

## EL DERECHO A LA SALUD

Francisco RUIZ MASSIEU

En primer término, deseo expresar mi agradecimiento a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y al Instituto de Investigaciones Jurídicas —en particular, al doctor Jorge Carpizo, cuya generosidad ha sido determinante en mi carrera académica— por la confianza de haberme confiado la tarea de examinar, en mi doble condición de profesor universitario y de empleado público encargado de programas de salud, el derecho a la salud, así como los obstáculos que se levantan para que se disfrute cabalmente.

1. A fin de ceñirme a la distribución de los temas y con el propósito de no recorrer lo que seguramente ya ha sido expuesto por otros participantes, no me referiré a la aparición y desarrollo de los derechos sociales y del constitucionalismo social, ni intentaré un análisis de la naturaleza y atributos del Estado social de derecho.

Así, procuraré hacer una revisión a vuela pluma de los indicadores más elocuentes de la salud en Latinoamérica y más detenidamente de México, para pasar a examinar la importancia que reviste la constitucionalización del derecho a la protección de la salud para el proceso de restauración, mejoramiento y preservación de la salud en una sociedad democrática.

2. La salud, se ha acabado de reconocer, es causa y efecto del desarrollo. No puede mirarse a la salud como el resultado automático del crecimiento económico, como si entre éste y el desarrollo social hubiera una relación ordinal. Por el contrario, salud y desarrollo están sujetos a una severa regla de concomitancia que lleva a que se muevan juntos y en la misma dirección, pues no hay pueblos saludables sin desarrollo, y éste no puede darse con bajos niveles de salud.

Por ello, no puede aceptarse que entre gasto en desarrollo social y gasto en actividad productiva medie una dialéctica, que conduzca a que uno de los dos extremos sea pospuesto.

En la actual etapa de crisis económica por la que transita Latinoamérica, no deben perderse de vista las vinculaciones entre salud y desarrollo, porque una equivocada política de ajuste, que para sanear las finanzas estatales no tenga en cuenta las prioridades de la salud, puede conspirar contra la prosperidad definitiva de los pueblos. Esa crisis se manifiesta en el descenso

de las tasas de crecimiento, en el quebrantamiento de las finanzas públicas, en altos ritmos inflacionarios y en deterioros en la ocupación y en el ingreso y bienestar reales. Cabe señalar que esos deterioros, por reducir la capacidad de pago de la sociedad, presionan la demanda de los servicios públicos de salud y contribuyen a la caída de los ya de por sí modestos indicadores de salud.

Por lo expuesto, creo que en el marco de costos sociales de la crisis latinoamericana, el reforzamiento de los programas institucionales de salud es inaplazable.

3. La salud, aún en las etapas de crecimiento acelerado, ha sido ámbito en el que se manifiestan las desigualdades que caracterizan a la región, así como el subdesarrollo que todavía no podemos superar los hombres del hemisferio.

La salud es esencialmente desigual, como resultado de la confluencia de dos elementos radicales: la salud no depende sólo de las acciones de atención médica y de salud pública, por un lado, y los mecanismos de financiamiento de los distintos servicios institucionales de salud cobijan marcadas inequidades, por el otro.

Por lo que se refiere al primer elemento, cabe señalar que los niveles de salud están firmemente condicionados por la alimentación, la educación y por la disponibilidad de determinados servicios públicos —agua potable en particular—, todo ello, a su vez, dependiente del ingreso, de suerte que la atención médica predominantemente se aboca a restaurar la salud, más que a preservarla y a promoverla, y la salud pública sólo parcialmente lo logra.

El segundo elemento, el relativo al financiamiento desigual, es motivo de creciente preocupación para los planificadores de la salud: los seguros sociales cuentan con fuentes de recursos más dinámicas que las fiscales, que permiten prestar servicios de mejor calidad, en tanto que los asistenciales para población no derechohabiente (la llamada población abierta) han dispuesto de recursos presupuestarios dramáticamente insuficientes. En el caso de México las diferencias financieras entre los dos tipos de servicios son muy pronunciadas (la seguridad social tiene un gasto *per capita* de 9 mil pesos al año, mientras que la asistencia eroga sólo 2 500 pesos por usuario).

Si bien las distintas experiencias que en este particular tiene Latinoamérica, permiten construir una muy diversificada tipología, puede concluirse en que de manera general y desde hace varias décadas, la mayor atención a la salud se ha abandonado a la suerte del empleo, pues sobre éste se han montado los sistemas de seguros sociales. Estos sistemas se financian mediante cuotas que se determinan en función del salario del trabajador subordinado, sobre todo el medio urbano, y que se completan con aportaciones fiscales.

Si bien México consagra en la Constitución, en el artículo 123, fracción

XXIX reformada, y en la Ley del Seguro Social de 1973, su vocación de acceder a una verdadera seguridad social, fincada en los principios de universalidad, igualdad y aportación general, obstáculos de orden económico y político han impedido que se supere la fase de seguros sociales para que quede protegida toda la población, en acatamiento de un derecho humano elemental.

El Estado, ante esta circunstancia, financia servicios asistenciales conforme a un criterio de universalidad y de gratitud absoluta o relativa.

Las mencionadas disparidades financieras, obviamente conllevan desiguales disponibilidades de recursos de atención (en México, la seguridad social cuenta con una cama y un médico por cada mil derechohabientes, en tanto que la asistencia sólo 0.5 de cama y 0.6 de médico por cada mil usuarios), lo que a su vez conduce a que los modelos de servicio sean muy distintos.

A la desigualdad que se reseña, ha de agregarse otra todavía más abominable: cerca de 14 millones de mexicanos carecen de acceso a servicios institucionales de salud, sobre todo, en las zonas de menor desarrollo del medio rural y en las marginadas de las grandes ciudades.

Cifras actuales hacen ver que alrededor de 34 millones de personas están protegidas por la seguridad social y 26 millones por los sistemas de población abierta, sin contar los que acuden a la medicina privada.

Más adelante, repasaré los factores que han impedido, y probablemente seguirán obstaculizando, que los servicios públicos de salud logren la plena cobertura.

4. El examen de los indicadores más elocuentes lleva a la conclusión elemental de que Latinoamérica todavía se encuentra distante de los niveles de salud que han alcanzado los países industriales, y que en la propia región hay diferencias que la hacen poco homogénea. Se calcula que si esos países destinan a la salud el 4% de su producto, en los nuestros se asigna sólo el 1%.

La esperanza de vida latinoamericana al nacer, para finales de la década pasada, era de 64.7 años; pero la de Cuba, Jamaica, Costa Rica, Panamá, Uruguay, Argentina, Trinidad y Tobago, Venezuela y Chile, era de 69.5, mientras que la de Nicaragua se situaba en 57 años. México tenía una esperanza de vida ligeramente inferior a la media (64.4 años). En la Conferencia Internacional de Población, que acaba de realizarse en nuestro país, se destacó que en los países pobres la esperanza de vida es de 57 años y en los ricos de 72, o sea que hay una amplia diferencia de 15 años.

La mortalidad general que promediaba en la región 6 por cada 1,000 habitantes en México era de 7.4; en Paraguay, El Salvador y Ecuador, de 7.8, y en Costa Rica y Cuba de 4.8 por 1,000.

La mortalidad infantil, que respondía a un promedio regional de 40 por 1,000 nacidos vivos, se desplomaba en el caso de México a 60 y más to-

davía en Paraguay (91), en tanto que Cuba, Costa Rica y Panamá mejoraba a 21 por 1,000.

Un solo indicador revela las dramáticas diferencias que persisten en Latinoamérica en cuanto a recursos de atención: si el promedio de camas de hospital por 1,000 habitantes es de 3, en México es sólo de 1.2 y en Argentina la proporción se eleva a 4.5 camas por habitante.

El análisis de las diferencias que muestra la región en cuanto a disponibilidad de recursos (camas, médicos, enfermeras, gasto *per capita*) hace ver que no hay proporción en todos los casos entre esa disponibilidad y el tamaño del producto interno bruto y del producto *per capita*, lo que significa que esa disponibilidad de recursos depende sobre todo de los niveles generales de desarrollo social y de una voluntad política efectiva que se traduzca en una mayor atención financiera a la salud.

Por lo que se refiere a los desalentadores indicadores de salud de México, debe insistirse que éstos están condicionados por la insuficiencia en cuanto a dotación de agua potable y alcantarillado (sólo el 71% y el 49% de la población mexicana, respectivamente, dispone de esos servicios) y por los bajos niveles de nutrición: el 40% de la población no cubre sus requerimientos nutricionales mínimos (2,300 calorías y 60 gramos de proteínas *per capita* diarios), lo que hace que 100 mil niños mueran antes de los 5 años de edad y alrededor de un millón sobreviva con deficiencias físicas o mentales causadas por mala alimentación.

Además, se conoce que en México cerca de 20 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% habitan en zonas rurales, presentan un grave déficit nutricional.

Tomando en cuenta que la salud depende también de la responsabilidad del interesado, y de esquemas de autocuidado, y de estilos personales y colectivos de vida, a esos factores condicionantes habría que agregar el bajo nivel educativo de nuestro país (el promedio nacional de escolaridad no llega al quinto grado de primaria).

El deterioro ecológico, costo creciente de la industrialización y del proceso de urbanización, es, cada vez más, causa de muerte y patología.

La conjugación de los factores económicos y sociales permite integrar el patrón mexicano de morbi-mortalidad a partir de elementos propios de países rezagados y de elementos de países industriales: las principales causas de muerte y los padecimientos más frecuentes son los infecto-contagiosos y, de manera creciente, los crónico-degenerativos, apreciándose una mayor vulnerabilidad entre los grupos sociales subalimentados y en las zonas de mayor rezago socioeconómico.

El apretado panorama que he reseñado, implacablemente arroja dos conclusiones que darán cimiento a la última parte de este trabajo: las políticas de salud en Latinoamérica (salvo algunas excepciones que están a la vista)

y, en particular, de México, no han sido suficientemente eficaces y, lo que es todavía más ominoso, en el ámbito de la salud se aprecian desigualdades que no pueden tolerarse en naciones que están a la búsqueda de la democracia como sistema de vida, como estilo de vida.

Se ha dicho —y con razón— que democracias que no son igualitarias, y yo añadiría, que no son igualitarias en salud, no son democracias.

5. La reorientación de las políticas de salud, a fin de que éstas abatan las desigualdades que nos caracterizan, ha llevado a que el derecho a la protección de la salud se recoja en las más modernas constituciones de la región. En la carta mexicana se ha captado como una nueva garantía social esencialmente programática; siguiendo la atinada expresión de Bis-caretti di Ruffia, el artículo 4o., en un nuevo párrafo tercero, dispone 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 las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Por no estar relacionado con el asunto que se me ha confiado, dejo de lado el uso que el poder revisor hace de la expresión "concurrencia" y que ha parecido un desatino a algunos publicistas mexicanos, y estimo propicio insistir en dos méritos de la adición: a) en lugar de *derecho a la salud*, término que tiene mucho de ingenuo y demagógico, el Poder Constituyente, utilizó el más sensato de *derecho a la protección de la salud*, tomado de la experiencia internacional y que se ha alojado en constituciones recientes, y b) se consagra el elemento radical de ese derecho, que no es otro que el acceso universal a servicios de salud, sean éstos de atención médica, de salud pública o de asistencia social, como más tarde clarificó el Congreso en la Ley General de Salud.

Para atajar o combatir a la larguísima cauda de escépticos que censuran nuestros estilos constitucionales, se ha insistido en que la nueva garantía no cambia en lo esencial los rezagos e inequidades que se han apuntado, porque no puede dudarse que los grandes problemas sociales no se resuelven por ministerios de las normas; pero tampoco puede dudarse que sin buenas normas, técnicamente formuladas, justas y cimentadas en la voluntad de hacerlas cumplir, esos problemas sociales difícilmente se resuelven en forma cabal.

El derecho a la protección de la salud, que no es accionable, que no goza de garantía jurisdiccional, viene a completar el contenido programático de la Constitución y a explicitar el proyecto social que ésta contiene. El nuevo derecho es respuesta a la dimensión de salud de la llamada cuestión social,

dentro de un amplísimo proceso de revisión de la Constitución, en sus capítulos social y económico.

Sólo quienes sacralizan a las constituciones y los que anhelan su congelación, objetan que la norma de Querétaro recoja las nuevas demandas, se explicita y se sistematice.

A menudo, esa actitud reverencial se presenta con el ropaje del tecnicismo legislativo o del purismo gramatical, olvidando que las constituciones, sobre todo en los países en desarrollo, muestran un alto contenido político, son escenario de confrontaciones ideológicas y que con hartísima frecuencia, las obscuridades, los defectos técnicos o la grandilocuencia constitucional deben abonarse a la conciliación política, más que a la impericia del poder revisor.

La nueva garantía representa un mandato insoslayable para los poderes públicos; que quedan comprometidos a adoptar desde luego las medidas indispensables para que sea progresiva, pero aceleradamente disfrutada. La inmediata acción reglamentaria del legislador se antojaba imprescindible, si se considera que el nuevo párrafo tercero, por no ser autoaplicativo, requería de los lineamientos que ya ha dado su ley reglamentaria, la Ley General de Salud.

El nuevo ordenamiento, promovido por el Ejecutivo ante el Congreso, durante el periodo ordinario de sesiones siguiente a que entrara en vigor la enmienda constitucional, establece las bases y modalidades para el goce efectivo del derecho: a) Se definen las finalidades de ese derecho; b) Se señalan los diferentes servicios de salud que alberga nuestra economía mixta; c) Se especifican los servicios básicos que contiene la garantía; d) Se ordena la integración de un sistema nacional de salud, que bajo la rectoría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, coordina a los servicios de salud públicos —sean éstos federales, estatales o municipales—, así como los que presten los sectores social y privado, y e) Se distribuyen las competencias públicas en materia de salubridad general.

Interesa destacar que la Ley General de Salud ordena la integración de un sistema nacional que articule, sobre todo, a las entidades y dependencias que proporcionen servicios de salud, sean asistenciales o en esquemas de seguros sociales, para que, dando un uso más eficiente a los recursos que se destinan a su prestación (cerca de 500 mil millones de pesos), se logre el cumplimiento cabal del derecho a la protección de la salud, en términos de cobertura y de calidad básica de los servicios.

La Ley General de Salud —conforme a las tendencias contemporáneas del derecho— se compone de normas jurídicas perfectas y de una buena dosis de normas programáticas, que aunque no tienen efectos vinculantes, comprometen la acción del Estado, de suerte que si ésta no se desencadena para que el ordenamiento sea acatado razonablemente en el más corto plazo, el poder público se arroja irremediabilmente al descrédito.

Debo insistir en que los derechos sociales, sobre todo, tratándose de aquellos que no están acompañados de la protección jurisdiccional, conllevan la obligación estatal —y ahí radica la esencia del Estado social de derecho— de organizar su actividad así como la de la sociedad, para que sean disfrutados progresivamente. Esa obligación de los poderes públicos nos desplaza hacia la arena de la planeación, vista como una técnica de previsión, como un proceso racionalizador, ordenador, en búsqueda de la eficiencia en el manejo de los recursos y de la efectividad de la acción.

El Estado social de derecho es, por esencia, un aparato grande, ubicuo y diferenciado en riesgo permanente de sofocar y suplantar a la sociedad, en riesgo siempre de no cumplir los cometidos que le confía la Constitución y de no desempeñar las funciones que le exige la economía y le demandan los ciudadanos.

La planeación democrática del desarrollo, para que éste sea independiente, justo y sostenido, como lo prescribe el nuevo artículo 25 de la carta mexicana, es la solución al falso dilema en el que se han colocado los que reclaman un estatismo candoroso y los que añoran un Estado encogido: o se achica el Estado o éste se apodera definitivamente de la vida social, apunta el dilema.

La solución es que sin perjuicio de un uso más eficaz de las facultades de autoridad, haya planeación en la que participe la sociedad a través de la concertación de acciones y de la inducción de comportamientos, que permita que los sectores sumen sus esfuerzos y los dirijan a los fines que señala la Constitución, para realizar el proyecto de sociedad que la norma suprema estructura. La experiencia francesa en materia de planeación indicativa y de economía concertada, apuntala los intentos de los países subdesarrollados por organizar la economía y el quehacer colectivo para el disfrute de los derechos sociales.

El gobierno mexicano ha expedido —apenas el 9 de este mes de agosto— el Programa Nacional de Salud, que articula la actividad pública en materia de salud y que siendo originalmente *federal*, aspira a que a través de convenios de coordinación lo hagan suyo los estados y municipios y se vuelva así un instrumento *nacional*, y que aspira, igualmente, a que deje de ser sólo un esfuerzo *estatal* para advenir, por medio de la concertación y la inducción, en un compromiso *de la sociedad* en su conjunto.

El Programa Nacional de Salud posee ingredientes jurídicos que no deben escaparse, porque connotan la etapa en la que se halla México, en el camino de que la planeación del desarrollo se capte por el derecho y se le dote de una infraestructura jurídica que asegure su papel racionalizador. En ese particular, los planes y el derecho comparten el carácter de ordenadores de la sociedad y de vehículos para la realización de los proyectos que la sociedad estima justos y valiosos; comparten el propósito de prevenir el fu-

turo y de construirlo, de guiar los acontecimientos; derecho y planes son, usando la feliz expresión de Sergio García Ramírez, el *antiazar*; derecho y planes, acogiéndonos a la enorme sabiduría de Burdeau —del luminoso profesor de la Universidad de París—, contienen una idea de un cierto estilo de vida colectiva, son la representación —la anticipación diría yo— de una organización social, de una sociedad.

Incluso y aquí temo estarme introduciendo en el riesgoso terreno de la herejía, derecho y planes, desconfiados ante la eficacia social de la coacción como solución cotidiana, descansan, para lograr sus fines, en la flexibilidad del método convencional para conjugar voluntades.

6. El Programa Nacional de Salud es un medio para dotar de efectividad al derecho a la protección de la salud, garantía social que ha venido a enriquecer el generoso y expansivo elenco de derechos sociales de nuestra Constitución, en sus dos expresiones radicales: avanzar en la universalización de los servicios de salud y avanzar en el aseguramiento de una calidad mínima homogénea. Para que no se me acuse de no tener en cuenta ese incómodo elemento que es la viabilidad, paso a revisar, así sea ligeramente, pero sin ligereza, los obstáculos que conspiran contra su cumplimiento.

*Las finanzas.* Los programas responsables deben tener un ingrediente financiero que asegure su factibilidad. Las finanzas públicas de Latinoamérica y para nuestros efectos de México, por el elevado peso de la deuda externa, mueven a que no se pueda sostener una postura financiera optimista: no podrá contarse con sumas crecidas para avanzar en el proceso de dar efectividad al derecho a la salud, si no se cambia radicalmente el modelo de atención y aún más, si no se reorienta el modelo de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud en su plan decenal ha recomendado enfáticamente la reorientación del modelo de atención a la salud, que por mucho tiempo ha estado bajo el influjo de los países ricos, que cuentan con generosas disponibilidades fiscales y amplio poder de pago de las sociedades, lo que ha llevado a altos costos por excesivo énfasis en la atención hospitalaria, en el uso de tecnología sofisticada y en el manejo de medicamentos de escasa eficacia terapéutica y diagnóstica.

Se podrán obtener los objetivos igualitarios en salud si se dispensa prioridad al primer nivel de atención (no hospitalaria), que permite el 85% de las incidencias de salud y requiere la tecnología simple y de un cuadro de insumos muy compactos y de bajo costo (para ejemplificar la diferencia de estrategia, en términos financieros, cabe señalar que con los recursos que se requieren para la operación de un hospital general de 100 camas, se pueden manejar centros de salud que den atención primaria a 600 mil personas).

Esa reorientación, que podría mirarse sólo como un ejercicio técnico o efficientista, tiene acentuada dimensión política porque supone golpear inte-



reses gremiales, falsos prestigios científicos y cambiar la formación y distribución de los recursos humanos a fin de que se preparen en medicina comunitaria, se establezcan en zonas marginada y laboren en modestos centros de trabajo.

Esa reorientación, además, significa un giro ideológico porque supone reconocer que la salud no es fundamentalmente un asunto médico, sino que es, sobre todo, un asunto social, que el prestador del servicio no es el tutor del usuario, sino que el proceso salud-enfermedad requiere de una activa participación de la comunidad.

*Los regímenes distintos.* La confluencia de dos sistemas de atención, que en mayor o menor medida se da de una manera general en toda Latinoamérica, o sea de los seguros sociales y de la asistencia pública, obstaculiza la universalización de los servicios y el abatimiento de disparidades de calidad. Los seguros sociales tienen características que dificultan los cambios que la realización del derecho constitucional a la protección de la salud reclama:

- Tienen ingresos propios de carácter parafiscal;
- Están administrados por representantes obreros y patronales, y
- Sus derechohabientes, que tienen mayor nivel de ingresos que los no derechohabientes, se han habituado al modelo de atención de alto costo.

Por otro lado, la crisis económica, que se caracteriza por impactar muy desfavorablemente en las finanzas de la seguridad social, no permite que las instituciones protectoras dispongan de remanentes que, vía subsidio o programas de solidaridad, apoyen significativamente el mejoramiento sustancial y de corto plazo de los servicios para población abierta.

El camino es largo; pero de triple vía: a) que la seguridad social se comprometa a reducir sus costos de atención; b) que se cuente con mayores apoyos fiscales, y c) que se definan y observen progresivamente modelos de atención y normas técnicas comunes.

Esas vías conducirán gradualmente al objetivo, si se consolida un sistema nacional de salud regido por el Estado, propósito universal de la región latinoamericana.

Al mismo tiempo, otros instrumentos deben prosperar: un cuadro básico de medicamentos que discipline el uso que hacen de éstos las instituciones prestadoras; una lista de medicamentos esenciales (con 28 se atiende la inmensa mayoría de los padecimientos populares), cuya oferta, abasto y precio razonable estén garantizados por el Estado (hay ahora autorizados 5,000 medicamentos con 24 mil presentaciones), y la racionalización y fomento de una industria químico-farmacéutica, en la actualidad altamente dependiente y lucrativa, que esté al servicio de los intereses nacionales.

*Los rezagos económicos y sociales.* Aunque se me tenga por perogrullo

llesco, debo insistir en que los niveles de salud están conectados con el nivel general de desarrollo, de suerte que para darle efectividad creciente al nuevo derecho social ha de buscarse que la política de salud esté integrada a la política de desarrollo, y que las acciones de salud estén vinculadas estrechamente a otras acciones públicas y aún sociales, que inciden en ella. En este terreno se aprecian graves dificultades: el tamaño de la organización pública, la deficiente calidad administrativa, la magnitud de los cometidos estatales, aunado a condicionantes de orden geoeconómico y social, obstaculizan proyectos de salud integrados a grandes proyectos de desarrollo regional.

En los países de la región es frecuente que las acciones públicas que proceden en un ámbito, sean anuladas por otras acciones públicas.

La excesiva concentración del ingreso, es obvio, conlleva la concentración del bienestar, haciendo que la mayoría de la población no tenga acceso a los bienes y servicios que le permitan obtener y conservar un nivel de salud razonable a pesar de que se llegue a contar con una infraestructura de atención completa. Esto último, contar con una infraestructura de atención completa conforme a los criterios internacionales, no compensa los graves problemas que para la accesibilidad real genera la dispersión de la población en pequeñísimas localidades, en las que no es posible operar unidades (en México existen 110 mil localidades con menos de 500 habitantes).

Factores de orden cultural, por otra parte, hacen que ciertos grupos de población no aprovechen la capacidad instalada, o bien la utilicen deficientemente.

En el complejo proceso de implantar una sociedad democrática en salud, el apoyo de los organismos internacionales ha sido largo, constante y extremadamente valioso. La noble influencia técnica de la Organización Mundial de la Salud y, particularmente, de la OPS, ha sido notable.

Por último, debo reiterar hoy lo que manifesté pocos días después de que se constitucionalizara el derecho a la protección de la salud:

No nos extraviemos: ir dando efectividad creciente al derecho a la protección de la salud significa llevar adelante el programa de justicia social; cambiar la Nación; reducir la desigualdad social; generar empleo; elevar los niveles nutricionales; ampliar los niveles de educación; racionalizar los patrones de consumo; modificar una valoración social que propicia la enfermedad; mejorar, no ampliar, el control sanitario de la producción; modernizar nuestra Secretaría y el Sector; abatir el mercantilismo de una sociedad capitalista; hacer más racional el proceso de desarrollo; será necesario introducir el ingrediente sanitario en las grandes decisiones de la Nación.