideramos que es necesario el impulso y reestructuración en la organización y legislación del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que todos los avances tecnológicos y científicos de la ciencia médica están al servicio de quiénes mas lo necesitan.

La labor que enfrenta el Estado para cumplir con lo dispuesto en la Constitución en materia de salud, no es una tarea fácil, es un reto difícil de llevar a cabo y como ya dijimos tal vez inalcanzable en un futuro cercano. Aparte de que se ve afectada su labor por los factores socioeconómicos que ya mencionamos, la propia organización del Sistema Nacional de Salud presenta algunas insuficiencias; existe el cuestionamiento encuanto a la adecuación de los servicios de salud y sobre todo si los proporcionados en los tres sectores han ido en detrimento. Se suma a esto la falta de oportunidad en la atención, el trato descortés, así como la multiplicidad de instalaciones de salud las cuáles en muchas ocasiones son desperdiciadas, ocasionando la subutilización de éstas y de todos los demás recursos disponibles, circunstancia que contrasta con la falta de acceso de los grandes grupos de población.

Hasta ahora hemos analizado el aspecto social del derecho a la protección de la salud, en relación al aspecto jurídico podemos observar diversas situaciones y efectos.

De principio observamos que el derecho a la protección de la salud se encuentra inscrito en un artículo que comienza hablando de la igualdad del hombre y de la mujer, de la libertad de las personas a decidir sobre el número de hijos que desean tener, y termina por mencionar que la familia tiene el derecho al disfrute de una vida digna y decorosa y que los padres deben preservar el derecho de los menores satisfaciendo sus necesidades de salud física y mental.

Sabemos que el reconocimiento del derecho a la protección de la salud ha sido casi reciente, pero sería prudente ampliar el contenido del mismo y dejar claro que el verdadero sentido de ésta disposición legal es: reafirmar que el Estado llevará a cabo acciones con el fin de proteger la salud de la población en todo momento. Es cierto que existe una ley reglamentaria y que en este caso es la Ley General de Salud, pero consideramos que el legislador debería de dar la misma fortaleza a ésta garantía tal y como se la da a otros artículos Constitucionales como el 3/o ó 123, en los que no se deja lugar a dudas sobre la importancia que tienen para el Estado éstos derechos. También se incluye dentro del mismo artículo 4/o constitucional y antes del derecho a la protección de la salud, un aspecto que le es inherente "la planificación familiar" al que se refiere el párrafo segundo de éste artículo.

Al establecerse que la "ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y que habrá concurrencia de la Federación y Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución, podemos decir que efectivamente la Ley General de Salud establece las bases y modalidades para dicho acceso, pero por lo que se refiere a la competencia a la que hace mención el artículo 73 de la Constitución, éste solamente se limita a establecer las facultades del congreso para

dictar leyes sobre salubridad general de la República, sobre la autoridad que se le confiere al consejo de Salubridad General, haciendo énfasis en su intervención en los casos de presencia de enfermedades graves que puedan convertirse en epidemias así como en las campañas contra el alcoholismo, la drogadicción y contaminación ambiental.

Hay que aclarar que el derecho a la protección de la salud, no se refiere solamente a la acción del estado en casos de epidemias ó enfermedades exóticas, ni sólo a las campañas contra el alcoholismo, drogadicción ó contaminación ambiental tal y como se hace énfasis en la fracción XVI del artículo 73 Constitucional, no, el derecho a la protección de la salud implica acciones mucho mas complejas y de mayor responsabilidad para el Estado.

El principio sostenido en la exposición de motivos de adición del párrafo III del artículo 4/o constitucional va mas allá de lo que hasta ahora está dispuesto en la Constitución, se trata de la accesibilidad de toda la población a los servicios de salud, de que se descentralicen éstos servicios para que exista una mejor toma de decisiones de acuerdo a la realidad social de cada Entidad Federativa, así como de sus necesidades y recursos. A nuestro juicio hace falta tocar con mayor énfasis el verdadero sentido de éste concepto.

Lograr un equilibrio en la continuidad de las políticas de salud es también materia de reflexión, ya que en cada sexenio presidencial éstas políticas varían; en muchos casos son eliminadas por cuestiones políticas; sería prudente que existiera en la ley disposiciones que tiendan a proteger el camino ya logrado, que ante la realidad que vivimos en México el sector que proporciona atención a la población

abierta cuenta con un mayor apoyo como lo cuenta el sector de seguridad social ¿como es posible que siendo la protección de la salud un cometido que por mandato de la Constitución el Estado debe cumplir, sean las instituciones de seguridad social, como en este caso es el IMSS quién tenga la mayor cobertura y mayor calidad de atención en relación a los servicios que el Estado brinda.

Es importante dejar claro que el Estado no es el único protagonista en materia de salud requiere de la participación y apoyo de todos los sectores que conforman a nuestra sociedad y que por lo tanto en su papel de rector de la vida nacional es importante que impulse las acciones de salud de los sectores social y privado basándose en el criterio de que ante todo está el interés general. Además para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, es indispensable fomentar una cultura que permita a las personas cuidar de su salud.

Para sobrellevar la actual situación encuaneto a salud se refiere y para que éste derecho encuentre su permanencia en la Constitución y en la legislación, es necesario que exista respeto y estabilidad del marco jurídico ya existente; consideramos que se requiere de una organización sólida, con una integración honesta y eficiente de todos los sectores involucrados, se requiere también de la cooperación comunitaria que sea capaz de sortear toda limitación, presión y problemas internos ó externos. El cuidado de la salud de cada ciudadano, el respeto y observancia de las normas jurídicas existentes y el fomento de la salud, deben ser en todo momento un derecho ineludible de todo ser humano.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Faltó en la legislación del siglo pasado un cuerpo de leyes destinado a proteger adecuadamente a la población en su salud. La historia del establecimiento de los servicios de salud en México refleja la lucha por la conquista de los derechos fundamentales del hombre a través de la intervención de ordenamientos legales.

SEGUNDA

La salud es una necesidad y un derecho fundamental del ser humano, garantizarla para todos sin excepción es un propósito que sólo el Estado puede aceptar y cumplir, ya que una sociedad enferma es incapaz de encontrar su pleno desarrollo y de resolver sus problemas.

TERCERA

Ningún ser humano está exento de enfermar, lo cuál justifica el que todas las personas deben tener acceso a los servicios de salud, resultando imprescindible la presencia de la norma Constitucional y legal. "La cobertura universal de los servicios de salud continúa siendo hoy en día en México una aspiración", por lo que para alcanzar el nivel deseado resulta importante el fortalecimiento de los conceptos y normas Constitucionales y legales ya existentes.

CUARTA

Aún persisten grandes rezagos en materia de salud, producto de las políticas mal aplicadas y de las condiciones socioeconómicas del País. El estado debe aumentar su capacidad y seguir asumiendo la postura de realizar todas aquellas acciones dirigidas a proteger a la población de riesgos y daños que puedan afectar su salud utilizando todos los medios a su alcance para el logro de una población sana.

QUINTA

La división de universos de usuarios según su capacidad económica y condición laboral marcan y profundizan más las diferencias sociales, por lo que debe considerarse que la aplicación y el ejercicio de éste derecho debe ser general y sin distinciones de ningún tipo; independientemente de si están inscritos ó no en algún régimen de seguridad social ó si cuentan con la capacidad económica suficiente para pagar el consumo de los servicios de salud.

SEXTA

Al decir la Constitución que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", se entiende que es extensiva tanto a Mexicanos como extranjeros, por lo que es necesario que la Ley General de Salud precise ésta situación para estar acorde por lo dicho en la Constitución.

SEPTIMA

Para tratar de dar una solución a la problemática por la que atraviesan los servicios de salud y para que el Estado pueda dar cumplimiento a éste cometido, proponemos que se apoye en mayor medida a las instituciones que dan servicio a la población abierta y de seguridad social, así como evitar la concentración de los grandes centros hospitalarios y demás recursos materiales y humanos en la Ciudad de México y otras metrópolis.

OCTAVA

El Estado debe encaminar sus mayores esfuerzos hacia las zonas rurales y marginadas, debe extender sus recursos a quiénes mas lo necesitan en forma equitativa y con la calidad que todo ser humano necesita.

NOVENA

Debido a que lograr la "salud para todos" no radica sólo en la elaboración de reglamentos, debe efectuarse una plena concientización de las partes involucradas, debe considerarse que es también una obligación de todos el cuidar de su salud y que los prestadores de servicios de salud deben cumplir con sus funciones enmarcados dentro del mas alto sentido de la ética.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ACOSTA ROMERO MIGUEL:"TEORIA GENERAL DEL DERECHO ADMINISTRATIVO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1993,11/a EDICION.
- 2.-ACEVES SAINOS DIONISIO Y OTROS:"SALUD Y ENFERMEDAD EN EL MEDIO RURAL DE MEXICO".EDITADO POR LA SECRETARIA DE SALUD,MEXICO 1991,1/a EDICION.
- 3.-BUSTAMANTE MIGUEL:"LA SALUD PUBLICA EN MEXICO 1959-1982",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1982,1/a EDICION.
- 4.-CARRILLO RAUL/KUMATE JESUS:"EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA RECONSTRUCCION Y REORDENAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1986,1/a EDICION.
- 5.-DE LA MADRID HURTADO MIGUEL:"LA DESCENTRALIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD,EL CASO DE MEXICO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1986,1/a EDICION.
- 6.-FRENK JULIO:"SALUD DE LA INVESTIGACION A LA ACCION",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1990,1/a EDICION.
- 7.-GARCIA MAYNES EDUARDO:"INTRODUCCION AL ESTUDIO DEL DERECHO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1993,45/a EDICION.
- 8.-HECTOR GONZALEZ URIBE:"TEORIA POLITICA",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1984,1/a EDICION.
- 9.-KATZ JORGE:"LA SALUD EN AMERICA LATINA",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1983,1/a EDICION.
- 10.-KUMATE JESUS;SEPULVEDA JAJE:"INFORMACION EN SALUD, EN CIFRAS",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1993,1/a EDICION.
- 11.-LOPEZ ROSADO DIEGO:"PROBLEMAS ECONOMICOS DE MEXICO",EDITADO POR LA UNAM,MEXICO 1984,6/a EDICION.
- 12.-NARRO ROBLES JOSE:"LA SEGURIDAD SOCIAL MEXICANA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1993,1/a EDICION.

13.-NARRO ROBLES JOSE/MOCTEZUMA BARRAGAN JAVIER:"LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL ESTADO MODERNO",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1992,1/a EDICION.

14.-QUIRARTE MARTIN:"VISION PANORAMICA DE LA HISTORIA DE MEXICO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1983,20/a EDICION.

15.-SOBERON ACEVEDO GUILLERMO Y OTROS:"DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCION DE LA SALUD",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1983,1/a EDICION.

16.-SOBERON ACEVEDO GUILLERMO:"LA PROTECCION DE LA SALUD EN MEXICO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1987,1/a EDICION.

17.-SOBERON ACEVEDO GUILLERMO/RUIZ C.LEOBARDO:"HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD",EDITADO POR INTERSISTEMAS S.A DE C.V,MEXICO 1983,1/a EDICION.

18.-SOBERON ACEVEDO GUILLERMO/KUMATE JESUS:"LA SALUD EN MEXICO,TESTIMONIOS DE 1938",EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONOMICA,MEXICO 1988,1/a EDICION.

19.-SOMOLINOS JUAN:"SINTESIS HISTORICA DE LA MEDICINA MEXICANA",UNAM/FACULTAD DE MEDICINA,MEXICO 1980,1/a EDICION.

20.-TENA RAMIREZ FELIPE:"DERECHO CONSTITUCIONAL MEXICANO",EDITORIAL PORRUAMEXICO 1984,28/a EDICION.

21.-WITKER V.JORGE:DERECHO ECONOMICO",EDITORIAL HARLA,MEXICO 1985.

LEGISLACION CONSULTADA

- 1.-CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.EDITORIAL PORRUAMEXICO 1985.94/a.EDICION.
- 2.-LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.EDITORIAL PORRUAMEXICO 1980.22/a.EDICION.
- 3.-LEY GENERAL DE SALUD.EDITORIAL PORRUAMEXICO 1994.11/a.EDICION.
- 4.-LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL.(D.O.F.19 DE ENERO DE 1987).
- 5.-LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL.(D.O.F.9 DE ENERO DE 1988).
- 6.-LEY DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA PARA EL DISTRITO FEDERAL.(D.O.F.1 DE DICIEMBRE DE 1986).
- 7.-LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.EDITORIAL DELMA.MEXICO 1992.27/a.EDICION
- 8.-LEY DEL SEGURO SOCIAL.EDITORIAL ANAYA.MEXICO 1984.
- 9.-LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LAS FUERZAS ARMADAS MEXICANAS.ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA NACIONAL.MEXICO 1990.
- 10.-REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA (D.O.F. 14 DE MAYO DE 1986).
- 11.-REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARIA DE SALUD (D.O.F 31 DE DICIEMBRE DE 1992

REVISTAS

- 1.-ADMINISTRACION PUBLICA,REVISTA "ADMINISTRACION DEL SECTOR SALUD" INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACION PUBLICA, ENERO-JUNIO.MEXICO 1987
- 2.-"SALUD PUBLICA DE MEXICO",INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA, ENERO-FEBRERO,MEXICO 1988,VOL.30 No.1
- 3.-REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL:"CUESTION SOCIAL",INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL,OTOÑO.MEXICO 1987,No.9
- 4.-REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL:"CUESTION SOCIAL",INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL.ABRIL-JUNIO MEXICO 1984,No. 33
- 5.-REVISTA DE CIENCIAS JURIDICAS, PUBLICACION DE LA DIVISION DE CIENCIAS JURIDICAS DE LA ENEP- ACATLAN,1992.

OTROS DOCUMENTOS

- 1.-ANUARIO ESTADISTICO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS:"INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA",MEXICO 1994.
- 2.-ANUARIO ESTADISTICO DE LA SECRETARIA DE SALUD,MEXICO 1991.
- 3.-DESCENTRALIZACION MUNICIPAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD:"EL CASO DE ACAPULCO",GOBIERNO DEL ESTADO DE GUERRERO ACAPULCO GRO,1987.
- 4.-"GENERALIDADES DEL MODELO DE ATENCION A LA SALUD PARA POBLACION ABIERTA EN EL DISTRITO FEDERAL,"DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD PUBLICA EN EL DISTRITO FEDERAL,SECRETARIA DE SALUD,NOVIEMBRE DE 1993.
- 5.-"LA SITUACION DE LA SALUD EN LOS ESTADOS DE NUEVO LEON Y OAXACA",DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA,INFORMATICA Y EVALUACION,SECRETARIA DE SALUD,MEXICO 1991.
- 6.-"MEMORIA GRAFICA DOCUMENTAL DE LA ADMINISTRACION DE MIGUEL ANGEL BARBENA VEGA:LA HUELLA Y EL SENDERO",SISTEMA ESTATAL DE SALUD,AGUASCALIENTES 1992.

7.-"PROGRAMA DE TRABAJO Y DESARROLLO 1992-1993",INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES,GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES,MEXICO 1993.

8.-"PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 1990-1994",SECRETARIA DE SALUD.

9.- RUIZ NAUFAL VICTOR, "CONSTITUCION,SEGURIDAD SOCIAL Y SOLIDARIDAD", IMSS/ SUBDIRECCION GENERAL JURIDICA, MEXICO 1992.

10.-"RECURSOS PARA LA SALUD".REGISTRO NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD,SISTEMA ESTATAL DE INFORMACION BASICA,SECRETARIA DE SALUD,MEXICO 1990.

11.-DE LA MADRID HURTADO MIGUEL."SALUD PENSAMIENTO POLITICO 1982-1987",EDITORIAL PORRUA,MEXICO 1988,1/a EDICION.

12.-SISTEMA NACIONAL DE SALUD,BOLETIN DE INFORMACION ESTADISTICA,RECURSOS Y SERVICIOS,No.13,VOLUMEN 1,AÑO 1993.