



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

EL SECTOR SALUD BAJO LA VISION DE UN
DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO DE
1976 A NUESTROS DIAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN CIENCIAS POLITICAS
Y ADMINISTRACION PUBLICA

P R E S E N T A

GUADALUPE CONCEPCION IGLESIAS CUETO

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DE 1984



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.

EL SECTOR SALUD BAJO LA VISION DE UN DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO DE
1976 A NUESTROS DIAS.

INTRODUCCION	1
CAPITULO I MARCO INTRODUCTORIO DEL SECTOR SALUD	
1.- Salud Pública	4
2.- Seguridad Social	15
3.- El Consejo de Salubridad General	24
4.- Creación del Gabinete del Sector Salud	27
5.- Coordinación de los Servicios de Salud	30
CAPITULO II INSTITUCIONES QUE INTEGRAN EL SECTOR.	
1.- Secretaría de Salubridad y Asistencia	32
1.1.- Objetivos.	34
1.2.- Funciones	36
2.- Instituto Mexicano del Seguro Social.	39
2.1.- Objetivos	39
2.2.- Funciones	41
3.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	43
3.1.- Objetivos	43
3.2.- Funciones	44
4.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
4.1.- Objetivos	46
4.2.- Funciones	49
CAPITULO III SITUACION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR DE 1976 A 1982.	
1.- Objetivo General para el Sector	50
2.- Evolución del sector a partir de 1976.	51
3.- Características de las políticas del sector	54
4.- Programas del sector a partir de 1976	58
5.- Índices de Salud	78
5.1.- Natalidad y mortalidad	80
5.2.- Población derechohabiente	81

	PAGINA
CAPITULO IV MODERNIZACION DEL SECTOR.	
1.- Situación actual del Sector	84
1.1.- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988	93
1.2.- Planes para el sector en el período 1983-1988	97
1.3.- Creación del Sistema Nacional de Salud	98
2.- Unificación del sector	102
2.1.- Ventajas de una unificación	102
2.2.- Desventajas de una unificación	104
CAPITULO V DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO DEL SECTOR.	
1. Introducción al diagnóstico administrativo	107
1.- Organización.	109
2.- Recursos Humanos	110
3.- Recursos Financieros	111
3.1.- Gráfica de los presupuestos asignados a cada una de las instituciones integrantes del sector.	112
4.- Recursos Materiales	113
5.- Diagnóstico administrativo del sector	114
CAPITULO VI	
Conclusiones	115
AMEXOS	
1. Glosario de términos	118
11. Marco Legal del Sector Salud	128
1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.	130
2.- Ley General de Salud.	132
3 - Ley del Seguro Social.	135
4.- Ley del ISSSTE.	137
5.- Decreto por el que el DIF se integra al sector salud.	140
BIBLIOGRAFIA.	140

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

La salud y el acceso a los servicios de la misma, es un derecho social que todos los habitantes tienen en algunos países, otorgar servicios de calidad y que tengan una cobertura nacional es uno de los compromisos fundamentales de todos los gobiernos en especial el de México; es por esto entre otras causas por lo que consideramos importante observar el desarrollo que han tenido las diferentes instituciones que componen el sector salud en nuestro país desde el momento de su creación hasta nuestros días.

Pero en forma más intensa desde 1976, luego de que ya existía una considerable infraestructura en materia de salud y que es cuando se le concede mayor importancia a este rubro y se le da un mayor atención a las áreas marginadas que anteriormente no habían sido atendidas adecuadamente o que no tenían acceso a los servicios de salud que proporcionan las instituciones del sector.

Todo esto es con el fin de llegar a conocer que es lo que le conviene más al sector salud en estos momentos si una unificación o una integración de las instituciones que lo componen, así como la importancia que tiene el poder efectuar un diagnóstico administrativo del sector en el cual se capten los problemas que enfrentan cada una de las instituciones del sector y del sector en general.

Hemos efectuado este trabajo en base a una investigación exploratoria y documental; la primera que tiene por objeto familiarizarnos con el problema de estudio para así seleccionar posteriormente los procedimientos adecuados para continuar la investigación y la segunda que se caracteriza por el empleo de registros-gráficos como fuentes de información y que nos sirvió como base para realizar el presente trabajo; desde la selección del tema - hasta la formulación de las conclusiones.

Esta investigación se encuentra dividida en seis capítulos que son: El primero dedicado a dar un marco introductorio del sector muestra los antecedentes de la salud pública y de la seguridad social a partir de la época colonial y de los tres organismos más importantes que ha tenido México en este siglo en materia de salud pública.

El segundo nos da el marco teórico de cada una de las instituciones que componen el sector en el cual damos a conocer las funciones y los objetivos de estas instituciones.

El tercero nos muestra el desarrollo que ha tenido el sector a partir de 1976 y que incluye el objetivo general del sector, su evolución, las características de las políticas de salud instrumentadas y los índices de salud; este capítulo lo consideramos de gran importancia ya que por medio de este nos damos cuenta de cual ha sido la situación de la salud pública a partir de 1976 lo que nos sirve como referencia para conocer los cambios que se han dado en la actualidad en esta materia.

El cuarto que es propiamente la situación actual del sector, en la que mostramos lo que se ha efectuado a partir de diciembre de 1982 hasta nuestros días y que incluye lo más importante y sobresaliente que es la creación e implantación en nuestro país del Sistema Nacional de Salud

El quinto que es el diagnóstico administrativo en sí en el que incluimos una serie de gráficas que nos permiten conocer la organización, los recursos que tiene el sector ya sean humanos, materiales o financieros y el diagnóstico administrativo por áreas o sea de cada una de las instituciones que componen el sector y del sector en general y en el que podemos captar algunos de los problemas que hemos encontrado a lo largo de esta investigación.

El sexto en el que se encuentran agrupadas las conclusiones, las que para una mejor comprensión y claridad se encuentran ordenadas por -- capítulos.

Al final de estos capítulos están ubicados dos anexos el primero que incluye un glosario de términos administrativos que se han usado a lo largo de esta investigación y que sirven para despejar algunas dudas sobre estos términos; y el segundo que incluye el marco legal -- del sector salud mencionándose en el mismo, los documentos más importantes que le dan legalidad al sector.

Para terminar se encuentra la bibliografía general ordenada alfabeticamente para una mejor ubicación y localización.

CAPITULO I MARCO INTRODUCTORIO DEL SECTOR SALUD.

Este punto fué incluido con el fin de dar a conocer los antecedentes que existen sobre la salud pública y la seguridad social a partir de la época colonial en nuestro país, y sobre los tres organismos más importantes que han existido y que han tenido gran influencia en la visión actual que se tiene sobre estas dos materias.

I.- SALUD PUBLICA.

En la época colonial, los ayuntamientos existentes en la Nueva España tenían jurisdicción en materia de salud y sus actividades eran vigilar el aseo, el servicio del agua y el alejamiento de la basura. "Para toda la Nueva España había el protomedicato, responsable de vigilar - el ejercicio de la medicina, de la farmacia, con funciones sólo teóricas en cuanto a la salud pública"¹

Este protomedicato se había establecido en 1620 y estaba compuesto - por tres médicos, como no se encontraba capacitado para actuar en salud pública nombraba un asesor, un fiscal que le informaba lo que no le era denunciado un escribano que diera fé de sus actos y un portero.

"La primera disposición de la administración republicana dirigida a proporcionar a los ciudadanos su salubridad, comodidad y cuantos bienes trae consigo una buena policía, es el Bando de Policía y Buen Gobierno hecho público el 7 de febrero de 1825"²

"La inutilidad para hacer algo por la salubridad durante la colonia justifica la ley de cesación del tribunal del protomedicato dictada el 21 de octubre de 1831"³ aunque siguió funcionando precariamente por diez años más; esta ley de cesación fué dictada por el Tribunal de la Nueva Nación Mexicana, ya que para entonces el movimiento de Independencia había triunfado.

1 Salubridad General, México a través de los informes presidenciales tomo 12, Edit. Secretaría de la Presidencia, la edición; México: 1976 p. XVII

2 Ibidem. p. XVII

3 Idem.

En este mismo año se crea la Facultad Médica del Distrito Federal - con lo que se inicia una renovación en la estructura de la medicina en México.

En 1832 se establece la Junta de Medicina que era la encargada de la enseñanza de la medicina en México y que fué suspendida temporalmente de 1833 a 1840. En 1833 se crea el establecimiento de Ciencias Médicas fundado por el Dr. Valentín Gomez Farías y que fue un centro de cultura profesional," por 10 meses se le dió al establecimiento de enseñanza la función de vigilar el ejercicio de la medicina y el encargo de la salubridad general. Muy pronto se vio la imposibilidad para el director y los profesores de atender problemas de administración sanitaria y el 4 de enero de 1841 se creó el Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México, cuyo nombre desde 1876 hasta 1917 fue el de Consejo Superior de Salubridad del Distrito y Territorios Federales,"⁴ ya que en esa época los estados eran libres de legislar en materia de salubridad en sus respectivos estados; este consejo estaba integrado por cinco miembros de los cuales destacaban el director del establecimiento de Ciencias Médicas, y el Presidente de la Facultad Médica del Distrito y dependía directamente de la Secretaría de Gobernación y que a pesar del nombre nunca tuvo la autoridad suficiente para legislar en esta materia en todo el país.

"La obra del Consejo Superior de Salubridad bajo la presidencia del Dr. Idelfonso Velasco y del Dr. Eduardo Liceaga, fue muy importante, se proyectó a los territorios federales, a los puertos y a las poblaciones de la frontera, no alcanzó a los estados ni a las zonas rurales, porque no fue salubridad general."⁵

En ese tiempo el ejecutivo federal no tenía las facultades necesarias para dictar medidas concernientes a la salubridad y las cuales son - concedidas ampliamente hasta 1917.

Durante el tiempo que el Consejo estuvo en servicio, tuvo a su cargo la construcción de obras de beneficio para la población como fueron:

4 Idem.

5 Idem.

la construcción del Instituto para las Inoculaciones antirrábicas, el Laboratorio Bacteriológico, la Oficina de Desinfección y la Construcción de Asilos y Hospitales como el Juárez, el General, el Militar y el Instituto Médico Nacional, así como dictar medidas que mejoraran las condiciones higiénicas en la capital de la república y que evitaran las epidemias del país.

"El Primer Congreso Nacional de Higiene se reúne en la capital el 16 de septiembre de 1883"⁶ y en él se dan importantes avances en materia de salud y tienen su culminación con la petición de crear bases sólidas en relación a la salubridad general y en el sentido de la necesidad que había de expedir un Código Sanitario en el que se determinaran por primera vez la esfera de acción del gobierno en materia de salubridad, a partir de ese momento y hasta 1891 se dan una serie de proyectos que culminan con la expedición del primer código sanitario en 1891, en el que se reflejan la evolución de los conocimientos y de los progresos en la medicina; también en este año se expide el primer reglamento de inspección de comestibles.

"Tres códigos sanitarios los de 1891, 1894 y el de 1902, se expidieron en un período de 12 años de gobierno de Díaz, reflejando la rapidez de la evolución en los conocimientos de microbiología, parasitología, medicina e higiene y la necesidad de adecuar la organización sanitaria al progreso científico."⁷

En 1893 México es invitado a participar en el 11o. Congreso Médico Internacional que se llevo a cabo en Roma, Italia.

En 1894 se expide un nuevo código sanitario el cual contiene importantes reformas y modificaciones respecto al anterior destacando la concepción que se hace al ejecutivo federal sobre la autoridad suficiente para legislar en materia de salubridad y el establecimiento en las fronteras y en los puertos de delegados independientes de las autoridades locales y del poder ejecutivo que coadyuvaran en el fun

6 Ibidem. p.xix

7 Idem.

cionamiento de medidas de salud en esos lugares. En 1895 México asiste a la Asamblea Americana de Salubridad que se celebra en Canadá, en ese mismo año se realiza en San Luis Potosí el 2o. Congreso Médico Mexicano en el que se expide un proyecto de reglamento del servicio de desinfección de la ciudad y el cual en ese mismo año entra en vigor. En 1896 se le concede a México la sede para celebrar " el Segundo - Congreso Médico Pan-americano celebrado aquí sus sesiones los días 16, 17, 18 y 19 de noviembre próximo pasado, con una concurrencia de 450 - médicos procedentes de Centro y Suramérica, Antillas Españolas, Canadá Estados Unidos de Norteamérica y México siendo la mayoría de estas dos últimas naciones. "8

En 1897 se comienzan los trabajos de construcción del manicomio general de la Ciudad de México y nuestro país participa en las labores de la 12a. sesión del Congreso Internacional de Medicina celebrada en Moscú. En 1902 se dan importantes avances en materia de salubridad y se expide un nuevo código sanitario al cual se le hacen innovaciones como las tendientes a mejorar los alimentos y su venta, la higiene de la ciudad etc. "El código sanitario de 1902 derogado en 1926 por el primer código sanitario basado en la constitución de 1917, establecía en el artículo 1o. que el servicio sanitario es federal o local, según tenga por objeto el beneficio general del país o el particular de un estado o de determinada localidad. "9

En 1907 se le concede a México la sede para celebrar la 3a. reunión de la Asociación Americana de Salubridad Pública.

Durante el movimiento armado de 1910, la salud pública tiene un ligero estancamiento, debido más que nada a la situación reinante en el país y a la desestabilización que había en las autoridades sanitarias.

Al reestablecerse el nuevo orden jurídico en el país e instaurarse - el Congreso Constituyente, se ve la necesidad de organizar adecuadamente la salud pública y se dan los primeros planes y reformas sobre

8 Ibidem. p.33

9 Ibidem. p.XIX.

esta materia que culminan con la consagración en la constitución de 1917, de un órgano encargado de vigilar la salubridad en todo el país creandose así el Departamento de Salubridad y reordenandose el Consejo Superior de Salubridad del Distrito Federal y Territorios Federales creandose el Consejo de Salubridad General, como un órgano de apoyo al ejecutivo federal y el cual tenía por facultades las necesarias para dar y efectuar disposiciones obligatorias en materia de salud pública en todo el país, todo lo anterior se consagro en el artículo 73 constitucional.

Al crearse el Departamento de Salubridad se separan la beneficencia pública y la privada que hasta ese momento habían operado bajo una sola división y a partir de entonces y hasta 1924 la beneficencia pública queda a cargo de una junta nombrada con ese fin que contaba con bienes propios y con los ingresos que le proporcionaba la lotería nacional.

Es también a partir de 1917 que se producen cambios radicales en las políticas del gobierno en materia de salud entre las que destacan asuntos relacionados con la nutrición, la higiene de los alimentos, la salud mental, la atención hospitalaria y la asistencia médico social. En 1921 se efectúan inspecciones a mercados, rastros, establecimientos que vendían comestibles, en ese año se establece el servicio de higiene escolar en el Departamento de Salubridad y se gira una orden gubernamental prohibiendo el cultivo y consumo de enervantes.

En 1922 se efectúa la primera estadística sobre la marcha de las enfermedades y sobre las principales causas de defunción.

En 1925 se establece el primer hospital federal para la desintoxicación de viciosos dandose también los primeros programas de saneamiento ambiental. "Se organiza una oficina de inspección de carnes foráneas, entra en vigor la nueva reglamentación para la venta de la leche y sus productos en el Distrito Federal y la orden para que todos los vendedores ambulantes, así como los de bebidas y comestibles obtengan un certificado de buena salud."¹⁰

"En 1926 se expide el primer código sanitario basado en la constitución de 1917 contando con delegados sanitarios en todo el país."¹¹ con esto se efectua un cambio sobre la acción sanitaria a nivel nacional y se establece la primera coordinación en materia de salud entre los estados de la república y el Departamento de Salubridad. En 1927 se comienza a trabajar conjuntamente y se efectuan convenios entre el Departamento de Salubridad, el Gobierno de Veracruz y los ayuntamientos de Puerto México y Minatitlán.

"El rastro de la Ciudad de México paso a depender del Departamento de Salubridad el 15 de agosto y entro en vigor el mismo mes el reglamento sobre permanencia y sacrificio del ganado y la inspección sanitario del mismo."¹²

En 1928 surgen los primeros convenios de cooperación sanitaria federal y municipal; en 1929 se establecen los dispensarios antituberculosos y se aprueba el programa nacional de lucha antituberculosa. En los principios de la década de los treinta las coordinaciones federal-estatal y estatal municipal se dan con gran éxito y se establecen nuevos dispensarios para tratar en ellos a los enfermos con padecimientos transmisibles.

Es en 1929 cuando se establece el servicio científico y técnico de higiene infantil creado con el fin de disminuir la mortalidad infantil tan alta en ese tiempo, se establecen cinco centros en el D.F. y dos en la república, uno en Veracruz y otro en Michoacán; en ese mismo año se crea la Asociación Nacional de Protección a la Infancia como una asociación civil cuya función principal era otorgar y distribuir desayuno a niños en edad escolar, establece cuatro hogares infantiles y una maternidad y posteriormente clínicas pre y post natales. A partir de 1930 se realizan los primeros programas de higiene infantil. En 1934 "en cumplimiento de lo dispuesto en el plan sexenal 1934-40 se aprobaron y promulgaron: la ley de coordinación y cooperación de servicios sanitarios en la república el 25 de agosto de 1934 y un --

11 *Ibidem.* p. XX

12 *Ibidem.* p. XXXIV

nuevo código sanitario de fecha 31 de agosto,"¹³ con esto se ve la necesidad de contar con más programas de salud y de unificar las funciones de sanidad y atención médica; en ese mismo año y dada la situación legal de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, las actividades que esta había venido desarrollando pasan a depender del Departamento de Salubridad el cual desde ese momento se encarga de administrar todos los bienes que poseía la asociación como eran los hospitales, maternidades y los hogares infantiles que tenía a su cargo. En 1936 se organizan 36 servicios médicos sanitarios ejidales y colectivos con lo que se empieza a llevar la salud al campo y se aumenta el número de hospitales ejidales. También se crea el Departamento de Asistencia Social Infantil al cual se le asignan las funciones que tenía el Departamento de Salubridad en materia de sanidad y atención médica infantil, el cual dura en servicio poco tiempo, ya que en 1937 se crea la Secretaría de Asistencia Pública cuyas funciones de asistencia social, de beneficencia pública y de vigilancia y control de la privada y se le asignan las funciones que había tenido el Departamento de Asistencia Social, así como la construcción de casas-hogar y hospitales infantiles, esta nueva secretaría se crea como una obligación del estado de atender las necesidades primordiales de la población infantil. En 1941 los servicios médicos asistenciales ejidales se convierten en servicios rurales cooperativos propiciando que se cree la dirección de servicios médicos rurales cooperativos y se crea el Hospital para enfermedades de la nutrición y la oficina para el estudio de los problemas de la alimentación. En 1942 se reorganizan los servicios de asistencia pública y se presenta un proyecto para crear un Centro Médico en el Distrito Federal, también se comienzan los trabajos para la construcción de un Hospital Infantil en México. En el año de 1943 es de especial importancia en materia de salud pública en nuestro país, ya que en octubre de ese año se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) unificando así, la Secretaría de Asistencia Social y el Departamento de Salubridad con el fin de con-

tar con un organismo que brindara un servicio médico integrado en la república y que hiciera mejoras en los hospitales existentes, la SSA recién creada pretendía cuidar de la niñez, disminuir la mortalidad infantil sin descuidar la satisfacción de las necesidades esenciales de la familia, de la comunidad ampliándose con esto el concepto que se tenía de la asistencia social; en este mismo año se pone en servicio el hospital infantil de la Ciudad de México y la Escuela Pediátrica - Mexicana.

En 1945 se crean 18 hogares sustitutos e igual número de comedores familiares, granjas para enfermos mentales y se pone en servicio nuevos centros de asistencia infantil y maternidad. De 1947 a 1953 el campo de la salud pública permanece estático, ya que se continúan con los programas, planes y las obras que se habían venido desarrollando en esos años y son del mismo tipo de las descritas anteriormente.

En 1953 se comienzan los programas de bienestar rural, los de desarrollo de la comunidad, de distritos integrales de la salud y las obras rurales por cooperación; se llevan a cabo también las jornadas en pro de la niñez en toda la república y se efectúa el primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia y se obtiene cooperación para la lucha contra el paludismo del Fondo Internacional de Socorro a la Infancia de las Naciones Unidas.

A partir de entonces los programas de la SSA se encaminan a mejorar la nutrición de los grupos sociales y económicamente débiles,

En 1954 se comienzan a trabajar 49 centros de bienestar rural y se reestablece la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y conjuntamente con la SSA destina un mayor número de desayunos escolares y crea nuevos centros materno-infantiles.

En 1956 se resalta la labor de la asociación y se establecen nuevos centros de bienestar social urbanos con lo que la asistencia social sigue evolucionando favorablemente. En ese año se expide un nuevo código sanitario. En 1959 se realizan estudios sobre el valor nutritivo de los alimentos en especial el del maíz, y se lleva a cabo la primera Convención de asociaciones de protección a la infancia, conforme avanza el tiempo, las actividades que realizaba esta asociación se extendieron por lo que en 1961 se crea por decreto presidencial el Insti-

tuto Nacional de Protección a la Infancia como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio cuyo organización le permitiría afrontar las necesidades que se presentaran en los servicios que iba a prestar a la infancia y en coordinación con la SSA efectuó trabajos de asistencia materno infantil en la capital de la república y en los estados concibiendo sus servicios como un instrumento de apoyo a la niñez y a la familia.

En 1962 se empiezan a formar distritos integrales de salud pública - todo esto con el fin de que continuara promoviendo el mejoramiento del nivel de vida y de las formas de cooperación de las comunidades, en ese año se reestructuran el Hospital General y el Juárez; en 1963 se comienza a suministrar despensas familiares compuestas por maíz, leche, harina a todos los campesinos que colaboraran en el programa de saneamiento ambiental y vivienda." En 1966 el Hospital de la Mujer con las nuevas adaptaciones empezó a trabajar, 7 pabellones rehabilitados y equipados y 3 separados en el Hospital General y la unidad de medicina nuclear,"¹⁴ se terminó de construir el hospital infantil -- psiquiátrico.

En 1968 se abren nuevos hospitales psiquiátricos, y el Instituto Nacional de Nutriología el cual estaba encargado de investigar y orientar los programas del sector público contra la desnutrición y la alimentación incorrecta. En 1968 se crea también otro organismo descentralizado llamado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez con el fin de contribuir a resolver algunos problemas originados por el abandono, la explotación y la invalidez de los menores, es aquí donde se unen los esfuerzos del sector público y el privado con el fin de lograr una completa integración social de los niños abandonados, desválidos, enfermos o maltratados, esta institución contaban con una casa cuna y un hospital infantil que a partir de ese momento se convirtió en el más moderno de toda América Latina.

"Fueron objeto de remodelación, rehabilitación integral y modernización en 1969 y en 1970 todos los hospitales e institutos que dependían de la SSA: General, Juárez, Huipulco, maternidades e Instituto de la Comuni-

cción Humana Fray Bernardino Alvarez."¹⁵

"En 1971 se crea la Comisión Jurídica Consultiva por coordinación entre la SSA y la Procuraduría General de la República, encargada de proponer la reglamentación que permita la ampliación plena de la ley federal para prevenir y controlar la contaminación ambiental y poner en marcha los mecanismos de coordinación y control,"¹⁶ con esta ley se agregan al Consejo de Salubridad General nuevas funciones que eran - las de luchar contra la insalubridad ambiental y las de dictar medidas preventivas sobre la materia.

Se lleva a cabo en este año la primera Reunión Nacional de Salud Pública con asistencia de representantes de todos los estados; en ese año y dado el incremento de los servicios de asistencia infantil se ordena la reestructuración del Instituto Nacional de Protección a la Infancia formalizándose la extensión del bienestar social a la familia, aún cuando en la práctica esto ya se venía realizando.

En 1962, se lleva a cabo la segunda reunión nacional de salud pública en la cual se hace del conocimiento general el aumento del presupuesto asignado a la SSA.

En 1973 se expide un nuevo código sanitario adecuándolo a la situación actual; en este nuevo código se señala el derecho a la salud de los mexicanos, se precisa el campo de la salubridad general en su artículo 3o. y se hace una mención importante de " la acción sanitaria en cuanto a etapas interdependientes que son: promoción y mejoramiento de la salud, prevención y control de las enfermedades y accidentes, curación de las enfermedades y rehabilitación de los inválidos."¹⁷

"El código sanitario de los estados unidos mexicanos publicado el 13 de marzo de 1973 señala que el derecho a la salud obliga a todos los hombres a procurar el cuidado de la propia y de la de sus congéneres y considera como ámbito de la salubridad general en todo el territorio nacional la acción solidaria del estado y de los distintos sectores de la población."¹⁸

15 Ibidem. p.XXIX

16 Ibidem. p.XXIII

17 Ibidem. p.XXIV

18 Ibidem. p.XXIII

Este código recién expedido constituyo uno de los códigos más completos y avanzados en el mundo abriendo paso a los programas de paternidad responsable y planificación familiar; en este mismo año se aprueba el plan nacional de salud con metas a 3.5 y 10 años, el cual conduciría a objetivos más acordes con las necesidades del país en materia de salud pública y asistencia social, en este plan se señalan las preferencias y la forma de aplicar de una mejor forma los recursos humanos, financieros y técnicos que estaban disponibles y las actividades que el sector salud había de desarrollar en los próximos 10 años.

En 1974 se construyen nuevas unidades hospitalarias y nuevos centros de salud, aprobándose el programa de médicos comunitarios por medio del cual se pretendía llevar los servicios de salud a la población marginada por medio de la medicina comunitaria.

En 1975 se hace del conocimiento general los resultados obtenidos por las campañas y los programas de salud en los años anteriores llevados a cabo por las diferentes instituciones de salud. En 1976, se efectúan importantes modificaciones a los esquemas tradicionales para hacer posible que los servicios asistenciales lleguen a las comunidades más alejadas y a los lugares más aislados del país.

En 1977 se crea el Sistema Nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) ya que se considera que tanto la Institución Mexicana de asistencia a la niñez y el Instituto Nacional de protección a la infancia persiguen fines y objetivos comunes estimando conveniente de esta forma fusionar los programas de estas instituciones con el fin de evitar duplicaciones, dando origen a este sistema que es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio cuyo objetivo principal es promover el bienestar social en México y que tiene actividades como son: educación para la salud, planificación familiar, rehabilitación en terapia del lenguaje, terapia física y ocupacional, psicología del niño, salud mental y centros de higiene materno infantil; también contaban con institutos nacionales como son el de ciencia y tecnología del niño y el de salud mental.

4- SEGURIDAD SOCIAL

Los antecedentes más remotos que existen sobre la seguridad social se dan en el siglo XVI durante el cual los dueños y los trabajadores de los pequeños talleres artesanales se agrupaban en gremios los cuales daban a las cofradías fondos para que estas los protegieran en caso de enfermedad o muerte, es también en 1538 que las ordenes religiosas contribuyeron creando hospitales y casas de misericordia para los desamparados y desválidos todo este sistema continuo hasta después de consumada la independencia ya que para entonces la decadencia que - había del sistema de producción provoca que las cofradías desaparezcan. En el siglo XVII se crean las cajas de comunidades indígenas que se - formaban directamente con fondos de ahorro común con el fin de ayudar y de dar protección gratuita a los ancianos, a los desamparados y en - especial a los indios. Entre las primeras ordenanzas que hay para pro - teger a los indios en la época colonial estan las leyes de Burgos que contenian las prestaciones a que los indios tenían derecho, las prin - cipales prestaciones que estas leyes otorgaban eran:

Se les garantizaba el trabajo durante un año dividido en dos períodos cada uno de cinco meses, contaban con 40 días de descanso entre cada período, se les otorgaba alimentación proporcional al trabajo desem - peñado, se les evitaba el trabajo a las mujeres indias, a las embara - zadas, a las de edad avanzada y a los niños; para verificar que estas leyes fueran cumplidas se nombraron visitadores.

En la época colonial ya existían disposiciones de seguridad social - para todos los trabajadores del virreinato como fueron en 1761 la - creación de un Montepío el cual otorgaba asistencia social a los tra - bajadores aunque no eran generales para todos los trabajadores del virreinato, ya que sólo se protegía a los de los ministerios de justi - cia y de la real hacienda, posteriormente se extendió este régimen a las viudas y a los huérfanos de estos trabajadores.

Es hasta el movimiento de independencia en que se establecen las pri - meras demandas de todos los trabajadores de gozar de las medidas de seguridad y es también en ese momento en que comienzan a aparecer las sociedades de ayuda mutua.

"En plena revolución de independencia, Morelos el insurgente trazó nues - tro primer proyecto de Nación. Este proyecto, que adquiere rango cons - titucional en Apatzingán, en el año de 1814, manifiesta ya en su artí - culo 25, que el derecho del pueblo al goce de la seguridad es objeto

de la institución de los gobiernos."¹⁹

En este documento de Morelos llamado los sentimientos de la Nación se pedía que se mejorará el jornal del pobre, sus costumbres alejándolos de la ignorancia sentando con esto las primeras bases sólidas de la - seguridad social en México, pero a pesar de estos deseos y esfuerzos realizados no es hasta que se promulga la Constitución de 1824 en que se reglamenta el derecho a la seguridad social y se hace mención de la existencia de los retiros y de las pensiones para todos los empleados públicos de la nueva república mexicana.

Después de promulgada la Constitución de 1824 y ante el desastroso - estado en que se encontraban los Montepíos existentes, el gobierno - decide liquidarlos y hacerse cargo de las prestaciones y pensiones - que estos otorgaban en 1832 estas pensiones se extienden a las madres de los servidores públicos y en 1834 se les concede a los consules mexicanos el derecho a gozar de una pensión y a la jubilación por incapacidad, dándose con esto un gran avance en materia de seguridad social.

En la época de la reforma se dan pasos agigantados sobre la seguridad social con el fin de integrar medidas de seguridad a la Constitución de 1857 en la cual se asientan las medidas tendientes a mejorar el - bienestar de la familia.

Las sociedades mutualistas y los gremios fueron las pautas que dieron origen a los sindicatos en los que los obreros defendían sus intereses y pedían por tener mejores condiciones de trabajo y mejores - prestaciones, todo esto hizo que se expidiera "la primera ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que fue promulgada en el Estado de México el 30 de abril de 1904, esta ley obligaba al patrón a indemnizar al trabajador accidentado, cubriéndole los gastos médicos y pagándole tres meses de salario. En caso de fallecimiento se otorgaba a los familiares el equivalente a 15 días de salario así como los gastos de funeral."²⁰

19 La Seguridad Social, México a través de los informes presidenciales tomo 13, Edit. Secretaría de Presidencia. 1a. edición; México: 1976 p. 11

20 ibidem. p. 12

Es pues, durante el porfiriato que se dan las grandes demandas de justicia y de seguridad social al nacer la clase obrera tal como es concebida actualmente.

Ante la situación que vivía el país a principios del presente siglo, el partido liberal da a conocer en 1906 un manifiesto a la Nación y su programa de acción el cual contenía una serie de puntos referentes a la situación en que vivían las clases obreras, proletaria y campesina.

"Como respuesta a esta situación se propuso la instauración de la jornada máxima de ocho horas, la reglamentación del servicio doméstico y del trabajador a domicilio, la protección a la mujer y al niño, el mejoramiento de las condiciones de trabajo, el descanso obligatorio, la indemnización en casos de accidentes de trabajo, el alojamiento higiénico a los trabajadores, la prohibición de los descuentos al jornal y a los despidos injustificados y otras."²¹

Este manifiesto y el programa del partido liberal contribuye a que - las clases proletarias abran los ojos y ante este difícil estado de cosas estalla el movimiento armado de la revolución mexicana en 1910, así pues podemos ver que en México la seguridad social ha ido ligada a los grandes movimientos sociales que el país ha experimentado a lo largo del tiempo.

Durante los años de lucha existe una escasa pero importante legislación en materia de seguridad social ya que es cuando empieza a tomar un impulso sobresaliente.

En 1912 Madero señala la posibilidad de crear una caja postal de ahorros y en ese año " el 31 de diciembre de 1912 Venustiano Carranza - gobernador de Coahuila expide una ley sobre accidentes de trabajo. El plan de Guadalupe, de marzo de 1913, establece la necesidad de procurar el bienestar de los obreros."²²

En ese mismo año se presenta el primer proyecto de ley federal del - trabajo, la cual por el momento queda por el momento congelada, en 1914 se adiciona al Plan de Guadalupe medidas en favor de las clases tra-

21 *Idem.*

22 *Idem.*

bajadoras expresándose la necesidad de contar e instaurar la seguridad social en nuestro país. En 1915 la Convención Revolucionaria proclama - reformas sociales y económicas para todos los trabajadores por medio de una nueva legislación que hiciera menos cruel la explotación de - que eran objeto los obreros; con todos estos antecedentes en ese mismo año en Yucatán se expide la primera ley federal del trabajo de toda la república mexicana, en la cual se establece la creación de una sociedad mutualista que aliviara la situación por la que atravesaban - los trabajadores y sus familias.

"Tanto los pronunciamientos del Presidente Carranza, como la ley de Salvador Alvarado son de especial importancia dentro de los antecedentes de la seguridad social. El primero por contener una concepción global de la seguridad social y el segundo, por contemplar la creación de un organismo mutualista de carácter estatal."²³

Posteriormente se realizan varias experiencias como son las creaciones de cajas de ahorros, cajas de socorro, montepíos etc. las que fueron de carácter local pero nunca llegaron a ser generales ni institucionalizadas.

En 1916 Carranza entrega al Congreso Constituyente de Querétaro, un proyecto de reformas constitucionales en el que se pedía primordialmente que los agentes del poder público fueran instrumentos de la - seguridad social; en ese momento se encarga a una comisión especial la elaboración de reformas constitucionales relacionadas con cuestiones laborales, analizando las proclamas y los manifiestos de los grupos revolucionarios con el fin de sintetizar las ideas y las demandas de los mismos en un sólo documento.

Así al promulgarse la Constitución de 1917 y al aprobarse el artículo 123 constitucional en forma especial el capítulo referente al trabajo y a la previsión social, se fijan normas de previsión social e higiene en todos los centros de trabajo y en favor de sus trabajadores obteniendo con esto el pueblo mexicano uno de sus más importantes triunfos al incluirse en el contexto constitucional los derechos sociales de los trabajadores.

Se creaba también el seguro social en la fracción XXIV del mismo artículo, como un medio por el cual se mejorarían las prestaciones sociales, las condiciones humanas en los centros de trabajo y se garan-

tizaban los riesgos que amenazaban al trabajador durante su empleo,- desde ese momento se ve la necesidad de crear un organismo encargado de vigilar, legislar, organizar y distribuir la seguridad social a aquellos habitantes que se encontraran sujetos a una relación de trabajo formal y que proporcionara a estos los beneficios de la seguridad social al igual que a sus familiares, siendo el Estado el coadyuvante para lograr este fin. A partir de entonces los gobiernos han procurado tomar las medidas más adecuadas y dedicadas al mejoramiento del bienestar físico y social de los trabajadores y sus familiares - haciendo que la seguridad social sea congruente con el momento y con la situación que el país tiene.

"Durante la campaña política de Alvaro Obregón para la presidencia de la república, se firmo el 6 de agosto de 1919 un convenio privado - entre éste y la CROM en el cual se comprometía el primero a establecer un ministerio de trabajo que tendría como función resolver todos los asuntos relacionados con los intereses de los trabajadores."²⁴ por esto en 1921 se da a conocer un proyecto de ley para crear el seguro social voluntario.

En 1925 se crea la Dirección de pensiones civiles de retiro como una dirección que proporcionaría seguridad social a todos los trabajadores al servicio del estado, este fue un instrumento para lograr una mejor distribución de los ingresos de los servidores públicos y que contribuiran al mismo tiempo al desarrollo del país; en 1928 se crea el seguro del maestro, posteriormente se emiten diversas disposiciones de seguridad social como son las modificaciones efectuadas a la ley de pensiones, montepíos y retiros para civiles y militares que fue expedida en 1896 con el fin de innovar las prestaciones, mejorar las ya existentes y de incorporar a los beneficios de la seguridad social a un número cada vez más grande de trabajadores.

Es en 1938 que se establece el estatuto jurídico para los burocratas debido mas que nada a que el gobierno de Cardénas veía la necesidad de proteger a los servidores públicos de las contingencias electorales salvando sus trabajos y motivando sus ascensos, todo -

esto contribuyo a disipar la desconfianza existente en ese momento entre los servidores públicos. Es en 1941 que la ley de pensiones sufre modificaciones nuevamente para extender la seguridad social e incorporar a trabajadores de nuevos organismos. Poco a poco el crecimiento que el sector público experimenta hace necesario que se creen nuevas disposiciones de seguridad social ampliando su cobertura y sus políticas obligando a los trabajadores y al estado a unir sus esfuerzos en este aspecto, emitiéndose una serie de documentos que culminan con la elaboración en 1943 de la primera Ley del Seguro Social a la que se le conoce como código de seguridad social de la nación mexicana, en el que se prevee implantar el seguro de riesgos profesionales y no profesionales sin perder los derechos adquiridos en el momento de su contratación; en este documento se establece la creación de un organismo público descentralizado en el cual habría igual número de miembros representantes del estado, de los patrones y de los trabajadores, y que estaría en cargado de reglamentar y vigilar el cumplimiento estricto de la ley, en ese mismo año se da la primera afiliación de trabajadores.

A partir de 1943 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como se le denominó a este organismo, tiene la necesidad de encontrarse al día en lo que a materia de seguridad social se refiere; por esto en 1946 México realiza la segunda Asamblea Interamericana de Seguridad Social y la de la Sociedad Médica de la seguridad social, en ese año se extiende a algunos estados del interior de la república este régimen que tenía en ese momento sólo vigencia en el Distrito Federal. En 1948 se efectúa la primera reforma a la ley del seguro social con el fin de que estuviere capacitado el IMSS para acrecentar sus ingresos y hacer frente de una mejor forma a sus obligaciones, ya que en ese tiempo existían diversos fenómenos económicos derivados de la segunda guerra mundial, " con todo esto se le reconoce a México su labor por la seguridad social mexicana y se le concede la sede permanente del Comité permanente Interamericano de seguridad social, - nombrándose al director del IMSS como presidente de dicho comité todo esto sucede durante la 4a. reunión de la conferencia interamericana de seguridad social." ²⁵

"Durante 1950 se empezaron a ver los primeros efectos de la reglamentación general de la ley del seguro social, mediante un aumento considerable de los ingresos del Instituto."²⁶

En 1952 se contaban con un total de 44 clínicas y más de 30 sanatorios y maternidades."el 27 de agosto de 1954 se publica en el diario oficial de la federación un decreto en el cual se sientan las bases para implantar el régimen de seguridad social a los trabajadores del campo."²⁷

En 1959 surge la idea de transformar la Dirección de pensiones civiles y de retiro en un organismo que diera satisfacción a las demandas de los trabajadores del estado y es de esta forma en que nace el Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (ISSSTE), con esto se abroga también la ley de pensiones y se expide la ley del ISSSTE con lo que se da forma real al instituto, a partir de ese momento el ISSSTE crece al ritmo que crece el sector público tratando de mejorar sus servicios, de incrementar sus prestaciones y de proteger a un número cada vez mayor de trabajadores del estado, tanto del Distrito Federal como de los estados donde existen condiciones de vida deplorables.

A su vez el sector público tiene en el ISSSTE un instrumento eficaz de prestaciones sociales y económicas para sus trabajadores y sus familiares, ya que es obvio que no puede haber un desarrollo económico y social del sector público si éste no cuenta con un sistema eficiente de seguridad social.

Durante el período de gobierno del Lic. López Mateos se efectúan importantes reformas a la ley del seguro social, otorgando mayores beneficios a los derechohabientes en cuanto a prestaciones económicas y sociales se refiere; es en éste período en que se otorga protección a los trabajadores de la caña de azúcar, al igual que los productores de la misma y se extiende el régimen de seguridad social a otros estados que no contaban con el mismo; se inaugura en ese año el Centro Médico Nacional del INSS con todos los adelantos científicos que había en ese momento y se celebra en México la sexta reunión de la conferencia interamericana de seguridad social.

"En este período entran en vigor el reglamento del seguro social obligatorio de los trabajadores y eventuales, el reglamento para el seguro obligatorio de los trabajadores del campo, el convenio para proteger a los trabajadores migrantes en Estados Unidos de América."²⁸

27 Idem.

28 Ibidem. p.22

También se extiende el régimen a los trabajadores independientes, artesanos y pequeños comerciantes, a los campesinos asalariados, a los productores de la caña de azúcar y a los profesionistas autónomos. A partir de 1964 la población derechohabiente crece en un 50 %, se inaugura el Centro Vacacional Oaxtepec para recreación de los trabajadores del IMSS.

"De especial significación resulta el decreto que en el año de 1969 expidiera el Lic. López Ordaz mediante el cual se incorpora a los trabajadores mineros al régimen del seguro social."²⁹

A partir de 1970 el IMSS, experimenta un gran crecimiento, se abren nuevos programas, se extiende el régimen, se efectúan diversas modificaciones a su ley; también el ISSSTE experimenta un gran crecimiento debido a la motivación de la política del gobierno de incrementar la seguridad social y extenderla a más regiones del país, se efectúan diversas modificaciones a la ley del ISSSTE y se incorporan trabajadores de organismos recién creados, a empleados estatales y a los trabajadores a lista de raya.

En 1973 se expide una nueva ley del seguro social la cual otorga mayores beneficios y da satisfacción a las demandas de grupos de ramas económicas muy importantes como son los electricistas.

"Esta ley de 1973, tenía por objetivo el poder ampliar el régimen para proteger y asegurar a un número mayor de mexicanos y así abrir nuevas posibilidades para que nuevos sectores de la población se pudieran incorporar a este régimen, por la vía voluntaria."³⁰

En ese mismo año se crea y se establecen los servicios de solidaridad social para las áreas marginadas.

En 1974 se dan importantes reformas a la ley de 1973 para satisfacer las demandas de los trabajadores del campo y de las grandes industrias se establece una reforma por demás importante ya que se establece que se otorgue asistencia a la población de las áreas marginadas rurales y urbanas sin pedir aportaciones económicas, sino a cambio de los servicios que estas personas pudieran prestar a la comunidad o al instituto en beneficio de ellos mismos.

29 Ibidem. p.23

30 Ibidem. p.25

Es pues a partir de 1970 que se le concede importancia a la seguridad social dandosele un auge al sistema por medio de reformas institucionales y de reestructuraciones internas con el único fin de extender a todo el país el régimen de seguridad social, en especial a las zonas marginadas urbanas, rurales y suburbanas que anteriormente no tenían servicios adecuados tanto de asistencia médica como social y que anteriormente no habían sido tomados en cuenta.

También se propicia que las instituciones de seguridad social crezcan a un ritmo acelerado propiciando también que el número de población derechohabiente creciera y que las prestaciones sociales y económicas que otorgan sean acordes a la situación del país.

3.- EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL.

Las facultades del consejo son asignadas por el artículo 73 de la - constitución mexicana y que en la primera parte dice lo siguiente:

"Artículo 73 fracción XVI.-Para dictar leyes sobre la nacionalidad, con - dición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, coloniza - ción, emigración e inmigración y salubridad general de la república.

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del presi - dente de la república, sin intervención de ninguna secretaría de esta - do y sus disposiciones serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o de peligro de invasión - de enfermedades exóticas en el país, el departamento de salubridad ten - dra la obligación de dictar inmediatamente medidas preventivas indis - pensables, a reserva de ser después sancionadas por el presidente de la república.

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

4a. Las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña - contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al in - dividuo o degeneren la especie humana así como las adoptadas para - prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competan."³¹

A partir de este momento se van actualizando las funciones y la orga - nización de este consejo, ya sea por medio de modificaciones efectua - das al código sanitario como por la expedición de nuevas normas jurí - dicas sanitarias, como en 1973 que al expedirse el código sanitario, se efectúan importantes reformas al consejo de salubridad sobre la - organización y las funciones del mismo.

La última reforma efectuada al consejo se llevo a cabo en enero de - 1983, en el cual se llevaron a cabo reformas sobre algunos artículos del reglamento interior del consejo y son básicamente:

"Decreto por el que se reforman los artículos 2, 3, 4, 8, 9, y 14 del re - glamento interior del consejo de salubridad general.

31 Constitución política de los estados unidos mexicanos en Constitu - ción política mexicana tomo 1, Edit. Ediciones Andrade, 14a. edición; México: 1977. p. 57

Artículo primero.-Se reforman los artículos 2,3,4,8,9 y 14 del reglamento del consejo de salubridad general para quedar como sigue:

Artículo 2o. El consejo estará integrado por un presidente,un secretario y doce vocales titulares.

Artículo 3o. El consejo podrá designar vocales eméritos a quienes - hayan destacado por su contribución en beneficio de la salud pública en México,así mismo el consejo podrá designar el o los vocales auxiliares que estimen necesarios.

Artículo 4o. Los miembros titulares del consejo serán designados y removidos libremente por el presidente de la república.

Artículo 8o. Los miembros titulares del consejo disfrutarán por el ejercicio de sus funciones de los honorarios que a iniciativa del ejecutivo federal determine el presupuesto de egresos de la federación.

Artículo 9o. El consejo elaborará sesiones ordinarias y extraordinarias previa convocatoria integrándose el quorum con la presencia de 8 de sus miembros titulares sujetando sus trabajos a la orden del día formulada previamente.El consejo podrá establecer comisiones de estudio y dictamen permanentes o transitorias cuando lo estime conveniente.

Artículo 14o. Los vocales titulares serán el rector de la UNAM,los directores generales del DIF,Instituto Politécnico Nacional,del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología,de sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional y de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal y los subdirectores generales del IMSS,del ISSSTE,el presidente de la Academia Nacional de Medicina,un especialista en materia ambiental y dos rectores de universidades o instituciones de educación superior del interior del país; los directores y rectores de las mencionadas instituciones educativas, podrán delegar su representación a las sesiones del consejo cuando así lo estimen conveniente en un funcionario médico de su propia institución cuya designación deberá someterse al acuerdo del consejo.

Artículo segundo.- Se reforman las fracciones II,III,IV y V;se adicionan las fracciones VI,VII,VIII y IX del artículo 7o. del reglamento interior del consejo de salubridad general para quedar como sigue:

Artículo 7o. Son atribuciones del consejo:

Sin modificación alguna.

- . La decisión y aprobación de las medidas que se adopten en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que enerven al individuo o degeneren la especie humana, como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental relacionada directamente con la salud.
- 1. La aplicación del código sanitario de los estados unidos mexicanos y de la ley federal de protección al ambiente en los términos de estos ordenamientos y en la esfera de su competencia.
- . La participación que le corresponda en el sistema nacional de salud y en el proceso de programación de la salud y del medio ambiente - cuando esta se relaciona con aquella de conformidad con las leyes - relativas..
- . La rendición de opiniones y formulación de sugerencias al poder ejecutivo tendientes al mejoramiento de la eficiencia del sistema nacional de salud y el mejor cumplimiento del programa nacional de salud.
- . La opinión sobre programas y proyectos de investigación científica y tecnológica y de formación de recursos humanos en el campo de la salud.
- 1. El estudio de la legislación de salud y la presentación de proyectos de reformas y adiciones.
- 11. La expedición de acuerdos sobre asuntos de su competencia para ser - publicados en el diario oficial de la federación.
- . Las demás que le correspondan conforme a la fracción XVI del artículo 73 de la constitución política de los estados unidos mexicanos."³²

32 Decreto por el que se reforman los artículos 2,3,4,8,9 y 14 del reglamento interior del consejo de salubridad general en el Diario Oficial de la federación del día 17 de enero de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México:1983. p.82-83.

CREACION DEL GABINETE DEL SECTOR SALUD.

El 30 de noviembre de 1978 se creo el Gabinete del Sector Salud como una instancia presidencial de coordinación y apoyo para las políticas y los programas que había sobre los servicios de salud y que son responsabilidad directa del estado.

Su objetivo era lograr la congruencia, la eficacia y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, estaba integrado por:

"El presidente de la república, el Secretario de Programación y Presupuesto, el Secretario de Salubridad y Asistencia, el Jefe del Departamento del Distrito Federal, el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Director General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Director General del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas."³³

Este gabinete contaba con cuatro comisiones que eran:

Comisión de estructura y formulación del plan nacional del sector sa lud.

Comisión del sistema nacional de información del sector salud.

Comisión de subrogación institucional.

Comisión de inversiones y gasto corriente.

A pesar de que se crea en noviembre de 1978, no es hasta el 14 de marzo de 1979 que realmente entra en funciones, se le encarga a este gabinete estudios e investigaciones sobre los servicios de salud, pero pero nunca hizo públicos los resultados de estas investigaciones y estudios realizados en México.

El gobierno había pensado al crear este gabinete que por medio de un mecanismo de alto nivel de decisión, se tendría la capacidad para elaborar un plan nacional sobre la salud y la seguridad social, por medio del cual, se definirían las políticas de desarrollo del sector salud, se marcaran prioridades, se propusieran medios y mecanismos de int egr a ci ó n de los servicios de salud, por medio de los cuales se realizara -

33 López Portillo José, Presidente constitucional de los estados unidos mexicanos periodo 1976-1982, El sector salud y seguridad social en el tercer informe de gobierno en Cuadernos de divulgación ideológica 3 Edit. S.P.P. 1a. edición; México: 1980. p.12

una mejor utilización de los recursos de la salud.

Durante los años de 1979 a 1982;este gabinete realizo una serie de estudios conjuntos con la coordinación de los servicios de salud creada en 1981,con las diferentes instituciones de salud existentes en México que se encontraban sectorizadas y agrupadas bajo el sector salud y con instituciones privadas que se dedicaban a prestar servicios de salud a los habitantes del país.

Este gabinete fue creado al igual que otros gabinetes de los diferentes sectores por iniciativa del poder ejecutivo federal y cada uno tiene definidas sus atribuciones y los objetivos de acuerdo a la importancia del sector y de los servicios que presta.

Este gabinete terminó sus funciones en 1982 al darse el cambio de -- gobierno y es hasta 1983 que se instala el nuevo gabinete del sector salud,del cual hablaremos más detalladamente más adelante,ya que este gabinete es muy importante en la consolidación del sistema nacional de salud que empezará a funcionar en el mes de julio de 1984.

El 5 de enero de 1983 se instalo el gabinete del sector salud para el período 1983-1988,desde las primeras semanas de trabajo del nuevo -- gobierno se estableció el marco normativo bajo el cual se habran de desarrollar las nuevas políticas de salud,Se le encomendo a la SSA -- la coordinación de las políticas y los programas y al mismo tiempo la vigilancia de la eficacia de los servicios de salud de la administración pública federal con el fin de constituir el sistema nacional de salud en México.

Entre las primeras medidas del nuevo gobierno se dió la iniciativa -- presidencial para legalizar el derecho a la protección de la salud, como un compromiso del gobierno de llevar a toda la población los -- servicios de salud.Es en la primera reunión del gabinete en donde se presentan algunas ideas para constituir el punto de partida para que se conviertan en mecanismos que permitan establecer el sistema nacional de salud;estas ideas son:sectorización,programación sectorial, los programas interinstitucionales y la descentralización.

La instalación del gabinete de salud es muy importante ya que representa la oportunidad de revisar todas las políticas que hay sobre la salud y ver la mejor forma de aplicarlas.

Este gabinete estaba integrado por los titulares de la SSA, de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Secretaría de la Contraloría General, del IMSS, del ISSSTE, del DIF; estando presidido por el presidente de la república.

Fue creado con el fin de integrar en un órgano colegiado que tenga participación directa de la planeación del sector salud y que ayude en la elaboración del programa sectorial de salud y la instauración del sistema nacional de salud.

Este gabinete de salud va recogiendo los puntos más importantes en documentos que después son sometidos a la consideración del presidente de la república, para que este emita lo que considere necesario para llevar a cabo las alternativas que han sido emitidas por el gabinete y resolver de esta forma los problemas que se presentan durante el trabajo del gabinete y que pueden ser referentes a la legislación sanitaria vigente, a la prestación de los servicios de salud o a otros puntos importantes de salud.

5.- COORDINACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

La coordinación de los servicios de salud fue creada en el mes de agosto de 1981 con el fin de promover el establecimiento de un sistema nacional de salud; fueron los trabajos realizados por esta coordinación los que dieron las bases para efectuar las modificaciones constitucionales al artículo 4o. en el que se incluía el derecho a la protección de la salud y el proceso de sectorización de la misma.

Fue creada por decreto presidencial y con el objetivo principal de determinar los elementos básicos normativos, administrativos y financieros para establecer las bases que permitieran crear el sistema nacional de salud, integrándose como una unidad de asesoría y apoyo a la presidencia de la república estaba compuesta por un consejo consultivo formado por representantes de las instituciones que participan en el gabinete del sector salud y por dos comités de asesores integrados por la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) el primero y por representantes de la Coordinación general de estudios administrativos el segundo.

Uno de los puntos más importantes logrados por esta coordinación fue el acuerdo que celebraron con 20 gobernadores de la república en el que se instituyeron comités especiales para el estudio de las formas de integración de los servicios de salud en 1982.

Es con base a estos estudios que se asignan a la SSA las atribuciones dedicadas a la política nacional sobre atención médica, salubridad y asistencia social.

Esta coordinación tenía aparte de su objetivo general, tres objetivos a seguir que son:

- 1) "Determinar los elementos normativos, administrativos, financieros y técnicos necesarios para coordinar e integrar en forma eficiente las acciones y los recursos relativos a la prestación de los servicios públicos de salud.
- 2) Definir las estrategias y las acciones que coadyuvaran a la conservación de esos propósitos..
- 3) Fijar las bases que permitan proponer a la consideración del ejecutivo federal en su oportunidad y para su aprobación la integración de los servicios de salud pública a un sistema nacional con el fin de procurar a toda la población la atención a la salud."³⁴

Entre las acciones más importantes logradas por esta coordinación se encuentran: el convenio celebrado en la UNAM por medio del cual investigadores de esta casa de estudios se vincularían y colaborarían en trabajos de salud con dicha coordinación; el convenio celebrado entre la SSA y el DIF para transferir las unidades de atención médica primaria del DIF a la SSA; el convenio celebrado entre la SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP) para transferir a la SSA los servicios de higiene escolar en el Distrito Federal y los estados; el convenio celebrado entre el ISSSTE y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para transferir los servicios de salud que otorgaba esta secretaría al instituto.

Todos estos convenios se celebran en 1981.

En diciembre de 1981 se presenta el programa de acción de la coordinación el cual consta de dos partes: Una incluía el análisis de la situación actual de México. Otra contenía las bases de la planeación del sistema nacional de salud para poder establecerlo en México. Esta coordinación desaparece en noviembre de 1982 por medio de decreto presidencial y aparece publicado en el diario oficial el 19 de enero de 1983.

"Acuerdo que deroga las disposiciones que dieron origen a la coordinación de los servicios de salud pública.

Artículo primero Se deroga el acuerdo del 24 de agosto de 1981 que crea la coordinación de los servicios de salud pública adscrita a la presidencia de la república como unidad de asesoría y apoyo técnico del ejecutivo federal publicado en el diario oficial de la federación el 25 de agosto de 1981.

Artículo 2o. Las funciones que desarrollaba esta unidad en lo sucesivo serán ejecutadas en lo correspondiente por las dependencias que conforme a las atribuciones determine la ley orgánica de la administración pública federal sean competentes."³⁵

³⁵ Acuerdo que deroga las disposiciones que dieron origen a la coordinación de los servicios de salud pública en el diario oficial del día 19 de enero de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983. p.9

CAPITULO 11 INSTITUCIONES QUE INTEGRAN EL SECTOR.

Para poder precisar que es lo más conveniente para el sector salud actualmente, o sea que es lo mejor si unificar o integrar las instituciones del sector; creemos que es necesario conocer las funciones y los objetivos que tienen cada una de estas instituciones y así también con base en esto poder captar algunos de los problemas que existen en dichas instituciones y que incluiremos en capítulo referente al diagnóstico administrativo.

.-

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

La SSA es la encargada y responsable de otorgar la salud y los servicios de la misma al pueblo mexicano en forma especial a aquellas personas que no cuentan con los recursos necesarios para ser atendidas por instituciones privadas y/o a los que no se encuentran comprendidos dentro del régimen de seguridad social; por ley la SSA es la encargada de proporcionar los servicios de salud no personales como son: programas de educación para la salud, control de medicinas, alimentos y bebidas, campañas contra el alcoholismo, campañas contra la contaminación ambiental, campañas contra enfermedades y epidemias, campañas - contra la drogadicción etc.

Tiene a su cargo la coordinación de los institutos nacionales de salud descentralizados, los cuales brindan atención médica especializada así como la capacitación de sus empleados y las investigaciones dedicadas a erradicar las enfermedades transmisibles en nuestro país como: viruela, paludismo, tifoidea etc.

Los servicios de salud que brinda son casi gratuitos, ya que la cuota que pagan los usuarios de los servicios a cambio de los mismos, son mínimos, cuenta con diferentes centros de salud ubicados en todo el país principalmente en las zonas marginadas ya sean urbanas, suburbanas o rurales en los que brinda protección y atención médica y asistencial a la población por medio de personal capacitado.

Actualmente la SSA asume el papel de coordinadora del sector salud en forma real al ser la encargada de coordinar e implantar en nuestro país el sistema nacional de salud y de ser considerada la máxima auto

ridad sanitaria siendo con esto un instrumento racional que traera - beneficios a toda la población en materia de salud pública; todo esto lo llevara a cabo por medio de la descentralización de los servicios de salud, de la modernización administrativa y de la sectorización, que son las tres grandes estrategias por medio de las cuales se llevara a cabo la consolidación del sector salud en forma real y del sistema nacional de salud en México y que cuenta además con el apoyo de las demás instituciones de la administración pública federal.

La SSA cuenta con varios comités y comisiones de apoyo que la auxilian en sus funciones .

Estas comisiones y comites de la SSA fueron creados por decreto presidencial en el año de 1983 y la auxilian en todo lo referente a la salud pública y la ayudan a la elaboración del cuadro básico de medicamentos, a la consolidación del sistema nacional de salud en México.

Estas comisiones para que puedan funcionar debidamente deben coordinarse con las diferentes instituciones de salud que existen y que se encuentran dentro del sector salud y deben informar publicamente los logros que tengan, los objetivos y fines a cumplir así como de las funciones que le han sido encomendadas.

Sus ingresos provienen de las aportaciones que le da el gobierno y de las cuotas que pagan los usuarios de los servicios de salud que ella proporciona, o sea es una aportación bipartita.

1.1.- OBJETIVOS.

Los objetivos de la SSA, se encuentran contenidos en la manual de organización de la misma y comprenden diversos aspectos y son los siguientes:

"Objetivos globales:

1. Consolidar orgánica y funcionalmente la secretaría, el sector salud, el sistema nacional de salud, las entidades del sector, los sistemas básicos del sector y los niveles del sector salud.

Objetivos normativos:

1. Actualizar y sistematizar la normatividad que regula al sector en materia: constitucional, legal, reglamentaria, administrativa, internacional, federal, estatal, municipal, concurrente, de los servicios de salud privados y sociales, del sector, de la secretaría y de las entidades sectorizadas.

Objetivos sistemáticos:

1. Promover la interrelación orgánica y funcional de los sistemas directivo rector, de regulación y control, sustantivos, de administración y desarrollo institucional, de coordinación regional, operativo, central y regional.

Objetivos programáticos:

1. Integrar la infraestructura administrativa que apoye el desarrollo de: los programas operativos anuales, el programa sectorial, el proceso de programación-presupuestación, el sistema nacional de planeación del sector salud y el ciclo planeación, programación, presupuestación, información y evaluación.

Objetivos sustantivos:

1. Asegurar el cumplimiento de los programas y responsabilidades de la secretaría y del sector.
- II. Mejorar el nivel de salud de la población, consolidar el derecho a la salud.
- III. Elevar los niveles y las expectativas de vida de la población.
- IV. Mejorar cuantitativa y cualitativamente los servicios de salud.
- V... Desarrollar cuantitativa y cualitativamente las condiciones sanitarias del país.

Interrelacionar las políticas de asistencia, salubridad, seguridad social y previsión social.

Objetivos administrativos:

Mejorar sustancialmente la administración de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de la secretaría en el corto mediano y largo plazo.

Vincular la administración de los recursos con el desarrollo de los programas sustantivos.

Impulsar el desarrollo integral de la infraestructura de la secretaría.

Objetivos de organización:

Vincular la organización con las normas, sistemas y recursos básicos de la secretaría y del sector.

Interrelacionar interna y externamente la secretaría.

Consolidación sectorial.

Estabilidad y congruencia en el desarrollo de la organización.

Flexibilidad y dinamismo.

Interdependencia a nivel global, sectorial, institucional y regional.

Articulación a nivel central, desconcentrado y descentralizado."³⁶

.2.- FUNCIONES.

Las funciones de la SSA, están dadas por la ley orgánica de la administración pública federal, en su capítulo II que trata sobre la competencia de las secretarías de estado y los departamentos administrativos y que fue reformado en su artículo 39 referente a las funciones encomendadas a la SSA en el mes de diciembre de 1982 quedando como sigue: "reformas y adiciones a la ley orgánica de la administración pública federal. Artículo 39.

A la Secretaría de Salubridad y Asistencia le corresponde el despacho de los siguientes asuntos:

- I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento ambiental y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública federal así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso, se determinen.
- II. Crear y administrar establecimientos de salubridad, de asistencia pública y de terapia social en cualquier lugar del territorio nacional y organizar la asistencia pública en el Distrito Federal.
- III. Aplicar a la beneficencia pública los fondos que le proporcione la - lotería nacional.
- IV. Organizar y vigilar las instituciones de beneficencia privada en los términos de las leyes relativas e integrar patronatos, respetando la voluntad de sus fundadores.
- V. Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública.
- VI. Se deroga esta función.
- VII. Normar y promover y apoyar la impartición de la asistencia médica y social a la maternidad y la infancia y vigilar la que se imparte por instituciones públicas o privadas.
- VIII. Regular la prevención social a niños hasta de 6 años, ejerciendo sobre ellos la tutela que al estado corresponda.
- IX. Organizar y administrar servicios sanitarios generales en toda la república.

- . Dirigir la policfa sanitaria general de la república con excepción - de la agropecuaria, salvo cuando se trate de preservar la salud humana.
- I. Dirigir la policfa sanitaria especial en los puertos, costas y fronte ras con excepción de la agropecuaria, salvo cuando afecte o pueda afec tar a la salud humana.
- II. Realizar el control higiénico e inspección sobre preparación, uso, pose sión, suministro, importación, exportación y circulación de comestibles y bebidas.
- III. Realizar el control de la preparación, aplicación, importación y expor tación de productos biológicos, excepción hecha de los de uso veterina rio.
- IV. Regular la higiene veterinaria exclusivamente en lo que se relaciona con los alimentos, que puedan afectar a la salud humana.
- XV. Ejecutar el control sobre la preparación, posesión, uso, suminitro, impor tación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales a excepción hecha de los de uso veterinario que no esten comprendidos en la Convención de Ginebra.
- XVI. Estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo, la toxicomanía y otros vicios sociales y contra la mendicidad.
- XVII. Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vi da de los trabajadores del campo y de la ciudad y la higiene indus trial con excepción hecha de lo que se relaciona con la previsión so cial en el trabajo.
- XVIII. Administrar y controlar escuelas, institutos y servicios de higiene - establecidos por la federación en toda la república, exceptuando aque llos que se relacionen exclusivamente con la sanidad animal.
- XIX. Organizar congresos asistenciales.
- XX. Prestar los servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los gobiernos de los estados de la república y del Distrito Fede ral.
- XXI. Actuar como autoridad sanitaria y vigilar el cumplimiento del código sanitario de los estados unidos mexicanos y de sus reglamentos.

111. Establecer las normas que deberán orientar los servicios de asistencia social que prestan las dependencias y entidades federales y proveer - su cumplimiento.
111. Las demás que le fijen expresamente las leyes y reglamentos."³⁷

37 Decreto de reformas y adiciones al artículo 39 de la ley orgánica de la administración pública federal en el Diario Oficial del día 29 de diciembre de 1982, Edit, Secretaría de Gobernación; México 1982. p.15

2.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Este instituto es un organismo descentralizado creado por ley en 1943 con el fin de que fuera el encargado de legislar, orientar, organizar, otorgar y prestar beneficios de seguridad social a todas aquellas personas que se encuentran sujetas a una relación de trabajo formal. Ofrece amplias prestaciones económicas y sociales a todos sus derechohabientes asegurados y a sus familiares.

Se encarga de prestar a nivel nacional servicios de medicina preventiva, curativa, de cubrir riesgos profesionales, accidentes de trabajo, enfermedades y maternidad.

Este régimen puede ser de dos tipos por vía voluntaria en la cual se paga una cuota para poder tener acceso a los servicios de salud que otorga el instituto o por medio de una relación de trabajo formal es decir, una relación de trabajo en la cual tanto los obreros como los patrones pagan ciertas cuotas al instituto para gozar de sus beneficios y servicios que otorga.

Sus ingresos provienen de cuotas tripartitas es decir de tres partes que dan ciertas cantidades al instituto y que son el gobierno, los patrones y los trabajadores; cada uno de ellos da una cuota que cubre los servicios y las prestaciones que se otorgan a los trabajadores y a sus familiares así como a los patrones.

2.1.- OBJETIVOS.

Los objetivos del IMSS se encuentran contenidos en el manual de organización del mismo y son:

- a) Organizar la prevención de los riesgos cuya realización priva al trabajador de su capacidad de ganancias y de sus medios de subsistencia.
- b) Reestablecer lo más rápido posible la capacidad de ganancia perdida o reducida de los trabajadores como consecuencia de enfermedad o accidente.
- c) Proveer los medios de subsistencia necesarios en el caso de cesantía, interrupción de la actividad profesional, como consecuencia de enfermedad o accidente, de invalidez temporal o permanente, de cesantía por vejez o muerte prematura del jefe de la familia.

-) Cumplir con las funciones del instituto contenidas en la ley del seguro social y con las prestaciones que le han sido encomendadas. Se le considera por esto un sistema contra la perdida del salario que trata de cubrir en forma total todos los riesgos que pudieran afectar la estabilidad económica del trabajador, fomentando al mismo tiempo el bienestar y garantizando la protección del trabajador y de su familia. Estos son los objetivos que le han sido designados al IMSS y los cuales como hemos dicho anteriormente se encuentran contenidos en el manual de organización del instituto, pero al cual no tuvimos acceso, por lo que sólo nos los proporcionaron en forma verbal.

2.2.- FUNCIONES.

Las funciones que le competen al IMSS, están contenidas en la ley del seguro social, la cual dice textualmente:

"Artículo 4o. Título primero.

El seguro social es el instrumento básico de la seguridad social establecido como un servicio de carácter público nacional en los términos de esta ley sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 5o.

La organización y administración del seguro social, en los términos consignados en esta ley esta a cargo del organismo público denominado Instituto Mexicano del Seguro Social."³⁸

"Título cuarto. Capítulo único, Artículo 237.

El instituto organizará, establecerá y operará unidades médicas destinadas a los servicios de solidaridad social, los que serán proporcionados exclusivamente en favor de los núcleos de población que por el propio estado de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación social, rural, urbana y suburbana y que el poder ejecutivo federal determine como sujetos de solidaridad social.

Queda facultado el instituto para dictar las bases e instructivos a que se sujetaran estos servicios, pero en todo caso, se coordinara con la SSA y demás instituciones de salud y seguridad social.

Artículo 238.

El Instituto proporcionará el apoyo necesario a los servicios de solidaridad social que esta ley le atribuye, sin perjuicio del eficaz otorgamiento de las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y demás beneficiarios del régimen del seguro social."³⁹

"Capítulo 1. Título Quinto. Del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Artículo 240.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene las siguientes atribuciones:

38 Legislación sobre trabajo, apéndice al Ier, tomo. Edit. Ediciones Andrade, 8a. edición; México: 1966. p. 1014

39 Ibidem. p. 1040-43 y 44.

- I. Administrar los diversos ramos del seguro social y prestar los servicios de beneficio colectivo que señala esta ley.
- II. Recaudar las cuotas y percibir los demás recursos del instituto.
- III. Satisfacer las prestaciones que se establecen en esta ley.
- IV. Invertir sus fondos de acuerdo con las disposiciones de esta ley.
- V. Realizar toda clase de actos jurídicos necesarios para cumplir sus finalidades.
- VI. Adquirir bienes muebles e inmuebles dentro de los límites legales.
- VII. Establecer clínicas, hospitales, guarderías infantiles, farmacias, centros de convenciones, de convalecencias y vacacionales, así como escuelas de capacitación y demás establecimientos para el cumplimiento de los fines que le son propios, sin sujetarse a las condiciones salvo las sanitarias, que fijen las leyes y los reglamentos respectivos, para empresas privadas con finalidades similares.
- VIII. Organizar sus dependencias.
- IX. Difundir conocimientos y prácticas de previsión y seguridad social.
- X. Expedir sus reglamentos interiores.

Las demás que le confieren esta ley y sus reglamentos.

Artículo 241.

Las autoridades federales y locales deberán prestar el auxilio que el instituto solicite, para el mejor cumplimiento de sus funciones.

El instituto tendrá acceso a toda clase de material estadístico, censal, fiscal y en general a obtener de las oficinas públicas cualquier dato o informe que se considere necesario de no existir prohibición legal."⁴⁰

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

Este instituto es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, que ofrece servicios médicos, de enseñanza, de investigación, asistenciales y de rehabilitación destinados a todos los burocratas mexicanos.

Maneja una amplia programa de pensiones y prestaciones económicas, sociales y culturales y es el resultado de un esfuerzo conjunto entre el gobierno, los sindicatos federados y los trabajadores del estado, para establecer un régimen de seguridad social que beneficie a todos los burocratas, los cuales aportan cuotas con las cuales tienen derecho a utilizar los servicios que dicha institución otorga.

3.1.- OBJETIVOS.

El objetivo general del ISSSTE, esta marcado en el manual de organización del mismo y es:

"Coadyuvar con el ejecutivo federal, en el desarrollo de las tareas encaminadas a proporcionar los servicios de salud y seguridad social a los trabajadores del sector público, jubilados, pensionados y a sus familiares derechohabientes, así como en el seguimiento de las políticas tendientes a hacer extensivos estos servicios a toda la población del país."⁴¹

El 5 de octubre de 1983 se publica el nuevo reglamento interior del instituto, en el cual en su artículo 10. dice lo siguiente:

"Artículo 10. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tiene por objeto otorgar a los trabajadores y a sus familiares derechohabientes bajo su régimen, las prestaciones y servicios, ejercer las demás funciones que determina la ley del propio instituto y sus reglamentos."⁴²

41 Manual de organización del Issste, Edit. Issste; México: 1980. p.22

42 Reglamento interior del Issste en el diario oficial de la federación del día 5 de octubre de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983 p.34

3.2.- FUNCIONES.

Las funciones del Issste, están determinadas por la ley del mismo nombre y la cual en su capítulo XI llamado de las funciones y organización del instituto; sección primera dice que las funciones del Issste son las siguientes:

"Artículo 101.

El Instituto tendrá personalidad jurídica para celebrar toda clase de actos y contratos, así como para defender sus derechos ante los tribunales o fuera de ellos y para ejercitar las acciones judiciales o gestiones extrajudiciales que le competen; el instituto deberá obtener la autorización previa del gobierno federal, por conducto de la SHCP, para desistirse de las acciones intentadas o de los recursos interdictos, así como para dejar de interponer los que las leyes le concedan cuando se trate de asuntos que afecten al erario federal.

Artículo 102.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado tendrá las siguientes funciones:

- I. Otorgar y administrar diversos servicios a su cargo.
- II. Vigilar la concentración de las cuotas, aportaciones y demás recursos del instituto.
- III. Satisfacer las prestaciones a su cargo.
- IV. Otorgar jubilaciones y pensiones.
- V. Invertir los fondos de acuerdo a las disposiciones de esta ley.
- VI. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio.
- VII. Adquirir bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines.
- VIII. Establecer las prestaciones y servicios sociales, así como desarrollar las promociones sociales señaladas en las fracciones IV y V del artículo 3o. de esta ley.
- IX. Organizar sus dependencias y fijar las estructuras y funcionamiento de las mismas.

- X. Expedir los reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de organización interna.
- XI. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social.
- XII. Las demás que le confieren esta ley y sus reglamentos."⁴³

⁴³ Trueba Alberto, Legislación Federal del Trabajo Burocrático op.cit. p.102

.- SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

Es una institución de bienestar social, en la cual se brinda asistencia médica, curativa, preventiva y hospitalaria a la población infantil se otorga también atención especial a las madres en período de gestación y a la población infantil desválida, todo esto lo efectúa por medio de los hospitales que tiene a su cargo.

Este sistema fomenta la educación para la integración social por medio de la enseñanza preescolar y extraescolar, contribuyendo a mejorar de esta forma el nivel educacional de la población infantil mexicana. Proporciona también protección y asistencia a menores en caso de maltrato, abandono, enfermedad, extravío etc, por medio de la Procuraduría de la Defensa del menor y la familia.

.1.- OBJETIVOS.

Los objetivos de este organismo se encuentran contenidos en el artículo 2o. del acuerdo por el cual el DIF se integra al sector salud a partir de diciembre de 1982.

"Artículo 2o. El sistema tendrá por objeto:

- I. Promover el bienestar social y prestar al efecto servicios de asistencia social, conforme a las normas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- II. Apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad.
- III. Fomentar la educación, para la integración social.
- IV. Impulsar el sano crecimiento físico y mental para la niñez
- V. Proponer a la dependencia que administre el patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen.
- VI. Atender las funciones de auxilio a las instituciones de asistencia privada, que le confie la dependencia competente con sujeción a lo dispuesto en la ley relativa.
- VII. Operar el establecimiento de la asistencia social en beneficio de menores abandonados, de ancianos desamparados y de minusválidos.
- VIII. Realizar estudios e investigaciones sobre los problemas de la familia, de los menores, de los ancianos y de los minusválidos.

- . Intervenir en el ejercicio de la tutela de los menores, que correspondan al estado, en los términos de la ley respectiva.
1. Auxiliar al ministerio público federal en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten de acuerdo con la ley.
11. Las demás que le confieren las leyes."⁴⁴

⁴⁴ Acuerdo por el que el DIF debe integrarse al sector salud op, cit. p. 20-24

4.2.- .FUNCIONES.

Las funciones del DIF, se encuentran contenidas en el decreto constitutivo del sistema en los artículos siguientes:

"Artículo 12o. El

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia procurará en todo momento por medio de recomendaciones a las autoridades competentes de las entidades federativas la instauración de instituciones que presten servicios análogos similares y compatibles en relación a las que proporciona el propio sistema.

11. Artículo 13o.

El sistema celebrará convenios de coordinación necesarios con las instituciones análogas.

111. Artículo 14o.

Cuando el sistema haga aportaciones u otorgue subvenciones a las instituciones a que alude el artículo anterior como consecuencia de los convenios celebrados con apego a las disposiciones legales aplicables, registrará el destino de los recursos a las finalidades convenidas mediante los procedimientos que al efecto se establezcan en los propios convenios.

1V. Artículo 15o.

El sistema independientemente de la comunicación permanente que sostenga con las instituciones a que se refiere el artículo 13, convocará a las reuniones regionales que sean necesarias para el desarrollo coordinado de sus actividades, así mismo convocará una vez al año a las instituciones coordinadas de las entidades federativas a una reunión nacional a las que concurren las delegaciones de dichas instituciones.

V. Efectuar todas las funciones necesarias para la consecución de los objetivos del sistema contenidos en el artículo 2o.

VI. Evaluar cuidadosamente las condiciones propias de cada estado, por medio de coordinación y cooperación, con todas las entidades federativas de la república, basado en el análisis de las características económicas, sociales, culturales, antropológicas, y climatológicas entre otras, ya que son las autoridades estatales las encargadas de determinar que programas del sistema se pueden aplicar en sus respectivos estados.

Promover la creación de grupos de promotores voluntarios sociales - para el mejor desarrollo de los programas, contemplados en el plan nacional del DIF.

Llevar a cabo los programas de que consta el plan nacional del DIF. Las demás que le sean conferidas por el decreto constitutivo o por el reglamento interno del sistema,"⁴⁵

CAPITULO III SITUACION ADMINISTRATIVA DEL SECTOR DE 1976 A 1982.

1.- OBJETIVO GENERAL PARA EL SECTOR.

Para lograr el objetivo general que el Gobierno tenía en materia de sa lud, fue necesario que las instituciones de salud se agruparan en un - sólo rubro, esto es, todas las instituciones que brindan servicios asis- tenciales, médicos, económicos y sociales se agruparon bajo el llamado - sector salud a partir de 1976, el cual en conjunto tiene una cobertura de un poco más de la mitad de la población que en 1980 era aproxima- damente de 62 millones de personas; por lo que podemos observar que les - faltan servicios de salud a un poco más de 10 millones de personas. Este sector al crearse tenía un objetivo que era el de establecer un - régimen de bienestar social que garantizara el derecho a la salud y que otorgara condiciones de vida más dignas para todos los mexicanos. Conforme con el acuerdo de sectorización de fecha 3 de septiembre de 1982, quedaban sectorizados todos los centros, hospitales e institutos - descentralizados de la SSA, aunque para efectos programáticos se tomaba como sectorizados también al IMSS, el ISSSTE y el DIF, aunque este últi- mo a partir de diciembre de 1982 quedó integrado al sector salud en - forma real, o sea pasa a ser dependiente de la SSA; para mayor informa- ción sobre este punto consultar anexo 11 punto 5. Así pues, al asegurar ciertos mínimos de bienestar de salud y seguridad social indispensables, se cumpliría con la meta señalada por el gobier- no de llevar salud a todos los mexicanos.

EVOLUCION DEL SECTOR A PARTIR DE 1976.

Durante el período 1976-82, el gobierno federal le concede a la salud una de las más altas prioridades de que se tenga conocimiento en la historia de México y se le concede la importancia debida a la población marginada rural y suburbana.

Por esto es interesante observar el desarrollo del sector salud en este período. En 1976 se establece por decreto presidencial un instituto encargado de otorgar servicios sociales, prestaciones económicas y atención médica a los miembros de las fuerzas armadas mexicanas y a sus familiares, llamado Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) y que tiene la característica de ser un organismo - descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. En este año se lleva a cabo un Plan nacional indicativo de ciencia y tecnología en el cual se señala entre otras cosas, el problema de salud existente en México en base a la desnutrición y a la pobreza.

En 1977 se crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar) que puso en marcha un programa de estudio con el fin de conocer la realidad de los grupos marginados y de las zonas deprimidas en nuestro país, el cual llevo a cabo acciones importantes en materia de salud, educación, nutrición, dotación de agua potable etc. Tenía 3 programas básicos los cuales fueron llevados a cabo en diferentes períodos y son:

El programa de necesidades esenciales, el de reciente integración y el de estructura productiva. El coplamar es muy importante ya que en 1979 se celebra un convenio entre esta coordinación y el IMSS, para implantar un programa de solidaridad social, cooperación comunitaria cuyos costos serían cubiertos por el gobierno federal; al Coplamar le correspondería gestionar para obtener los recursos que fueran necesarios, y así llevar a cabo este programa y al IMSS le correspondería administrar y contabilizar los fondos y proporcionar los servicios de asistencia, hospitalización o saneamiento ambiental.

En 1977 se fusionan todas las instituciones dedicadas a la niñez como el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez en un organismo denominado DIF.

En este año también el IMSS crea dos programas de solidaridad social para incorporar a este régimen a determinada población campesina, pero

no lograron su objetivo inicial por lo que fueron fusionados en el programa de salud rural instrumentado por la SSA.

En 1978 se dan avances importantes para ampliar la cobertura de los servicios de salud, se instituye en el país obligatoriamente la Cartilla nacional de vacunación como un medio por el cual se pudieran conocer realmente la cifra de niños vacunados y así de esta manera evitar el gastos excesivo de las mismas y además tener una base sólida del número mínimo de vacunas que debería existir para el próximo período de vacunación en todas las instituciones de salud.

Se forma también la Comisión intersectorial de saneamiento ambiental - cuyas funciones eran planear, conducir y ejecutar las políticas de saneamiento ambiental, de prevención, de control y conservación, de investigación y estudio del equilibrio ecológico y de la restauración y mejoramiento del ambiente.

Se crea el organismo público descentralizado llamado Pronósticos Deportivos cuyos fondos serían destinados a la asistencia pública.

El centro mexicano de estudios de farmacodependencia desaparece y en su lugar se crea el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental; se crea el grupo Interinstitucional de Programación y Presupuesto del sector - salud y seguridad social constituido por el IMSS, el ISSSTE, el DIF, la SSA, el ISSFAM y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), que se encontraba dividido en dos subsectores que eran el de salud y el de seguridad social cuya función principal fue elaborar el Programa quinquenal del sector en el que establecieron lineamientos, objetivos y acciones programáticas para coordinar las acciones en el área de la salud. Se crea la Comisión Consultiva de seguridad e higiene del trabajo compuesta por representantes del estado, de los patrones y de los trabajadores por medio de sus sindicatos.

En 1979 se funda el Instituto Mexicano de Psiquiatría y el Instituto Mexicano de la Senectud, en este año se da a conocer el Plan Global de Desarrollo 1980-82, el cual incluía cuatro objetivos nacionales con el fin de dotar a la población de los mínimos de bienestar atendiendo a las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda; este plan

indica que la política de salud y seguridad social se debe avocar a ampliar la cobertura a las zonas marginadas rurales y urbanas y así consolidar los avances logrados y mejorar la calidad del medio ambiente: En 1980 se crea el organo administrativo llamado Sistema Nacional de Vacunación y desaparece la Subsecretaría de planeación de la SSA, la cual fue creada en 1977 y que vuelve a funcionar a partir de 1983. Se presenta en este año un proyecto de regionalización de los servicios pediátricos del Distrito Federal para integrar, los servicios de esta rama de la SSA, del Dif y del Departamento del Distrito Federal - el cual nunca prospero.

En 1981 se crea el Comité Mixto Consultivo de publicidad de alimentos, bebidas y medicamentos. Se crea el Consejo Nacional Antialcohólico y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Se expide una nueva Ley federal de protección al ambiente abrogando la de 1971.

Se crea la Coordinación Nacional de Planificación Familiar con el fin de unificar en una institución todos los programas de planificación familiar que tenían las diferentes instituciones de salud.

Estos son los sucesos más importantes que se dan de 1976 a 1982 en materia de salud y seguridad social

CARACTERISTICAS DE LAS POLITICAS DEL SECTOR.

"Las políticas del estado mexicano en materia de salud, a partir de 1940 se han caracterizado por:

Una cobertura parcial de la población. Se ha favorecido en una primera época sobre todo a la urbana y a ciertos núcleos rurales y posteriormente a los trabajadores de las ramas punta de la actividad económica y a los trabajadores del estado.

Una insatisfacción incompleta de las necesidades de salud. La mayoría de los servicios que se prestan no reúnen los requisitos de accesibilidad geográfica y económica, aceptabilidad, disponibilidad, suficiencia y continuidad, sobre todo son incongruentes con las necesidades de salud de la población.

La oferta de servicios de salud por el sector público sigue un modelo básicamente curativo, mediante atención médica-hospitalaria, un modelo caro y sin impacto en la salud de la población.

Las acciones curativas han sido el recurso más utilizado y tienen como centro de actividad el ámbito hospitalario de ubicación urbana. Esto - ha favorecido la dependencia de insumos y recursos costosos e importados.

En la distribución y prestación de los servicios se sigue un modelo - medicalizado de atención a la salud, en el cual el recurso humano fundamental es el médico, la unidad física principal es el hospital.

El impacto social y duradero de las acciones preventivas ha venido - siendo minimizado por las investigaciones de diversos centros académicos, por lo que resulta ineficaz y oneroso continuar con este esquema de prestación de servicios.

Los grupos de presión y los intereses del sector salud así favorecidos se convierten en freno y obstáculo para un cambio cualitativo de las políticas de este sector.

Predominio de las inmunizaciones y programas de control de vectores sobre el uso del resto de los recursos preventivos. Las acciones preventivas se concentran en cuanto a servicios personales en campañas permanentes y periódicas de vacunación.

- 9) En cuanto a las acciones preventivas no personales se han enfatizado aquellos programas ordinarios o verticales.
- 0) Los servicios no personales de salud han seguido un desarrollo errático y obtenido éxitos parciales.
- 1) Las iniciativas del estado para extender la cobertura han sido inconsistentes y soslayan la problemática subyacente. Los múltiples intentos por parte del estado para incorporar porciones crecientes de población al actual modelo de atención a la salud, corre el riesgo de sólo incrementar el consumo de productos farmacéuticos y otros recursos y no incidir en los niveles de salud de la población al no atacar la causalidad subyacente, la carencia de empleo y de satisfactores básicos.
- 2) El sector salud se encuentra disperso e inconexo, incluso en cuanto a estrategias y políticas globales. El plan nacional de salud fué deliberadamente archivado.
- 3) En nuestro país la prevención rara vez ha sido programada y aplicada en forma global.
- 4) Es patente el agotamiento del modelo de atención en salud vigente. La persistencia como primeras causas de muerte en el país de neumonías, e influencias, y de enteritis y otras enfermedades diarreicas, accidentes y muertes violentas y causas perinatales que arrojan una alta tasa de mortalidad en edades tempranas y cuyo carácter evitable no puede ser ocultado, muestra el fracaso de la estrategia vigente frente a la problemática de la salud.
- 5) La multiplicidad de iniciativas inconexas sobre un mismo campo o problema, lo que revela la falta de coordinación, y favorece la redundancia y el uso deficiente de los recursos.
- 6) Los cambios que interrumpen la secuencia programática e impiden la planeación, como es el caso de las instituciones encargadas de prestar asistencia social y médica a la niñez, que son fusionadas, aglutinadas o desaparecidas periódicamente.
- 7) Los canales del estado para ejecutar algunas tareas a dimensión nacional y masiva estan asolvados, bloqueados o se encuentran todavía inéditos.
- 8) La concepción de salud asumida en la definición y ejecución de las políticas de salud, toma al individuo (el paciente) o a la comunidad como socialmente desinsertados.

- 19) La visión patrimonial del estado por parte de algunos responsables de instituciones de salud ha acentuado la fragmentación e inconexión del sector de tal forma que las estadísticas generales no son uniformes.
- 20) La irrupción de personal no preparado en salud pública a todos los niveles, incluidos los de más alta jerarquía y responsabilidad, por méritos ajenos al área, ha impedido la formación de un servicio civil de carrera.
- 21) El análisis del gasto público en salud revela un comportamiento errático de los desembolsos en este rubro, tanto por parte del gobierno federal como del sector público en su conjunto; la distribución del gasto aún con las limitaciones de la información disponible, revela el apoyo desmedido a la construcción de hospitales a expensas de otros rubros y que las erogaciones se dirigen sobre todo a atender a los trabajadores asalariados urbanos y a la burocracia, a pesar de que toda la población directa o indirectamente contribuye a su financiamiento.
- 22) En la actualidad las instituciones de seguridad social concentran la mayor parte de los recursos humanos, financieros y materiales del sector salud.
- 23) Aún cuando las acciones curativas no han sido analizadas sistemáticamente, se puede afirmar que la relación médico-paciente es prácticamente inexistente.
- 24) Con lo que resalta más la importancia de acompañar las campañas sanitarias, en este caso del paludismo etc, de educación para la salud y más que nada de elevación de las condiciones materiales de vida de la población.
- 25) La importancia de definir una estrategia global, va más allá del afán de la optimización de los recursos y de la racionalidad del gasto, por que implica necesariamente un diagnóstico de la situación de la salud de la población del país y el establecimiento de prioridades de acuerdo a ella."⁴⁶

46 Almada Bay Ignacio, "Muertos que no hacen ruido" en el Desafío Mexicano, Edit. Océano, la edición; México: 1978. p. 35-41

Ahora pasaremos a enumerar algunas de las características de las políticas de salud que se han instrumentado a partir de 1976:

La política sectorial instrumentada por el gobierno a partir de 1976 y en la que se agrupan las instituciones de salud.

La integración del régimen de seguridad social de grupos de trabajadores del estado que no se encontraban protegidos por el ISSSTE, como son los ferrocarrileros, electricistas y los empleados de la SHCP.

La creación del Coplámar, con el fin de incorporar a grupos marginados del país a los servicios de salud.

El desarrollo de los servicios no personales y la importancia que se le da a la conservación del medio ambiente.

La creación de un programa quinquenal para el sector, en el que se definen metas específicas, objetivos y acciones.

La política de salud abocada a ampliar el régimen a las zonas marginadas y deprimidas por medio de programas específicos.

Se comienza a efectuar programas, planes y estrategias en los que se concede mayor importancia a la prevención de la salud.

Se incrementa el presupuesto asignado al sector salud.

Las modificaciones que se hicieron en la legislación sanitaria para actualizarla.

La implantación de la sectorización y la intersectorización para acabar con la falta de coordinación.

La creación de un gabinete del sector y una coordinación de los servicios de salud sirven para crear bases sólidas para implantar el sistema nacional de salud en México.

El propósito de establecer este sistema que garantice el derecho a la salud y condiciones de vida más dignas para todos.

- PRINCIPALES PROGRAMAS DEL SECTOR A PARTIR DE 1976.

En este punto haremos referencia a todos los programas y subprogramas que el sector salud instrumento en sus diferentes instituciones de 1976 a 1982. Primeramente ennumeraremos los programas, su objetivo y los subprogramas de cada una de las instituciones que componen el sector salud año por año.

PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS DE LA S.S.A.

Para el año de 1977 la SSA tenía básicamente los siguientes programas y subprogramas:

Atención Preventiva.-Cuyo objetivo es agrupar las acciones tendientes a evitar daños y riesgos, ya sea mediante la ruptura del ciclo natural de la enfermedad o elevando la capacidad de resistencia individual o colectiva, se identifica con tres campos de control: enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes.

Cuenta con los siguientes subprogramas: control de enfermedades transmisibles, control de enfermedades no transmisibles, nutrición, consulta a sanos, salud mental, planificación familiar voluntaria, salud bucal y control de enfermedades prevenibles por vacunación.

Atención Curativa.- Cuyo objetivo incluye la utilización de la tecnología y recursos para la atención de las enfermedades en los individuos, mediante los mecanismos de reparación y rehabilitación a través de la consulta médica, la atención de urgencia, la hospitalización y la terapia especializada, cuenta con los siguientes subprogramas: consulta externa general, consulta externa especializada y hospitalización.

Capacitación de la Población.- Cuyo objetivo comprende la creación de actividades favorables para la salud, la organización de la comunidad para la participación en programas de salud individual y colectiva y la educación tendiente a capacitar al individuo y a la familia en la realización de técnicas primarias de protección a la salud.

Cuenta con los siguientes subprogramas: educación para la salud y organización de la comunidad.

Saneamiento y mejoramiento del medio.- Cuyo objetivo comprende las acciones dirigidas a modificar las condiciones ambientales capaces de generar daños y riesgos en la salud de la comunidad y promover aquellas que le sean favorables. Cuenta con los siguientes subprogramas: control ambiental y saneamiento del medio.

-) **Formación y desarrollo de recursos humanos.**- Cuyo objetivo tiende a formar personal para actividades relacionadas con la salud a nivel técnico, profesional o auxiliar con el fin de contar con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los programas. Cuenta con los siguientes subprogramas: formación y desarrollo de personal profesional para la salud, formación y desarrollo de personal técnico para la salud y formación y desarrollo de personal auxiliar para la salud.
- Investigación, Ciencia y Tecnología.**- Cuyo objetivo tiende a disminuir la dependencia tecnológica del extranjero, por lo que se da importancia a la investigación aplicada y relacionada con los problemas de salud. Cuenta con un subprograma: Investigación.
- Producción de Bienes.**- Cuyo objetivo se refiere a la producción de alimentos de apoyo para las acciones preventivas y curativas, se considera importante que el país sea autosuficiente en insumos de calidad. Cuenta con los siguientes subprogramas: producción de biológicos producción de reactivos y producción de prótesis.
- Administración de la Salud.**- Cuyo objetivo comprende la organización de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros. No tiene subprogramas.
- Prestaciones Sociales.**- Cuyo objetivo comprende el mejoramiento del bienestar de la comunidad, mediante el otorgamiento de diversos servicios que influyen en la elaboración de los niveles culturales, educativos, nutricionales, de recreación y de esparcimiento, así como la protección específica a determinados grupos sociales. Cuenta con los siguientes subprogramas: integración y asistencia social y familiar atención a la infancia y atención a la vejez.
- Administración de la Seguridad Social.**- Cuyo objetivo comprende la organización administrativa de los recursos humanos, físicos y financieros. No tiene subprogramas.
- Estos son los 10 programas básicos que fueron instrumentados en los años de 1977 y 1978 con sus respectivos subprogramas.
- Para el año de 1979 hubo cambios poco importantes, ya que básicamente los programas siguen siendo los mismos sólo cambian algunos subprogramas que son incluidos a partir de este año. Se incluye también un nuevo programa.

Para el programa de atención preventiva se agrega el subprograma llamado detención oportuna de enfermedades.

Para el programa de atención curativa se agregan dos subprogramas el de rehabilitación y el de atención de urgencias, emergencias y desastres.

Para el programa de capacitación de la población se agrega el subprograma llamado orientación e información.

El programa de saneamiento y mejoramiento del medio, cambia de denominación y se llama de ahora en adelante Programa de Control Ambiental, tiene el mismo objetivo y los mismos subprogramas.

El programa de formación y desarrollo de recursos humanos se le agrega un nuevo subprograma llamado formación y desarrollo de personal administrativo.

Para el programa llamado investigación, ciencia y tecnología se le agregan nuevos subprogramas que son: enfermedades infecciosas y parasitarias, alimentación y nutrición, investigación operacional de los servicios de salud los problemas relacionados con la reproducción humana, el desarrollo y el crecimiento, enfermedades causadas por la contaminación ambiental, biotecnología desarrollo de medicamentos y el de investigación básica. Como podemos observar todos estos subprogramas se le agregan en este año, ya que en 1977 y 1978 sólo tenía un subprograma.

Los demás programas se conservan igual y sólo se crea el programa llamado Administración Central cuyo objetivo y subprogramas no fueron delineados.

Para el año de 1980, los programas y subprogramas de la SSA no ofrecen ningún cambio y se conservan exactamente igual a los de 1979.

Para el año de 1981 se efectúan algunos cambios en los programas y subprogramas de la SSA y son los siguientes:

Para el programa de atención preventiva se añade un nuevo subprograma llamado higiene del trabajo y prevención de accidentes.

Para el programa de atención curativa se agrega un nuevo subprograma; hospitalización especializada.

El programa de capacitación de la población no sufre cambios.

Al programa de control ambiental se le incluyen nuevos subprogramas - que son: control sanitario, saneamiento del agua, saneamiento atmosférico saneamiento del suelo, saneamiento de medios específicos, control de fauna nociva, control de sustancias químico tóxicas, promoción de obras de desarrollo comunal.

Para el programa de formación y desarrollo de recursos humanos no se da ningún cambio.

Se crea el programa llamado formación y desarrollo de recursos humanos para la asistencia y la seguridad social cuyo objetivo es el formar personal de nivel profesional, técnico, auxiliar y administrativo para las áreas de asistencia y seguridad social de la SSA.

Cuenta con los siguientes subprogramas: formación y desarrollo de personal profesional técnico, formación y desarrollo de personal - auxiliar, formación y desarrollo de personal administrativo.

En este año se crean los siguientes programas:

Programa de Investigación fundamental en ciencias exactas y naturales que no tiene objetivo delineado y cuenta con un subprograma investigación básica en el sector salud.

Programa de investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina, en la salud, asistencia y seguridad social cuyo objetivo es lograr nuevos conocimientos sobre técnicas de prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación, así como la reproducción humana su crecimiento, desarrollo con objeto de contribuir a solucionar los problemas nacionales de salud y disminuir la dependencia tecnológica del extranjero mediante el impulso de programas de investigación - aplicada, operacional y experimental. Cuenta con los siguientes subprogramas: enfermedades infecciosas y parasitarias; alimentación y nutrición; investigación operacional de los servicios de salud; problemas relacionados con la reproducción humana su crecimiento y desarrollo; enfermedades causadas por la contaminación ambiental; enfermedades crónico degenerativas; violencia y los problemas de salud mental; biotecnología; desarrollo de medicamentos; accidentes y enfermedades profesionales.

El programa que se había instrumentado hasta 1980 llamado investigación, ciencia y tecnología desaparece; creándose en su lugar los dos programas mencionados anteriormente.

Se crean también los programas siguientes para el año de 1981:

Programa de administración de la asistencia social, cuyo objetivo - contempla la administración de todo lo referente a la asistencia social; cuenta con un subprograma llamado dirección.

Programa de planeación de la salud sin objetivo delineado y que cuenta con un subprograma llamado planeación.

Programa de planeación de la asistencia social cuyo objetivo comprendía la planeación de todo lo referente a la asistencia social.

El programa de producción de bienes presenta nuevos subprogramas que son: producción de órtesis; producción de medicamentos y material didáctico.

El programa de administración de la salud que no tenía subprogramas anteriormente se le asignan los siguientes: dirección; control de recursos humanos; control de recursos financieros; supervisión y asesoría; informática; relaciones públicas y prensa; adquisiciones y suministros y servicios jurídicos.

El programa de prestaciones sociales se le agregan nuevos subprogramas que son: mejoramiento de la comunidad; alimentación complementaria y adiestramiento y capacitación.

Para el año de 1982 sólo aparecen registrados los programas que se instrumentaron hasta agosto de ese año, debido al cambio de administración, los programas que se instrumentaron hasta 1981 por la SSA, son los mismos sólo se dan tres cambios en cuanto a la programación se refiere y son los siguientes:

El programa llamado formación y desarrollo de recursos humanos para la asistencia y la seguridad social, desaparece.

El programa llamado administración de la asistencia social presenta tres nuevos subprogramas que son: control de recursos humanos, control de recursos financieros y supervisión y asesoría.

Se crea un nuevo programa llamado investigación aplicada y desarrollo experimental en la educación, ciencia y tecnología, cuyo objetivo es contar con un diagnóstico en las técnicas didácticas y estratégicas en el proceso de enseñanza, aprendizaje y optimizar los recursos educativos en salud, a fin de programar adecuadamente las funciones futuras y normar técnicas y sistemas educativos acordes a la comunidad; cuenta con los siguientes subprogramas: investigación aplicada y desarrollo experimental sobre los contenidos y métodos educativos, investigación aplicada y desarrollo experimental para la preparación y utilización del material y técnicas educativas.

Programas y subprogramas del IMSS para el año de 1977 tenía los siguientes:

1) Atención Preventiva.- Cuyo objetivo es dar protección a la población por medio de biológicos para prevenir las enfermedades transmisibles, vigilancia oportuna y adecuada prenatal para proteger a la madre y al niño, cuidar que el crecimiento y desarrollo del niño se realice en forma óptima, diagnosticar en forma temprana los padecimientos -- crónicos y su padecimiento oportuno, promoción de la salud bucal como parte integrante de la salud de la población; cuenta con los siguientes subprogramas: control de enfermedades prevenibles por vacunación, detección oportuna de enfermedades, salud mental, planificación familiar voluntaria,

2) Atención curativa.- cuyo objetivo es la restauración de daños a la salud a través de una medicina asistencial que comprende la atención de pacientes en consulta externa de medicina general y especialidades, urgencias médico-quirúrgicas y hospitalización con el apoyo de auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Cuenta con los siguientes subprogramas: consulta externa general, consulta externa por especialidades, hospitalización general y hospitalización de especialidades, rehabilitación, atención de urgencias, emergencias y desastres.

3) Capacitación de la Población.- Cuyo objetivo es establecer normas para organizar los eventos de orientación, principalmente dirigidos a centros de trabajo, organizaciones sindicales, organizaciones patronales y para el personal del propio instituto en los siguientes temas: riesgos de trabajo, planificación familiar, medicina preventiva, educación higiénica y derechos y obligaciones de la ley del seguro social; y lograr una verdadera capacitación en la problemática institucional por medio de la atención de las quejas a los derechohabientes. Cuenta con los siguientes subprogramas: orientación; capacitación y quejas.

4) Formación y desarrollo de recursos humanos.- Cuyo objetivo es formación y desarrollo de recursos humanos, selección y capacitación tanto del profesional técnico como del profesional, médicos y enfermeras - que ingresen al instituto, como el que haya prestado servicios dentro del mismo. Contribuir a la formación de médicos altamente calificados que demande la necesidades del país. Cuenta con un subprograma llamado formación de profesionales médicos y para médicos.

6) Investigación, Ciencia y Tecnología.-Cuyo objetivo es realizar investigaciones clínicas básicas de acuerdo a las posibilidades de la institución con respecto a recursos humanos, aspectos médicos y asistenciales en beneficio de los derechohabientes y de la población. No tiene subprogramas.

7) Administración para la salud.-Cuyo objetivo es asegurar el desarrollo y vigencia institucionales orientando y armonizando los esfuerzos y recursos del área de la salud hacia la consecución de los objetivos generales y específicos de la institución. No tiene subprogramas.

8) Prestaciones Económicas.-Cuyo objetivo es otorgar al trabajador suministros económicos en los casos requeridos, como subsidios, pensiones y jubilaciones globales; asignaciones familiares y prestaciones económicas. Cuenta con los siguientes subprogramas: subsidios y ayudas; pensiones y jubilaciones; indemnizaciones globales; finiquitos y asignaciones familiares.

9) Prestaciones Sociales.-Cuyo objetivo es propiciar el bienestar de la comunidad mediante la elevación de los niveles culturales, la inducción al sano esparcimiento y la protección al equilibrio económico en caso de fallecimiento, fortalecer los medios de subsistencia mediante la capacitación para el trabajo. Elevar los niveles de vida de la población rural y suburbana, mediante acciones orientadas a mejorar la educación, la economía doméstica, la alimentación, la vivienda y la capacitación para el trabajo. Cuenta con los siguientes subprogramas: integración de asistencia social y familiar; adiestramiento y capacitación de atención a la infancia.

10) Protección al Salario.-Cuyo objetivo es propiciar una elevación en el rendimiento del salario de sus trabajadores y coadyuvar al mejoramiento de la vivienda. Cuenta con los siguientes subprogramas: Unidades habitacionales y tiendas para empleados.

11) Ciencia y Tecnología.-Cuyo objetivo es impulsar la investigación científica que permite superar la asistencia médica y social en beneficio de los derechohabientes y de la población en general. No tiene subprogramas.

1) Administración de la seguridad social.-Cuyo objetivo es asegurar el desarrollo y vigencia institucionales orientando y armonizando sus esfuerzos y recursos de cada área programática hacia la consecución de los objetivos generales y específicos de la institución.No tiene subprogramas.

2) Administración Central.-Cuyo objetivo no esta definido.No tiene subprogramas.

Estos mismos programas y subprogramas fueron instrumentados por el IMSS durante los años de 1977 y 1978,ya que no hubo cambios,pero - para el año de 1979 si se dan cambios en los programas y subprogramas de la institución y son los siguientes:

Para el programa de atención preventiva,se agregan los subprogramas higiene del trabajo y prevención de accidentes y nutrición.

Para el programa de atención curativa los subprogramas siguen igual. Para el programa de capacitación de la población los subprogramas - anteriores son eliminados y se crean nuevos que son:orientación e - información y educación para la salud.

Para el programa de formación y desarrollo de recursos humanos el - único subprograma que había es cancelado y se crean los siguientes: formación y desarrollo de personal profesional para la salud y formación y desarrollo de personal técnico para la salud.

Para el programa investigación,ciencia y tecnología se crea el subprograma llamado investigación básica.

Para el programa de administración para la salud no hay cambios.

Para el programa de prestaciones económicas se cambian todos los -- subprogramas existentes hasta ese año y los nuevos son:ayuda para gastos de matrimonio,ayuda para gastos de entierro,pensiones,subsidi_os y finiquitos.

En el programa de prestaciones sociales no hay cambios,al igual que en el programa de protección al salario.

El programa de ciencia y tecnología es cancelado junto con sus subprogramas.

El programa de administración de la seguridad social no sufre modificaciones,

El programa de administración central que anteriormente no tenía subprogramas se le asignan subprogramas creados recientemente y son:planeación,dirección;control de recursos humanos,control de recursos financieros;supervisión y asesoría;informática;relaciones públicas y prensa;adquisiciones y suministros y servicios jurídicos.

Para el año de 1980 los programas y subprogramas del IMSS no varían y siguen los mismos de 1979.

Para el año de 1981 se dan algunos cambios que son los siguientes:

Para el programa de atención preventiva se crea el subprograma salud mental.

El programa de atención curativa no tiene cambios.

El programa de capacitación de la población sigue igual.

El programa de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud no tiene ningún cambio.

El programa de administración para la salud no sufre modificaciones. Se crea el programa de investigación fundamental en ciencias exactas y naturales que no tiene objetivo definido y que tiene un subprograma llamado investigación básica en el sector salud.

El programa de prestaciones económicas no presenta cambio alguno, al igual que el de prestaciones sociales y el de protección al salario.

El programa de administración de la seguridad social y el de administración central no sufren modificaciones.

Se crea el programa de planeación central sin objetivo y subprogramas definidos.

Para el año de 1982 no se dan ningún cambio en lo que respecta a los programas y subprogramas de 1981, agregándose solamente al programa de atención preventiva el subprograma llamado nutrición.

Programas y subprogramas del ISSTE.- al empezar el período 1976-82 el instituto tenía los siguientes programas básicos:

Atención preventiva.-Cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de la salud individual y colectiva, a través de la higiene, orientación nutricional, prevención de accidentes, enfermedades transmisibles, parasitarias, del aparato respiratorio y protección específica contra enfermedades; cuenta con los siguientes subprogramas: promoción, protección específica, y detección oportuna, psiquiatría comunitaria, planificación familiar, vigilancia epidemiológica y medicina del trabajo.

Atención Curativa.-Cuyo objetivo no se especifica cuyos subprogramas son: cuidado de la salud en clínicas y cuidado de la salud en hospitales.

Capacitación de la población.-Cuyo objetivo es lograr que el derechohabiente diferencie los factores de riesgo que originan algunas enfermedades y participe en la modificación de estos condicionantes. Tiene los siguientes subprogramas: orientación nutricional y de otros temas y orientación e higiene sobre la reproducción.

Formación y desarrollo de recursos humanos.-Cuyo objetivo es contribuir en la actualización y preparación de los integrantes del equipo de salud, para mantener el alto nivel de calidad en la prestación de los servicios médicos; tiene los siguientes subprogramas: formación de recursos y desarrollo de recursos.

Ciencia y tecnología.-Cuyo objetivo no está delineado tiene dos subprogramas: investigación básica e investigación sociomédica.

Atención primaria para la salud.-Cuyo objetivo es promover y restituir la salud al derechohabiente proyectando los servicios del instituto a domicilio entendiendo como tal el hogar, centro de trabajo y recreación, mediante equipos multidisciplinarios médico-sociales. Cuenta con los siguientes subprogramas: cuidado de la salud a nivel domiciliario área metropolitana y cuidado de la salud a nivel domiciliario área foránea.

Administración.-Cuyo objetivo no está delineado y que tiene los siguientes subprogramas: revisión y actualización de la estructura orgánica; reestructuración de las unidades médicas área metropolitana

y foránea; elaboración y actualización de normas y manuales de operación; subsistema de información médica; administración de recursos humanos; racionalización de recursos materiales; control de gestión; supervisión y evaluación.

8) Prestaciones económicas cuyo objetivo es habilitar a los trabajadores del estado para satisfacer sus demandas de obtención de recursos monetarios. Tiene los siguientes subprogramas: prestaciones en dinero
financiamiento y administración.

9) Prestaciones sociales.-Cuyo objetivo es proporcionar a los trabajadores los medios y las facilidades que le permitan adquirir conocimiento para realizar mejor sus tareas, brindándoles la oportunidad de elevar su cultura y la de su familia y participar en acciones deportivas, así como de aprovechar en óptimas condiciones sus descansos semanales, vacacionales y tiempo libre. Proporcionar al trabajador - prestaciones sociales que le permitan proteger la economía familiar y los medios que satisfagan sus necesidades a precios razonables, además de dar atención al niño y así darle al trabajador la tranquilidad necesaria para el mejor desempeño de sus funciones, también - permitiéndole a los jubilados y pensionados ser útiles y productivos y reintegrándolos en forma activa a la sociedad. Cuenta con los siguientes subprogramas integración y asistencia social y familiar; adiestramiento y capacitación; administración; integración y asistencia social; atención a la infancia y atención a la vejez.

10) Administración.-Cuyo objetivo es coadyuvar con el ejecutivo federal a la tarea de llevar la salud y la seguridad social a los trabajadores del sector público, proporcionándoles a todas las áreas del instituto los recursos humanos y materiales en forma; controlar que los recursos financieros se esparzan racionalmente y de acuerdo a los presupuestos aprobados, por la Secretaría de Programación y Presupuesto, procurar que la institución se desenvuelva en el marco restrictivo de sus disposiciones jurídicas y programa de la construcción de -- obras nuevas del instituto en términos de calidad y costos adecuados a los lineamientos de la Secretaría mencionada, y a las prioridades fijadas por la H. Junta Directiva del instituto. Cuenta con los siguientes subprogramas: dirección general; recursos humanos; recursos mate-

riales.control;servicios jurídicos;jefaturas y construcciones.

- 1) Fondo de la vivienda del ISSSTE.-Cuyo objetivo es tener depósitos constituidos en el fondo por correcta aplicación del financiamiento a contratistas, tratar que las unidades habitacionales financiadas - por el fondo esten dentro del marco legal y dentro de los principios básicos necesarios para la creación de sistemas estructurales adecuados a los fines primordiales del fondo.Planeación,control,promoción y evaluación de recursos humanos,proporcionar el elemento humano adecuado a las necesidades del fondo,establecimiento de la actividad interna en la remuneración de trabajo y la compatibilidad en el marco laboral.Cuenta con los siguientes subprogramas:prestaciones económicas;financiamiento;investigación y administrativo.
- 2) Protección al salario.-Cuyo objetivo es proteger el salario del - trabajador al servicio del estado,a través del ofrecimiento de artículos básicos a precios razonables y preferenciales y proporcionar una vivienda digna de ser habitada a un bajo costo y consecuentemente aumentar su nivel de vida.Cuenta con dos subprogramas:tien - das y unidades habitacionales.
- 3) Programación y gobierno. Cuyo objetivo no esta delineado ni subpro - gramas.

El programa de prestaciones sociales se encuentra dividido en dos partes una dedicada exclusivamente a lo que se refiere a las prestaciones sociales y otra dedicada a brindar al trabajador y su familia la oportunidad de capacitarse en una mejor forma,los tres primeros subprogramas corresponden a esta última parte y los demás a - lo que se refiere a las prestaciones sociales exclusivamente.

Estos son los programas y subprogramas que se llevaron a cabo en 1977 y 1978.

Para el año de 1979,el ISSSTE tenía,los siguientes programas y sub - programas :

Programa de atención preventiva;se le cancelan los subprogramas que tenía anteriormente y se crean los siguientes:control de enfermedades transmisibles,control de enfermedades prevenibles por vacuna - ción detección oportuna de enfermedades,nutrición,salud mental,higi - ene del trabajo y prevención de accidentes,planificación familiar vo-

luntaria; salud bucal y construcciones.

Programa de atención curativa, se cancelan los subprogramas anteriores y se crean los siguientes: consulta externa por especialidades, consulta externa general, hospitalización general, atención de urgencias y - desastres.

Programa de capacitación para la población, se cancelan los subprogramas anteriores y se aprueban los siguientes: orientación e información y educación para la salud.

Programa de formación y desarrollo de recursos humanos, en este programa se reagrupan los que tenía anteriormente en sólo dos subprogramas que son: formación y desarrollo de personal profesional para la salud y desarrollo y formación de personal técnico para la salud.

Programa de investigación, ciencia y tecnología, en este programa se reagrupan otros subprogramas que habían sido cancelados en otros programas, con el fin de ubicarlos correctamente en el área correspondiente y sus nuevos subprogramas son: enfermedades infecciosas y parasitarias; alimentación y nutrición; investigación oportuna en los servicios de salud; problemas relacionados con la reproducción humana su crecimiento y desarrollo; biotecnología; desarrollo de medicamentos y enfermedades profesionales e investigación básica.

Programa de administración de la salud el cual anteriormente se denominaba simplemente administración no tiene subprogramas.

Programa de atención primaria en la salud experimental, los subprogramas sólo cambian de nombre y son: cuidados de la salud a nivel domiciliario área metropolitana y cuidados de la salud a nivel domiciliario área foránea.

Programa de prestaciones económicas se agrega un nuevo subprograma - que se llama prestamos hipotecarios del ISSSTE.

Programa de prestaciones sociales se agregan nuevos subprogramas que son: alimentación complementaria; inscripciones en el sistema de enseñanza abierta media.

Programa de protección al salario sigue igual.

Programa de administración sólo cambia de nombre y se llama administración de la seguridad social y no tiene subprogramas.

Programa del fondo de la vivienda del ISSSTE sigue igual.

Estos son los programas y subprogramas instrumentados por el ISSSTE en los años 1979 y 1980.

En el año de 1981 los programas y subprogramas fueron los siguientes:

Programa de atención preventiva no sufre cambios.

Programa de atención curativa sigue igual.

Los programas de capacitación para la población y atención primaria para la salud siguen sin modificaciones.

Programa de administración de la salud se le agrega un nuevo subprograma llamado dirección.

Programa de prestaciones económicas cambian todos sus subprogramas y los nuevos son: subsidios y ayudas; pensiones y jubilaciones; indemnizaciones globales y devoluciones de depósitos.

El programa de prestaciones sociales sigue igual.

Se anexa un nuevo programa llamado prestaciones económicas y que se refiere exclusivamente a los préstamos a los trabajadores al servicio del estado, tiene un subprograma: préstamos a corto plazo.

Programa de protección al salario no sufre modificaciones, al igual - que el programa de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud.

Programa de administración de la seguridad social se le anexan los subprogramas: dirección, control de recursos humanos, control de recursos financieros, supervisión y asesoría, informática, relaciones públicas y prensa, servicios jurídicos, adquisiciones y suministros y control de financiamiento.

Programa de investigación, ciencia y tecnología cambia de nombre y se llama de ahora en adelante programa de investigación aplicada y desarrollo experimental en la medicina, en la salud y asistencia y seguridad social sus nuevos subprogramas son: enfermedades infecciosas y parasitarias, investigación operacional de los servicios de salud, problemas relacionados con la reproducción humana su crecimiento y desarrollo, biotecnología, y enfermedades crónico degenerativas. En este año se crean los programas siguientes:

Programa de financiamiento de módulos sociales sin objetivo delineado y que tiene los siguientes subprogramas: estudios y proyectos, adquisición, construcción, remodelación y rehabilitación, y conservación y mantenimiento.

Programa de créditos para la vivienda, llamado anteriormente fondo de la vivienda del ISSSTE, tiene nuevos subprogramas: adquisiciones de vivienda, adquisición de terreno, construcción, reparación, remodelación, ampliación y mejoras y rendición de pasivos.

Programa de administración central cuyo objetivo es implantar nuevas técnicas y actualizar las existentes en materia de dirección, control, y supervisión administrativa que permitan apoyar sistemáticamente las acciones sustantivas que llevan a cabo las diferentes áreas operativas del instituto, a fin de lograr el uso racional de los recursos humanos y financieros elevando así el nivel de servicios de salud y seguridad social que demanda la población; tiene los siguientes subprogramas: control de recursos humanos, control de recursos financieros, supervisión y asesoría, dirección, servicios jurídicos, relaciones públicas y prensa y adquisiciones y suministros.

Programa de administración central cuyo objetivo es apoyar a las áreas operativas del instituto a través del establecimiento y actualización de nuevos sistemas y subsistemas de planeación que permitan alcanzar un manejo adecuado de los servicios de salud y seguridad social que se otorgan a la población derechohabiente, tiene un subprograma llamado planeación.

Estos son los programas y subprogramas que fueron instrumentados en el año de 1981 y que estuvieron en vigencia hasta agosto de 1982.

Programas y subprogramas del DIF, al crearse este sistema se le asignan los programas y subprogramas que anteriormente había instrumentado el Instituto Nacional de Protección a la Infancia y la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, los cuales fueron reagrupados en 4 programas básicos que se llevaron a cabo a partir de 1977 y son:

- 1) Medicina Preventiva y Nutrición.-Cuyo objetivo es apoyar y fomentar la medicina preventiva y curativa, agrupar los esfuerzos tendientes a lograr una mejoría cualitativa y cuantitativa en la alimentación de la niñez y la familia, así como promover la higiene familiar y la de la comunidad. Igualmente fomentar y proporcionar la prestación de servicios en materia de rehabilitación física e integral de la niñez; incluye la atención médica curativa y preventiva, la administración de los hospitales, la capacitación de promotores de salud, la promoción de campañas de higiene, la producción y distribución de desayunos nutritivos, nutrición a madres gestantes y nutrición a lactantes.
- 2) Educación.-Cuyo objetivo es fomentar la educación para la integración social a través de la enseñanza preescolar y extraescolar, así como los servicios complementarios de bibliotecas y edición de publicaciones; incluye la atención preescolar al aire libre y la de los centros de desarrollo integral.
- 3) Promoción Social.-Cuyo objetivo es impulsar la formación y la capacitación de grupos de promotores voluntarios sociales y la coordinación de sus acciones, con el fin de lograr el bienestar social y una mayor unidad de la familia; incluye la protección jurídica al menor, campañas de asesoría, protección al niño, prevención y tratamiento de la farmacodependencia, convivencia familiar y solidaridad con el anciano.
- 4) Desarrollo de la Comunidad.-Cuyo objetivo es fomentar el bienestar individual y colectivo mediante la prestación de diversos servicios sociales para la mejor formación e incorporación del individuo, la familia, la comunidad al desarrollo nacional. Incluye talleres de producción, talleres del mezquite, capacitación industrial, artesanal y agropecuaria, actividades recreativas en centros de desarrollo de la comunidad. Para el año de 1978 estos programas se reajustan y sufren modificaciones quedando como sigue:

El programa de medicina preventiva y nutrición se le asigna un nuevo objetivo que es: formar una población sana que emprenda tareas familiares, laborales, sociales, culturales con dedicación y responsabilidad considerando que los servicios médicos deben estar dirigidos primordialmente a la prevención de enfermedades ya que el derecho a la salud no se agota en la lucha contra enfermedades sino que implica su prevención y el mejoramiento integral del ser humano, cuenta con los siguientes subprogramas: asistencia médica, medicina social, medicina de rehabilitación, investigación médica, psicología y salud mental, educación médica y docencia especializada, fomento a la producción de alimentos, apoyo nutricional, investigación y tecnología de alimentos y administración.

El programa de educación cuenta con un nuevo objetivo que es atender a la población carente de servicios educativos por insuficiencia de instalaciones, contribuir con esta medida a que la tasa de analfabetismo se vea disminuida, con el propósito de fomentar expresamente la integración social a través de la enseñanza, inculcando en los niños, jóvenes y adultos la responsabilidad que se tiene ante la vida reconociendo en la educación el medio a través del cual el individuo se encuentra en posibilidad de lograr su plena realización social, cultural y humana así como su incorporación a la estructura productiva del país, fomentando su sano crecimiento físico y mental, así como la formación de conciencia crítica, cuenta con los siguientes subprogramas: preescolar, extraescolar, actividades cívico deportivas, publicaciones y bibliotecas, actividades culturales, recreación, apoyo audiovisual y administración.

El programa de promoción social tiene el siguiente objetivo que a través de la formación, capacitación y coordinación de grupos de promotores voluntarios sociales, promover el cambio de la actitud paterna haciéndoles conscientes de su responsabilidad en la protección del correcto funcionamiento del niño dentro del ámbito social entendiendo esto, en su más amplio concepto es decir, la protección y formación de su carácter y conducta tanto física como mental y tanto espiritual como intelectual que le permita cumplir con sus responsabilidades y gozar

de sus derechos en el presente y en el futuro, cuenta con los siguientes subprogramas: asistencia a menores desamparados, integración social y familiar, orientación y asesoría jurídica, asesoría externa para la promoción social y administración.

El programa de desarrollo de la comunidad tiene el siguiente objetivo fomentar el bienestar individual y familiar mediante la prestación de diversos servicios para la mejor formación e incorporación del individuo, la familia, la comunidad al desarrollo nacional, en el que sus componentes humanos requieren de una función participativa al tomar conciencia de su problemática y la seguridad y confianza en su capacidad orientando su energía a trabajo de carácter colectivo y de beneficio común para todas las familias; cuenta con los siguientes subprogramas: orientación y promoción para el mejoramiento de la comunidad, servicios comunales, promoción de grupos sociales voluntarios, administración, investigación para el desarrollo de la comunidad.

Para el año de 1979 los programas y subprogramas anteriormente enumerados siguen igual sólo se crea un nuevo programa llamado administración cuyo objetivo es planear, coordinar, dirigir, controlar y evaluar los recursos humanos, materiales y financieros del sistema para el logro de sus objetivos de conformidad con las políticas establecidas.

Para el año de 1980 el sistema cuenta con los mismos programas y subprogramas básicos y presenta algunos cambios que son:

Para el programa de medicina preventiva y nutrición se agregan los subprogramas educación médica y docencia especializada, apoyo administrativo interno e información y documentación biomédica.

Los programas promoción social y educación siguen igual.

El programa desarrollo de la comunidad presenta un nuevo subprograma llamado desarrollo de la comunidad en el medio rural en el que se reagruparon los anteriores subprogramas, y se le agregan los subprogramas apoyo administrativo interno y orientación y promoción para el mejoramiento de la comunidad.

El programa llamado administración cambia de nombre y se llama programa de oficialía mayor.

Se crea el programa de alimentación familiar cuyo objetivo es el mejorar la alimentación y nutrición familiar principalmente de la población económicamente menos favorecida mediante la planeación, promoción, organización y control de actividades de carácter alimentario que induzca a su bienestar social y tiene los siguientes subprogramas: fomento a la producción de alimentos, apoyo nutricional, alimentos básicos enriquecidos, investigación y tecnología de alimentos y apoyo administrativo interno.

Para los años de 1981 y 1982 los programas y subprogramas del sistema son los que a continuación enumeramos:

En relación con los programas de 1980 el de atención curativa sigue igual.

El programa de atención preventiva y nutrición no sufre modificaciones. El programa de capacitación de la población le agrega el subprograma llamado sesiones educativas.

El programa de formación y desarrollo de recursos humanos para la salud se le agrega un subprograma llamado adiestramiento y capacitación. Se crea el programa saneamiento y mejoramiento del medio que no tiene objetivo delineado y tiene los siguientes subprogramas: promoción de obras de desarrollo comunal, promoción y realización de obras comunales.

El programa de producción de bienes presenta un nuevo subprograma llamado fabricación y reparación de órtesis.

Los programas de planeación en salud; prestaciones sociales; administración de la salud no sufren cambios.

Se crean los siguientes programas:

Programa de administración de la asistencia social que cuenta con los siguientes subprogramas: dirección, control de recursos humanos, control de recursos financieros, supervisión y asesoría, informática, relaciones públicas y prensa, servicios jurídicos, adquisiciones y suministros.

Programa de planeación de la asistencia social que tiene un subprograma llamado planeación.

Programa y desarrollo de recursos humanos para la asistencia y la seguridad social tiene los siguientes subprogramas: formación y desarrollo de personal profesional, formación y desarrollo de personal administrativo y formación y desarrollo de personal técnico.

Programa IADE en la educación, ciencia y tecnología tiene los siguientes subprogramas: sobre los contenidos y métodos educativos; para la preparación y utilización de materiales y técnicas educativas.

Programa IADE en la salud, asistencia y seguridad social tiene los siguientes subprogramas: enfermedades infecciosas y parasitarias, alimentación y nutrición; problemas relacionados con la reproducción humana el crecimiento y su desarrollo; violencia y los problemas de salud mental; biotecnología; desarrollo de medicamentos; investigación aplicada y desarrollo experimental en asistencia y seguridad social.

Estos programas y subprogramas instrumentados por el DIF son los que se continuaron instrumentando hasta 1982.

INDICES DE SALUD EN MEXICO.

Estos índices son llamados también indicadores de salud y son un recurso que expresa por medio de gráficas y de manera accesible, el resultado y la magnitud de los problemas de salud que se presentan en una población, grupo social o tiempo determinado.

Estos indicadores son muy importantes ya que muestran, el grado de desarrollo económico y social de un país; en este caso de México.

Dada la escasa e inaccesible información en lo referente a los problemas de salud, estos indicadores son deficientes, incongruentes y obsoletos y nos aportan datos que en la realidad no son verídicos ni confiables del todo; esto debido principalmente a los cambios frecuentes de clasificación que se presentan, a la ausencia total de estudios concretos sobre estos indicadores y la influencia que tienen sobre estos indicadores y la influencia que tienen los mismos sobre las clases sociales por lo que sólo nos sirven para darnos una idea de cuales son los problemas de salud más importantes en nuestro país.

Existen varios indicadores, pero los más importantes son los de natalidad, mortalidad, y otros que son de menor importancia como son los de esperanza de vida al nacer, el factor demográfico y la morbilidad.

De estos los dos primeros los veremos más adelante detalladamente y el de esperanza de vida al nacer y el de morbilidad sólo los veremos de una forma somera.

MORBILIDAD.- Es la clasificación de la enfermedad por causas, que van desde las más importantes y frecuentes hasta las de menor importancia y menor frecuencia se clasifican por grupos de diez.

En México los índices de morbilidad existentes nos muestran que la mayor parte de las causas de muerte son evitables, es decir que pueden evitarse de existir una adecuada educación para la salud y una correcta información sobre las enfermedades más comunes y evitables en México. Estas causas ocurren con mayor frecuencia en personas de edades productivas, es decir en personas con edad entre los 15 y 45 años. Las principales causas son originadas por la violencia como es el caso de los accidentes y los homicidios.

Otra causa importante que es frecuente en personas en edad productiva y con déficit alimenticio en especial los niños y ancianos, son las que causan las enfermedades transmisibles prevenibles como la neumonía, la influenza, la enteritis, la tuberculosis, la tifoidea, las enfermedades diarreicas etc.

ESPERANZA DE VIDA.- Es este indicador el que muestra de manera general el resultado del proceso salud-enfermedad o sea la disminución y el aumento de las posibilidades de vida a partir de los 45 años. De 1930 a 1975 esta esperanza aumentó de 37 a 65 años y se dió en relación con el grado de desarrollo económico y social que había experimentado el país en esos años y con el tipo de organización social que predomina, pero a pesar que la esperanza de vida ha aumentado, la salud de los mexicanos esta por debajo del nivel que el desarrollo de México les puede brindar. En el caso del sector salud es necesario crear un sistema de información adecuado que de a conocer a la población los servicios de salud que existen en nuestro país y las instituciones que los prestan, los recursos con que cuentan y la población real que tiene cubierta por estos servicios; para tener de esta forma un conocimiento real de la salud de los mexicanos.

Ahora pasaremos a explicar los indicadores de salud más importantes - que existen en México.

NATALIDAD Y MORTALIDAD.

La natalidad y la mortalidad son los dos principales indicadores de salud de un pueblo y en la siguiente gráfica se muestran las tendencias registradas por estos indicadores a partir de 1900.

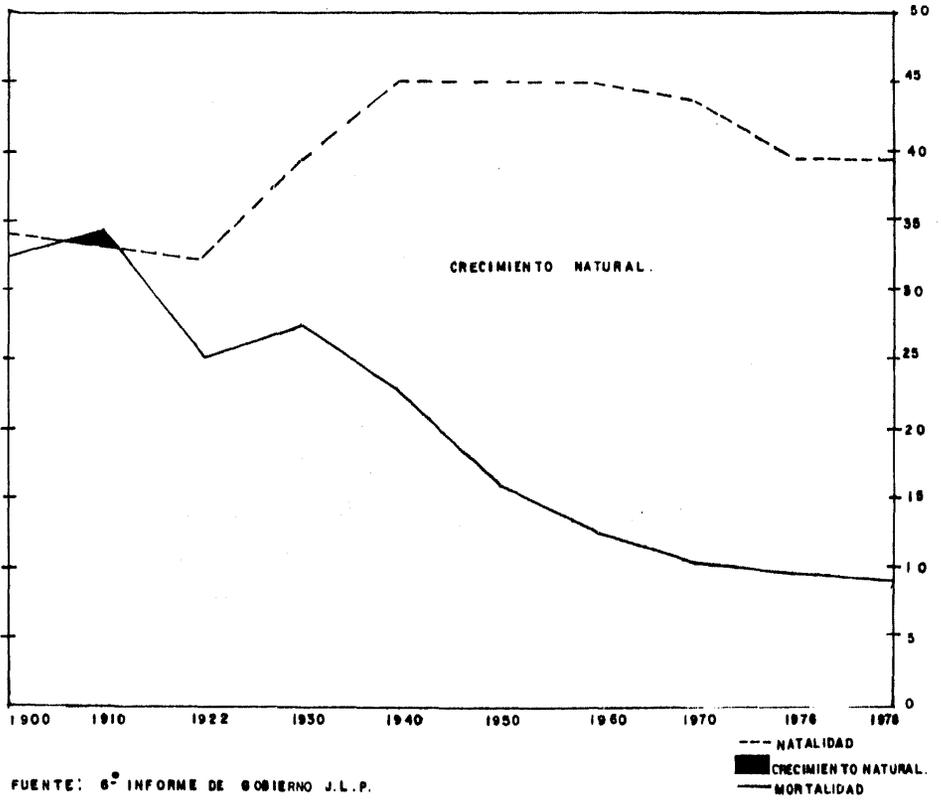
Como podemos observar, la mortalidad ha tenido una tendencia decreciente debido a la acción de los programas de salud y seguridad social, al avance que ha tenido la tecnología médica y de la mejoría que ha habido en la dieta alimenticia del mexicano, todo esto ha contribuido favorablemente a que la tasa de mortalidad haya ido decreciendo notablemente.

Por ejemplo en 1930 morían 26 de cada mil habitantes, mientras que en 1978 esta cifra bajo considerablemente a 9 por cada mil habitantes. Así pues vemos que la natalidad también ha ido disminuyendo sobre todo en los últimos años, debido a la importancia que se le ha concedido al programa de planificación familiar llevado a cabo por las diferentes instituciones de salud que brindan servicios sociales y asistenciales a la población mexicana.

También esta disminución se debe a la importancia que se le ha dado al binomio materno-infantil.

Por ejemplo en 1940 nacían 44 mexicanos por cada mil habitantes mientras que en 1978 esta cifra bajo a 39 mexicanos por cada mil habitantes.

MORTALIDAD Y NATALIDAD GENERAL
(TASA POR MIL HABITANTES)



2.- POBLACION DERECHOHABIENTE.

Con este nombre se le conoce a aquella población que se encuentra protegida por el régimen de seguridad social y que en México el estado - brinda por medio de dos grandes institutos como son el IMSS y el ISSSTE - esta población tiene acceso a los servicios que brindan estas instituciones y a gozar de todas las prestaciones que otorga.

A partir de los años sesentas, esta población aumento considerablemente debido principalmente al alto crecimiento demográfico que se había experimentado en nuestro país en los años sesentas y que no había sido racional al crecimiento que han experimentado los servicios de salud. Así pues, podemos ver de esta forma como ha crecido esta población y - la forma en que han tenido acceso a los servicios los usuarios de los mismos; por esto incluimos dos gráficas.

La primera nos muestra la forma en que se encuentra distribuida la población derechohabiente y la segunda que muestra la población que tiene acceso a los servicios de salud y que incluye a las instituciones privadas y a las de salud pública.

Sin embargo la gráfica de población derechohabiente de las instituciones de seguridad social, puede mostrar una información errónea esto debido a que existen personas que se encuentran protegidas por las - dos instituciones de seguridad que existen en México.

O sea existen casos, en que se contabiliza a una persona dos veces, ya sea porque se encuentra protegida por las dos instituciones o porque trabaja en una de las dos instituciones y es derechohabiente de - la otra, haciendo que de esta forma aumente la población derechohabiente que es contabilizada periódicamente.

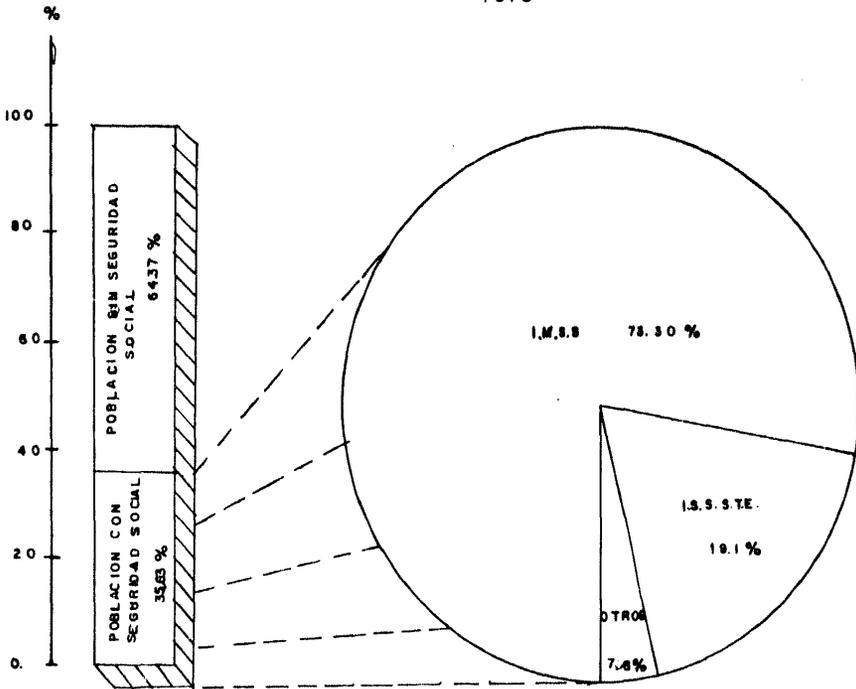
GRAFICA 1

Como podemos observar del total de la población que había en 1980 y - que era aproximadamente de 62 millones de personas y que constituía el 100 % de la población; aproximadamente 40 millones de personas o sea un total de 64.37 % carecían de seguridad social y sólo el 35.63 % o sea 22 millones de personas se encontraban protegidas por el régimen de - seguridad social.

De este 35.63 % de población derechohabiente cubierta por el régimen de seguridad social y que constituía el 100 % de población derechohabiente aproximadamente unos 16 millones de personas o sea un 75.30 % se encontraban protegidas por el IMSS y sólo el 19.1 % o sea unos 4.5 millones de personas se encontraban protegidas por el ISSSTE y el resto 7.6 % o sea 1.4 millones de personas eran cubiertas por otros organismos que brindan seguridad social como son el ISSFAM, Pétroleos Mexicanos y el Departamento del Distrito Federal.

Actualmente aún cuando no hay gráficas recientes disponibles con este tipo de información, se sabe que la población derechohabiente ha aumentado y que cubre un 45 % aproximadamente del total de población del país; así pues podemos considerar que para 1982 existían aproximadamente a 33 millones de personas, pero aún faltan servicios para otros 10 millones de personas que no están protegidas por este régimen y que - no tienen acceso a la salud pública tampoco.

1978



FUENTE: 3º INFORME DE GOBIERNO J.L.P.

GRAFICA 2.

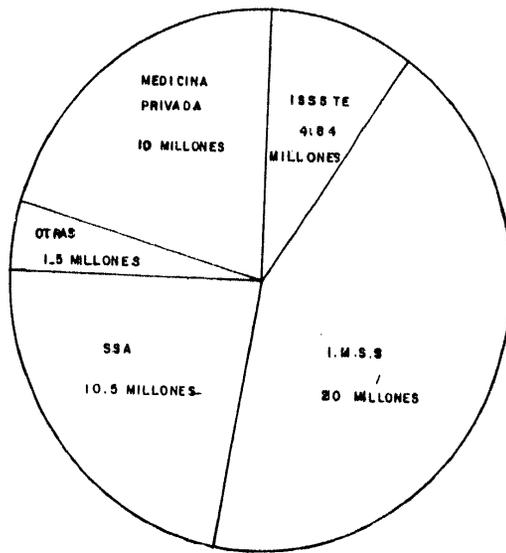
Podemos ver en esta gráfica, de población con acceso a los servicios de salud, que brindan las diferentes instituciones del sector.

Que para 1979 había 46 millones 840 mil personas con acceso a los servicios de salud constituyendo el 100 % de la población; del cual aproximadamente 42,69 % o sea unos 20 millones de personas eran atendidas por el IMSS, el 10.33 % aproximadamente 4 millones de personas eran atendidas por el ISSSTE, 21.34 %, 10 millones de personas eran atendidas por la medicina privada y el resto 22.44 % 10 millones 540 mil personas las atendía la SSA y el 3.20 % 1 millón 500 mil personas las atendía el DIF.

Como podemos ver hay una gran diferencia y disparidad en cuanto al acceso de los servicios de salud por parte de la población mexicana, ya que la mayor parte de los mismos los otorgan las instituciones de seguridad social y las demás las da en su mayoría la SSA y la iniciativa privada.

POBLACION ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
46,840000 MIL MEXICANOS

EN MILLONES DE
PERSONAS



FUENTE 2º INFORME DE GOBIERNO J. L. P.

CAPITULO IV MODERNIZACION DEL SECTOR.

SITUACION ACTUAL DEL SECTOR.

Es a partir del mes de diciembre de 1982 con el cambio de gobierno que se define la política que el estado habra de instrumentar en - los proximos años en materia de salud y en la cual se concede gran importancia al sector salud y a la creación del sistema nacional de salud. Para nuestra investigación, es importante conocer cual es la situación por la que atraviesa el sector actualmente, así como conocer las modificaciones y las reformas que se le han efectuado a la legislación sanitaria mexicana y que incluye un derecho social que se había estado postergando por mucho tiempo el derecho a la protección de la salud.

También es importante conocer y saber cuales son las tres grandes estrategias que se van a instrumentar para lograr la implantación del sistema nacional de salud que son la sectorización, la descentralización y la modernización.

Entre las reformas y modificaciones efectuadas a la legislación sanitaria se encuentran las siguientes:

La iniciativa de una ley general de salud aprobada en diciembre de 1983, la adición efectuada al artículo 4o. constitucional en el que - se incorpora el derecho a la protección de la salud, las modificaciones efectuadas a la ley del ISSSTE, del seguro social, al código sanitario etc. Para mayor información sobre estas modificaciones consultar anexo 11.

Todas las reformas efectuadas a partir de 1982 se han hecho con el - fin de acabar con la discriminación que existe en el uso de los ser vicios de salud y en el difícil acceso que hay de los mismos, así - como el poder terminar con las diferencias en la calidad de la pres tación de los servicios por parte de las instituciones de salud.

Ahora bien pasaremos a explicar algunas de las reformas efectuadas y que no han sido incluidas en otros puntos.

En diciembre de 1982 se efectuaron algunas reformas a algunos artículos del código sanitario y son básicamente las siguientes.

"Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos del Código Sanitario, Ley del Seguro Social y Ley del ISSSTE.

Artículo primero.-Se reforman y adicionan los artículos 7,12 y 13 del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, para quedar - como sigue:

Artículo 7o. El Consejo de Salubridad General estará integrado por un presidente que será el Secretario de Salubridad y Asistencia, un secretario y doce vocales, uno de los cuales será el presidente de la Academia Nacional de Medicina y los vocales que su propio reglamento determine. Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el presidente de la república, quien deberá nombrar para tales cargos a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias.

Artículo 12. La Secretaría de Salubridad y Asistencia tendrá a su cargo la responsabilidad de que las dependencias del ejecutivo federal y los demás organismos del sector público federal coordinen sus actividades en materia de salubridad general, a efecto de establecer el sistema nacional de salud y obtener la óptima utilización de los recursos disponibles para esas actividades.

Artículo 13. Con el propósito de coordinar las actividades sanitarias que realizan las dependencias y entidades federales, las estatales y municipales y de aplicar los principios, las normas técnicas y procedimientos administrativos uniformes, la Secretaría de Salubridad y Asistencia podrá celebrar convenios con los gobiernos de los estados y del Distrito Federal para establecer los servicios coordinados de salud pública, con la concurrencia del personal sanitario de las entidades participantes y con la cooperación económica de las mismas así como suscribir instrumentos, dictar disposiciones administrativas y establecer mecanismos que contribuyan al cabal cumplimiento de lo prevenido en el artículo anterior."⁴⁷

Otra reforma importante es la que se da para legalizar la descentralización de los servicios de salud de la SSA, el cual encuentro en vigor el 31 de agosto de 1983, en este decreto se especifica que el titular de -- la SSA dictara los acuerdos de desconcentración de facultades, fijará -- las normas para los manuales de organización, de procedimientos y servicios que aseguren la eficiente descentralización, este decreto dice a -- la letra:

"Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de -- Salubridad y Asistencia.

Artículo 1o. El programa de descentralización de los servicios de salud se sujetará a los lineamientos del Ejecutivo Federal, a las normas que -- la Secretaría de Programación y Presupuesto defina en materia de desarrollo regional y a los acuerdos de coordinación que conforme al convenio -- único de desarrollo, se celebren o revisen con los gobiernos de las entidades federativas por conducto de la Secretaría de Salubridad y Asis-- tencia.

Artículo 2o. En la celebración o revisión de los acuerdos de coordina--- ción se propondrá el programa de descentralización de los servicios de - salud en cada estado conforme a las siguientes bases:

Se identificarán las facultades que se descentralizarán a los gobiernos de los estados y las facultades que serán desconcentradas a los servi--- cios coordinados de salud pública.

Se proveerán los recursos que serán afectos a la adecuada atención de -- las facultades transferidas por la Secretaría.

Se fijarán las acciones que se llevarán a cabo para la integración y --- funcionamiento eficiente de los sistemas estatales de salud en coordina--- ción con el sistema nacional de salud.

Se acordará que el titular de salubridad y asistencia dicte los acuerdos de desconcentración de facultades que procedan y establecen los manuales de organización de procedimientos y de servicios al público que aseguren la eficacia del proceso de descentralización.

Se definirán las directrices de la descentralización de los gobiernos de los estados a los municipios y las de desconcentración los servicios coordinados a las jurisdicciones sanitarias y

Se acordaran los plazos en que se cumplimentaran los compromisos a que -- den lugar los acuerdos.

Artículo 3o. Los servicios coordinados de salud pública serán organos administrativos desconcentrados quienes sujetandose a la normatividad central, contarán con autonomía técnica y con la competencia que les atribuyan los acuerdos de coordinación, los acuerdos de desconcentración y las disposiciones aplicables.

Los servicios coordinados tendrán consejos internos, los cuales serán presididos por los gobernadores de los estados cuando estos convengan en --- ello:

Artículo 4o. La estructura de las distintas unidades administrativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se adecuará progresivamente progresivamente de conformidad con los siguientes criterios:

Las unidades centrales ejercerán facultades normativas y de control.

La unidad de coordinación regional ejercerá facultades de enlace y apoyo a la operación regional y a las estrategias de descentralización y

Los servicios coordinados de salud pública en los estados ejerceran facultades de carácter operativo.

Artículo 5o. Los jefes de los servicios coordinados de salud pública en los términos que convengan, participarán activamente en los subcomités de salud y seguridad social de los comités de planeación de desarrollo de -- los estados, en los términos de las disposiciones legales que regulen a -- estos, contribuyendo así a la integración de los sistemas estatales de -- salud, con apego a lo dispuesto por las leyes que rijan a las dependen--- cias y entidades que lo compongan.

Artículo 6o. Se dará debida participación en el proceso de descentralización a las organizaciones de los trabajadores que tienen a su cargo los - servicios de salud.

Artículo 7o. Los servicios de salud para el establecimiento del sistema nacional de salud en el Distrito Federal que se descentralicen en esa entidad federativa, se confiarán al órgano que al efecto sea creado y quedaran sujetos a la normatividad y a las acciones de coordinación que establezcan la SSA y el Departamento del Distrito Federal.⁴⁸

Es pues este decreto el que da las bases para la descentralización de los servicios de salud y el que fija las acciones para integrar y poner en funcionamiento los sistemas estatales de salud en coordinación con el sistema nacional de salud.

Dentro de la situación actual también es importante mencionar el programa de desregulación recién implantado por la administración pública a nivel federal, estatal y municipal el cual se hizo necesario debido a que en México existe una creciente descentralización, una concentración excesiva del poder y acumulado a la regulación que tiene el estado, propicio que las funciones del estado al irse expandiendo y creciendo se convirtieran en un obstáculo que ha provocado rendimientos negativos y decrecientes..

A este exceso de regulación se le conoce con el nombre de burocratización, por lo que se vio la posibilidad de efectuar una desregulación que eliminara el exceso de la misma, con el fin de que el estado vuelva a ser el rector de la vida social y de esta forma impulsar el desarrollo económico y social del país.

Todo esto implica:

La eliminación de reglas y normas que no son necesarias y que sólo entorpecen un proceso administrativo.

La eliminación del carácter personal y particular terminando con la corrupción.

La eliminación de los niveles y las unidades que sean superfluas e innecesarias.

45 Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece las bases para el programa de descentralización de los servicios de salud de la SSA en el diario oficial del día 30 de agosto de 1983, p.11-13.

Este programa de desregulación tendrá como coordinador a la Secretaría de la Contraloría General de la Federación, que será la encargada de implementarla en todas las dependencias y entidades de la administración pública federal a nivel nacional y establecerá mecanismos de seguimiento, fiscalización, control y evaluación permanentes para asegurarse que este programa sea eficaz y el cual tiene cuatro aspectos en los cuales se va a desarrollar y que son:

Prestación directa de servicios al público.

La obtención, asignación y administración de los recursos, medios e instrumentos con que cuentan las dependencias para estar en capacidad de cumplir con sus funciones.

La racionalización de trámites y procesos internos a nivel de cada dependencia de la administración pública federal.

La racionalización de la organización administrativa de cada dependencia de la administración pública federal.

Es importante conocer que es el programa de desregulación, ya que en materia sanitaria los actos que se llevan a cabo por medio de la SSA que es la coordinadora del sector salud deben ser transparentes, sencillos, fluidos, eficaces, uniformes y honestos es por esto, necesario que se implante el programa de desregulación adecuadamente en la SSA y el cual se integra con la Ley general de salud y con los avances de la sectorización, la descentralización y la modernización administrativa de la secretaría.

Es pues a partir de febrero de 1984 que se implementa el programa de racionalización de la regulación en la SSA, conciente de que en su ámbito de competencia hay grandes deficiencias y por medio de acciones que eliminen la regulación excesiva, la discrecionalidad, modernizando las normas que le competen, procure hacer más efectiva la acción de la secretaría en materia sanitaria, por eso el objetivo primordial de este programa es: el eliminar los excesos de regulación, discrecionalidad, burocratización y prácticas viciadas que afecten a los ciudadanos que se relacionen con la SSA y que impidan el eficaz desempeño de las atribuciones que como autoridad sanitaria le han conferido las leyes respectivas.

Dentro de la situación actual es importante mencionar las tres grandes estrategias por medio de las cuales se va a implantar y a consolidar el sistema nacional de salud en México y que son las siguientes:

- 1) Sectorización; esta fue una de las primeras medidas jurídicas, administrativas y políticas del gobierno y que se encuentra fundada en la ley de planeación, la cual está diseñada para hacer que la sectorización evolucione y se agiliza haciéndola un instrumento más útil para el gobierno; con la sectorización y la programación sectorial se podrá cumplir con la adición efectuada al artículo 4o. constitucional; los elementos que formaran parte de esta programación sectorial serán proporcionados por los grupos interinstitucionales, los cuales participaran en los diferentes procesos en los que se requiera la acción de estos grupos para elaborar un programa sectorial de salud que sea la base para elaborar los programas institucionales de cada institución de salud; esta sectorización es muy importante ya que por medio de ésta se harán una serie de modificaciones a la coordinadora del sector salud a la SSA tanto en su organización como en su funcionamiento con el fin de lograr un modelo eficiente que sea capaz de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, todo esto permitira que se lleva a cabo una sectorización armonica de todas las instituciones de salud vinculando los programas institucionales con los sectoriales. Para poder llevar a cabo esto la SSA tendrá mecanismos de interacción sectorial en tres instancias que son: la efectuada por la SSA con las instituciones que forman parte del sector por medio de los grupos interinstitucionales creados para eso y para definir las políticas, estrategias y acciones a seguir en los programas de salud segundo someter a la consideración del Consejo de Salubridad General para su opinión y tercero con la opinión del consejo la SSA formulara el programa sectorial sometiendolo a la consideración de los miembros del gabinete de salud, a la Secretaría de Programación y Presupuesto, y posteriormente al Presidente de la República.
- 2) Modernización; es el proceso por medio del cual se logrará un desarrollo socioeconómico que posibilite una mejora sustancial en los niveles de vida por medio de una reorganización integral que aporte avances significativos para que los sectores público, social y privado mantengan buenas relaciones con el fin de lograr una sociedad igualitaria; por medio de esta modernización la administración pública federal superará los problemas que la situación del país le vaya planteando. En el campo de la salud, se adecuan las funciones de la SSA como coordinadora del sector salud para que de esta forma se consolide en forma orgánica y funcional la SSA, al sector en sí, al sistema nacional de salud a las entidades del sector y a todos sus sistemas y niveles.

Esta estrategia es fundamental para llevar a cabo las acciones que se van a realizar en el sector salud y que son: reordenación de sus funciones y estructuras, simplificación de procedimientos y actualización de la legislación sanitaria vigente, incrementar la productividad general, la descentralización sustancial de los servicios de salud. Cuenta con tres etapas: la reordenación de las funciones de apoyo y regulación, la reordenación regional y la reordenación de las funciones asistenciales y de salubridad es por medio de la modernización administrativa de la SSA que se pretende instrumentar las políticas y las normas de administración que permitan mejorar los servicios que proporcionan las unidades de la SSA con el fin de elevar el nivel de salud de la población; como parte de la modernización se creó el comisionado para la protección de la salud por orden presidencial con el objetivo de controlar por medio de este órgano a las instituciones públicas, a las privadas y a las sociales que otorgan servicios de salud o sea, para supervisar el funcionamiento de la administración y proteger a la comunidad al procurar que las autoridades sanitarias den los servicios que estén obligados a prestar, tiene facultades para realizar recomendaciones para mejorar la asistencia y la atención médica. Es un órgano de apoyo cuya función deriva de la responsabilidad del estado de proporcionar mejores servicios de salud.

- 3) Descentralización; es la estrategia fundamental para llevar a cabo la consolidación del sistema nacional de salud, ya que ordena la distribución de funciones entre la federación y las entidades federativas en materia de salubridad, ya que se propone que se transfieran a las entidades federativas la atención médica, la planificación familiar, la vigilancia del ejercicio profesional, el control sanitario de los servicios, productos y establecimientos, la prevención y control de enfermedades, el combate al alcoholismo y a la farmacodependencia; ya que con esta descentralización se distribuirán la responsabilidad en los niveles de gobierno, permitiendo de esta forma que la SSA al verse liberada de esta gran responsabilidad sea una instancia de programación de norma y vigilancia. Este es el medio por el cual se fortaleciera el sistema nacional de salud en beneficio de los sectores marginados y rezagados de nuestro país; es un proceso legal creado para impulsar la federación y fortalecer de esta forma a los estados y a los municipios se pretende también acabar con la -

ineficacia de la centralización que era uno de los principales obstáculos para el desarrollo económico y social del país. Uno de los beneficios - que traera la descentralización es sin duda promover un desarrollo más - equilibrado en una forma gradual y constante, ya que se transferiran las facultades del gobierno federal a los estados y se desconcentraran responsabilidades de las unidades centrales a las regionales permitiendo que -- en el área de la salud los servicios sean más eficaces, eficientes como - parte del derecho constitucional de protección a la salud; permitiendo -- también que cada autoridad ya sea local o federal evalúen los programas - y se definan de esta forma las prioridades en cada entidad federativa; es to es que cada estado o municipio decida donde intensificar una campaña, - donde fortalecer o dotar de mayores recursos a un hospital o a un centro- de salud, haciendo de esta manera más eficiente la atención a la salud -- de todos los mexicanos.

Cada estado por medio de la descentralización tendrá autonomía en sus decisiones sanitarias y la capacidad de dotar de mayores recursos económicos a las áreas más rezagadas y retiradas de su estado. De esta forma se hara más eficiente el sistema nacional de salud, más efectivos sus programas y se facilitara la integración de los sistemas estatales de salud, -- mejorando y uniformando la calidad mínima de los servicios de salud que - presta el sector y cada una de las instituciones integrantes del mismo.

.1.- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1983-1988.

Este plan es un documento producto del gobierno actual cuyo responsable es el Ejecutivo Federal, el cual surge como respuesta para enfrentar la crisis económica que atraviesa el país fijando el compromiso que tiene el estado para conducir adecuadamente los pasos de México y afrontar positivamente la crisis.

Este plan es el producto de un gran esfuerzo de participación social ya que es el instrumento que permite dar coherencia a las acciones del sector público y crea el marco para inducir y conducir la acción de los sectores social y privado, coordinando los 3 niveles de gobierno para recuperar las bases del desarrollo nacional.

Se basa en la nueva Ley de planeación expedida por el Ejecutivo Federal el 5 de enero de 1983, la cual reglamenta el artículo 26 constitucional en el que se precisa el marco normativo de la planeación; en esta ley se señala con precisión y claridad las atribuciones que le corresponden a cada entidad o dependencia de la administración pública federal dentro del sistema nacional de planeación, también se dispone la necesidad de ordenar jerárquicamente todos los documentos de planeación en torno a un plan nacional de desarrollo que sirva como marco general para integrar todos los programas de desarrollo con el fin de evitar duplicaciones y dispersiones de objetivos y acciones que se darían de existir planes aislados. Se registran también en este plan los principales señalamientos de los foros de consulta popular promovidos por el gobierno e incorporándolos a las políticas adoptadas por el estado.

Todos los programas de la administración pública federal se deben sujetar a este plan y en él se orientan las acciones encaminadas a satisfacer las demandas populares; este plan se divide en tres partes que son:

Primera, en la que se definen los principios políticos, el diagnóstico-el propósito, los objetivos y la estrategia del plan, a su vez se subdivide en cuatro apartados: política del estado mexicano; el contexto nacional e internacional; el gran propósito nacional y los objetivos del desarrollo y el de la estrategia económica y social; recuperar la capacidad de crecimiento y elevar la calidad del desarrollo.

Segunda llamada de instrumentación de la estrategia que tiene 4 apartados que son la parte más importante del plan: la política económica -

general, la política social, las políticas sectoriales, la política regional.

Tercera llamada de participación de la sociedad en la ejecución del plan con un apartado del mismo nombre.

Este plan tiene cuatro objetivos fundamentales que son:

"Conservar y fortalecer las instituciones democráticas, mediante la unidad solidaria de los mexicanos, para mantenernos como nación libre e independiente.

Vencer la crisis enfrentar las condiciones actuales para abatir las causas de la inflación, defender el empleo, proteger el consumo básico de las mayorías y la planta productiva.

Recuperar la capacidad de crecimiento a través de la utilización racional de los recursos disponibles apoyados en una descentralización de la vida nacional.

Iniciar los cambios cualitativos que requiere el país en sus estructuras económicas, sociales y políticas con el apoyo y participación de los grupos sociales."⁴⁹

Así pues el plan se centra en dos estrategias relacionadas entre sí la económica y la social y en dos líneas de acción que son la reordenación económica y el cambio estructural.

Dentro de este plan en el capítulo de política social, en el que se definen los objetivos del empleo y la distribución del ingreso se plantean los propósitos y las líneas de acción de las necesidades básicas en México: que son educación, alimentación salud y vivienda. Entre las decisiones más importantes de este plan las que se refieren al rubro de la salud son:

Mejorar la cobertura y extender los servicios de salud.

Sustituir importaciones en medicamentos e instrumentos de salud.

La convicción de que al fortalecer a los municipios y las entidades federa-
tivas fortalecer la Nación ha influido para que el gobierno decidiera des-
centralizar los servicios de salud.

El programa relativo al sector salud dentro del plan nacional de desarrollo
tiene los siguientes objetivos:

Tender al logro de una cobertura nacional de los servicios de salud, garan-
tizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes de México.
Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores-
rurales y urbanos rezagados.

Contribuir con respecto integro a la voluntad de la pareja, a un crecimen-
to demográfico concordante con el desarrollo económico y social.

Promover la protección social que permita fomentar el bienestar de la pobla-
ción de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minúsva-
li-
dos.

Todo esto está sustentado en cinco grandes áreas que son: reorganización y
modernización de los servicios, consolidación del sistema; reorganización -
de la asistencia social, de acciones preventivas y de formación, capacita-
ción e investigación.

Estos lineamientos favorecen el mejoramiento de las condiciones de salubri-
dad del país y el impulso de la activa desde el punto de vista administra-
tivo, se orienta a consolidar un sistema integral así como la descentrali-
zación y desconcentración de los servicios; por medio de acciones específi-
cas que se orienten a incrementar la productividad y la eficacia en el mane-
jo de los recursos con que cuenta el sector.

El sistema de seguridad social pretende dentro de este plan, un enfoque in-
tegral de bienestar del trabajador y su familia, sus propósitos se orientan
a mejorar el bien de la población y a elevar el nivel de vida de los mexica-
nos por medio de la promoción de acciones que permitan que todos aquellos--
que tengan una relación formal de trabajo se incorporen a este sistema.

Ampliar la cobertura de los servicios y fomentar el mejoramiento sustancial
de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Esto se pretende realizar por medio de instrumentos y lineamientos estraté-
gicos que son: mejorar y modernizar la administración de los servicios, uti-
lizar racionalmente los recursos financieros fortalecer los mecanismos ten-
dientes a ampliar la cobertura e incluir a todos los trabajadores que estan
desprotegidos y establecer esquemas de coordinación interinstitucional.

Dentro de este mismo capítulo se encuentra incluido un punto referente a la

necesidad de crear un sistema nacional de salud, del cual hablaremos más detalladamente en el siguiente punto.

También se plantea que el nivel de salud y su mejoramiento no son solamente resultado del crecimiento económico del país, sino que es necesario -- adoptar otros mecanismos que hagan posible prestar estos servicios a toda la población y con un nivel de calidad deseado por medio de dos regímenes que son el de seguridad social y el de asistencia pública y social. Así -- mismo se efectúa un diagnóstico de la situación en que se encuentra la -- salud y los servicios de la misma en México y que destacan principalmen-- te los siguientes problemas: las carencias que se dan en la prestación de los servicios reflejándose sobre todo en los niños, en los ancianos y en -- los minusválidos.

Se señalan también los desequilibrios en la distribución de la riqueza y -- en los servicios. lo que da lugar a una diferencia entre los niveles de -- salud por regiones haciéndose más patética en las zonas rurales; las di-- ferencias en la tecnología y en la capacidad de prestación de los servicios entre las diferentes instituciones del sector; debido a la naturaleza orgá-- nica de las mismas lo que trae como consecuencia que la calidad de la co-- bertura sea heterogénea, los costos diferentes de los servicios y la for-- ma en que se desaprovechan los recursos existentes.

La ausencia de una entidad rectora que coordine las acciones entre los dos tipos de sistemas que existen en nuestro país.

En lo referente a la seguridad social el plan establece como propósitos -- los siguientes:

Promover acciones que permitan que la totalidad de la población con una -- relación de trabajo formal, se incorpore al sistema de seguridad social.

Fomentar el mejoramiento sustancial de las condiciones de seguridad e hi-- giene en el trabajo.

Ampliar la cobertura de los servicios para que se incorporen, con equidad y de manera paulatina a los trabajadores no asalariados a los beneficios -- de la seguridad social.

Estos propósitos se llevarán a cabo por medio de las estrategias señaladas en el apartado dedicado a la salud, dentro del mismo plan.

PLANES PARA EL SECTOR PARA EL PERIODO 1983-1988.

Existen muchos planes importantes que el gobierno actual pretende llevar a cabo en este período, pero el más significativo e importante para el estudio que nos ocupa es sin duda el que se refiere a la consolidación e implantación en nuestro país del sistema nacional de salud y que se encuentra legislado por el artículo 4o. constitucional y por la recién expedida ley general de salud; que permitan que en un tiempo corto este sistema se consolide.

Así pues, todas las acciones y los planes se encuentran encaminados - en el sector salud, a consolidar este sistema en base a las estrategias que ya hemos mencionado anteriormente.

Todo esto se llevará a cabo por medio del programa racional de salud que en breve será llevado a la práctica por las diferentes instituciones que integran el sector salud y que están encargadas de proporcionar los servicios de salud necesarios al pueblo de México.

También se llevarán a cabo en este período la descentralización, la desconcentración, la desregulación y la modernización de los servicios de salud en cada una de las instituciones que lo integran.

1.3.- CREACION E IMPLANTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Desde principios de la década de los setentas, se había venido hablando de la necesidad de crear en México un plan nacional de salud y de contar con un sistema nacional que garantizara el derecho a la salud de todos los habitantes que tuviera una cobertura nacional.

Por eso en 1973 se creó el plan nacional de salud que fue adoptado para poder establecer una política en materia de salud en México, tenía como objetivo general promover el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de la investigación en áreas prioritarias y de interés general con el propósito de tener conocimientos que permitieran resolver los principales problemas de salud que afectaban a los habitantes de nuestro país. Este plan integro las políticas y programas que había en materia de salud en todas las instituciones públicas que brindaban servicios de salud y formulaba metas a corto, mediano y largo plazo; tenía metas generales pero aún cuando las mencionaba, no especificaba como se iban a lograr, por que medios, con que recursos por lo que sólo se concretaba a dar una visión general de la situación de la salud en nuestro país y de los problemas principales que la afectaban. Tenía 20 programas y 56 subprogramas, intentaba primordialmente ampliar la atención de la salud a las áreas rurales por medio de la construcción de casas hospitales y pretendía también desarrollar un plan nacional de alimentación; este es quizá el antecedente más importante que hay antes de la creación del sistema nacional de salud en México, ya que no es hasta que se crea la coordinación de los servicios de salud, que realmente se estudia la posibilidad de crear este sistema e implantarlo en México. Es pues a partir de 1981, que comienzan los estudios por parte de esta coordinación para ver si era posible crear este sistema y cual sería la mejor forma de implantarlo, estos estudios de la coordinación se ven auxiliados por los trabajos que realizaba el gabinete de salud y es en octubre de 1982 cuando se le presenta al presidente de la república en ese momento, los resultados de los estudios elaborados por la coordinación, pero no se toma ninguna medida ya que se acercaba el cambio de gobierno; es por eso que hasta 1983 se toman en cuenta los resultados de estas investigaciones llevadas a cabo por la coordinación a partir de 1981 y se da la tarea de buscar las mejores formas de llevar e implantar las estrategias

Las propuestas y las medidas que la coordinación propugnaba en sus estudios a tres campos de acción y eran: la asistencia social, la salud pública y la creación del sistema nacional de salud.

En 1983 se compaginan los resultados de estas investigaciones, con los resultados obtenidos por los foros de consulta popular llevados a cabo en la campaña política de 1981. Después de esto, se decide implantar en México un sistema nacional de salud que tenía los siguientes objetivos:

- 1) Integrar los servicios de salud.
- 2) Ampliar la cobertura a toda la población.
- 3) Mejorar las condiciones de vida y de trabajo.
- 4) Impulsar el desarrollo de los recursos humanos de la salud.
- 5) Mejorar el medio ambiente sanitario.

Por todo esto se vio que el sistema nacional de salud era la mejor forma de llevar a toda la población los servicios de la misma y llevarla a todas las áreas principalmente a las marginadas y así integrarlas -- con el fin de garantizar el derecho a la protección de la salud recientemente incluido en nuestra constitución.

En este sistema se sientan las bases para la programación las bases para definir metas, objetivos y acciones a corto, mediano y largo plazo. Cada objetivo del sistema nacional de salud tiene ciertas estrategias por medio de las cuales se alcanza la consolidación del mismo -- en un forma real, ya anteriormente los enunciamos ahora los mencionaremos otra vez pero más detalladamente:

- 1) "Proporcionar servicios de salud a toda la población atendiendo los -- problemas prioritarios y los factores que condicionan y que causan los daños a la salud y las enfermedades, con especial interés en las acciones preventivas.
- 2) Contribuir a un desarrollo demográfico que mejore las condiciones sociales y económicas de la población del país.
- 3) Apoyar a la población desprotegida o incapacidad en la esfera física, mental o social a fin de fomentar su bienestar y su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y en lo social.
- 4) Mejorar las condiciones del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

Impulsar el desarrollo de los recursos humanos para mejorar la prestación de los servicios de salud."⁵⁰

Primeramente es necesario implantar un sistema que cuente con un modelo de atención a la salud que sirva como base para la planeación del sistema, para la definición y el establecimiento de los programas prioritarios del sector salud, este modelo tiene que tomar en cuenta los tres niveles de atención a la salud existentes en México y que prestan cada una de las diferentes instituciones de salud, quizá la principal característica de este modelo sea la de que el acceso a los servicios de salud por parte de la población se debe llevar a cabo por medio de unidades de cualquier nivel de atención en lugares cercanos al lugar donde se necesiten los servicios también se tiene que tomar en cuenta la racionalización de los recursos la descentralización de los servicios y la participación activa de la comunidad en la que se dan estos.

Este sistema y el modelo descrito anteriormente tienen ciertos programas específicos que se pretenden llevar a cabo a partir de 1983 hasta 1988 y que son los siguientes.

Investigación en salud.

Diagnóstico de salud en el país.

Los problemas endemo-epidémicos.

Control sanitario.

Protección del ambiente.

Recursos humanos para la salud.

Recursos humanos en la administración de los servicios de salud.

Recursos físicos.

Planificación familiar.

Educación para la salud.

Participación del sector privado en el sistema nacional de salud.

Bases para el establecimiento de una industria nacional químico-farmacéutica.

Regulación y control de la transferencia y del uso de las innovaciones tecnológicas en medicina.

Estos son los trece programas prioritarios que se seguirán en los próximos años en todas las instituciones de salud y que de ahora en adelante se encuentran incluidos dentro del sistema nacional de salud, y al llevarse a cabo esto, se dará una integración de los programas y de los servicios de salud en las instituciones que los brindan. Todo esto se hará conjuntamente para cumplir con la política del gobierno en materia de salud y que es la siguiente:

Consagrar el derecho a la protección de la salud como una garantía social, distribuir responsabilidades y recursos entre los tres niveles de gobierno para dar cumplimiento a ese compromiso que el gobierno ha incluido en nuestra carta magna, ordenar esas responsabilidades y recursos bajo la acción coordinadora de la SSA, a fin de integrar un sistema nacional de salud que sea el instrumento eficaz de lo que anteriormente se ha señalado.

Esta política se llevará a cabo por medio de las tres estrategias que se plantean al consolidar el sistema en nuestro país y que conjuntamente con la Ley general de salud y el plan nacional de desarrollo nos llevarán al acceso por igual de los servicios de salud de todos los mexicanos.

Es pues, el sistema nacional de salud un mecanismo de coordinación de las dependencias y entidades públicas, de los sectores social y privado; se compone de los servicios que prestan las instituciones de seguridad social, los servicios que prestan los sectores social y privado y los que proveen las instituciones públicas a la población abierta.

Este sistema se ajusta a las leyes que regulan la organización y el funcionamiento de las instituciones de salud públicas y de seguridad social. Y cuenta con dos objetivos sustantivos que son:

Participación, y la solidaridad de la comunidad en el cuidado de la salud.

2.- UNIFICACION DEL SECTOR.

A partir de 1976 se ha venido hablando sobre una probable unificación del sector salud, es decir de la necesidad que hay de que las diferentes instituciones de salud se encuentren unificadas en un solo organismo, a partir de esto ha sido mucha la problemática que ha surgido a raíz de la mencionada unificación de los pros y los contras que hay para llevarla a cabo en México.

Es por todo lo anterior que hemos decidido incluir en este apartado - las ventajas y las desventajas que habrían de darse si esta unificación se lleva a cabo, así como ver si es más conveniente unificar el sector o integrarlo, para que cumpla mejor con los objetivos que le han sido señalados en el momento de su creación.

Unificar significa unir en un todo muchas cosas, es decir, que de llevarse a cabo esta unificación del sector salud sería necesario crear un organismo que estuviera dedicado a controlar, coordinar y unificar a las diferentes instituciones de salud sin tomar en cuenta su naturaleza orgánica ni jurídica, para que esto se pudiera llevar a cabo - primero se necesitaría que la legislación vigente fuera acorde a dicha unificación y que se contaran con políticas establecidas por el gobierno que acabaran con el dispendio que se da en las instituciones de salud de los planes programas y de los recursos con que cuenta, y esto sería dadas las condiciones actuales del país y los graves conflictos que pudieran desarrollarse a raíz de esta unificación prácticamente imposible de llevar a cabo.

2.1.- VENTAJAS DE UNA UNIFICACION

- a) La ventaja principal que se daría si se unificara el sector es que se extendería la cobertura de los servicios de salud a toda la población, es decir se alcanzaría una cobertura nacional al 100% de población.
- b) Habría una unidad en cuanto a las políticas de salud existentes que - actualmente se encuentran dispersas, ya que con cada cambio de gobierno estas políticas varían.

- c) Se otorgaría a los servicios preventivos mayor preferencia que a los servicios y atención curativa.
- d) Se le concedería la importancia debida a los servicios no personales de salud como son: educación para la salud, control de la contaminación ambiental, prevención de accidentes etc.
- e) Se acabaría con las diferencias existentes en las políticas de salud sobre todo aquellas encaminadas a la existencia de las diferencias - en los servicios de salud que obtienen los ricos y en los que obtienen los pobres.
- f) Se cubrirían todos los servicios de salud necesarios y se incluirían los servicios dentales y mentales necesarios, sobre todo en las zonas marginadas rurales y suburbanas.
- g) Se frenarían un poco los costos crecientes de la atención médica -- privada que son generados por el régimen de libre empresa.
- h) Se efectuaría un mejor control de los medicamentos ajustándolos a un costo promedio que sea accesible para las clases sociales más afectadas.
- i) Se haría un mejor uso de los servicios de salud que se prestan en -- los tres niveles de gobierno, para hacer más equitativa la atención-- proporcionada por las diferentes instituciones de salud existentes.
- j) Habría una reestructuración en la manera de suministrar los servi--- cios de salud aumentando el nivel educacional de la población que -- es beneficiada.
- k) Se evitarían las duplicaciones existentes en planes, programas, obje--- tivos y fines que tienen las diferentes instituciones de salud del - sector.
- l) Se crearía un sistema de información que fuera capaz de proporcionar información real y concisa de los principales problemas de salud --- existentes en nuestro país.
- m) Se aprovecharían mejor los recursos destinados a los servicios de -- salud.
- n) Se orientarían a las instituciones educativas para que se incremen--- ten los esfuerzos dedicados a crear profesionales de la salud en ni--- vel técnico, profesional o administrativo.

o) La unificación implica importantes efectos en la formación de recursos humanos y en la orientación de las investigaciones en el área de la salud.

2.2.- DESVENTAJAS DE UNA UNIFICACION

- a) La desventaja principal es que de darse una unificación, sin que se de un debate nacional sobre este punto por medio del cual toda la sociedad mexicana participara para establecer los criterios de la unificación, esta unificación tendería a hacerse rígida y obsoleta en lugar de modernizarse día a día y de democratizarse.
- b) Los usuarios de los servicios de salud quedarían al margen de los mismos debido a la ingerencia de los sindicatos fuertes y de los grupos afectados por la unificación en las negociaciones y en los conflictos que surgieran durante el período de unificación.
- c) Habría infinidad de conflictos al darse la unificación debido a los grupos afectados que serían principalmente los burgueses y los trabajadores del régimen de seguridad social, que es muy diferente al de salud pública.
- d) Se llevaría a cabo una unificación organica pero no sería programática, por lo que solo se unificarían los servicios bajo un solo mando.

A parte de las ventajas y de las desventajas que hay de darse una unificación de los servicios de salud hay que tomar en cuenta algunos puntos claves para que se pudiera llevar a cabo esta unificación siempre y cuando sea posible efectuarla en las circunstancias que tiene el sector actualmente y son:

Los trabajadores del sector afectado deben participar en el proceso de unificación si es que se da, para que se convenzan de la viabilidad que se da de unificarse el sector.

Debe definirse la unidad técnica y física así como el tipo de personal necesario en los servicios de salud fundamentales para una unificación del sector.

Toda propuesta de unificación debe incluir los costos estimados y el financiamiento que se va a dar en el proceso de unificación.

Deben existir primero programas pilotos tomando en cuenta las experiencias que hay sobre la unificación de los servicios de salud en otros países.

A pesar de que existen muchas ventajas para que se de una unificación de los servicios de salud y de las instituciones del sector, creemos - que existe otra posibilidad que puede ser mejor de acuerdo a la situación de las instituciones del sector y a la crisis por la que atraviesa el país en general y esta es, que el sector se integre con las instituciones de salud en una forma real y programática y que de esta --- forma se de un cambio cualitativo del modelo de atención médica vigente y que traiga como consecuencia la extensión y la homogeneización -- del consumo que hasta ahora ha sido irracional en algunos fragmentos-- de la sociedad en general ya que aun cuando se llegara a unificar el - sector salud, esto no resolvería los problemas de salud existentes dentro del sector y dentro de las instituciones de salud.

Así pues al integrarse el sector se trataría de superar los desequilibrios territoriales, se seguiría un esquema regionalizado que permitie ra a las autoridades locales y federales supervisar e intervenir en ca so necesario en los servicios de salud que proporcione el estado. ---- También por medio de esta integración se llevaría a toda la población- mexicana los servicios de salud ya que los programas y los planes de - cada una de las instituciones se integrarían y de esta forma al evitar las duplicaciones que existen en la actualidad, los servicios de salud mejorarían y se extenderían los servicios llegando a zonas que no cuen tan con ellos o que no están debidamente atendidas por las institucio nes de salud.

Las ventajas que habrían de darse una unificación del sector también - se pueden dar si se integra el sector ya que no se alteraría la natura leza jurídica y orgánica de las instituciones de salud lo que ayudaría en gran parte a evitar los conflictos que se darían de darse la unifi- cación sobre todo por parte del personal que trabaja en las diferentes instituciones del sector y que al llegar el momento de unificarlo, las prestaciones con que cuenta serían reducidas o cambiarían por otras -- que probablemente no serían satisfactorias a sus intereses.

Todo esto originaría grandes problemas y que actualmente por la crisis en la que se encuentra el país estos problemas traerían consecuencias- catastróficas a la situación económica del país, por que los servicios de salud se dejarían de prestar en la calidad y en la medida en que se

soliciten por parte de los usuarios, trayendo la paralización completa del sector y de cada una de las instituciones de salud y grandes problemas de salud a los usuarios de los servicios y a la población en general

CAPITULO V DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO DEL SECTOR.

INTRODUCCION AL DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO.

En este capítulo veremos primeramente como se encuentra organizado el sector, anexamos también los organogramas de cada una de las instituciones que componen el sector y por medio de las cuales podemos observar la estructura orgánica interna que tienen.

En el punto referente a los recursos humanos, presentamos una gráfica en la cual se muestra la distribución de los recursos que tenía el sector salud divididos por categorías en el año de 1982.

En lo referente a los recursos financieros tenemos una gráfica en la que están contenidas todas las asignaciones presupuestales de cada una de las instituciones de salud más importantes en México y del sector en general que van desde 1977 hasta 1984 y se incluye una explicación de las mismas.

Respecto a los recursos materiales la gráfica que se incluye contiene los bienes muebles e inmuebles con que cuentan las instituciones del sector y el sector en general.

Finalizaremos esta parte del capítulo con el diagnóstico administrativo en sí, el cual lo llevaremos a cabo primeramente por áreas y posteriormente de todo el sector en general; este diagnóstico es el resultado obtenido por medio de la observación directa y por captación de la información que se ha conseguido reunir a lo largo de la presente investigación; el cual refleja algunos de los problemas existentes en las instituciones de salud, de ahí que consideramos necesario integrar en este punto un apoyo teórico sobre el diagnóstico administrativo para entenderlo primeramente, necesitamos conocer el significado de la palabra diagnóstico.

Por diagnóstico entendemos un proceso de acercamiento gradual al conocimiento análítico de un hecho o de un problema administrativo que permite destacar por sí solo, los elementos más importantes y más significativos de una alteración o de una variación en el desarrollo de las actividades administrativas que se dan en una institución, área, unidad u organismo determinado previamente.

Existen dos formas de elaborar un diagnóstico: la forma técnica en que se elabora en base a la detección de problemas en los procedimientos administrativos y que se basa en estos y; la forma administrativa que se elabora en base al análisis de cada uno de los sistemas que componen la institución, área, unidad u organismo en el cual se va a efectuar el diagnóstico. Para esta investigación hemos resuelto efectuarlo de forma administrativa y en base a una metodología de sistemas. Así pues se propone el enfoque de sistemas como método para efectuar este diagnóstico sobre la estructura y el funcionamiento de las instituciones que componen el sector salud; este enfoque engloba todos los aspectos y elementos que integran el diagnóstico administrativo.

El objetivo que se persigue al efectuar este diagnóstico sobre el sector salud, es el poder captar algunos de los problemas que existen en cada una de las instituciones y en el sector en general.

La importancia que tiene este diagnóstico es que al captar estos problemas que hay en los sistemas que componen una institución se ayude a tener un apoyo teórico para corregir o para encontrar una solución o el medio apropiado para su eliminación dentro de esa institución y de esta forma colaborar a que la institución sea más eficiente y que cumpla con los objetivos que le han sido señalados previamente y - que se encuentre capacitada para llevar a cabo los fines encomendados en el momento de su creación.

Esto implica la posibilidad de corregir las desviaciones que se puedan presentar en la organización y en los sistemas de apoyo de una institución, área u organismo determinado, este diagnóstico da la oportunidad de poder descubrir algunas de estas desviaciones y propiciar su solución con el fin de ayudar a un aprovechamiento racional de los recursos existentes en el área, unidad, institución u organismo diagnosticado.

ORGANIZACION.

Por organización se entiende un grupo de gentes las cuales tienen tareas divididas y que actúan concertadamente, para llevar a cabo el logro de los fines u objetivos de una institución.

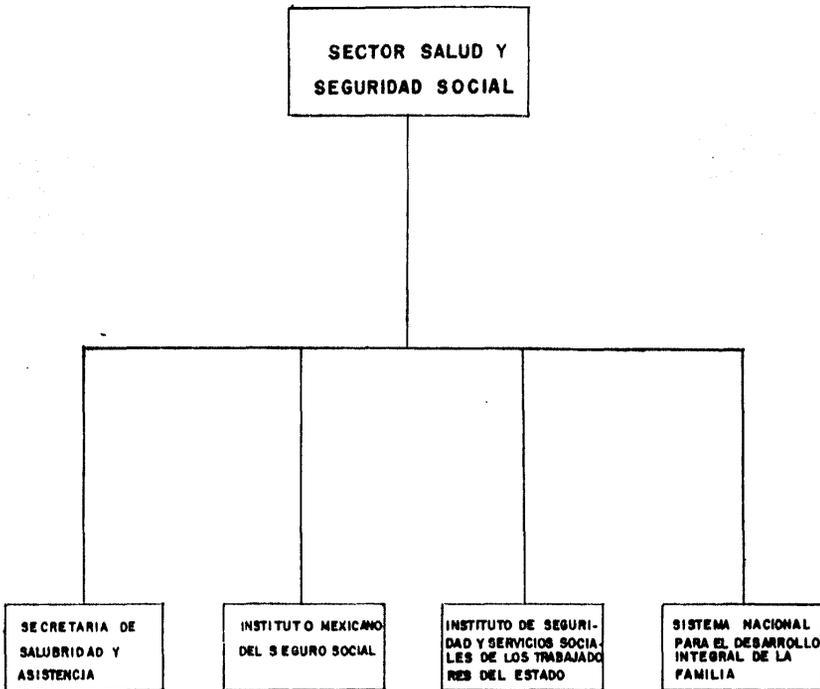
Por organograma se entiende las gráficas de una organización y que -- consisten en un número determinado de símbolos en el que se encuentra representados las personas, los puestos, las unidades etc., que se encuentran conectados por líneas de mando, de autoridad y de responsabilidad.

En este punto anexamos los diferentes organogramas que existen actualmente en cada una de las diferentes instituciones de salud, por medio de las cuales podemos observar la estructura orgánica que tienen, los niveles jerárquicos con que cuenta, la división por funciones, las líneas de autoridad y de responsabilidad que existen en dichas instituciones de salud.

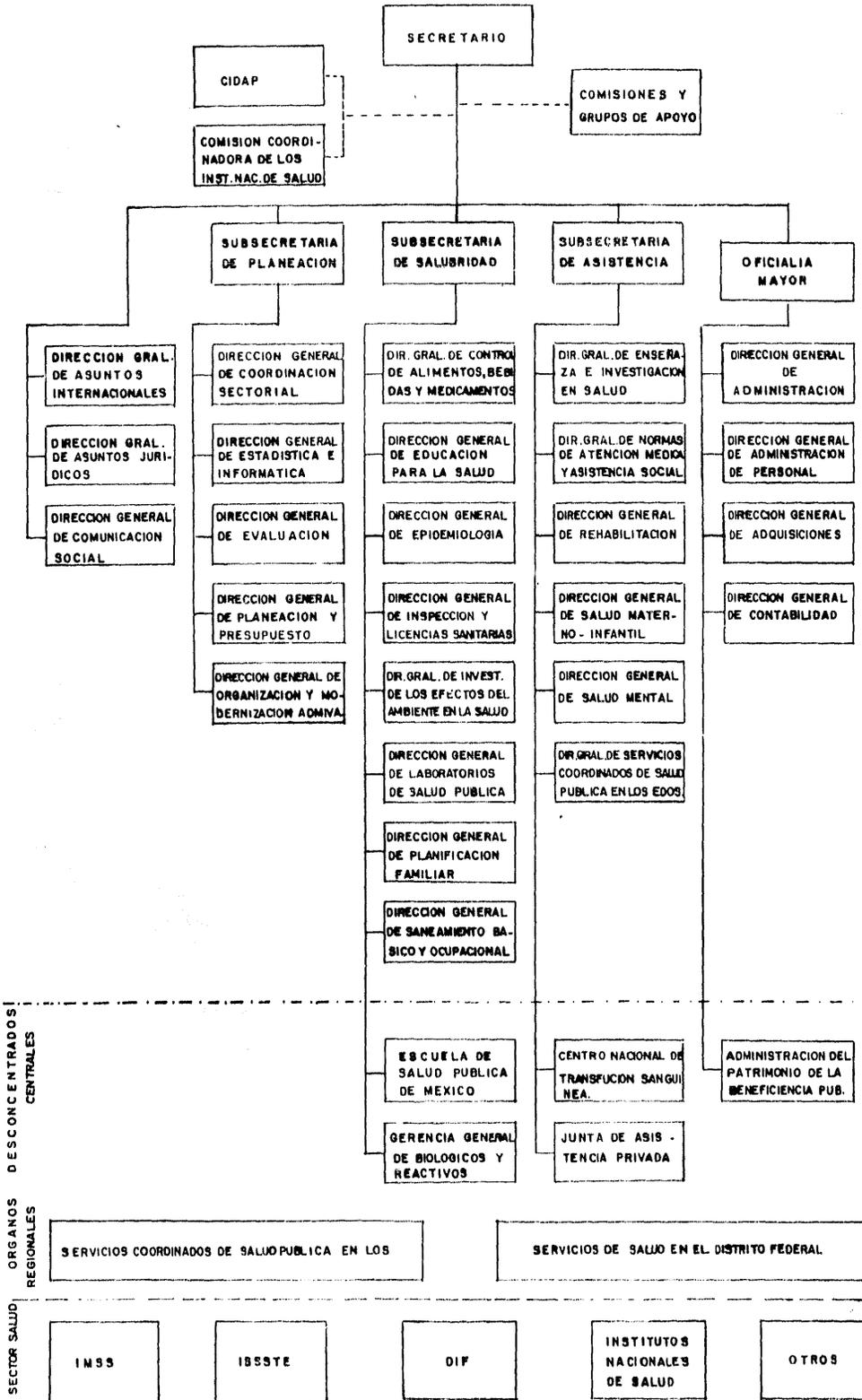
Nos podemos dar cuenta que no existen criterios uniformes en la elaboración de dichos organogramas y en la jerarquización de sus estructuras internas así como en la denominación que se usa para las diferentes unidades que existen en esas instituciones, ya que son variantes, de acuerdo al criterio de la persona que se encarga de elaborarlos y que es responsable de su manejo y buen funcionamiento.

También podemos observar que las estructuras orgánicas son demasiado extensas por lo cual no pudimos incluirlas textualmente en este punto.

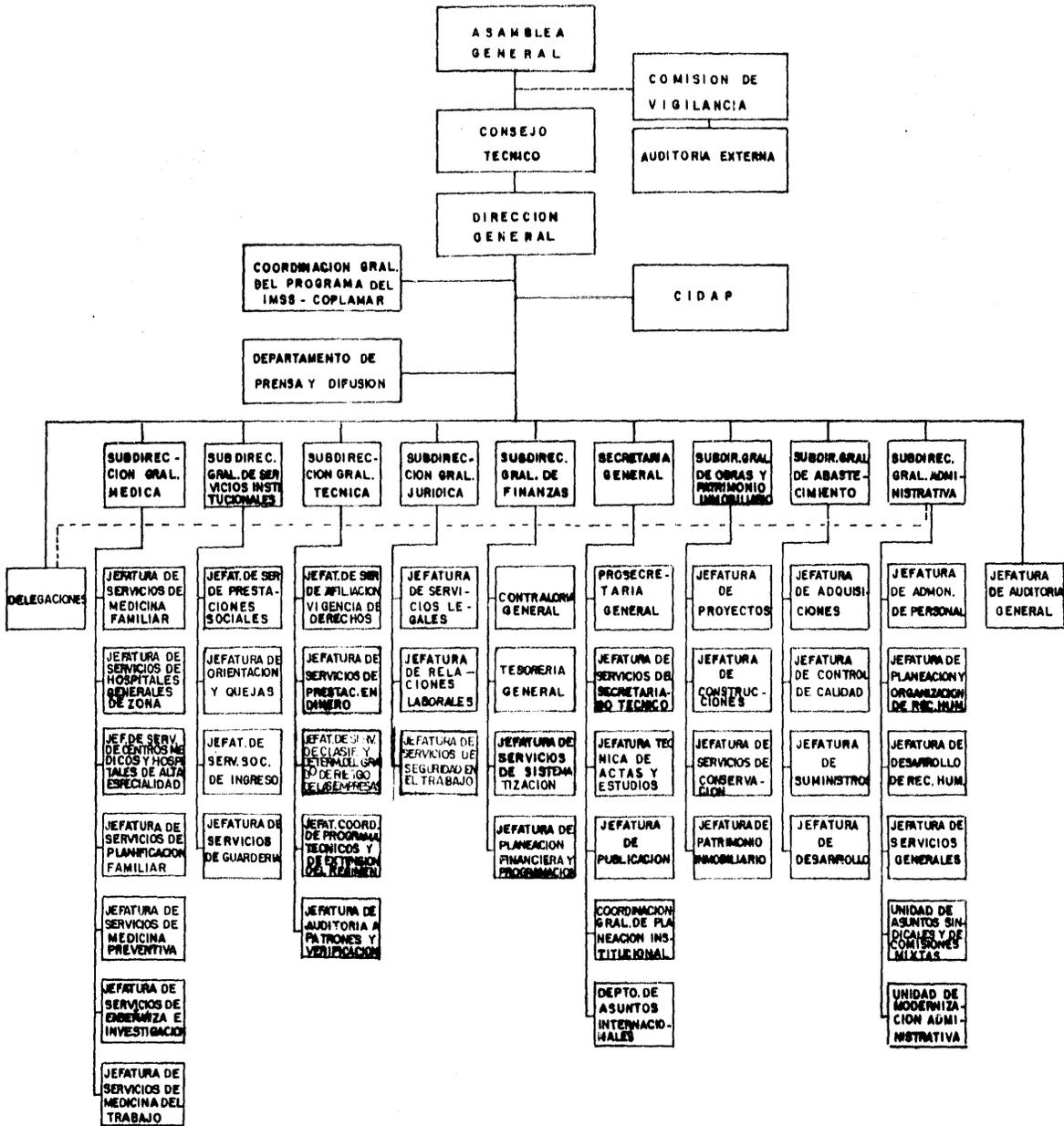
ORGANOGRAMA



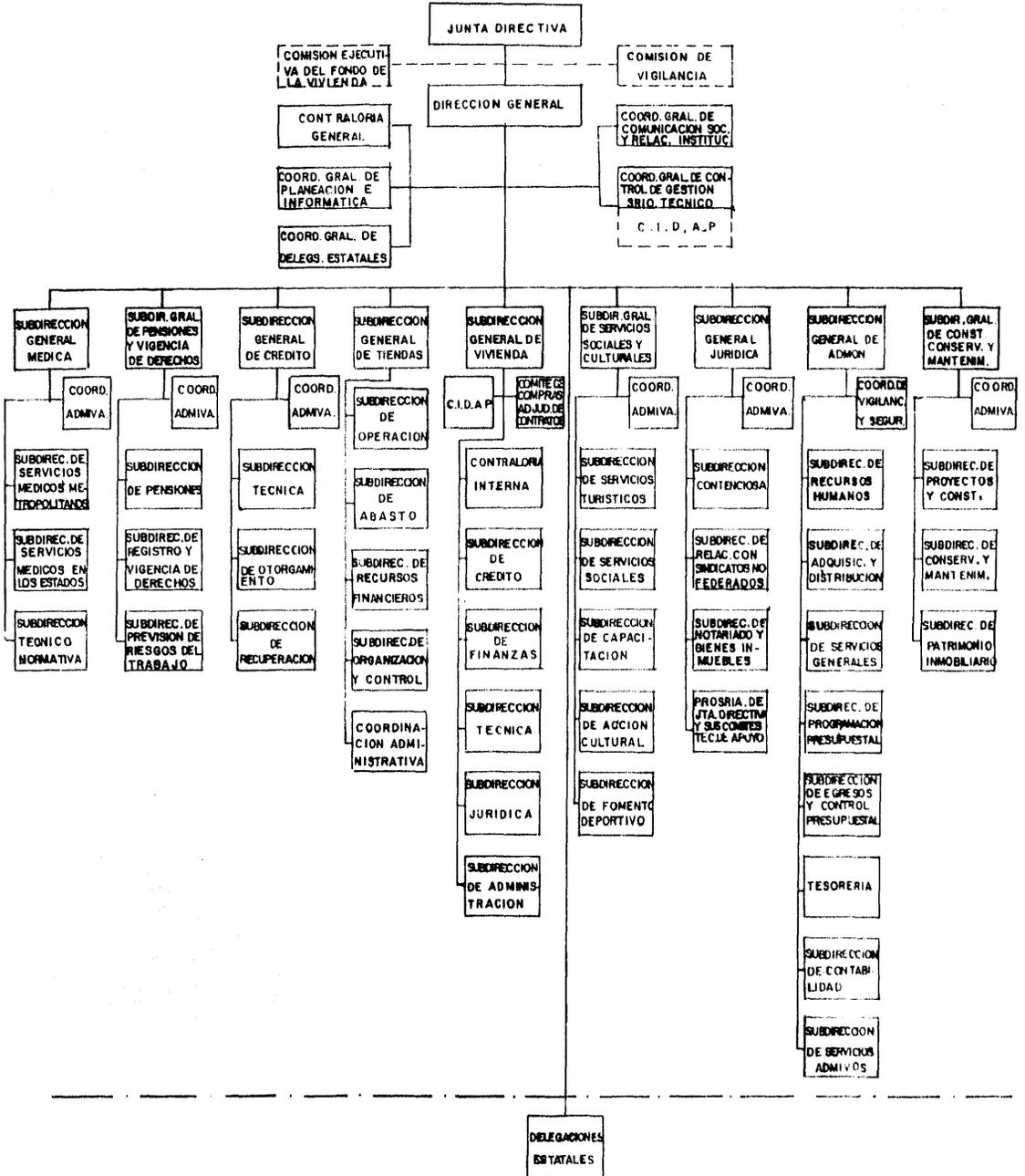
ORGANOGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA 1984

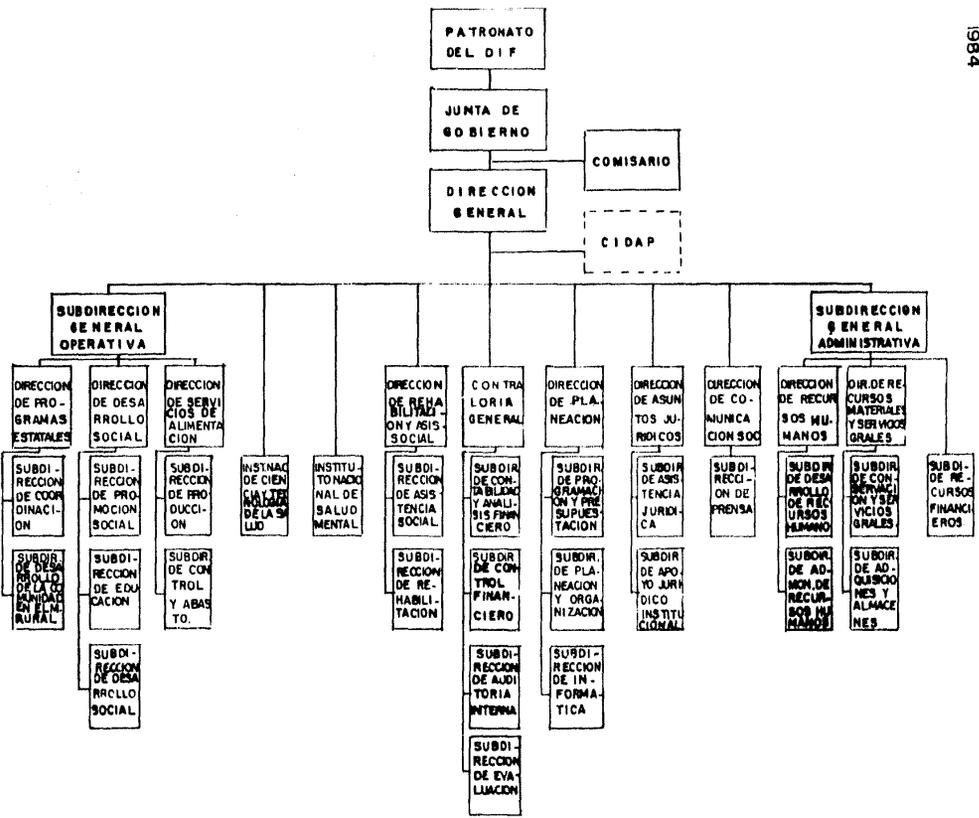


ORGANOGRAMA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ORGANOGRAMA GENERAL DEL ISSSTE 1984





RECURSOS HUMANOS.

Presentamos en este punto una gráfica sobre los recursos humanos que tienen cada una de las diferentes instituciones de salud que componen el sector y que en 1982 eran un total de 257,265 mil personas.

En esta gráfica se enumeran todas las personas que laboraban en ese año en el sector salud y que van desde las más importantes para que el sector funcione como son los médicos, enfermeras hasta los llamados recursos de apoyo como son el personal de intendencia y mantenimiento. También incluimos los porcentajes que tienen cada una de estas categorías con respecto al total registrado por cada categoría en las diferentes instituciones de salud.

RECURSOS HUMANOS DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR SALUD

CATEGORIAS	S.S.A	%	I.M.S.S.	%	I.S.S.S.T.E	%	D.I.F.	%	TOTAL	%
MEDICOS	10420	29.61	19177	54.50	5192	14.75	395	1.12	35184	13.68
RESIDENTES	2455	25.23	5231	53.77	1801	18.51	241	2.47	9728	3.78
PASANTES	6640	59.14	4110	36.61	441	3.92	35	0.31	11226	4.36
INTERNOS	3108	35.97	4129	47.78	1363	16.77	40	0.46	8640	3.36
ODONTOLOGOS	1086	48.28	989	43.97	91	4.04	83	3.69	2249	0.87
ENFERMERAS	3021	13.29	19919	69.28	4172	14.51	836	2.90	28748	11.17
AUX. ENFERMERIA	22141	42.64	25945	46.12	3297	10.20	535	1.03	51918	20.18
PARAMEDICOS	9884	34.29	16209	56.23	2094	7.26	635	2.20	28822	11.20
ADMINISTRATIVOS	8184	24.09	18249	47.70	9217	27.06	409	1.20	34059	13.24
APOYO	10404	22.28	28106	60.19	7028	15.05	1153	2.46	46691	18.15
TOTAL	78143	30.37	138064	53.66	36696	14.26	4362	1.69	257265	100%

RECURSOS FINANCIEROS.

Los recursos financieros son los fondos monetarios con que cuenta - una institución u organismo, un sector o el gobierno en general, por medio de los cuales se pueden llevar a cabo las funciones y los objetivos que le han sido encomendados.

En el caso del sector salud, podemos observar en este punto los presupuestos que le han sido asignados con anterioridad y que son el resultado de la integración programática actual, por medio del cual se - pueden elevar la calidad y la cantidad de los servicios de salud proporcionados a la población por medio de las instituciones de salud en el país.

México se encuentra considerado como uno de los países latinoamericanos que destina menos presupuesto a este rubro tan importante como es la salud pública; todo esto a pesar de que el gobierno ha procurado mantener un incremento cada vez más alto a las prioridades nacionales que son: alimentación, educación, salud y vivienda.

Por todo esto consideramos importante conocer y observar los presupu-estos que ha tenido el sector en los últimos años, exactamente a partir de 1977 hasta nuestros días.

- **GRAFICA DE LOS PRESUPUESTOS ASIGNADOS A CADA UNA DE LAS INSTITUCIONES INTEGRANTES DEL SECTOR SALUD.**

Por medio de la presenta gráfica podemos observar los presupuestos que le han sido asignados a cada una de las diferentes instituciones que integran el sector a partir de 1977.

Existe un incremento del presupuesto que en algunos casos puede parecernos muy alto, pero que en realidad es acorde a la realidad que ha existido y que cada vez es más alta, lo que ha provocado que los servicios de salud que se prestan en las diferentes instituciones y las prestaciones que se les otorga a los usuarios y derechohabientes tengan altos costos por lo que se hace necesario incrementar año con año el presupuesto asignado a cada una de estas instituciones y al sector en general.

Podemos detectar que el presupuesto más alto se le asigna al IMSS y que el presupuesto más bajo en relación con la población que atiende lo tiene la SSA.

También incluimos en esta gráfica las estructuras que tienen cada una de las instituciones de salud en cada año, es decir el porcentaje que le corresponde a cada una de estas instituciones de la cantidad total asignada al sector en un año determinado; por ejemplo en 1977, le correspondió a la SSA un presupuesto de 9,465 millones de pesos y su estructura que le corresponde de acuerdo al total asignado al sector en ese año que era de 67,834 millones es de 13.94 %.

Se incluyen también las variaciones de los presupuestos de cada una de las instituciones de salud, es decir el porcentaje en que varía la asignación presupuestal de un año respecto al año anterior, esto lo podemos hacer de cada una de las instituciones y del sector en general, pueden ser positivas o negativas; podemos decir que todas las variaciones que el sector ha experimentado han sido positivas a excepción hecha del año 1983 en el cual el ISSSTE tuvo una asignación presupuestal menor respecto a la de 1982; por ejemplo en 1982 el ISSSTE tuvo de presupuesto 76,259 millones de pesos mientras que en 1983 fue de 76,259 millones esto es decrecio y tuvo una variación negativa de 0.86 % respecto a la de 1982.

3.1 GRAFICA DE LOS PRESUPUESTOS ASIGNADOS A CADA ORGANISMO INTEGRANTE DEL SECTOR SALUD

ORGANISMO	1977	ESTRUCTURA	1978	ESTRUCTURA	VARIACION	1979	ESTRUCTURA	VARIACION	1980	ESTRUCTURA	VARIACION	1981	ESTRUCTURA	VARIACION	1982	ESTRUCTURA	VARIACION	1983	ESTRUCTURA	VARIACION	1984	ESTRUCTURA	VARIACION
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	9,455	13.94 %	12,460	12.36 %	31.78 %	14,985	12.38 %	20.26 %	18,742	12.48 %	25.07 %	28,468	10.91 %	51.89 %	43,378	14.84 %	52.37 %	54,242	13.15 %	25.73 %	89,185	13.94 %	65.7 %
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	39,212	57.80 %	49,704	49.30 %	26.75 %	62,416	51.57 %	25.57 %	78,288	52.12 %	25.12 %	132,417	58.39 %	94.96 %	165,825	56.76 %	8.79 %	276,532	66.69 %	66.76 %	415,001	64.57 %	49.36 %
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO	17,781	26.21 %	36,660	36.36 %	106.17 %	41,397	34.20 %	12.92 %	49,453	52.93 %	19.46 %	76,785	29.03 %	55.24 %	78,922	26.33 %	1.50 %	76,258	18.59 %	-0.86 %	128,538	20.09 %	68.55 %
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	1,388	2.04 %	1,991	1.97 %	43.65 %	2,235	1.84 %	12.25 %	3,706	2.46 %	65.81 %	4,349	1.66 %	17.55 %	6,030	2.06 %	38.65 %	7,302	1.76 %	21.09 %	8,900	1.39 %	21.88 %
TOTAL	67,834	100 %	100,855	100 %	48.62 %	181,035	100 %	20.05 %	180,87	100 %	24.08 %	261,018	100 %	73.79 %	292,151	100 %	11.92 %	444,634	100 %	41.92 %	639,681	100 %	54.25 %

RECURSOS MATERIALES.

Son los recursos que se destinan a la prestación de los servicios de salud y que estan constituidos por los bienes muebles e inmuebles de cada institucion del sector.

Presentamos una grafica en la cual se ven los principales recursos materiales existentes en el sector y su distribucion por instituciones. En esta grafica vemos que en lo que respecta a los centros de salud, sólo se encuentran bajo el mando de la SSA que es la encargada de los mismos.

En el mismo caso se encuentran los centros de seguridad social agrupados bajo el mando del IMSS.

En lo referente a las unidades de atencion médica no existen datos disponibles sobre su distribucion por institucion, ya que se distribuyen de acuerdo al nivel de atencion en el que se les localiza; de los 7758 existentes, 1372 corresponden al primer nivel de atencion médica es de cir son unidades de consulta externa general, al segundo nivel corresponden 314 y sólo 72 corresponden al tercer nivel.

En lo referente a los consultorios no existen datos verídicos sobre su distribucion por institucion, ya que sólo se tiene conocimiento del número de consultorios del sector en general.

1982

RECURSOS MATERIALES DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR

	S.S.A.	%	I.M.S.S.	%	I.S.S.S.T.E.	%	D.I.F.	%	TOTAL	%
HOSPITALES	20	3.23	398	43.12	202	32.63	2	0.32	619	0.79
CONSULTORIOS									14828	18.68
GABINETES DE RADIOLOGIA	270	23.66	647	56.70	217	19.01	7	0.61	1141	1.46
LABORATORIOS	580	56.91	304	29.83	130	12.75	5	0.49	1019	1.30
QUIROFANOS	363	30.37	532	44.51	275	23.01	25	2.09	1195	1.54
NUMERO DE CAMAS DE HOSPITAL	18959	33.30	21026	41.28	12518	24.57	426	0.83	50927	85.38
UNIDADES DE ATENCION MEDICA									7758	9.93
CENTROS DE SALUD	485	100							485	.63
CENTROS DE SEGURIDAD SOCIAL			230	100					230	.28
TOTAL	18677	23.93	23134	29.67	13340	17.12	465	.59	77902	100%

DIAGNOSTICO ADMINISTRATIVO DEL SECTOR.

En este punto elaboraremos un diagnóstico administrativo del sector salud por áreas y sistemas, primeramente lo haremos de cada una de las instituciones que lo integran y posteriormente del sector en general.

Lo hemos elaborado bajo un enfoque de sistemas, debido a los problemas que hubieran surgido de haberlo efectuado sin una metodología específica; también lo hemos efectuado de forma general debido a lo extenso de la estructura orgánica de cada institución y el, difícil acceso a la información en el aspecto administrativo.

Por todo lo anterior lo hemos realizado con la información que fué posible obtener a lo largo de la investigación, con el fin de captar principalmente algunos de los problemas que hay en cada uno de los sistemas administrativos esenciales en una institución y que son: Organización, recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros, es en estos cuatro sistemas en que se basa el diagnóstico. Con el fin de que la lectura del mismo sea comprensible, clara y entendible hemos decidido hacerlo en base a matrices; las cuales contienen los sistemas mencionados existentes en una institución.

PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS				
SISTEMAS AREA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1 EXISTE UN ORGANIGRAMA GENERAL. 2 EXISTE UN MANUAL DE ORGANIZACION. 3 SE SUPRIMIERON 6 DIRECCIONES PARA RACIONALIZAR LOS RECURSOS EXISTENTES. 4 FALTA UN SISTEMA DE INFORMACION QUE DE A CONOCER LOS SERVICIOS QUE PRESTA. 5 SE ESTA LLEVANDO A CABO UNA REESTRUTURACION ADMINISTRATIVA. 6 ESTA EN PROCESO DE ELABORACION UN MANUAL DE SERVICIOS. 7 LOS FORMATOS UTILIZADOS SON ACTUALIZADOS CONSTANTEMENTE 8 LA ASISTENCIA SOCIAL QUE PRESTA, SE LLEVA A CABO FUNDAMENTALMENTE EN EL DISTRITO FEDERAL. 9 EXISTE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. 10 LOS MANUALES ESTAN ACTUALIZADOS. 11 ES NECESARIO ELABORAR UNA TECNICA DE SIMPLIFICACION DE PROCEDIMIENTOS EXISTENTES. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 CUENTA CON RECURSOS HUMANOS PARA EL MEDIO RURAL Y URBANO PERO NO SON SUFICIENTES 2 ATIENDE A LA MAYOR PARTE DE LA POBLACION 3 ATIENDE A LA POBLACION ABIERTA. 4 LOS PROCEDIMIENTOS Y FUNCIONES SON DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL. 5 HAY EXCESO DE TRABAJO EN ALGUNAS AREAS 6 LAS CONDICIONES DE TRABAJO NO SON IGUALES EN TODAS LAS AREAS. 7 FALTA CAPACITAR ADECUADAMENTE AL PERSONAL RESPONSABLE DE LA PLANIFICACION FAMILIAR. 8 HACE FALTA INCREMENTAR Y CAPACITAR A PERSONAL PARA EL CONTROL SANITARIO 9 LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA ES DEFICIENTE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 SEHA DESTINADO MAYORES RECURSOS A LA ATENCION CURATIVA QUE A LA PREVENTIVA. 2 TIENE EL PRESUPUESTO MAS BAJO DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR 3 EXISTEN DEFICIENCIAS PRESUPUESTALES QUE IMPIDEN LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS EN EL DISTRITO FEDERAL. 4 CUENTA CON MAS RECURSOS PARA LOS SERVICIOS PERSONALES. 5 RELEGA RECURSOS PARA FUNCIONES DE CONTROL VIGILANCIA Y REGULACION 6 SUS RECURSOS FINANCIEROS PROVIENEN DEL GOBIERNO FEDERAL. 7 CUENTA CON RECURSOS ADICIONALES PROVENIENTES DE CUOTAS DE RECUPERACION 8 SE ASIGNAN CANTIDADES REDUCIDAS A LA SECRETARIA PROVENIENTES DE LA LOTERIA NACIONAL Y PRONOSTICOS DEPORTIVOS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 CUENTA CON 20 HOGARES SUSTITUTOS. 2 CUENTA CON 39 JARDINES ESTANCIA. 3 CUENTA CON 11 CENTROS DE BIENESTAR SOCIAL. 4 CUENTA CON 7 ESCUELAS ASISTENCIALES. 5 TIENE UN ALBERGUE TEMPORAL. 6 TIENE 2 CASAS HOGAR PARA ANCIANOS. 7 TIENE 1 CASA CUNA 8 TIENE 1 COMEDOR FAMILIAR 9 TIENE 1 INTERNADO INFANTIL NACIONAL 10 EXISTEN SOLO 3 LABORATORIOS EN TODO EL PAIS PARA EL CONTROL SANITARIO SIENDO INSUFICIENTES. 11 ES NECESARIO CREAR MAS LABORATORIOS PARA EL CONTROL SANITARIO.

SISTEMAS AREA	PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA	12 TIENE CAPACIDAD PARA PRESTAR SERVICIOS PERSONALES EN EL D. F. 13 EXISTIA UNA GRAN CENTRALIZACION Y UNA SUBDIVISION POR ESPECIALIDADES. 14 FUNGE COMO COORDINADORA DE ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS EN SU MAYORIA HOSPITALES DE ESPECIALIDADES 15 EJERCE EL CONTROL SOBRE SISTEMAS DE AGUA DE CONSUMO 16 TIENE A SU CARGO LOS SERVICIOS NO PERSONALES DE SALUD 17 LAS FUNCIONES DE CONTROL VIGILANCIA Y REGULACION CRECEN EN MENOR GRADO QUE LA PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES. 18 EXISTEN DUPLICACIONES DE FUNCIONES Y COMPETENCIA SOBRE LA HIGIENE OCUPACIONAL ENTRE LA SRIA. DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA Y LA DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL 19 LAS AREAS DE LA SECRETARIA SE ENCUENTRAN DISPERSAS.			

SISTEMAS AREA	PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	<ol style="list-style-type: none"> 1 EXISTE UN ORGANOGRAMA GENERAL ACTUALIZADO 2 EL MANUAL DE ORGANIZACION EN SERVICIOS OBSOLETO. 3 EL MANUAL DE ORGANIZACION NO ESTA ACTUALIZADO. 4 EL ORGANOGRAMA ACTIVO NO CONCUERDA CON EL MANUAL DE ORGANIZACION. 5 LA INFORMACION SOBRE LA ORGANIZACION DEL INSTITUTO ES MUY RESTRINGIDA. 6 HAY UN TRANSPLANTE DE FUNCIONES. 7 SE CREARON NUEVAS JEFATURAS, ALGUNAS SON INNECESARIAS. 8 LA ESTRUCTURA ORGANICA ES DIFERENTE A LA DE HACE 6 MESES 9 EXISTE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS 10 NO FACILITARON EL MANUAL DE ORGANIZACION. 11 NO FACILITARON EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. 12 FALTA UN ACCESO A LA INFORMACION ADECUADO 	<ol style="list-style-type: none"> 1 EXISTEN CURSOS DE ACTUALIZACION PARA EL PERSONAL DEL INSTITUTO. 2 HAY MARCADAS DIFERENCIAS EN LA REMUNERACION DEL PERSONAL. 3 EXISTEN CURSOS ABIERTOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO. 4 EXISTEN CURSOS DE ACTUALIZACION SOBRE PROCEDIMIENTOS Y ORGANIZACION DEL INSTITUTO. 5 LAS ACCIONES TOMADAS POR LOS ORGANOS CENTRALES NO SON DADOS A CONOCER AL PERSONAL RAPIDAMENTE 6 NO DAN A CONOCER A TODO EL PERSONAL LAS NUEVAS FUNCIONES Y LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS A SEGUIR. 7 EXISTEN CONTROLES EFICACES SOBRE EL PERSONAL. 8 HAY DESAPROVECHAMIENTO DEL PERSONAL EN ALGUNAS AREAS. 9 LAS CONDICIONES DE TRABAJO SON FAVORABLES EN TODAS LAS AREAS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 NO EXISTE UN SISTEMA DE INFORMACION PRESUPUESTAL. 2 NO PROPORCIONARON EL PRESUPUESTO DEL INSTITUTO. 3 NO PROPORCIONARON LOS EGRESOS DEL INSTITUTO. 4 TIENE EL PRESUPUESTO MAS ALTO DE LOS ORGANISMOS DEL SECTOR 5 ALGUNAS UNIDADES DEL IMSB COPLAMAR NO SON COSTEABLES POR SU POCO AMBITO GEOGRAFICO. 6 SUS RECURSOS FINANCIEROS PROVIENEN DE LOS TRABAJADORES DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LOS PATRONES O SEA DE APORTACIONES TRIPARTITAS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 CUENTA CON RECURSOS MODERNOS 2 TIENE MEJOR DEFINIDOS SUS RECURSOS PARA ATENCION MEDICA QUE LAS OTRAS INSTITUCIONES 3 EXISTE MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE EQUIPOS 4 CUENTA CON 230 CENTROS DE SEGURIDAD SOCIAL. 5 SE DA EL SERVICIO DE REPARACION NECESARIA. 6 REPARACION TIENE RECURSOS SUFICIENTES PARA SU ESTRUCTURA FISICA. 7 TIENE RECURSOS PARA AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS 8 LA INFRAESTRUCTURA DEL INSTITUTO ES LA ADECUADA AL CRECIMIENTO DEL EMPLEO 9 HAY EVIDENCIAS DEL DESPILFARMO DE MATERIALES DE PAPELERIA SOBRE TODO 10 SE PREPARA AL PERSONAL ADECUADAMENTE PARA EL MANEJO DEL EQUIPO. 11 EXISTEN FORMATOS ACTUALIZADOS CON SUS RESPECTIVOS INSTRUMENTOS

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
AREA	SISTEMA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	13	EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS NO ESTA ACTUALIZADO	10 FALTA CAPACITAR ADECUADAMENTE AL PERSONAL ENCARGADO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR		
	14	NO HAY UN FLUJO DE INFORMACION EFICIENTE			
	15	EL PROGRAMA DEL IMSS-COPLAMAR REPRODUJO EL SISTEMA DE LA SSA PERO CON MEJORES INSTALACIONES Y MAS RECURSOS			
	16	LA ESTRUCTURA ORGANICA RESPONDE A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO.			
	17	LAS AREAS DEL INSTITUTO SE ENCUENTRAN UBICADAS POR ZONAS			
	18	HAY DIFERENCIAS EN LA DISTRIBUCION DE LOS ESPACIOS DE CADA AREA DEL INSTITUTO.			

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
AREA	SISTEMA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO		<ol style="list-style-type: none"> 1 NO EXISTE UN ORGANOGRAMA GENERAL 2 EXISTEN ORGANOGRAMAS POR AREAS 3 EXISTE MANUAL DE ORGANIZACION 4 LA ESTRUCTURA ORGANICA RESPONDE A LAS NECESIDADES DEL INSTITUTO 5 EL PROGRAMA DE ATENCION A LA POBLACION MARGINADA SE DIRIGE FUNDAMENTALMENTE A LA URBANA 6 SE TIENE LA MISMA ORGANIZACION EN EL AREA FORANEA QUE EN LA METROPOLITANA 7 PRESTA ATENCION A LA POBLACION MARGINADA LOS FINES DE SEMANA 8 EL FLUJO DE LA DOCUMENTACION NO ES ADECUADO 9 EXISTEN GRANDES DIFERENCIAS EN LA UBICACION FISICA DE LAS AREAS 10 LAS AREAS DEL INSTITUTO SE ENCUENTRAN MUY DISPERSAS 	<ol style="list-style-type: none"> 1 EL PERSONAL ES CONTROLADO POR ORGANOS CENTRALES 2 LA ATENCION DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD ES MUY DEFICIENTE 3 LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA EL INSTITUTO SE CONTROLAN POR MEDIO DE ORGANOS CENTRALES 4 LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS FUNCIONES SON DADOS A CONOCER AL PERSONAL, PERO NO TODOS LOS LLEVAN A CABO 5 NO EXISTE UN CONTROL EFICAZ SOBRE EL PERSONAL 6 LA ATENCION DEL PERSONAL DEL INSTITUTO EN CLINICAS Y HOSPITALES ES DEFICIENTE 7 LAS CONDICIONES DE TRABAJO NO SON IGUALES EN TODAS LAS AREAS 8 FALTA CAPACITAR AL PERSONAL ADECUADAMENTE 	<ol style="list-style-type: none"> 1 SUS RECURSOS SON DE APORTACIONES BIPARTITAS 2 PROVIENEN DEL GOBIERNO FEDERAL Y DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO 	<ol style="list-style-type: none"> 1 LOS SERVICIOS SE ORGANIZAN POR MODULOS 2 EN LOS ESTADOS HAY PUESTOS PERIFERICOS 3 CUENTA CON UN TOTAL DE 535 CAMAS 4 EXISTEN 7 MODULOS PARA LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS DE ATENCION A LA SALUD 5 LOS GABINETES RADIOLOGICOS SE DESTINAN BASICAMENTE A PROBLEMAS PULMONARES, TRAUMATOLÓGICOS Y DE DETECCION DE CANCER 6 HAY UN DISPENDDIO DE LOS RECURSOS EXISTENTES 7 EXISTEN FORMATOS, PERO NO ESTAN ACTUALIZADOS

SISTEMA AREA	PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.	<ol style="list-style-type: none"> 1. EXISTE UN ORGANOGAMA GENERAL. 2. EXISTE MANUAL DE ORGANIZACION 3. EL MANUAL DE ORGANIZACION ESTA ACTUALIZADO 4. LA ESTRUCTURA ORGANICA BASICAMENTE ES LA MISMA A LA QUE TENIA ANTES DE INTEGRARSE AL SECTOR 5. ESTABLECE CONVENIOS CON LOS ESTADOS PARA REALIZAR ACCIONES EDUCATIVAS DE ALIMENTACION Y PROMOCIONALES 6. LA ESTRUCTURA ORGANICA RESPONDE A LAS NECESIDADES DEL SISTEMA. 7. EL FLUJO DE DOCUMENTACION ES ADECUADO. 8. LA UBICACION FISICA DE LAS AREAS ES BUENA Y CASI TODAS ESTAN INTEGRADAS EN UNA ZONA. 9. LA DISTRIBUCION DEL ESPACIO ES CORRECTA. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. LOS PROCEDIMIENTOS Y LAS FUNCIONES SON DADOS A CONOCER AL PERSONAL. 2. LAS RELACIONES ENTRE EL PERSONAL A DISTINTOS NIVELES SON SATISFACTORIAS. 3. EL TRATO DEL PERSONAL DEL SISTEMA O LOS USUARIOS ES BUENO. 4. EXISTEN CONTROLES EFICACES SOBRE EL PERSONAL 5. LAS CONDICIONES DE TRABAJO SON FAVORABLES EN TODAS LAS AREAS 6. HAY PREPARACION ADECUADA AL PERSONAL ESPECIALIZADO 	<ol style="list-style-type: none"> 1. EL PRESUPUESTO ESTA DIVIDIDO POR AREAS 2. NO CUENTA CON UN PRESUPUESTO GENERAL DEL SISTEMA. 3. SUS RECURSOS FINANCIEROS PROVIENEN DEL GOBIERNO FEDERAL. 4. CUENTAN CON RECURSOS ADICIONALES QUE PROMIENEN DE CUOTAS DE REQUERACION 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CUENTA CON 1 CASA CUNA 2. CUENTA CON 25 CENTROS DE DESARROLLO DE LA COMUNIDAD. 3. TIENEN UN CENTRO CULTURAL Y RECREATIVO. 4. CUENTA CON 1 PLANTA ELABORADORA DE DESAYUNOS ESCOLARES 5. CUENTA CON 1 CASA HOGAR PARA NIÑAS. 6. CUENTA CON 22 CENTROS FAMILIARES Y JARDINES ESTANCIA. 7. EXISTEN FORMATOS ACTUALIZADOS Y SUS RESPECTIVOS INSTRUMENTOS.

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
AREA	SISTEMA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	1	NO EXISTE UN SISTEMA DE INFORMACION EFICIENTE SOBRE EL AREA DE LA SALUD	1 EXISTE UNA DUPLICIDAD DE ESFUERZOS INNECESARIOS	1 LOS RECURSOS SE DESTINAN A LAS ACCIONES CURATIVAS	1 NO EXISTE UN INVENTARIO DE LOS RECURSOS CON QUE SE CUENTA
	2	LOS INDICADORES DE SALUD SON INCOMPLETOS, PARCIALES Y OBSOLETOS	2 EXISTEN GRANDES DIFERENCIAS DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	2 LAS ACCIONES CURATIVAS TIENEN ALTOS COSTOS DE OPERACION E INVERSION	2 NO SE DESTINAN RECURSOS PARA PROPAGANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS
	3	LOS REGISTROS DE SALUD SON DEFICIENTES	3 HAY POCAS PERSONAS QUE SE DEDICAN AL CONTROL YA LA VIGILANCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	3 SE ESTA EFECTUANDO UNA RACIONALIZACION DE LOS RECURSOS DEL SECTOR	3 HAY MARCADAS DIFERENCIAS EN LOS SERVICIOS PRIMARIOS DE LA SALUD
	4	LAS ACCIONES REHABILITATORIAS SON INSUFICIENTES	4 NO HAY PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO PARA EL CONTROL SANITARIO	4 NO SE DESTINAN LOS RECURSOS ADECUADOS A LA PROTECCION AMBIENTAL	4 NO HAY UN INVENTARIO SOBRE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ASISTENCIA SOCIAL
	5	SE DESTINA MAYOR ATENCION E IMPORTANCIA A LA ACCION CURATIVA	5 HAY DESIGUALDAD EN LA ATENCION, POR PARTE DEL PERSONAL DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL SECTOR	5 NO SE CONOCEN LOS RECURSOS FINANCIEROS GLOBALES DESTINADOS A LA ASISTENCIA SOCIAL	5 NO EXISTEN INSTRUMENTOS ADECUADOS PARA LA COORDINACION SECTORIAL
	6	LOS INDICADORES DE SALUD NO DAN UNA IDEA REAL DE LA MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	6 NO HAY RELACION ENTRE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y LA FORMACION DE PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO	6 NO EXISTE COORDINACION ENTRE EL PRESUPUESTO FEDERAL Y EL ESTATAL ASIGNADO A LA ASISTENCIA SOCIAL	6 HAY LIMITACION POR PARTE DE LOS RECURSOS CON QUE SE CUENTA PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL ADECUADOS Y DE CALIDAD
	7	LAS ACCIONES BASICAS DE LOS SERVICIOS NO PERSONALES SON ASIGNADOS A LA S.S.A.	7 EXISTEN CURSOS DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL	7 LOS RECURSOS FINANCIEROS DESTINADOS A LA ASISTENCIA SOCIAL SON INSIGNIFICANTES	7 LOS CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL SECTOR
	8	NO HAY UNA PLANIFICACION ADECUADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	8 EXISTEN PERDIDAS DE RECURSOS HUMANOS PARA LA PLANEACION EN LOS ESTADOS, DEBIDO A CONDICIONES MAS FAVORABLES EN EL NIVEL CENTRAL O EN OTRAS INSTITUCIONES	8 LOS RECURSOS SE DESTINAN A UNA PRODUCCION DE SERVICIOS INDIVIDUALES HOSPITALARIOS Y CURATIVOS	8 NO SON UNIFORMES
	9	HAY DESIGUALDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS EN CADA INSTITUCION DEL SECTOR SALUD		9 NO SE DAN A CONOCER LAS REFORMAS QUE HAY EN MATERIA DE FINANZAS	9 HAY UNA DESPROPORCION DE LOS RECURSOS POR NIVELES DE ATENCION PARA LA POBLACION
	10	NO HAY UNA PROGRAMACION ADECUADA DEL SECTOR SALUD			10 NO A SEGURO, O SEA LA LLAMADA POBLACION ABIERTA

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
SISTEMA AREA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES	
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	11 NO HAY POLITICAS QUE UNIFIQUEN LOS CRITERIOS DE LAS DIFERENTES INSTITUCIONES DEL SECTOR	9 CUENTA CON ESCASO PERSONAL DEDICADO A LA ASISTENCIA SOCIAL	10 SE DESTINO EL MISMO PRESUPUESTO A LA ASISTENCIA SOCIAL EN 1981 Y EN 1982	9 LAS ACCIONES CURATIVAS DEPENDEN DEL EQUIPO MEDICO, DE LA CONSTRUCCION DE HOSPITALES Y DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA	
	12 HAY UNA FALTA TOTAL DE COORDINACION DE PLANES, PROGRAMAS Y METAS DEL SECTOR	10 NO EXISTEN CRITERIOS UNIFORMES, OBSTACULIZANDO LAS ACCIONES EN EL AREA DE LA SALUD	11 NO HAY PARTICIPACION Y OPERACION DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA	10 LOS PROGRAMAS DE DISEÑO, PLANEACION Y REMODELACION DE LOS RECURSOS SON DIFERENTES	
	13 NO HAY UNA POLITICA DE INVESTIGACION DE LA SALUD SISTEMATICA Y OPERATIVA	11 NO HAY PARTICIPACION DE LOS RECURSOS COMISIONADOS POR LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y EL PROGRAMA IMSS - COPLAMAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS EDOES.	12 HAY UNA CENTRALIZACION DE GASTOS POR INSUMOS	11 HAY UNA SUBUTILIZACION DE LOS RECURSOS	
	14 HAY UN DESCONTROL EN EL CRECIMIENTO DE LA ORGANIZACION DEL SECTOR	12 EXISTEN SOLAMENTE 257,265 RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR	13 FALTA UNIFORMIDAD EN LOS CRITERIOS DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS	12 NO EXISTEN PROGRAMAS ADECUADOS DE NORMAS Y MANTENIMIENTO DE LOS RECURSOS EN CADA INSTITUCION DEL SECTOR	
	15 NO EXISTE UN PROGRAMA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SECTOR	13 EXISTEN RECURSOS HUMANOS FUERA DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL QUE NO SON CONTABILIZADOS	14 NO HAY UN ANALISIS DE LA PRODUCTIVIDAD DEL SECTOR	13 LAS UNIDADES DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD, SON DIFERENTES EN CADA INSTITUCION	
	16 NO HAY UNA ADECUADA SUPERVISION Y PROGRAMACION ADMINISTRATIVA	14 HAY UNA CENTRALIZACION DEL PERSONAL PARA LA SALUD	15 SE DESTINAN MAS RECURSOS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION DE RCHO HABIENTE QUE PARA LA ABIERTA	14 FALTAN RECURSOS SOBRE TODO EN HOSPITALES CON 30 CAMAS	
	17 FALTA UN SISTEMA DE INFORMACION SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA EL SECTOR SALUD	15 NO EXISTE UN CRITERIO UNIFORME PARA CLASIFICAR AL PERSONAL PARAMEDICO	16 NO HAY ARMONIA ENTRE LOS RECURSOS DE CADA NIVEL DE TODAS LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR	15 ES NECESARIA LA REGIONALIZACION DE LOS SERVICIOS PARA SU USO ADECUADO	
	18 TODOS LOS PROGRAMAS SE ORIENTAN A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS PERSONALES	16 SE DESTINA POCO PRESUPUESTO A LA FORMACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	17 MEXICO ES UNO DE LOS PAISES EN AMERICA LATINA DONDE SE DESTINAN MENOS RECURSOS A LAS AREAS DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL	16 HAY UN DISPENDIO DE LOS RECURSOS	
	19 EXISTEN ALGUNAS DIFICULTADES PARA LLEVAR A CABO LA DESCENTRALIZACION Y LA DESCENTRALIZACION DEL SECTOR			17 FALTA UNA SECTORIZACION INTEGRAL PARA LOCALIZAR LAS UNIDADES DEL SECTOR	

PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS				
SISTEMAS AREA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	20 NO HAY ACTUALIZACION DE LAS TECNICAS EMPLEADAS EN EL SECTOR.	17 NO EXISTEN RELACIONES ADECUADAS ENTRE EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA.	18 LOS INCREMENTOS EN LOS PRESUPUESTOS QUE HABIENDO SON DEBIDOS A LA INFLACION.	18 EXISTEN POBLACIONES DONDE TODAS LAS INSTITUCIONES TIENEN RECURSOS PROPICIANDO UNA DUPLICIDAD DE FUNCIONES.
	21 EXISTE UN INSUFICIENTE DESARROLLO DE LA FUNCIONES, REGULACION DEL SECTOR	18 LOS CENTROS DE SALUD RURALES NO TIENEN EL PERSONAL NECESARIO.	19 NO HAY UN INCREMENTO REAL DEL PRESUPUESTO DE LAS INSTITUCIONES Y DEL SECTOR EN SI.	19 EL DISEÑO Y LA EDIFICACION DE LOS INMUEBLES SE RIGEN POR NORMAS DE CADA INSTITUCION Y NO HAY RELACION ENTRE ELLAS.
	22 NO HAY UNA DESCENTRALIZACION EFICAZ HACIA LOS ESTADOS.	19 NO SE PROMUEVE DE FORMA REAL LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD	20 NO HAY INFORMACION ADECUADA SOBRE EL TIPO Y COSTO DE LOS SERVICIOS EN ZONAS MARGINADAS.	20 ES NECESARIO CONTAR CON INSTALACIONES ADECUADAS DE ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCION DE BIOLÓGICOS EN EL PAIS.
	23 FALTA COORDINACION ENTRE EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANITARIO	20 NO HAY RESPALDO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD PARA LA FORMACION DE PERSONAL TECNICO	21 LAS CIFRAS MANEJADAS POR LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SON INEXACTAS	21 ES NECESARIO CREAR UN INVENTARIO DE LOS INMUEBLES UTILIZADOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD A NIVEL NACIONAL.
	24 NO EXISTE UN CONTROL DE LOS ALIMENTOS EN LOS ESTADOS.	21 EXISTEN CONCENTRACIONES GEOGRAFICAS DE PERSONAL PARA ESTUDIOS DEL AREA DE LA SALUD.	22 ES NECESARIO COORDINAR LOS RECURSOS OFICIALES Y PRIVADOS PARA REALIZAR PROGRAMAS DE SALUD.	22 NO HAY UN BUEN MANEJO EN LA ADQUISICION, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCION Y USO DE MATERIALES NECESARIOS EN LA PLANIFICACION FAMILIAR
	25 NO EXISTEN DATOS PRECISOS SOBRE LA MAGNITUD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.	22 NO SE ADIESTRA CORRECTAMENTE AL PERSONAL AUXILIAR DE LOS CENTROS DE SALUD RURALES	23 FALTAN RECURSOS FINANCIEROS PARA LLEVAR A CABO LOS PROGRAMAS DEL PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR	23 HACE FALTA REGULAR LA ADQUISICION Y USO DEL EQUIPO MEDICO
	26 EXISTEN PROGRAMAS MASIVOS DE CONTADURACION	23 NO EXISTE UN REGISTRO DEL PERSONAL EXACTO.	24 HACE FALTA UNIFILAR UN SISTEMA DE COSTOS Y CONTABILIDAD DEL SECTOR	24 ES NECESARIO QUE EL SECTOR CUENTE CON UN SISTEMA LOGISTICO GENERAL.
	27 EXISTEN SISTEMAS INTEGRALES DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA.	24 EXISTE PERSONAL QUE LABORA EN DOS O MAS INSTITUCIONES DEL MISMO SECTOR.	25 HACEN FALTA MECANISMOS PARA LA COMPRA DE INSUMOS QUE IMPIDAN EL ALTO COSTO DE SU ADQUISICION.	
	28 NO EXISTEN REGISTROS CONFIABLES DE LAS MUERTES OCURRIDAS CADA AÑO EN MEXICO.	25 LOS PROGRAMAS Y LAS ACCIONES DE CAPACITACION DE LA COMUNIDAD NO TIENEN EL IMPACTO DESEADO.		
	29 HACE FALTA ANALIZAR LAS COBERTURAS Y LOS INDICES DE LOS PROGRAMAS DE VACUNACION.			
30 HAY DUPLICACIONES DE ESTRUCTURAS Y SERVICIOS				

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS			
SISTEMA AREA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES	
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	31 LA MORBILIDAD SIGUE SIENDO UN INDICADOR POCO CONFIABLE POR FALTA DE INFORMACION ADECUADA	26 NO EXISTE UNA ADECUADA EDUCACION PARA LA SALUD	26 NO HAY UNIFORMIDAD EN LOS SISTEMAS CONTABLES Y DE CONTROL DEL GASTO DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR	25 HACE FALTA PLANEAR LAS COMPRAS POR MEDIO DE CUADROS BASICOS UNIFICADOS DE LOS RECURSOS MATERIALES DEL SECTOR	
	32 HACE FALTA UN PROGRAMA EFECTIVO PARA ERRADICAR LAS ENFERMEDADES COMO EL PALUDISMO	27 NO HAY DATOS DISPONIBLES SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS QUE TRABAJAN EN EL AREA DE LA SALUD EN EL SECTOR PRIVADO Y PUBLICO	27 LOS REQUERIMIENTOS FINANCIEROS DE CADA INSTITUCION SON DIFERENTES	26 EXISTE MUCHA DEPENDENCIA TECNOLOGICA DEL EXTERIOR	
	33 EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA COORDINACION FEDERACION-ESTADO DISMINUYO	28 NO SE TIENEN DATOS SOBRE LOS MEDICOS QUE EXISTEN Y EJERCEN EN MEXICO	28 EVENTUALMENTE EXISTEN FONDOS QUE PROPORCIONA LA UNICEF Y LA FAO	27 EXISTE UN INADECUADO APROVECHAMIENTO DE LA CAPACIDAD FISICA INSTALADA	
	34 EN LOS ESTADOS LA ASISTENCIA SOCIAL DEPENDE DE JUNTAS DE GOBIERNO DE PATRONATOS Y DE LOS GOBIERNOS LOCALES	29 NO HAY DATOS ACTUALES Y CONFIABLES DE LOS RECURSOS QUE EXISTEN EN EL SECTOR PRIVADO EN EL AREA DE LA SALUD	29 NO EXISTE RELACION ENTRE EL GASTO CORRIENTE Y EL DE INVERSION DEL SECTOR	28 HACE FALTA DOTAR DE RECURSOS MATERIALES AL AREA DEDICADA A LA INVESTIGACION DE LA SALUD	
	35 HACE FALTA DIFUSION EN LOS ESTADOS DE LO QUE SE HACE EN EL SECTOR EN EL NIVEL CENTRAL EN MATERIA DE SALUD	30 EL PERSONAL DEL SECTOR EN LOS ESTADOS SE ENCUENTRAN SUBORDINADOS JERARQUICAMENTE AL NIVEL CENTRAL	30 HACE FALTA ESTABLECER PRIORIDADES DE ACUERDO A LA ASIGNACION PRESUPUESTAL DEL SECTOR		
	36 NO HAY UNA COORDINACION SECTORIAL EN LAS ACCIONES DE SALUD EN LOS ESTADOS	31 EXISTEN ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO Y CAPACITACION DE PERSONAL PARA LA SALUD	31 NO HAY UN ADECUADO FINANCIAMIENTO SECTORIAL		
	37 LA ATENCION PREVENTIVA NO CUBRE LOS RIESGOS DE TRABAJO DE LOS GRUPOS MAS VULNERABLES Y DE MAS RIESGO	32 EXISTEN DERECHOS HABIENTES PROTEGIDOS POR INSTITUCIONES DEL GOBIERNO QUE NO ESTAN INTEGRADAS COMO SON PEMEX, LOTERIA NACIONAL, NAC. FINANCIERA	32 NO SE CONOCEN LOS COSTOS REALES DE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL SECTOR		
	38 LAS RELACIONES ENTRE EL AREA RURAL Y URBANA NO SON ADECUADAS FALTA COMPLEMENTACION, REGIONALIZACION Y ESCALONARLO	33 COMO SON PEMEX, LOTERIA NACIONAL, NAC. FINANCIERA SISTEMA DE TRANSPORTE COLECTIVO, LA UNION NACIONAL DE PRODUCTORES	33 HACE FALTA RACIONALIZAR LAS INVERSIONES Y EL GASTO DEL SECTOR PARA QUE SE APROVECHEN MEJOR LOS RECURSOS FINANCIEROS EXISTENTES		

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS		
SISTEMA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FINANCIEROS	RECURSOS MATERIALES
AREA SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	<p>39 ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ESTAN LAS ENFERMEDADES DEBIDAS A PADECIMIENTOS INFECCIOSOS QUE PUEDEN PREVENIRSE</p> <p>40 NO HAY DISPOSICIONES LEGALES QUE DELIMITEN Y DEFINAN EL CAMPO DE LA ASISTENCIA SOCIAL</p> <p>41 NO HAY DELIMITACION DE FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES QUE BRINDAN SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL</p> <p>42 NO HAY NORMAS ADECUADAS DE ORGANIZACION Y ESTRUCTURACION DE LOS SERVICIOS</p> <p>43 FALTA INFORMACION ESTADISTICA SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS ESTADOS</p> <p>44 LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA SALUD SOLO LAS REALIZA LA SSA Y EL INSS</p> <p>45 NO HAY UNA EVALUACION CORRECTA DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA SALUD</p> <p>46 EXISTE UN SISTEMA DE INFORMACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE LA MAYOR PARTE ESTA DUPLICADA</p>	<p>DUCTORES DE AZÚCAR, COMISION NACIONAL BANCARIA Y DE SEGUROS</p> <p>35 NO HAY ENCUESTAS SOBRE EL USO, ACCESO E IDENTIFICACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR</p> <p>34 ES NECESARIO CAPACITAR AL PERSONAL EN TAREAS DE PLANEACION Y OPERACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD</p> <p>35 FALTA PARTICIPACION DEL PERSONAL EN EL SECTOR</p> <p>36 NO EXISTE UN INVENTARIO SOBRE LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</p> <p>37 HACE FALTA CAPACITAR A LA POBLACION SOBRE EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD</p> <p>38 ES NECESARIO ESTABLECER PROGRAMAS SECTORIALES Y DE CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS</p> <p>39 EL PERSONAL MEDICO REALIZA LABORES ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES APARTE DE LAS QUE LES CORRESPONDEN</p>	<p>34 HACE FALTA ORIENTAR LOS RECURSOS HACIA LAS PRIORIDADES EN EL AREA DE LA SALUD</p> <p>35 ES NECESARIO QUE LOS RECURSOS PROVENIENTES DE LA LOTERIA NACIONAL Y DE PRONOSTICOS DEPORTIVOS SE CANALIZEN DIRECTAMENTE A LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA</p>	

		PRINCIPALES PROBLEMAS DETECTADOS						
AREA	SISTEMA	ORGANIZACION Y ESTRUCTURA ORGANICA						
SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	47	LA ESTRUCTURA CENTRAL TIENE FUNCIONES NORMATIVAS Y DE CONTROL	56	NO HAY UNA ORGANIZACION SOCIAL EFICIENTE	63	NO HAY RELACION ENTRE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y LOS NIVELES DEL SISTEMA DE SALUD EN FUNCION	70	LOS PROGRAMAS DEBEN ORIENTARSE A DISMINUIR LOS PADECIMIENTOS TRANSMISIBLES Y LOS ACCIDENTES
	48	EL SECTOR NO AGRUPA A IMPORTANTES INSTITUCIONES QUE OTORGAN SERVICIOS DE SALUD	57	NO HAY POLITICAS DE SALUD BIEN DEFINIDAS	64	EL SISTEMA PARA LA ATENCION DE LA SALUD ES DEFICIENTE	71	ES NECESARIO PROPORCIONAR ATENCION MEDICA REHABILITATORIA Y ODONTologica A TODA LA POBLACION
	49	NO HAY UN FACIL ACCESO A LOS SERVICIOS	58	EXISTEN ACTUALMENTE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE SALUD DEL SECTOR	65	FALTA UNA COORDINACION EFECTIVA ENTRE LOS PROGRAMAS DE INMUNIZACIONES MASIVAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD		
	50	NO EXISTE UN DIAGNOSTICO DE LA SALUD	59	ES NECESARIO EVITAR LAS SOBREPONICIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL USO DE LOS SERVICIOS	66	HACE FALTA CREAR UN ORGANISMO QUE COORDINE SECTORIALMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD		
	51	NO HAY UN SISTEMA DE INFORMACION ADECUADO SOBRE LA POBLACION DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION QUE ES ATENDIDA	60	LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD SECTORIZADOS TRABAJAN INDEPENDIENTEMENTE Y AISLADOS, SIN VINCULACION ENTRE ELLAS Y NO LLEVAN RELACIONES ENTRE SI	67	NO HAY UN SISTEMA DE CONTROL SOBRE LAS INNOVACIONES TECNOLOGICAS QUE SE INTRODUCEN EN EL PAIS		
	52	SE EFECTUAN PROGRAMAS SIMULTANEAMENTE SOBRE UN MISMO PROBLEMA EN LUGAR DE INTEGRARLOS Y COORDINARLOS	61	ES NECESARIO ESTABLECER UNA COORDINACION EFICIENTE Y ADECUADA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD	68	ES NECESARIO UNIFICAR LOS CRITERIOS DE LAS NORMAS Y DE LOS MANUALES DE ORGANIZACION Y DE PROCEDIMIENTOS EN TODAS LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR		
	53	NO EXISTE UN SISTEMA NACIONAL DE ADMINISTRACION DEL MEDIO AMBIENTE	62	ES NECESARIO CONTAR CON UNA ESTRUCTURA QUE FORME, ORGANICE Y EVALUE LAS ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO EN EL SECTOR SALUD	69	HAY DUPLICIDAD DE FUNCIONES		
	54	NO EXISTE UN CONTROL DE LA CONTAMINACION DEL AIRE, DEL AGUA Y DEL SUELO						
	55	LOS PLANES NO SON CONGRUENTES Y SIMULTANEOS AL DESARROLLO DEL PAIS						

CAPITULO VI CONCLUSIONES.

Las siguientes reflexiones son acciones que se reflejan en conclusiones, que son el resultado de la investigación llevada a cabo sobre el sector salud, las cuales presentamos para una mayor comprensión y claridad en orden, de acuerdo a los capítulos de que consta esta investigación:

CAPITULO I.

Los antecedentes que existen sobre la salud y la seguridad social se encuentran dispersos y en forma desordenada, lo que ha provocado que en algunos casos esta información se duplique, sea contradictoria y repetitiva.

Es necesario que los antecedentes sean ordenados y clasificados cronológicamente para que el acceso a la misma se facilite.

Por medio de los antecedentes podemos darnos cuenta que el crecimiento de las instituciones de salud no ha sido acorde a la realidad lo que ha provocado que exista una duplicidad de funciones y programas. Dentro del sector salud hay una ausencia de coordinación efectiva entre las diferentes instituciones que integran el sector.

Hace falta que se le conceda al sector salud, la importancia que requiera por parte del gobierno, de las instituciones que lo integran y por parte de la población usuaria de los servicios la cual debe tomar parte activa en los procesos de salud que le conciernen.

Hace falta que se sectorize en forma programática y real a las instituciones de salud que existen en el país para que el sector salud se integre realmente con el fin de ayudar a consolidar el sistema nacional de salud en nuestro país.

CAPITULO II.

Los objetivos de las instituciones de salud que integran al sector - deben ser acordes a la realidad que vive el país y a las necesidades de la población usuaria por lo que deben ser actualizadas constantemente.

Las funciones de estas instituciones de salud, no deben ser duplicatorias para que se lleve a cabo un buen funcionamiento de las mismas y que realicen adecuadamente los objetivos que le han sido encomendados.

Es necesario terminar con la atención médica individualizada preferentemente curativa y preferencial hacia algunas personas, que existe en las instituciones de salud, homogeneizando todos los servicios de salud y de atención médica en cada uno de los tres niveles existentes de atención médica.

Es necesario que las comisiones y los comités de apoyo de la SSA, se coordinen con cada una de las instituciones de salud, para que se lleve a cabo un mejor funcionamiento de las mismas.

Hace falta que se de a conocer a los usuarios de los servicios de salud y al personal de cada una de las instituciones del sector, cuales son las funciones, objetivos y los resultados que tengan en su desempeño cada una de las comisiones o de los comités de apoyo de la SSA.

CAPITULO III.

Hace falta que los indicadores de salud contengan información verídica y que sean actualizados constantemente y evaluados para de esta forma contar con indicadores que nos proporcionen datos reales, programáticos, actuales, confiables y eficientes para un mejor funcionamiento del sector.

Los programas de salud carecen de una sistematización adecuada y de una coordinación efectiva entre las diferentes instituciones de salud, que terminen con la duplicidad de los mismos existentes en las instituciones del sector.

Es necesario crear un sistema nacional de información sobre los servicios de salud que contengan datos sobre el uso, acceso y tipo de servicios.

Este sistema nacional de información debe dar a conocer a la población los servicios que prestan las diferentes instituciones del sector y los recursos que tienen dichas instituciones, para un mejor conocimiento del sector salud y de las instituciones que lo integran.

CAPITULO IV.

La administración de los servicios de salud es centralizada en gran parte, lo que dificulta en la mayor parte de los casos la toma de decisiones más adecuada a las circunstancias y a los problemas que se presentan sobre todo en las zonas marginadas del país.

Es necesario que las instituciones de salud se integren en forma rreal para que correspondan a las necesidades de la población en materia de salud y seguridad social y de esta forma ayudar a la consolidación del sistema nacional de salud.

Es necesario implantar y consolidar un sistema nacional de salud, que haga efectivo el recientemente legalizado derecho a la protección de la salud, que amplie la cobertura de las instituciones de salud a todo el país y que proteja a los habitantes del mismo ya sea que se encuentren en una relación formal de trabajo o no.

No es posible unificar al sector salud debido más que nada a la naturaleza jurídica, organizacional y patrimonial de cada una de las instituciones de salud que integran el sector.

Es imposible unificar el sector salud debido a las presiones de los grupos afectados por esta resolución.

Es necesario que se racionalicen los recursos existentes ya sean de cualquier tipo para el mejor aprovechamiento de los mismos y que se termine así con el dispendio que existe en cada una de las instituciones de salud de los recursos con que cuenta.

Se debe efectuar un proceso de planeación que nos indique en que forma y en que medida se avanza en la consolidación del sistema nacional de salud.

Es necesario crear en la SSA, un sistema de planeación que mejore las responsabilidades que se tienen en esta materia apoyándose en las tres grandes estrategias del sistema nacional de salud y en las funciones que le corresponden como coordinadora del sector salud.

CAPITULO VII

A manera de recomendación creemos que es necesario que se efectue un diagnóstico en el sector salud y en las instituciones que lo integran por lo menos una vez al año para de esta forma evaluar las políticas, los objetivos cumplidos, los procedimientos existentes, las normas jurídicas, las funciones del sector y de cada una de las instituciones del sector para corregir oportunamente las desviaciones que se presenten y encuentren al efectuar este diagnóstico.

ANEXO 1.

GLOSARIO DE TERMINOS.- Fué incluido con el fin de esclarecer los - conceptos de mayor uso que se han utilizado a lo largo de la presente investigación.

"ADMINISTRACION.-Es un proceso a través del cual recursos humanos,ma- teriales,económicos,de espacio y tiempo no relacionados entre sí,se integran en un sistema unitario para el logro de uno o más objetivos."⁵¹

"ADMINISTRACION CENTRAL.- Es la rama de la Administración Pública Fede- ral que se encuentra integrada por la Presidencia de la República,las Secretarías de Estado,los Departamentos Administrativos y la Procura- duría General de la República.

ADMINISTRACION PARAESTATAL.-Es la rama de la Administración Pública que se encuentra integrada por los Organismos Descentralizados,las - Empresas de Participación Estatal,las Instituciones de Crédito,las - Organizaciones Auxiliares Nacionales de Crédito,las Instituciones Na- cionales de Seguros y Fianzas y los Fideicomisos."⁵²

"ADMINISTRACION PUBLICA.- Es el conjunto de operaciones encaminadas a cumplir o hacer cumplir la política pública.La voluntad de un gobier- no,tal y como esta es expresada por las autoridades competentes.Es - pública porque comprende las actividades que una sociedad sujeta a la dirección política,las cuales son ejecutadas por las instituciones gu- bernamentales."⁵³

'ASISTENCIA SOCIAL.- Es un servicio que otorga el estado,como una con- sección,es gratuita.Es el ámbito del derecho a la protección de la sa- lud y se finca en la responsabilidad del Estado de proveer las condi- ciones indispensables para superar sus limitantes."⁵⁴

51 Diccionario de Política y Administración Pública tomo A-F, Edit.Co- legio de Lic.en Ciencias Políticas y Administración Pública,la.edi- ción;México:1978. p.15

52 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal,op.cit. p. 3

53 Diccionario de Política y Administración tomo A-F,op.cit. p.47

54 Del autor.

"CENTRALIZACION.- Es la concentración sistemática y consistente o la reserva de la autoridad y responsabilidad en un nivel jerárquico en particular, con el fin de reunir en una sola persona o cargo todo el poder de tomar decisiones y coordinar las labores dentro de su respectivo ámbito de acción."⁵⁵

"CONSTITUCION.- Se refiere al sistema o cuerpo de leyes fundamentales precedentes y tradiciones de un determinado estado y consiste en los principios que rigen la organización y conducta de un gobierno y las relaciones de éste con los ciudadanos."⁵⁶

"CONTROL ADMINISTRATIVO.- Es la medición de los resultados actuales y pasados en relación con los esperados, ya sea total o parcialmente, con el fin de corregir, mejorar y formular nuevos planes."⁵⁷

"COORDINACION ADMINISTRATIVA.- Grado en el cual las diversas partes - interdependientes de un sistema social, operan conforme a los requerimientos de las otras partes y del sistema en su conjunto."⁵⁸

"DECRETO.- Resolución, decisión o determinación del jefe del estado o del jefe del gobierno, sobre cualquier materia o negocio. El decreto - contiene normas jurídicas que pueden ser de aplicación individual o general."⁵⁹

"DESCENTRALIZACION.- Es el esfuerzo sistemático de delegar a los niveles más bajos toda la autoridad, con excepción de aquella que sólo puede ser ejercida en los puntos centrales."⁶⁰

"DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.- Se refiere a la manera de realizar los servicios públicos y a la distribución de los órganos encargados de cumplirlos."⁶¹

"DESCONCENTRACION ADMINISTRATIVA.- Traspaso de determinados servicios de la administración central a órganos o funcionarios de la misma con sede en las provincias o regiones, llevado a efecto por la vía legislativa. Es una forma de organización administrativa que se sitúa entre

55 Diccionario de Política y Administración Pública tomo A-F, op.cit. p.382

56 Ibidem p. 297

57 Ibidem. p. 308

58 Ibidem. p. 318

59 Ibidem. p. 346

60 Ibidem. p. 383

61 Idem.

la centralización y la descentralización"⁶²

"DIAGNOSTICO.- Es un proceso de acercamiento gradual al conocimiento analítico de un hecho o de un problema administrativo que permite - destacar por sí solo, los elementos más importantes y más significativos de una alteración o de una variación en el desarrollo de las actividades administrativas que se dan en una institución u organismo público."⁶³

"DIRECCION ADMINISTRATIVA.- Es la función administrativa que consiste en definir, clarificar e interpretar los objetivos y las acciones, así como enseñar y estimular a los participantes de una empresa para que realicen sus tareas eficaz y eficientemente."⁶⁴

"EFICIENCIA.- En la Administración Pública se refiere a la promoción de métodos administrativos que produzcan el conjunto más grande de - resultados para un objetivo determinado y con el menor costo. La reducción de costos de personal y materiales, en tanto que se logra la máxima precisión, velocidad y simplificación administrativas."⁶⁵

"ENTIDAD.- Son las que definen como tal en el artículo 3o. de la Ley - Orgánica de la Administración Pública Federal."⁶⁶

"ESTADISTICA.- Como una rama de las matemáticas aplicadas, es un conjunto de técnicas que a lo sumo pueden constituir un método científico de estudio de hechos futuros, en base al conocimiento de datos pasados y futuros."⁶⁷

"ESTADO.- Términos de la Ciencia Política con el que se designa, de modo general, la organización política de un país."⁶⁸

"ESTATUTO.- Conjunto de normas fundamentales, inclusive la declaración de propósitos, en las que se basa la actividad de cualquier organización estatal, económica o social."⁶⁹

62 Ibidem. p. 386

63 Del Autor.

64 Diccionario de Política y Administración Pública, tomo A-F, op.cit. p. 422

65 Ibidem. p. 456

66 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, op.cit. p. 5

67 Diccionario de Política y Administración Pública, tomo A-F, op.cit. p. 531

68 Ibidem. p. 533

69 Ibidem. p. 548

"ESTRUCTURA.- Organización de partes de relativa permanencia o persistencia, capaz de actuar como tal, de determinada manera y cuyo tipo se define por las clases de acción que puede emprender."⁷⁰

"FUNCION.- Tipo o tipos de acción de que es notoriamente una estructura."⁷¹

"GABINETE.- Reunión de personas en grupos pequeños que se designan para que asesoren o auxilien a un ministro en su departamento. En ciertos organismos oficiales existen gabinetes técnicos que son servicios de estudio, planeación y asesoramiento que desempeñan una función de estados mayores de los funcionarios que han de decidir."⁷²

"GARANTIAS CONSTITUCIONALES.- Conjunto de derechos de tipo individual y social que están contenidos en una constitución, cuyo ejercicio está garantizado por el poder estatal, con el fin de que las personas que viven dentro del territorio nacional puedan disfrutar de la vida, y de la libertad en sus diferentes manifestaciones y puedan los ciudadanos participar en los asuntos esenciales del estado."⁷³

"GOBIERNO.- Significa conducir, dirigir grupos de individuos que comparten una determinada responsabilidad en el ejercicio del poder. Es el proceso que conjunta, unifica y conduce el complejo institucional del estado, en él se resume la institución y la acción del estado político en el seno de la sociedad civil."⁷⁴

"GRAFICAS.- Los informes sobre los fenómenos y acontecimientos de las diferentes disciplinas del saber humano, pueden ser explicados e ilustrados con el uso de líneas continuas y/o dibujos, que permitan un entendimiento fácil e inmediato sin necesidad de recurrir a largas y cansadas cifras y/o palabras. Pueden ser de diversas formas las más comunes son las de barras, las de línea continua, quebrada, circulares o diversas."⁷⁵

70 Ibidem. p. 550

71 Ibidem. p. 595

72 Diccionario de Política y Administración Pública tomo G-M, Edit. Colegio de Lic. en Ciencias Políticas y Administración Pública; la. edición; México: 1980. p. 44

73 Ibidem. p. 10

74 Ibidem. p. 60

75 Ibidem. p. 82

- "HIPOTESIS.- Proposición, condición o principio que es aceptado quizá sin fé, con objeto de obtener sus consecuencias lógicas y por este método deducir y comprobar sus resultados empíricos."⁷⁶
- "INDICES DE SALUD.- Llamados también indicadores de salud, son un recurso que nos expresa por medio de gráficas y de forma accesible, el resultado y la magnitud de los problemas de salud."⁷⁷
- "INSTITUCION.- En general una institución es una forma de organización estructurada con determinados fines más o menos precisos y con una permanencia relativa. Varios autores coinciden en considerar a las instituciones como el conjunto de formas o estructuras fundamentales de una organización social tales como han sido establecidas o instituidas por la ley, la costumbre de un grupo humano. En este orden las instituciones propiamente políticas, no son sino la forma en que el poder esté organizado y estructurado."⁷⁸
- "JEFE DE ESTADO.- Es la persona que ocupa la más alta magistratura en la estructura política del estado. En el gobierno republicano es el presidente de la república."⁷⁹
- "LEY FUNDAMENTAL.- Es la que afecta la organización básica del estado. Estas leyes fundamentales codificadas forman una constitución."⁸⁰
- "LEY JURIDICA.- Norma jurídica obligatoria o impersonal dictada por el legítimo poder para regular la conducta de los hombres o para el establecimiento de los órganos necesarios para el cumplimiento de sus fines."⁸¹
- "LEY ORGANICA.- Es la ley que se deriva directamente de la constitución y que tiene por objeto la organización de una institución y/o servicio público."⁸²
- "LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL.- Es la ley que se deriva de la Constitución Mexicana y que sirve para regular el ejercicio de la administración pública en nuestro país."⁸³

76 Ibidem. p.160

77 Del autor.

78 Diccionario de Política y Administración Pública tomo G-H, op.cit. p. 310

79 Ibidem. p.356

80 Ibidem. p.483

81 Idem.

82 Ibidem. p.484

83 Del autor.

"MANUAL.- Información que se utiliza como referencia, pues comprende lo elemental de una materia. Dentro de la administración pública y privada los manuales se utilizan como una guía de la actividad desempeñada por la organización."⁸⁴

"MANUAL ADMINISTRATIVO.- Existen manuales administrativos para indicar políticas, reglas, procedimientos, funciones, actividades o la estructura de la organización, de cada una de las unidades que lo componen."⁸⁵

"MATRIZ.- Es el conjunto ordenado de elementos dispuestos en un formato rectangular, entre parentesis o barras."⁸⁶

"MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA.- Es el proceso de cambio a través del cual los organismos públicos incorporan nuevas formas de organización, tecnológicas, físicas y sociales así como comportamientos que les permitan alcanzar nuevos objetivos de una manera más adecuada. Forma parte del proceso total de cambio experimentado por un país en desarrollo."⁸⁷

"OBJETIVO.- Meta de realización de toda empresa o institución y en la que se encuentra su razón de existir."⁸⁸

"OPTIMIZACIÓN.- Es el logro equilibrado de todas las metas y los objetivos de una organización."⁸⁹

"ORGANIZACIÓN.- Tiene dos acepciones una que se refiere a la relación formal entre personas inmersas en un producto cooperativo, otra que se refiere a un grupo de gente con tareas divididas que actúan concertadamente. Una organización nace en el momento de establecer procedimientos para coordinar las actividades de un grupo con miras a la consecución de objetivos específicos."⁹⁰

84 Diccionario de Política y Administración Pública tomo G-M, op.cit. p. 554

85 Idem.

86 Del autor.

87 Diccionario de Política y Administración Pública tomo G-M, op.cit. p. 637 .

88 Jiménez Castro Wilburg, Introducción al estudio de la teoría administrativa, Edit. F.C.E. la reimpresión; México: 1978. p. 19

89 Diccionario de Política y Administración Pública tomo N-Z, Edit. Colegio de Lic. en Ciencias Políticas y Administración Pública, la edición; México: 1980. p. 78

90 Ibidem. p. 81

"ORGANOGRAMA.- Gráfica de la organización formal que muestra los diferentes cargos de una estructura administrativa, sus relaciones y algunas veces los niveles de autoridad y las principales funciones. Son conocidos también como gráficas de organización que consisten en un cierto número de símbolos que representan personas, puestos, unidades organizativas las cuales están conectadas por medio de líneas que significan relaciones de autoridad y responsabilidad, revelan primordialmente la división de funciones, los niveles jerárquicos, las líneas de autoridad y de responsabilidad, los canales formales de comunicación pueden ser verticales, horizontales, circulares, escalares, mixtos, generales, particulares etc."⁹¹

"PLAN.- Instrumento que resume y ordena objetivos para cumplir los de acuerdo con una línea óptima elegida. Es un modo de regimentación social para el futuro."⁹²

"PLANEACION.- Puede ser orientada por dos corrientes una que considera a la planeación como una técnica cuyo objetivo central es la racionalidad y se puede dar a cualquier nivel; otra que ve a la planeación no solo como una técnica sino que la concibe como un funcionamiento de cierto tipo de sociedades, sólo puede llevarse a cabo en estructuras económicas, sociales y políticas determinadas que en su mayoría son sociedades socialistas. A nivel técnico puede definirse como aquella actividad que pretende formular objetivos y metas, determinar los medios o recursos necesarios para alcanzar dichos objetivos y metas, e implementar eficaz y eficientemente los medios para la consecución de los objetivos."⁹³

"PLANIFICACION.- Es el proceso administrativo de escoger y realizar los mejores métodos para satisfacer las determinaciones políticas y lograr los objetivos."⁹⁴

"PRESUPUESTO.- Es la autorización expedida por la Cámara de Diputados a iniciativa del ejecutivo, para costear las actividades oficiales,

91 Jiménez Castro Wilburg, Introducción al estudio de la teoría administrativa, op.cit. p. 19 con anotaciones del autor.

92 Diccionario de Política y Administración Pública tomo N-Z op.cit. p. 214

93 Ibidem. p. 217

94 Jiménez Castro Wilburg, Introducción al estudio de la teoría administrativa, op.cit. p. 19

obras y servicios públicos a cargo del gobierno federal durante el período de un año a partir del 1o. de enero de cada ejercicio fiscal. Es un estado financiero y/o cuantitativo preparado con anterioridad a un período de tiempo definido, es el propósito de lograr un objetivo dado."⁹⁵

"PROGRAMA.- Es el conjunto de acciones específicas ordenadas secuencialmente en el tiempo, para obtener resultados preestablecidos en relación a la elaboración de un proyecto cuyo punto de partida es un plan. A un programa se le conceptualiza como un instrumento integrador de esfuerzos humanos, financieros, materiales y tecnológicos a él asignados con un costo determinado y cuya ejecución queda a cargo de una unidad administrativa responsable."⁹⁶

"RECURSOS FINANCIEROS.- Son los fondos monetarios de que se disponen en una organización o un gobierno para llevar a cabo sus funciones. El gobierno utiliza el ejercicio del gasto público aprobado de antemano en un presupuesto de egresos anual."⁹⁷

"RECURSOS HUMANOS.- Es el conjunto de individuos que trabajan en una organización y que contribuyen a la realización de los fines de esta. Es el elemento más importante de que dispone la organización, ya que el que le da vida y movimiento a la misma son los recursos humanos."⁹⁸

"RECURSOS MATERIALES.- Es el conjunto de locales, equipo y materias primas que requiere una organización en un momento dado en el lugar convenido y en la calidad, cantidad y tipo requeridos para la realización de sus fines."⁹⁹

"REFORMA.- Es la reorientación de las políticas que afectan al sistema de participación de la sociedad, ante todo en el sentido de ampliarlo por decisión del gobierno o de miembros predominantes del grupo de gobierno basados en el régimen de poder anterior y en concordancia con el régimen político existente hasta el momento."¹⁰⁰

95 Diccionario de Política y Administración Pública tomo N-Z op.cit. p. 291

96 Ibidem. p. 319

97 Ibidem. p. 377

98 Ibidem. p. 378

99 Idem.

100 Ibidem. p. 382

"REGLAMENTO.- Conjunto de ordenamientos que expide el poder ejecutivo con carácter de obligatorios, generales, abstractos que se aplican en la esfera administrativa para su exacta observancia y que al igual que la ley, en el caso de que sean contravenidos, son sancionados por el poder judicial empleando si es necesario la fuerza pública."¹⁰¹

"SALUD.- Es el estado completo de bienestar físico, mental y social - y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud."¹⁰²

"SALUD PUBLICA.- Es la salud que un estado trata de llevar a una sociedad en su conjunto, por medio de la elevación de los niveles de salud es una palanca del desarrollo que asegura una amplia participación en la generación de la riqueza y en su disfrute justo."¹⁰³

"SECTOR.- Es el agrupamiento de las entidades de la administración pública federal paraestatal coordinadas por la secretaría de estado o departamento administrativo, que en su caso designe el poder ejecutivo atendiendo objetivos y metas comunes."¹⁰⁴

"SECTORIZACION.- Modelo de organización administrativa, basado en una división de las actividades por sectores, para compatibilizar y orientar los criterios de planeación económica y social contribuyendo a un eficiente manejo del área de administración de un gobierno."¹⁰⁵

"SECTOR SALUD.- Es aquel que es coordinado por la SSA y que está integrado por las instituciones de salud descentralizadas que se encuentran definidas en el artículo 10, inciso L del acuerdo para la sectorización de fecha 3 de septiembre de 1982"¹⁰⁶

"SEGURIDAD SOCIAL.- Es un sistema que existe y se establece en y por la sociedad cuando esta llega a un estadio en el cual se considera que a través de un sistema de aseguramiento colectivo se puede atender y proteger la vida y los medios de subsistencia de toda la población. Se confunde con el bienestar social la seguridad social es obligatoria y contractual, es un medio utilizado por el gobierno para disminuir las consecuencias económicas que se derivan cuando ocurren

101 Ibidem. P.400

102 Comparecencia del Dr. Guillermo Soberón Acevedo ante la H. Cámara de Senadores el día 19 de diciembre de 1983, diario de debates. p. 1

103 Ibidem. p.2

104 Del autor.

105 Diccionario de Política y Administración Pública tomo N-2 op. cit. p.470

106 Del autor

sinistros y se utiliza para atender las necesidades que tienen aquellas personas que sólo poseen su fuerza de trabajo como medio de subsistencia."¹⁰⁷

"SERVICIO PÚBLICO.- Es un servicio de carácter técnico prestado al público de una manera regular y sistemática con el propósito de satisfacer una necesidad pública, por una institución gubernamental o privada según el caso."¹⁰⁸

"SISTEMA.- Conjunto interconectado de elementos con relaciones estructurales características que influyen recíprocamente."¹⁰⁹

"SISTEMA NACIONAL DE SALUD .- Es el medio para alcanzar y lograr una cobertura universal y una mejor calidad de los servicios de salud, promover el desarrollo social y comunitario y coadyuvar a la modificación de patrones culturales adversos a la consecución de los niveles adecuados de salud en un país así como impulsar la asistencia social y apoyar al saneamiento ambiental."¹¹⁰

"UTILIDAD PÚBLICA.- Cosas que proporcionan o pueden proporcionar un bien general a la comunidad, se dice que algo es de utilidad pública cuando afecta o está afectando directamente a un servicio público que es considerado vital para la comunidad."¹¹¹

107 Diccionario de Política y Administración Pública tomo H-Z op.cit. p.476

108 Ibidem. p. 493

109 Ibidem. p.5530

110 Del autor.

111 Diccionario de Política y Administración Pública tomo H-Z op.cit. p.522

112. Del autor.

ANEXO 11

MARCO LEGAL DEL SECTOR SALUD.

CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Es en este documento donde se sientan las bases de la salud pública y la seguridad social, de ella emanan todos los demás ordenamientos - jurídicos que rigen y dan validez al sector, materia de nuestro estudio.

En el artículo 73 constitucional se establece la creación de un instrumento del estado en materia de salud destinado a llevar ésta a núcleos de población desprotegidos.

En su artículo 123 constitucional capítulo 6o. que trata sobre el trabajo y la previsión social, se fijan las bases y las normas de salud obligatorias para todos los centros de trabajo, para los menores de edad, para las mujeres en estado de gestación, para las mujeres en general y se establece primordialmente la jornada máxima de 8 horas. También en este artículo se crea la ley del seguro social y el instituto del mismo nombre constituyendo un paso importante en el establecimiento del régimen de seguridad social y las bases mínimas para su organización.

Desde 1917, los gobiernos y el estado mexicano han visto la necesidad de proteger la salud de sus habitantes, de elevar su calidad y el nivel de vida de los mismos, todo esto ha hecho que se efectuen reformas a la legislación sanitaria aún cuando no han sido suficientes - para lograr los objetivos que el estado tiene en materia de salud como son: alcanzar una cobertura nacional de los servicios de salud, la implantación de un sistema nacional de salud que responda adecuadamente a las demandas de la población.

Por todo esto y con el fin de que la acción legislativa en materia de salud sea más eficiente influyo para que el ejecutivo federal mandara una iniciativa por medio de la cual, se adiciono al artículo 4o. constitucional que trata sobre las garantías individuales un penúltimo párrafo en el que se especificaba la elevación a rango constitucional el derecho a la protección de la salud.

Este derecho implica que la salud es una responsabilidad del estado, de la sociedad y del pueblo en general, así como la creación de un sistema nacional de salud entendiendolo como un sistema que sea conducido por una autoridad sanitaria en la que se integren las instituciones de salud sin perjudicarse y de esta forma evitar duplicaciones y contradicciones.

Esta iniciativa es de gran importancia ya que asegura ciertas condiciones mínimas culturales, sociales y económicas para los mexicanos, siendo la salud uno de los más fundamentales derechos y la culminación de aquellos que lucharon por consagrarlo constitucionalmente, con el fin de tener una sociedad más justa e igualitaria en México. Esta adición aprobada en el mes de febrero de 1983, quedo como sigue: "Artículo único. Se adiciona al artículo 4o. de la constitución política de los estados unidos mexicanos, con un párrafo penúltimo que a la letra dice:

Toda persona tendra derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI, del artículo 73 de esta constitución."¹¹²

Este derecho debe alcanzar por igual inclusive desde el momento de su gestación a la madre y al hijo, jóvenes o ancianos, sin importar se sexo o edad desde el inicio hasta el término de la vida, haciendola más digna y confortable. Concediendole especial importancia a los sectores marginados y olvidados del país.

113 Proceso Legislativo de la iniciativa presidencial para adicionar el artículo 4o. de la constitución política de los estados unidos mexicanos, Edit. Cámara de Diputados LI Legislatura del Congreso de la Unión; México: 1983. p. 29

LEY GENERAL DE SALUD.

El 14 de noviembre del año pasado, el ejecutivo federal envió a la H. Cámara de Diputados una iniciativa de Ley general de salud, la que reglamentaba la adición efectuada al artículo 4o. constitucional en el que se consagraba el derecho a la protección de la salud y se creaba el sistema nacional de salud.

En esta ley se definen los alcances y la naturaleza de este nuevo derecho constitucional, se establecen las modalidades de acceso a los servicios de salud y se distribuye la competencia sanitaria entre la federación y los estados en esta materia, entre los puntos más importantes se encuentran los siguientes:

El relativo al alcoholismo, en donde se establecen la creación de un Consejo Nacional Antialcohólico y se menciona también la ausencia de un plan y un programa integral que combata este mal nocivo para la salud.

El punto referente a la publicidad en el que se especifica que no se autorizará aquella que induzca a conductas nocivas para la salud o que atente contra la dignidad de la mujer.

El relativo al consumo indebido de estupefacientes y psicotrópicos y que constituye uno de los problemas más graves de la salud pública mexicana.

En esta ley se consagra el cuadro básico de insumos del sector salud con el fin de racionalizar los bienes de las entidades del sector. Así mismo, se regulan los servicios de planificación familiar, en lo referente a la nutrición; se especifica que la encargada de proporcionar las canastas básicas y los elementos oficiales así como sus normas es la SSA, la que también estará encargada de proporcionar la línea de medicamentos esenciales que aseguren la oferta y la demanda, la capacidad y el control de sus precios todo esto en beneficio del consumidor.

Con esta ley México se pone al nivel de los demás países que ya han consagrado este derecho a la salud y que cuentan con una legislación sanitaria eficiente.

También se pretende que los estados trabajen en la misma forma que la federación, en la reglamentación de la misma y en la competencia que le sea atribuida por el Congreso de la Unión y regular por primera vez la asistencia social en México.

Esta ley es un instrumento por medio del cual se puede llevar a cabo el derecho a la protección de la salud, fortaleciendo los lazos de colaboración interinstitucional y de solidaridad social y al mismo tiempo proteger la salud pública y evitar que el bienestar social se deteriore,

A la presente ley, "el ejecutivo federal opto por darle el término de ley general en virtud de que se trata de un ordenamiento que habrá de aplicarse por las autoridades federales y por las locales."¹¹⁴

114 Comparecencia del Dr. Guillermo Soberón Acevedo ante la H. Cámara de Senadores op. cit. p. 2

LEY DEL SEGURO SOCIAL.

Esta ley que fue expedida en 1943, ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo con el fin de incluir en la misma, reformas que mejoren las prestaciones y los beneficios que otorga a sus derechohabientes, - aunque llegó un momento en que se hizo necesario abrogarla y expedir una nueva que se adaptara mejor a las circunstancias y que creciera al ritmo de la complejidad de las relaciones obrero-patronales.

Así pues, en 1973 se expide una nueva ley del seguro social y que -- conforme a su artículo primero transitorio tuvo una vigencia e iniciación simultánea

Esta ley en su exposición de motivos establece" que durante muchos -- años el movimiento obrero pugno porque se promulgara la ley del seguro social, cuya exposición había sido declarada de interés público -- en nuestra constitución. A pesar de su insistencia y de los diversos proyectos elaborados por el Ejecutivo Federal no fué posible hacerlo a causa de las difíciles condiciones en que se realizó la nueva integración del país y del insuficiente desenvolvimiento de las fuerzas - productivas. La ley de 1943 es un hecho relevante en la historia del derecho positivo mexicano, pues con ella se inició una nueva etapa de nuestra política social. La creación de un sistema encaminado a proteger eficazmente al trabajador y a su familia contra los riesgos de la existencia y a encauzar en un marco de mayor justicia las relaciones obrero-patronales, dió origen a nuevas formas e instituciones de solidaridad comunitaria en México. El incremento demográfico, la continua transformación de la sociedad y la creciente complejidad en las relaciones de trabajo hacen que el derecho a la seguridad social sea --- esencialmente dinámico, debiendo evolucionar de acuerdo con las circunstancias, mejorando las prestaciones y ampliando constantemente la posibilidad de incorporar a sus beneficios a un número cada vez mayor de mexicanos."¹¹⁵

Esta nueva ley de 1973 incluyo los mismo rubros que la anterior y --- sólo se adiciono uno que fué guarderías para los hijos de las asegura

das y que junto con: riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, in válidez, muerte, vejez y cesantía en edad avanzada constituyen las -- prestaciones que la mencionada ley otorga.

En los años posteriores esta ley de 1973, sufrió importantes modificaciones y adiciones a algunos artículos; pero en 1983 se efectúa la última de estas modificaciones en la que se faculta al ejecutivo para designar al titular de la SSA como miembro del consejo técnico -- del IMSS, esto por ser el coordinador del sector y del sistema nacional de salud, es por esto que es importante conocer esta reforma --- efectuada a la ley del seguro social y que a letra dice:

Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos del -- Código sanitario, ley del seguro social y ley del ISSSTE.

"Artículo segundo.- Se reforma el párrafo 2o. del artículo 252 de -- la ley del seguro social, para queda como sigue:

Artículo 252. El Consejo Técnico será el representante legal y el -- administrador del Instituto y estará integrado hasta por 12 miembros, correspondiendo designar cuatro de ellos, a los representantes patro nales en la Asamblea general, cuatro a los representantes de los tra bajadores y cuatro a los representantes del estado, con sus respectivos suplentes. El ejecutivo federal, cuando lo estime conveniente, podrá disminuir a la mitad la representación estatal.

El Secretario de Salubridad y Asistencia y el Director General del -- Instituto serán siempre consejeros del estado, presidiendo éste último el Consejo Técnico.

Cuando deba renovarse el Consejo Técnico, los sectores representantes del estado, los patrones y de los trabajadores propondrán miembros propietarios y suplentes para los cargos de consejero.

La denominación será hecha por la Asamblea general en los términos -- que fije el reglamento respectivo.

Los consejeros así electos podrán durar en su cargo seis años, pudiendo ser reelectos. La decisión será revocable, siempre que la -- pidan los miembros del sector que hubiese propuesto al consejero de que se trate o por causas justificadas para ello. En todo caso el -

acuerdo corresponde a la Asamblea general, la que resolvera lo conducente en los términos del reglamento, mediante procedimientos en que se oiga en defensa al consejero cuya remoción se solicite."¹¹⁶

116 Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos del Código Sanitario, ley del seguro social y ley del ISSSTE en el Diario Oficial del día 30 de diciembre de 1982. Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1982 p.26

LEY DEL ISSSTE

Esta ley expedida en 1959 ha sufrido modificaciones constantes para ir la adecuando a la constante evolución del sector público y procurar de esta forma que los servidores públicos tengan un instituto que les proporcione prestaciones económicas y sociales adecuadas.

Esta ley en su artículo 10. explica que la ley se aplica a los trabajadores del servicio civil de la federación, a los de los organismos públicos que estén debidamente incorporados, a los familiares de los derechohabientes tanto del trabajador como del pensionado, a los senadores y diputados que integren el Congreso de la Unión durante el tiempo que dure su mandato constitucional siempre y cuando acuerden individual y voluntariamente incorporarse a los beneficios que la ley les otorga. Es pues un gran adelanto y un orgullo para nuestra legislación que todas aquellas personas que tienen una relación de trabajo con el estado estén debidamente protegidas por este ordenamiento que aporta una seguridad para los trabajadores y sus familiares lo cual en un momento dado permite que los mismos desempeñen su trabajo con eficiencia y honradez.

En 1983 se expide una nueva ley del ISSSTE, que sufre modificaciones importantes respecto a la anterior, en cuanto a pensiones, jubilaciones, préstamos y servicios se refiere.

De las innovaciones que se le hacen a la ley, las que son de importancia general son las que se refieren a los derechos y prestaciones de los trabajadores y las cuales son:

Además del tradicional régimen obligatorio, se establece un novedoso régimen voluntario que permite al trabajador al dejar de prestar sus servicios, en alguna dependencia o entidad y que no tiene la calidad pensionado, solicitar la continuación voluntaria en el régimen obligatorio del seguro de enfermedades, maternidad y fondo de la vivienda, siempre y cuando haya cotizado al instituto durante 5 años, esto se incluye en el artículo 142 de dicha ley.

En lo referente a la pensión por muerte, los familiares derechohabientes del trabajador fallecido, tienen permanentemente derecho a una pensión equivalente al 100 % de la que le hubiese correspondido al trabajador todo esto se establece en el artículo 76.

En el artículo 82, se introduce la pensión por cesantía en edad avanzada, la cual se otorga al trabajador que se separe voluntariamente del servicio o que quede privado del trabajo remunerado después de los 60 años de edad y que haya cotizado como mínimo 10 años al instituto.

También es esta ley en la que se incrementan las pensiones por retiro y tiempo de servicios y el monto de los préstamos a corto plazo. Estas nuevas prestaciones otorgadas por esta ley juntamente con las anteriores proporcionan una seguridad y tranquilidad personal y familiar al trabajador derechohabiente..

Otorga también esta ley, por medio del instituto del mismo nombre, - préstamos para la adquisición de bienes de consumo duradero, como el préstamo para adquirir automóviles dentro de las marcas que establece el instituto a precio de gobierno y con pagos mediante descuento quincenal hasta cubrir el importe del vehículo y los intereses que el mismo cause.

DECRETO POR EL QUE EL DIF SE INTEGRA AL SECTOR SALUD.

Al integrar este sistema al sector, se emitió un acuerdo que dice:
 "Artículo único. El sistema nacional para el desarrollo integral de la familia, entidad de la administración pública paraestatal, para los efectos de sus relaciones con el Ejecutivo Federal y para el cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, debe integrarse al sector salud, por lo que el acuerdo por el que las entidades de la administración pública paraestatal se agruparán por sectores a efecto de que sus relaciones con el ejecutivo federal se realicen a través de las Secretarías de estado o departamentos administrativos publicado en el diario oficial de la federación el 3 de septiembre de 1982, se adiciona como sigue:

L) El sector que le corresponde a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y cuyo titular ejercerá las funciones de coordinador se integrará con:

ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS.

Centro Materno Infantil Gral. Maximino Avila Camacho.

Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Hospital Infantil de México.

Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Instituto Nacional de Cancerología.

Instituto Nacional de Cardiología.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Instituto Nacional de Gastroenterología.

Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán.

Instituto Nacional de la Senectud.

Instituto Nacional de Oftalmología.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Instituto Nacional de Urología.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Patronato de la Clínica Primavera de Ortopedia.

Patronato para la formación del patrimonio de la fundación permanente de asistencia privada Dr. José María Álvarez.

EMPRESAS DE PARTICIPACION ESTATAL.

Centros de Integración Juvenil A.C.

FIDEICOMISOS.

Fondo Nacional para prevenir y controlar la contaminación ambiental. "117

Con este acuerdo, las instituciones que dependían del DIF, exceptuando el Instituto Nacional de Salud Mental y el Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología del Niño pasan a ser Organismos descentralizados con personalidad jurídica y patrimonio propio, y quedan fuera de la jurisdicción del DIF, a parte de este acuerdo se efectuó un nuevo decreto en 1982 sobre el DIF, con el único fin de consolidar en la SSA, toda la autoridad sanitaria para que cumpla fielmente con los objetivos - que le han sido asignados y de esta forma permita lograr que la SSA, tenga un instrumento adecuado para hacer un programa racional de la salud en el que se racionalicen los servicios y los recursos existentes. En este nuevo decreto se le modifica al DIF, su estructura orgánica su capacidad técnica y administrativa y se le encomendó la racionalización de los programas de asistencia social en el Distrito Federal. En este mismo decreto se le efectuó una importante reforma al artículo 5 del anterior decreto de 1977 y que es la siguiente:

"Artículo 5o. El patronato estará integrado por 11 miembros designados y removidos por el Presidente de la República, por conducto del Secretario de Salubridad y Asistencia. El titular de dicha dependencia y el Director general del Sistema representaran a la Junta de Gobierno ante el patronato, cuyos miembros no percibirán retribución, emolumento o compensación alguna y se seleccionarán de entre los sectores público, privado y social. "118

117 Acuerdo por el que el DIF, debe integrarse al sector salud en el diario oficial del día 21 de diciembre de 1982, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1982. p. 20-24.

118 Soberon Acevedo Guillermo, Ruiz Leobardo et al, op.cit. p. 398

También se reformo el artículo 8o. del mismo decreto el cual quedo como sigue:

"Artículo 8o. La Junta de Gobierno estará integrado por los titulares de las Secretarías de Salubridad y Asistencia, quién la presidirá; de Gobernación, de Programación y Presupuesto, de Hacienda y Crédito Público, del Trabajo y Previsión Social, por el Jefe del Departamento del Distrito Federal, por el Procurador de Justicia del Distrito Federal, por el Procurador General de la República así como por los Directores Generales de Compañía de Subsistencias Populares, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Lotería Nacional para la Asistencia Pública, de Pronósticos Deportivos para la Asistencia Pública y del propio Sistema. Los miembros de la Junta serán suplidos por los representantes que al efecto designen,"¹¹⁹

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- "Acuerdo por el que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal adecuarán sus planes, sistemas, estructuras y procedimientos conforme al proceso permanente, programado y participativo de Reforma Administrativa" en el Diario Oficial del día 24 de abril de 1979, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1979.
- 2.- "Acuerdo que deroga las disposiciones que dieron origen a la Coordinación de los Servicios de Salud Pública" en el Diario Oficial del día 19 de enero de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 3.- "Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia debe integrarse al Sector Salud" en el Diario Oficial del día 21 de diciembre de 1982, Edit. Secretaría de Gobernación; --- México: 1982.
- 4.- Almada Bay Ignacio, "Muertos que no hacen ruido" en el Desafío Mexicano, Edit. Oceáno, 1a. edición; México: 1978.
- 5.- Asociación de Economistas Mexicanas A.C., Seminario Internacional sobre la problemática económica actual, caso de México; Memoria, Edit. Sei, 1a. edición; México: 1978.
- 6.- Cámara de Diputados, Comparecencia del Dr. Alejandro Carrillo Castro ante la Comisión de Seguridad Social y Salubridad y Asistencia Edit.- Cámara de Diputados LII Legislatura del Congreso de la Unión; México: 1983.
- 7.- Cámara de Diputados, Proceso Legislativo de la Iniciativa Presidencial para adecuar el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Edit. Cámara de Diputados LII Legislatura del Congreso de la Unión; México: 1983.
- 8.- Carpizo Jorge, El Presidencialismo Mexicano, Edit. Siglo XXI, 2a. --- Edición; México: 1979.
- 9.- Carrillo Castro Alejandro, La Reforma Administrativa en México ----- 1971-1979, Edit. Miguel Angel Porrúa, 2a. edición; México: 1980.
- 10.- Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Edit. Porrúa, 8a. -- edición; México: 1973.

- 11.- Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública A. C., Diccionario de Política y Administración Pública Tomo A-F, -- Coordinado por Mario Martínez Silva, Edit. Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública A. C., 1a. edición México: 1978.
- 12.- Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública A. C., Diccionario de Política y Administración Pública Tomo G-M, Coordinado por Mario Martínez Silva, Edit. Colegio de Licenciados - en Ciencias Políticas y Administración Pública A.C., 1a. edición: - México: 1980.
- 13.- Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública A. C., Diccionario de Política y Administración Pública Tomo --- N-Z, Coordinado por Mario Martínez Silva, Edit. Colegio de Licenciados en Ciencias Políticas y Administración Pública A. C., 1a. edición; México: 1980.
- 14.- Comparecencia del Dr. Guillermo Soberón Acevedo Secretario de Salubridad y Asistencia ante la H.Cámara de Senadores el día 19 de --- diciembre de 1983, Edit. Cámara de Senadores Diario de Debate; ---- México: 1983.
- 15.- "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos" en Constitución Política Mexicana Tomo 1, Edit. Ediciones Andrade, 1a. ----- edición; México: 1977.
- 16.- Coordinación General de Estudios Administrativos, Base Legal y Lineamientos para el funcionamiento institucional y Sectorial de la Administración Pública Federa: Colección Lineamientos No. 1, Edit. Coordinación General de Estudios Administrativos Presidencia de la --- República, 1a. edición; México: 1977.
- 17.- Coordinación General de Estudios Administrativos, Base Legal y Lineamientos para la Reforma Administrativa Global, Sectorial e institucional del Poder Ejecutivo Federal: Colección Lineamientos No. 3- Edit. Coordinación General de Estudios Administrativos Presidencia de la República, 1a. edición; México: 1978.

- 18.- Coordinación General de Estudios Administrativos, Base Jurídica de la Reforma Administrativa para el Gobierno Federal 1976-1982, Edit. Coordinación General de Estudios Administrativos Presidencia de la República, 1a. edición; México: 1976.
- 19.- Coordinación General de Estudios Administrativos, Base Jurídica de la Reforma Administrativa del Gobierno Federal 1976-1982, Edit. Coordinación General de Estudios Administrativos Presidencia de la República, 1a. edición; México:1981.
- 20.- "Decreto por el que el Ejecutivo Federal establece bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia" en el Diario Oficial del día 30 de agosto de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 21.- "Decreto por el que se reforman y adicionan diversos Artículos del -- Código Sanitario, Ley del Seguro Social y Ley del ISSSTE" en el ---- Diario Oficial del día 22 de diciembre de 1982, Edit. Secretaría de - Gobernación; México: 1982.
- 22.- "Decreto por el que se reforman los artículos 2,3,4,8,9 y 14 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General" en el Diario Oficial del día 7 de enero de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; --- México: 1983.
- 23.- "Decreto de Reformas y Adiciones al artículo 39 de la Ley Orgánica -- de la Administración Pública Federal" en el Diario Oficial del día -- 29 de diciembre de 1982, Edit. Secretaría de Gobernación; México: --- 1982.
- 24.- DIF, Decreto Constitutivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Edit. DIF; México: 1977.
- 25.- DIF, Manual de Organización del Sistema Nacional para el Desarrollo-- Integral de la Familia, Edit. DIF; México: 1984.
- 26.- Dirección General de Organización y Modernización Administrativa, Bases para el Programa de Modernización Administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Edit. Subsecretaría de Planeación de la - Secretaría de Salubridad y Asistencia; México: 1983.
- 27.- Filosofía Política de José López Portillo, Edit. Dirección General - de Documentación y Análisis de la Secretaría de Programción y Presupuesto; México: 1979.

- 8.- I. M. S. S., Ley del Seguro Social, Edit. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1a. edición; México: 1978.
- 9.- I. M. S. S., Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social, Edit. Dirección General de Organización y Métodos del Instituto Mexicano del Seguro Social; México: 1983.
- 10.- I.S.S.S.T.E., Manual de Organización del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Edit. Unidad de Organización y Métodos del I.S.S.S.T.E.; México: 1980.
- 11.- Jimenéz Nieto Juan Ignacio, Política y Administración, Edit. Tecnos, 2a. edición; Madrid:1977.
- 12.- Laurell Cristina A, "proceso de Trabajo y Salud" en Cuadernos Políticos No. 17 Edit. Era; México: julio-Septiembre de 1978.
- 13.- Laurell Cristina A, "La Política de Salud en los 80's" en Cuadernos Políticos No. 23, Edit. Era; México:enero-marzo de 1980.
- 14.- Legislación sobre Trabajo, Apéndice al Primer Tomo, Edit. Ediciones Andrade, 8a.edición; México: 1966.
- 15.- "Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" en el Diario Oficial del 27 de diciembre de 1983 - Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 16.- "Ley General de Planeación" en el Diario Oficial del día 5 de enero de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 17.- "Ley General de Salud" en documentos básicos, publicación quincenal del ISSSTE, año 2 No. 21 y 22, Edit. Coordinación General de Relaciones Institucionales del ISSSTE; México: 15 de febrero de 1984.
- 18.- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Edit. Porrúa, 8a. edición; México: 1979.
- 19.- López Acuña Daniel, La Salud Desigual en México, Edit. Siglo XXI, 1a. edición; México: 1980.
- 20.- López Acuña Daniel, "Salud y Seguridad Social: problemas recientes y alternativas" en México Hoy, Coordinado por González Casanova y Florescano Enrique, Edit. Siglo XXI, 3a. edición ; México:1979.
- 21.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos periodo 1976-1982, Plan Básico de Gobierno 1976-1982, Edit. Partido Revolucionario Institucional; México: 1975.

- 42.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos-Mexicanos período 1976-1982, Primer Informe de Gobierno anexo Sector-Salud y Seguridad Social, Edit. Presidencia de la República, la edición México: 1977.
- 43.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos--Mexicanos período 1976-1982, Segundo Informe de Gobierno anexo programático, Edit. Presidencia de la República, la edición México: 1978.
- 44.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos - Mexicanos período 1976-1982, Tercer Informe de Gobierno anexo Sector - Salud y Seguridad Social, Edit. Presidencia de la República, la edición; México: 1979.
- 45.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos -- Mexicanos período 1976-1982, Cuarto Informe de Gobierno anexo Sector -- Salud y Seguridad Social, Edit. Presidencia de la República, la edición; México: 1980.
- 45.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos - Mexicanos período 1976-1982, Quinto informe de Gobierno anexo Sector - Salud y Seguridad Social, Edit. Presidencia de la República, la edición; México: 1981.
- 47.- López Portillo José Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos período 1976-1982, Sexto Informe de Gobierno anexo Sector Salud y Seguridad Social, Edit. Presidencia de la República, la edición, México: 1982.
- 48.- López Portillo José, Presidente Constitucional de los Estados Unidos - Mexicanos período 1976-1982, "Sector Salud y Seguridad Social en el Tercer Informe de Gobierno" en Cuadernos de Divulgación Ideológica No. 3 Edit. Secretaría de Programación y Presupuesto, la edición; México:--1980.
- 49.- Llorente González A, Leclerc Pierre et al, Seguridad Social: Colección Seminarios No. 2, Edit. Coordinación General de Estudios Administrativos Presidencia de la República, la edición; México: 1976.
- 50.- Montañó Guillermo, "Los Problemas Sociales" en el Milagro Mexicano, -- Edit. Nuestro Tiempo, 10a, edición; México:1981.
- 51.- Morones Prieto Ignacio, Tesis Mexicanas de Seguridad Social, Edit. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, la edición; México:1975.
- 52.- Necesidades esenciales en México, Salud situación actual y perspectivas al año 2000 Volumen 4, Edit. Siglo XXI, la edición; México:1982.

- 53.- "Plan Nacional de Desarrollo" en el Diario Oficial del día 31 de mayo de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México; 1983.
- 54.- "Reglamento Interior del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado" en el Diario Oficial del día 5 de octubre de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 55.- "Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia" en el Diario Oficial del día 13 de octubre de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 56.- "Reglamento Interior del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia" en el Diario Oficial del día 19 de mayo de 1983, Edit. Secretaría de Gobernación; México: 1983.
- 57.- Rodríguez Ajenjo C y Vital García José A., "Las políticas de Salud y las luchas de los trabajadores" en Cuadernos Políticos No. 19, Edit. Era; México: enero-marzo de 1979.
- 58.- "Salubridad General", México a través de los Informes Presidenciales Tomo 12, Edit. Secretaría de la Presidencia, 1a. edición; México: 1976.
- 59.- Secretaría de Programación y Presupuesto, Recomendaciones para la elaboración del Programa de Modernización Administrativa de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, Edit. Dirección General de Documentación y Análisis de la Secretaría de Programación y Presupuesto; México: 1983.
- 60.- S.S.A., Manual de Organización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Edit. Subsecretaría de Planeación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; México: 1983.
- 61.- "Seguridad Social", México a través de los Informes Presidenciales, Tomo 13, Edit. Secretaría de la Presidencia, 1a. edición; México: 1976.
- 62.- Soberón Acevedo Guillermo, Ruiz Masieu José Fco. et al, Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, Edit. Miguel Ángel Porrúa -- 1a. edición; México: 1983.
- 63.- Soberón Acevedo Guillermo, Ruiz Leobardo C. et al, Hacia un Sistema Nacional de Salud, Edit. Coordinación de los Servicios de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México y Comisión de Salud y Seguridad Social, 1a. edición; México: 1983.

- 64.- Terris Milton, La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social, Edit. Siglo XXI, 1a. edición; México:1980.
- 65.- Trueba Alberto, Legislación Federal del Trabajo Burocrático, Edit. Porrúa, 3a. edición: México:1971